



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskaplige fakultet

## **Jordmødres erfaringer med fødselsforberedelse til kvinner som kan ha behov for følgetjeneste: En kvalitativ studie**

Julie Thoresen Myrflott & May-Liss Ordemann Olsen

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2024

Veileder: Ingvild Aune

Antall ord: 14437

## Forord

At vi nå er kommet til veis ende med denne masteroppgaven, gjør oss både stolte og ydmyke siden vi nærmer oss avslutning på jordmorstudiet og fortsettelse inn i jordmor yrket. Bak denne studien ligger en lang og lærerik prosess som har gitt oss viktige perspektiver på hvordan jordmødre ute i distriktet jobber, og hvordan de forbereder kvinnene til fødsel.

Vi vil rette en stor takk til våre ti informanter som tok seg tid til å delta i studien vår. Uten dere ville vi ikke klart å gjennomføre, finne svar og forme masteroppgaven slik den er blitt.

Takk til Henriette, Vibeke, Lena og Karina som har opponert og gitt oss verdifulle synspunkter på masteroppgaven vår. Tusen takk til Oda, Nina og Vibeke som stilte opp på pilotintervjuene. Vi takker også Beate og Odd-Egil som har gitt av sin tid til å lese korrektur for å gi oppgaven et godt språk.

Takk til vår veileder dosent Ingvild Aune for engasjement, konstruktive tilbakemeldinger og gode råd underveis i skriveprosessen. Vi retter også en takk til opponentlærer professor Ingela Lundgren for verdifulle innspill.

Sist, men ikke minst vil vi takke våre egne partnere Joakim og Odd-Egil, og øvrig familie og venner som har støttet oss, gitt oss troen og heiet oss frem i mål. Takk for tålmodighet og god støtte gjennom denne tiden det tar å være under fulltids utdanning, nedgravd i oppgaver av ulike slag. Vi takker også hverandre for godt samarbeid og tålmodighet med hverandre gjennom utfordringer, gleder og en spennende reise til ferdigskrevet masteroppgave.

Nå gleder vi oss til å møte de gravide, fødende, partnere og jordmor kollegaer!

Bodø og Alta, mars 2024

Julie Thoresen Myrflott og May-Liss Ordemann Olsen

## Sammendrag

**Tittel:** Jordmødres erfaringer med fødselsforberedelse til kvinner som kan ha behov for følgetjeneste: En kvalitativ studie

**Hensikt:** Hensikten med studien er å få innsikt i jordmødres erfaringer med å jobbe i distriktet, og undersøke hvordan jordmor forbereder kvinnene til fødsel.

**Problemstilling:** Hva er jordmors erfaring med fødselsforberedelse til kvinner som kan ha behov for følgetjeneste?

**Metode:** I studien er kvalitativ metode anvendt. Det er gjennomført ti semistrukturerte individuelle intervjuer av jordmødre som jobber i distriktet og innen følgetjenesten. Innsamlet datamateriale ble analysert ved systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Analysen resulterte i tre hovedfunn: «Planlegging av fødsel»: her står organisering av følgetjenesten og jordmors tilnærming til kvinnen sentralt. «Kontinuitet i oppfølgingen»: jordmødrene løftet frem viktigheten av å møte en kjent jordmor og ha tett oppfølging i svangerskapet. «Ulike behov for informasjon»: her kommer det frem forskjellige behov for informasjon blant første- og flergangsfødende, samt tilflytteres utfordringer.

**Konklusjon:** Fødselsforberedelsen begynte tidlig i svangerskapet, og ble tilpasset til den enkelte kvinnens behov. Jordmødrene hadde søkelys på å fremme den normale fødselsprosessen og ufarliggjøre transportfødsel, med tilstedeværelse av en profesjonell fødselshjelper. Jordmødrene etterstrebet at kvinnen og hennes partner skulle føle seg trygg, og tilbød tett oppfølging mot slutten av svangerskapet.

**Nøkkelord:** Fødselsforberedelse, jordmor, erfaring, distrikt, følgetjeneste, kvalitativ

## **Abstract**

**Title:** Midwives experience of preparing for childbirth for women who may need accompaniment service: A qualitative study

**Purpose:** The purpose for this study is to gain insight into midwives' experience of working in rural areas, and to investigate how midwives prepare a woman for childbirth.

**Research question:** What is the midwife's experience of preparing for childbirth for women who may need accompaniment service?

**Method:** In the study a qualitative method was used. Ten semi-structured individual interviews have been conducted with midwives working in rural areas and in the accompaniment service. The data material was analysed using systematic text condensation.

**Results:** The analysis resulted in three main findings: «Planning of childbirth»: where organization of the accompaniment service work and the midwife's approach to the women are central. «Continuity of care»: where the midwives highlighted meeting a known midwife and close follow-up. «Different needs for information»: show different needs for information among primiparous and multiparous women, as well as the challenges for new inhabitant of the rural area.

**Conclusion:** Preparation for childbirth began early in pregnancy and was adapted to the individual woman's needs. The midwives focused on promote the normal birth process and rendering harmless transport births, together with a professional birth attendant present. The midwives aimed to ensure that the woman and her partner felt safe and offered close follow-up towards the end of pregnancy.

**Keywords:** Birth preparation, midwife, experience, rural area, accompaniment services, qualitative

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Sammendrag.....	ii
Abstract .....	iii
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Hensikt og problemstilling .....	5
1.3 Oppgavens oppbygging.....	6
1.4 Begrepsavklaringer.....	6
2 Teoretisk rammeverk.....	7
2.1 Den gode jordmor.....	7
2.2 Kontinuitet i jordmortjenesten .....	8
3 Metode.....	10
3.1 Forskningsdesign.....	10
3.2 Forforståelse .....	10
3.3 Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	11
3.4 Utvalg og rekruttering .....	12
3.5 Praktisk gjennomføring .....	13
3.6 Analyse.....	14
3.6.1 Helhetsinntrykk .....	14
3.6.2 Meningsbærende enheter.....	14
3.6.3 Kondensering .....	15
3.6.4 Syntese .....	17
3.7 Forskningsetiske refleksjoner.....	17
4 Resultat.....	19
4.1 Planlegging av fødsel .....	19

4.1.1	Organisering av svangerskapsomsorgen og følgetjenesten.....	19
4.1.2	Jordmors tilnærming til kvinnen .....	20
4.2	Kontinuitet i oppfølgingen .....	22
4.2.1	Å møte en kjent jordmor .....	22
4.2.2	Tett oppfølging.....	22
4.3	Ulike behov for informasjon .....	23
4.3.1	Ulike behov for første- og flergangsfødende .....	23
4.3.2	Tilflytteres utfordringer.....	24
5	Resultatdiskusjon .....	26
5.1	Planlegging av fødsel .....	26
5.2	Kontinuitet i oppfølgingen .....	28
5.3	Ulike behov for informasjon .....	31
6	Metodediskusjon .....	34
7	Konklusjon .....	39
7.1	Implikasjoner for praksis.....	40
	Referanseliste .....	41
	Vedlegg 1 Intervjuguide.....	46
	Vedlegg 2 Informasjonsskriv .....	47
	Vedlegg 3 Datahåndteringsplan .....	50
	Vedlegg 4 Meldeskjema for behandling av personopplysninger .....	53
	Vedlegg 5 ROS-analyse .....	55

# 1 Innledning

Norge er et langstrakt land med store avstander. Folk bor spredt fra Nordkapp i Finnmark fylke til Lindesnes i Agder fylke. Det bor folk både ytterst i havgapet, lengst inn i dalen og øverst i fjellheimen. Grunnet store avstander har noen kvinner flere timers reisevei til nærmeste fødeinstitusjon, og av og til blir veien for lang. Omtrent 1500 barn fødes årlig uplanlagt hjemme, og like mange under transport på vei til sykehuset (Medisinsk fødselsregister, 2022). Uplanlagte fødsler utenfor fødselsinstitusjon, uten tilstedeværelse av en profesjonell fødselshjelper innebærer risiko for perinatal dødelighet (Engjom et al., 2017). Et tiltak for å redusere denne risikoen er at fødende med mer enn 1,5 timers reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon skal ha tilgang til følge av jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp inn til sykehuset. En slik følgetjeneste kjennetegnes ved at det organiseres en døgnkontinuerlig vaktberedskap, som omfatter vurdering av kvinnen for å forhindre transportfødsler, men også unødvendige transporter. Det er helseforetakene som har ansvar for å sikre beredskap av jordmor og tilby følgetjeneste (Helsedirektoratet, 2022).

Til tross for tilbudet om følgetjeneste har vi som jordmorstudenter i praksis både på fødeinstitusjon og svangerskapsomsorgen opplevd at gravide bosatt i distriktene bekymret seg for de lange avstandene (UiT, 2023a, 2023b). Vi lurte på om alle gravide kvinner bosatt i distriktet er engstelig for den lange avstanden til fødeavdelingen, eller om det er forskjell på de ulike gravide. Ser man en ulikhet på kvinnene som er førstegangs- eller flergangsfødende? Det er grunn til å tro at adekvat fødselsforberedelse hos disse kvinnene kan redusere bekymringen for avstanden og transportfødsel. Per i dag har vi i midlertidig ikke klart å finne systematisk kunnskap om hvilke erfaringer jordmødre har med fødselsforberedelse hos denne gruppen gravide. Denne oppgaven har derfor som mål å tette dette kunnskapshullet ved hjelp av kvalitativ metode, og semistrukturerte individuelle intervjuer av jordmødre i de forskjellige landsdelene av Norge.

## 1.1 Bakgrunn

Et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud for alle kvinner er fremhevet av helsemyndighetene i Norge (Helse- og omsorgsdepartement, 2009). Til tross for dette er det de siste ti årene blitt lagt ned over ti jordmorstyrte fødestuer, og man ser en økende tendens til

sentralisering i Norsk fødselsomsorg (Skogheim & Lundgren, 2021). Et differensiert fødetilbud innebærer en individuell tilnærming og en kontinuitet i oppfølgingen av kvinnen gjennom svangerskap og fødsel. I Norge deles fødeinstitusjonene inn i tre nivå:

*Kvinneklinikk* er lokalisert i de større byene eller tettbebygde strøk. De har kompetanse og utstyr til å gi fødselshjelp til risikofødende, samt ivareta friske gravide som forventes å føde normalt. Det stilles krav til døgnkontinuerlig tilstedevakt av spesialist i fødselshjelp. Det er også neonatalavdeling med barnelege til stede døgnet rundt. Det er 17 kvinneklinikker rundt om i landet.

*Fødeavdeling* er lokalisert i mindre byer og har kompetanse og utstyr til å gi fødselshjelp til gravide med moderat risiko, tilpasset avdelingens kompetanse, samt ivaretagelse av friske gravide som forventes å føde normalt. Spesialist i fødselshjelp har telefonvakt med utrykningstid på 30 minutter. Enkelte fødeavdelinger har neonatalavdeling, og selektering gjøres etter kompetanse. Det er 22 fødeavdelinger fordelt over hele landet.

*Jordmorstyrt fødestue* er gjerne lokalisert ute i distriktene og har ikke tilgjengelig akuttberedskap med spesialist i fødselshjelp eller barnelege. Helseforetaket i fylket har det medisinskfaglige ansvaret for fødselshjelpen. Fødestuen er et tilbud til friske gravide med et normalt svangerskap, som selv ønsker å føde der. Det er tre fødestuer i sykehus, og seks fødestuer fra 90 til 190 km til nærmeste sykehus (Blix, 2023; Helsedirektoratet, 2022).

Tilstedeværelse av en profesjonell og dyktig fødselshjelper er viktig for fødende med lang reisevei. I 2017 ble det publisert en Norsk kohort studie som undersøkte sammenhengen mellom perinatal dødelighet og reisetid til fødeinstitusjon (Engjom et al., 2017). Fødslene som er beskrevet i studien hadde ikke tilstedeværelse av en profesjonell fødselshjelper. Studien viste at kvinner med 60 minutters reisetid fra hjemmet til nærmeste institusjon hadde fem ganger så høy sannsynlighet for å føde uplanlagt utenfor institusjon, sammenlignet med kvinner som hadde reisetid under 60 minutter. Majoriteten av disse uplanlagte fødslene utenfor institusjon var lavrisikofødende. Studiens resultat viste en klar sammenheng mellom uplanlagt fødsel utenfor institusjon og dødelighet. Økningen i dødelighet var ikke begrenset til sårbare grupper eller premature barn. Studien viste også økt mortalitet i vintersesongen hos kvinnene med reisetid over to timer til nærmeste institusjon, sammenlignet med kvinnene med reisetid under 60 minutter. Dette kunne sees på som en konsekvens av vanskeligere kjøreforhold, som ga økt reisetid. Dette understøttes også i en Svensk kohort studie publisert



av Örtqvist et al. (2021) hvor uplanlagt fødsel utenfor institusjon ble assosiert med økt risiko for perinatal og neonatal dødelighet.

En studie som er gjort av Vagle et al. (2019) viser til ønske hos de akuttmedisinske teknikere i ambulanseberedskapen om å ha jordmor med seg under transport til fødeavdelingen. Det kommer frem hvordan innbyggerne i Norge tenker at ambulanspersonell har større kunnskap om den fødende kvinne enn hva realitetene tilsier. Det påpekes også hvor viktig det er med god kommunikasjon mellom jordmødre og ambulanspersonell med tanke på pasientsikkerheten for den gravide kvinne, som opplever transportfødsel eller uplanlagt fødsel utenfor institusjon (Vagle et al., 2019).

Det som skiller Norge fra andre land, er den organiserte følgetjenesten. Sverige er et eksempel på dette, hvor kvinnene selv må komme seg til sykehus eller ringe ambulans uten følge av jordmor eller lege. Sverige er også rammet av en sentralisert fødselsomsorg og lange avstander til fødeavdelingene, og har dessuten ingen differensiert fødselsomsorg. En kvalitativ studie publisert av Erlandsson et al. (2015) intervjuet kvinner som hadde født uplanlagt utenfor institusjon i Sverige. Kvinnene beskrev en følelse av hell, men også stolthet over å ha håndtert situasjonen og frykten for hva som kunne gått galt. Når fødselen først var i gang og de innså at de skulle føde alene, klarte de å stole på den normale fødselsprosessen. Hildingsson (2021) så på frykten for å føde hos kvinner bosatt i distriktet av Sverige, hvor stengte fødestuer og lengre reisevei inn til sykehuset skapte stor bekymring. Kvinnene var redde for å føde langs veien i egen bil, i ambulans eller hjemme alene. Forskning fra Australia påpeker også gravides bekymring for den lange reiseveien. Når fødselen var i gang bekymret kvinnene seg for reiseveien og egen sikkerhet, i stedet for å konsentrere seg om fødselsarbeidet (Dietsch et al., 2010).

Jobben som jordmor i distriktet og innen følgetjenesten innebærer stort ansvar og selvstendighet. En studie publisert av Gilkison et al. (2018) innhentet jordmødres erfaring med å jobbe som jordmor i distriktet i New Zealand og Skottland. I disse områdene tilbød jordmødrene hjemmefødsel til kvinnene i distriktet, men også følge inn til sykehuset hvis kvinnen måtte overføres under fødsel. I begge landene tok jordmødrene på seg rollen som hovedbehandler for de gravide med et normalt svangerskap. Resultatene viste at jordmødrene

jobbet mye alene, og derfor måtte være gode på å ta beslutninger og lede i de ulike situasjonene som kunne oppstå. Disse egenskapene viste seg å være nødvendige for å kunne gjenkjenne når ting avviket fra det normale. Jordmødrene løftet frem det viktige med å lytte til kvinnens ønsker og behov i svangerskapet, og gi god informasjon om den normale fysiologiske fødselsprosessen (Gilkison et al., 2018).

En kvalitativ studie fra Norge undersøkte jordmødrenes erfaring med å jobbe innen følgetjenesten i distriktet (Jakobsen et al., 2023). Resultatene viste at jordmødrene opplevde at de kunne tilby en helhetlig oppfølging av den gravide både gjennom svangerskapet og fødselen, noe som ble beskrevet som en inspirerende og meningsfull jobb. Når jordmødrene møtte kvinnene i fødsel, var det viktig å uttrykke selvtillit som jordmor slik at kvinnene ble trygge. Trygghet var en nøkkelfaktor i jobben ovenfor kvinnene. Det var få jordmødre som delte på vaktene, og noen var alene jordmor i kommunen. Ved sykefravær kjente jordmødrene på dårlig samvittighet da det gikk utover svangerskap- og fødselsomsorgen for kvinnene i hele distriktet. Motivasjonen for å holde ut i jobben var omsorgen for kvinnen, det ufødte barnet og familien (Jakobsen et al., 2023).

Norge har en svangerskapsomsorg som alle kommuner gjennom helse- og omsorgstjenesteloven forplikter å tilby de gravide kvinnene (Helse- og omsorgstjenester, 2011). Den gravide kvinnen har et frivillig tilbud hos jordmor eller fastlege på ni jevnlige konsultasjoner gjennom svangerskapet til fødselen (Helsedirektoratet, 2019). I svangerskapsomsorgen har den gravide rett på kunnskapsbasert informasjon om fødsel, og skal få muligheten til delaktighet og medbestemmelse. Målet med fødselsforberedelsen er å forberede både den gravide og hennes partner til den forestående fødselen og foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2018). Forskning viser at fødselsforberedelse gir kvinnen kunnskap som er nyttig å ta med seg inn i fødselsarbeidet, hvorav økt kunnskap bidrar til at kvinnen håndterer smertene bedre, og får en forståelse for hva som skjer i kroppen under en fødsel (Hollins Martin & Robb, 2013). Dette påpekes også av Barimani et al. (2017) hvor kvinnene som hadde kunnskap og forståelse om en normal fødsel håndterte de ulike fødselssituasjonene bedre enn de som ikke hadde denne kunnskapen. Fødselsforberedende kurs bidro til å øke kunnskapen til å kjenne igjen starten på fødselen, slik at de reiste inn til sykehuset i aktiv fase av fødselen (Hatamleh et al., 2019).

Mange kvinner lager en fødeplan i svangerskapet som en forberedelse til fødsel. En litteraturgjennomgang av Ghahremani et al. (2023) viste til at utarbeidelse av en fødeplan kunne bidra til å gi kvinnen økt innsikt i hva en fødsel er, og styrke hennes følelse av autonomi. Målet med planen er at den gravide skal tenke gjennom hvilke ønsker hun har for fødselen, men også betydningen av at den ikke alltid kan følges med tanke på utfallet av fødselssituasjonen. Karlsdottir et al. (2014) sin kvalitative studie viste til hvor viktig det er å forberede seg til smertene og ha en positiv innstilling, slik at når fødselen starter er de klare til å håndtere smertene. En av mestringsstrategiene som kom frem i resultatene var å tenke at smertene er en del av det å føde et barn. Aune et al. (2015) formidler det naturlige med fødsel, og det å styrke kvinnen til å ha tro på egen kropp som en viktig faktor i arbeidet med fødselsforberedelse. Når det ble snakket om mentale strategier for å håndtere fødselssmertene kunne det gi kvinnen økt emosjonell styrke, og bidra til en positiv fødselsopplevelse (Aune et al., 2015).

## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Studiens hensikt er å få en innsikt i jordmors erfaring med å jobbe i distriktet, og utforske hvordan jordmødrene forbereder kvinnene til fødsel. På bakgrunn av økt sentralisering i Norsk fødselsomsorg vil avstandene mellom der folk bor og fødeinstitusjonene i fremtiden bare øke. Studiens hensikt er derfor aktuell og vil kunne bidra til økt kunnskap blant flere yrkesgrupper som jobber prehospital, og møter gravide kvinner. Vi har gjennom litteratursøk funnet forskning som viser at kvinner med reisetid på over 60 minutter har en høyere risiko for å føde uplanlagt utenfor institusjon. Her påpekes også hvor viktig det er med en profesjonell fødselshjelper til stede under fødselen. Vi har funnet forskning fra Norge, New Zealand og Skottland som undersøkte jordmødrenes erfaring med å jobbe i distriktet, hvor det ble sett på vaktbelastningen, hjemmefødsler og transportfødsler. Vi har imidlertid funnet lite forskning som undersøker hvordan jordmor forbereder kvinnene i distriktet til fødsel. Vi har derfor utformet følgende problemstilling:

*«Hva er jordmors erfaring med fødselsforberedelse til kvinner som kan ha behov for følgetjeneste?»*

### 1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i syv kapitler, som er følgende: Innledning, teoretisk rammeverk, metode, resultater, diskusjon av resultater, diskusjon av metode og til slutt konklusjon med implikasjoner for praksis. Det benyttes referansestilen APA 7th i henhold til UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer (UiT, 2023d).

### 1.4 Begrepsavklaringer

**AMK:** Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral som behandler nødnummeret 113 og koordinerer ambulansetransport (Nylenna & Ludviksen, 2024).

**Distrikt:** Tettsted eller bebyggelse som ligger 90 minutters kjørevei unna fødeavdeling, og som utløser mulighet for følgetjeneste, omtales som distrikt (Helsedirektoratet, 2022).

**Fødselsforberedelse:** Den forberedelsen den gravide og hennes partner får informasjon om, eller tilegner seg i svangerskapet som en forberedelse til fødselen (Helsedirektoratet, 2019).

**Følgetjeneste:** Følge av kvalifisert helsepersonell, jordmor eller lege fra hjemsted til fødested i ambulanse/-båt/-fly/-helikopter ved aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge (Helsedirektoratet, 2018).

**Informant:** I teksten vil jordmødre som vi har intervjuet omtales som informant eller jordmor.

**Jordmor:** Jordmor i teksten vil bli benevnt i hunkjønn. Som yrkesgruppe er det utdannet både kvinner og menn innen jordmorfaget.

**Partner:** I teksten omtales kvinnens støttespiller som hennes partner. Det kan være far, medmor eller annen person.

**Profesjonell fødselshjelper:** Jordmor eller lege med tilstrekkelig kunnskap om fødselshjelp (Helsedirektoratet, 2010).

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil oppgavens teoretiske rammeverk bli presentert. For å forstå studiens empiriske data har vi på bakgrunn av problemstillingen valgt ut to teorier, hvorav den ene omhandler den profesjonelle jordmoren og den andre omhandler kontinuitet i jordmortjenesten.

### 2.1 Den gode jordmor

Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) utformet en teori om hva det vil si å være en god jordmor. Teorien ble dannet på grunnlag av ni datasett publisert av forfatterne selv. Modellen tar for seg egenskaper jordmor bør inneha for å kunne utøve faget på en god måte, hvorav profesjonalitet er hovedaspektet i teorien. Teorien tar hovedsaklig for seg jordmors rolle på fødestuen, men kan knyttes opp mot vår problemstilling, da den tar for seg jordmors kompetanse og egenskaper for at kvinnen skal føle seg trygg og ivaretatt. Den tar også for seg kvinnesentrert fødselsomsorg, kommunikasjon og relasjon mellom jordmor og kvinnen, som er like relevant i svangerskapsomsorgen som i fødselsomsorgen. Ifølge teorien er jordmors profesjonalitet delt inn i fem undergrupper, som omtales under:

**Jordmors profesjonelle omsorg:** Handler om jordmors individuelle omsorg for hver enkelt kvinne og hennes familie, innenfor profesjonelle rammer. Omsorgen baseres på å vise empati og respekt for kvinnens følelser. Jordmors evne til å lytte aktivt står sentralt, og hun tar avgjørelser basert på respekt for kvinnens autonomi og selvbestemmelse.

**Jordmors profesjonelle visdom:** Jordmor har egne livserfaringer, og hennes profesjonelle visdom blir utviklet gjennom erfaring, omsorg, innsikt og kunnskap. Å skape en trygg og rolig atmosfære viser hennes evne til å anvende sin visdom i arbeidet. Hun leser kvinnens behov, hun er trygg i sine avgjørelser og hun vet hva hun gjør, og hvorfor det blir utført.

**Jordmors profesjonelle kompetanse:** Baseres på jordmors evne til å smelte sammen sin faglige kunnskap og omsorg til en helhet. Den gode jordmoren evner å jobbe kunnskapsbasert og selvstendig. Dette gir kvinnen en omsorgsfull og faglig kompetent jordmor, som innehar gode ferdigheter og teoretisk kunnskap basert på kvinnens behov. Hun er en leder og kvinnens advokat når det er nødvendig, og innehar kompetansen til å gi kvinnen god omsorg

både under svangerskapet, i fødsel eller i barselperioden. Hun gjenkjenner når ting avviker fra det normale, og vet når og hvordan hun skal respondere.

**Jordmors mellommenneskelige kompetanse:** Den mellommenneskelige kompetansen er vektlagt i teorien. Den omhandler jordmors evne til å skape en relasjon til kvinnen og hennes partner for å oppnå et godt samspill. Den mellommenneskelige kompetansen innebærer også evnen til å aktivt lytte og tilpasse informasjonen til kvinnens nivå og behov. Den gode jordmoren evner å samarbeide med andre profesjoner og yrkesgrupper når det er nødvendig.

**Jordmors personlige og profesjonelle utvikling:** Den gode jordmoren evner å pleie og ta vare på seg selv, både profesjonelt og personlig. Hun evner å håndtere stress og har strategier for å unngå å bli utbrent. Hun erkjenner sine svake og sterke sider, og vet hvor egen kompetanse slutter, og hvor andre yrkesgruppers kompetanse begynner (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

## 2.2 Kontinuitet i jordmortjenesten

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2016) anbefaler alle land med en velfungerende jordmortjeneste å praktisere en jordmorstyrt kontinuitetsmodell. Jordmor har da ansvar for kvinnene fra de tar kontakt i starten av svangerskapet til starten av den tidlige barselperioden. Filosofien bak en slik modell er at man ser svangerskap og fødsel som en del av det normale livet, og at friske kvinner kan gjennomgå denne prosessen uten inngripen av medisinske hjelpemidler (ICM, 2021).

Haggerty et al. (2003) definerer kontinuitet som “the degree to which a series of discrete healthcare events is experienced as coherent and connected and consistent with the patient's medical needs and personal context” (Haggerty et al., 2003). Her defineres relasjonskontinuitet som “an ongoing therapeutic relationship between a patient and one or more providers” (Haggerty et al., 2003).

*Caseload midwifery* er en jordmorstyrt omsorgsmodell, og knyttes opp mot oppgavens problemstilling da den har samme organisering som følgetjenesten. Jordmor følger opp den gravide gjennom svangerskapet, fødselen og helt i starten av barselperioden. Modellen

gjenkjennes ved at det bygges et nært forhold mellom jordmor og kvinnen, hvor jordmor lærer å kjenne de individuelle behov som den gravide har gjennom svangerskapet. Jordmødrene jobber ofte sammen i par, hvor de kjenner til kvinnene og deres behov. Jordmødrene som jobber i en slik modell kan være lokalisert innenfor et geografisk område i lokalsamfunnet, men også innenfor en jordmor ledet avdeling tilknyttet et sykehus (Sandall et al., 2016).

### **3 Metode**

I dette kapittelet blir det gjort rede for kvalitativt forskningsdesign, vår forforståelse, vitenskapsteoretisk tilnærming, utvalg og rekruttering, praktisk gjennomføring, studiens analysemetode og til slutt forskningsetiske refleksjoner.

#### **3.1 Forskningsdesign**

Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte individuelle intervjuer ble valgt på bakgrunn av oppgavens problemstilling. Malterud (2017) omtaler kvalitativt forskningsdesign som en god forskningsstrategi for fortolkning, beskrivelse og analyse av egenskaper ved fenomenene som skal studeres. Vi ønsket å utforske jordmødres erfaringer knyttet til fødselsforberedelse hos kvinner bosatt i distriktet, og søkte derfor en dybdeforståelse på jordmødrenes opplevelser, tanker og erfaringer. Denne metoden egnet seg for å samle inn detaljerte data fra informantene med hensikt å tolke meningen i jordmødrenes erfaringer. Intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 1), som ble utformet med åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden minnet oss på temaer vi ønsket data om, men tillot informantene å gå i dybden og utdype seg under hvert spørsmål. Kvale et al. (2015) omtaler metoden som fleksibel, da man tillates å revidere intervjuguiden underveis i datainnsamlingen. Videre kan man ikke trekke konklusjoner ved bruk av kvalitativ metode, men stille nye spørsmål som kan bidra til en økt innsikt og eventuelt tilføre ny kunnskap i jordmorfaget (Kvale et al., 2015).

#### **3.2 Forforståelse**

Vår forforståelse bærer preg av at vi begge er utdannet sykepleiere, hvor i tillegg en av oss har en lang yrkeskarriere som helsesykepleier. Vi har begge vært bosatt i distriktet i Norge og er godt kjent med de lange avstandene. Som jordmorstudenter i praksis har vi erfart at kvinnene håndterte de store avstandene ulikt. Vi kunne oppleve at gravide som hadde vært på kontroll på sykehuset ønsket å bli satt i gang, for å slippe å reise den lange veien tilbake til hjemstedet, og for å eventuelt unngå transportfødsel. Vi erfarte også at flere gravide valgte å flytte til byen et par uker før termin, da de følte seg tryggere nærmere sykehuset. Under samtale med disse gravide kunne de fortelle at store deler av svangerskapet var preget av bekymring og frykt for den lange kjøreveien. Ut ifra disse erfaringene undret vi oss over om dette var en vanlig



tankegang for de gravide bosatt i distriktet, og om disse bekymringene påvirket fødselsforberedelsen. Vi har også fulgt med i media og blitt bevisst hvordan mindre fødeavdelinger og fødestuer er blitt lagt ned de siste årene, og har dermed lurt på hvordan dette har preget de gravide kvinnene og jordmødrene rundt om i Norge. Vi har diskutert og reflektert over egen forforståelse med hverandre, og sammen med veileder.

### **3.3 Vitenskapsteoretisk tilnærming**

Hermeneutikk handler om å tolke meninger i menneskelige uttrykk som et utgangspunkt for forståelse. Det legges vekt på forholdet mellom helhet og deler, og deretter betydningen av kontekst og selvrefleksjon. Fenomenologi tar for seg forståelsen av menneskets bevissthet og subjektive erfaringer. Forskeren setter sine tidligere erfaringer i parentes og retter kritisk oppmerksomhet mot den aktuelle subjektive erfaring, og dette i lys av individets livsverden. Malterud (2017) beskriver disse filosofiske retningene som en forlengelse av hverandre, og et sentralt teoretisk grunnlag for kvalitative metoder og det fortolkende paradigmet. Både hermeneutikk, fenomenologi og sosialkonstruksjonisme har forståelse og utforskning av menneskets samhandling og subjektivitet i fokus. De har også alle elementer av forståelse av menneskelige erfaringer sett i lys av deres livsbetingelser og teksttolkning. Malterud (2017) påpeker at forskningsmetode ikke er det samme som filosofi, og at det er ingen av disse filosofiske retningene som «eier» disse egenskapene. Det blir derfor misvisende å omtale kvalitativ forskning som hermeneutisk-fenomenologiske, fenomenologisk eller hermeneutiske.

Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering (STC) ble anvendt som metode for å analysere vårt datamateriale. STC er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Likhetene STC har med fenomenologien, er at de begge setter subjektive erfaringer fra livsverden som en gyldig kunnskap, og de mest relevante sidene av fenomenet som undersøkes beskrives så omhyggelig og nøyaktig som mulig. Både STC og fenomenologien setter egne erfaringer og forforståelse i parentes, hvorav fenomenologien etterstreber en analytisk distanse. STC derimot vektlegger forskerens ståsted som en viktig forutsetning for den situerte kunnskapen. STC har også likhetstrekk med sosialkonstruksjonisme, da analysemetoden er induktiv og tar sikte på å utvikle kunnskap om fenomenet som utforskes. Mennesket formes kontinuerlig ut ifra hvem de kommuniserer med

i forhold til opplevelser og situasjoner i deres virkelighetsforståelse. Når vi brukte STC, så vi at ut fra hvilke perspektiv vi hadde, ville fenomenet fremtre i ulike versjoner. Vi lette altså ikke etter objektets essenser som man gjør i metoden til fenomenologi (Malterud, 2017).

### **3.4 Utvalg og rekruttering**

Sett i lys av oppgavens problemstilling ble det utført et strategisk utvalg. På denne måten ble det sikret at informantene hadde kunnskap og erfaring innen temaet som ble utforsket.

Inklusjonskriteriene for å delta i studien var minst fem års arbeidserfaring innen svangerskapsomsorgen med følgetjeneste, eller kombinert jobb innen fødeinstitusjon og svangerskapsomsorg med følgetjeneste. Etter å ha gjennomført syv intervjuer hadde vi vanskeligheter med å rekruttere flere informanter. Vi valgte derfor å nedjustere inklusjonskriteriene fra minst fem års arbeidserfaring, til minst to års arbeidserfaring innen følgetjenesten.

Informantene ble rekruttert i perioden oktober til desember 2023. Dette ble gjort gjennom å kontakte kommunene som tilbød følgetjeneste for gravide. Vi kjente til ulike kommuner i nord som tilbød følgetjeneste, men måtte søke på kartet for å finne kommuner lenger sør. Leder for helsestasjonene eller jordmødrene som tilbød følgetjeneste ble deretter kontaktet via e-post med vedlagt informasjonsskriv (vedlegg 2). Enkelte ledere sendte kontaktinformasjon slik at vi kunne ta direkte kontakt med jordmødrene, og andre jordmødre tok direkte kontakt med oss per e-post. Vi fikk også anbefalt jordmødre når vi fortalte om prosjektet vårt i ulike fagmiljøer som vi ferdes i, eller direkte fra informantene som allerede var inkludert i studien. For å oppnå nok informanter, ringte vi de anbefalte jordmødrene, eller sendte dem melding pr sms med forespørsel om deltagelse. De siste deltagerne ble derfor et tilgjengelighetsutvalg, som vi rekrutterte ved hjelp av snøballteknikk, hvor det ble brukt nettverket til forskerne og deltagende informanter (Flatval & Malterud, 2009; Malterud, 2017). Vi rekrutterte til sammen ti jordmødre med en geografisk spredning over hele Norge, som representerte til sammen seks ulike fylker. Av informantene som deltok i studien var det varierende arbeidserfaring fra litt over to år til over 30 år innen følgetjenesten.

### 3.5 Praktisk gjennomføring

Før vi gikk i gang med intervju av informantene, ble det gjennomført en pilotstudie med tre av våre medstudenter. I pilotstudien ble intervjuguiden og vår rolle som intervjuere testet ut. Medstudentene ga oss verdifulle tilbakemeldinger på utforming av spørsmålene, og vi fikk mer erfaring, som gav oss større trygghet i intervjurollen.

Grunnet store avstander og lang reisevei mellom informantene ble det besluttet at alle intervjuene skulle gjøres gjennom video-kommunikasjonsapplikasjonen Teams (UiT, 2023c). Før intervjuet startet snakket vi med deltakeren for å bli litt kjent, og sikre oss at de oppfylte våre inklusjonskriterier. Vi gav informasjon om studien på nytt og deltakeren måtte gi et muntlig samtykke i egen lydfil. Samtykket ble sendt på e-post i forkant av intervjuet, hvorpå informanten leste dette opp med eget navn og dato for intervjuet. En av oss utførte intervjuet for å skape en fin flyt, og den andre var teknisk ansvarlig, gjorde observasjoner og skrev feltnotater. Det var ingen personlig relasjon eller kjennskap mellom intervjuer og informant. Under selve intervjuet ble kamera og mikrofon til den som observerte skrudd av, for å unngå forstyrrelser mellom intervjuer og informant. Feltnotater var viktige for å samle observasjoner og refleksjoner som ikke kom frem i lydfilen (Malterud, 2017).

Data ble samlet inn ved bruk av nettskjema-diktafon mobilapp (UiO, 2023a). På den måten ble det utført lydopptak av intervjuene ved bruk av vår smarttelefon, og opptakene ble sendt direkte over til nettskjema. Opptakene kunne ikke lyttes til på mobilappen og ble umiddelbart kryptert på telefonen, hvorpå opptakene ble lagret i nettskjema.no (UiO, 2023d). Nettskjema og nettskjema-diktafon er utviklet og designet av Universitetet i Oslo (UiO, 2023b, 2023c). Alle feltnotater og transkribert materiale ble behandlet konfidensielt og lagret på UiT sin server, SharePoint 365 (UiT, 2023c). Dette er en sikker måte å lagre dokumentene, da det kreves tofaktor-autentisering. Vedlagt ligger en egen datahåndteringsplan (vedlegg 3).

Intervjuene varierte i lengde mellom 24 minutter til 51 minutter, med et gjennomsnitt på 39 minutter. Dette resulterte i 381 minutter med rådata lydfil, som utgjorde 67 sider med transkribert datamateriale. Intervjuene ble transkriberte over til bokmål samme dag eller dagen etter. På denne måten kunne vi gjenoppleve erfaringer fra datasamlingen, fikk se og bli kjent med materialet fra en annen side, noe som ble en fordel for videre analyse av resultatene

(Malterud, 2017). Vi valgte å transkribere den skriftlige teksten til bokmål for å bevare anonymiteten til deltagerne. Den som observerte under intervjuet, transkriberte lydfilen i etterkant for at vi begge skulle få et godt kjennskap til datamaterialet.

### **3.6 Analyse**

Analysen av datamaterialet er basert på Malteruds (2017) systematisk tekstkondensering (STC). Analysemetoden er fleksibel og er utviklet slik at nybegynnere får en innføring i analyseprosessen på en systematisk og overkommelig måte. Det er heller ingen forutsetninger knyttet til filosofiske røtter. Analyseprosessen er fleksibel og krever at vi som forskere har åpne blikk slik at mønstre man ikke innledningsvis så, blir identifisert. Det som skiller STC fra øvrige analysemetoder, er en spesifikk fremgangsmåte for kondensering og abstrahering av datamateriale. Analysemetoden deles inn i fire trinn, som omtales under:

1. Helhetsinntrykk
2. Meningsbærende enheter
3. Kondensering
4. Syntese

#### **3.6.1 Helhetsinntrykk**

I første trinn handlet det om å skaffe en oversikt og et helhetsbilde over innsamlet datamateriale. Dette gjorde vi ved å lese gjennom det transkriberte materialet hver for oss, hvor foreløpige temaer vi kunne skimte i teksten ble skrevet ned. Under denne prosessen var det viktig å sette vår forforståelse og teoretiske referanserammer i midlertidig parentes. Problemstillingen hadde vi foran oss under hele analyseprosessen. På denne måten kunne vi stille oss åpne for de inntrykkene datamaterialet kunne formidle (Malterud, 2017). Under denne prosessen kom vi frem til seks foreløpige temaer: «Kontinuitet», «forberedelse», «ulike behov for informasjon», «partner sin rolle», «tilgjengelighet» og «trygghet».

#### **3.6.2 Meningsbærende enheter**

I andre trinn samlet vi oss rundt fire foreløpige temaer som dannet grunnlaget for kodegruppene: «Kontinuitet», «forberedelse», «ulike behov for informasjon» og

«tilgjengelighet». Videre leste vi gjennom materialet linje for linje for å identifisere de meningsbærende enhetene. På denne måten filtrerte vi relevant tekst som belyste problemstillingen fra irrelevant tekst. For å lette på analyseprosessen fikk kodegruppene hver sin farge. Denne prosessen kalles for koding, hvor teksten merkes med en merkelapp slik at tekstbitene som har noe til felles, samles. Under denne prosessen fikk vi flere dobbeltkodinger. Det var derfor nødvendig å ta noen steg tilbake og slå sammen kodegrupper. Etter etablering av nye kodegrupper gikk vi gjennom datamaterialet på nytt, linje for linje. Dette for å se om vi kunne identifisere meningsbærende enheter for våre nye, reviderte kodegrupper. De endelige kodegruppene ble «planlegging av fødsel», «kontinuitet i oppfølgingen» og «ulike behov for informasjon». Neste steg i kodeprosessen var å dekontekstualisere, hvor tekst under hver kodegruppe ble tatt ut av sin opprinnelige sammenheng, for senere å bli lest i sammenheng med beslektete tekstelementer (Malterud, 2017).

### **3.6.3 Kondensering**

I tredje trinn ble kodene omgjort til abstrahert meningsinnhold. Tekst der det ikke ble funnet meningsbærende enheter, ble lagt til side. Vi leste systematisk gjennom de meningsbærende enhetene under hver kodegruppe for å identifisere hovedaspektene. De meningsbærende enhetene ble deretter sortert i to subgrupper under hver kodegruppe. Videre ble det utarbeidet et kondensat, et kunstig sitat for hver subgruppe. Kondensatene ble laget ved å sammenfatte og gjenfortelle de meningsbærende enhetene. Kondensatene ble formulert i jeg-form, dette for å huske at de representerte alle informantene. Det ble også valgt ut et gullsitat fra hver subgruppe, som illustrerte kondensatet og de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Tabell 1 viser kodegrupper med tilhørende subgrupper og tabell 2 viser en del av analyseprosessen.

Tabell 1: Kodegrupper og subgrupper.

Kodegruppe:	Planlegging av fødsel	Kontinuitet i oppfølgingen	Ulike behov for informasjon
Subgruppe:	Organisering av svangerskapsomsorgen og følgetjenesten  Jordmors tilnærming til kvinnen	Å møte en kjent jordmor  Tett oppfølging	Ulike behov for første- og flergangsfødende  Tilflytteres utfordringer

Tabell 2: Meningsbærende enheter, kodegruppe, subgruppe og kondensat.

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Kondensat
<p>«Jeg har jo litt tettere oppfølging enn det som står etter anbefalingene i svangerskapsomsorgen. Jeg har en gang i måneden frem til uke 32, og mer hvis det er nødvendig. Så har jeg annenhver uke frem til uke 36, og så får de tilbud om hver uke hvis de ønsker det. Det er litt med avstanden, sånn at de føler at det er trygt. Så de har et tilbud om det. Men det er veldig mye kontakt, og alle går til jordmor.»</p> <p>«Vi gjør oss veldig tilgjengelige mot slutten, og det gjør at kvinnen også faller til ro med det, og stoler på seg selv at de skjønner når de skal ta kontakt fordi de skal føde. De som vi senser er bekymret kan vi rutinemessig sette opp slik at man har flere kontaktpunkter mot slutten. Ukentlig og kanskje en telefonsamtale. Det er vi veldig på, og reklamerer for denne tilgjengeligheten på dagtid når vi er på kontoret.»</p>	Kontinuitet i oppfølgingen	Tett oppfølging	Jeg gjør meg veldig tilgjengelig for den gravide i slutten av svangerskapet, slik at den gravide skal unngå å være bekymret. Jeg kan da sette opp ekstra kontroller eller ta en ekstra telefon til den gravide. Jeg har tettere oppfølging i svangerskapet enn det som anbefalingene sier, spesielt mot slutten. Jeg opplever at dette er med på å skape trygghet for den gravide.

### **3.6.4 Syntese**

I det fjerde og siste trinnet ble bitene satt sammen igjen. Vi sammenfattet våre funn i form av fortolkete synteser som ga grunnlag for nye begreper og beskrivelser som kunne deles med leserne. Det ble utarbeidet en analytisk tekst i tredjeperson for hvert kondensat, slik at vi kunne formidle ny kunnskap ved å gjenfortelle på vegne av informantene. Den analytiske teksten skulle gi leseren innsikt og tillit, og formidles på en måte som var lojal i forhold til deltakernes stemme. I denne prosessen måtte vi inn i vårt empiriske råmateriale for å finne nye gullsitat for noen av subgruppene, slik at vi fikk meningen i den analytiske teksten bedre frem. Til slutt validerte vi funnene våre ved å sette de analytiske tekstene opp mot den sammenhengen de ble hentet ut fra. Dette gjorde vi ved å gå inn i våre empiriske materialer for å bli minnet på hva som egentlig ble sagt (Malterud, 2017). Den analytiske teksten presenteres under resultater i kapittel 4, hvor hver subgruppe presenteres i egne underkapittel.

### **3.7 Forskningsetiske refleksjoner**

Forskere innenfor det medisinske fagfeltet har et ansvar til å bevare et godt etisk fundament i møte med informantene og datamaterialet som utarbeides gjennom prosessen. Det er viktig å være bevisst på at det er mennesker vi har kontakt med i forskningen og hvilke belastninger forskningen kan ha på deltagerne (Malterud, 2017). Helseforskningsloven (2009), som er bygget på Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014), er dokumenter som vi etterstrebet å overholde best mulig gjennom forskningsprosessen og spesielt når det gjaldt informert samtykke fra informantene. Ettersom vi skulle utføre intervju av jordmødre, ble det sendt inn meldeskjema for behandling av personopplysninger for vurdering og godkjenning av Sikt (2023) (ref.nr.: 783631; vedlegg 4). Det var ikke behov for å søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, da forskningen ikke skulle innebære menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger (Helseforskningsloven, 2009; UiT, 2023c).

Under rekrutteringen mottok informantene et informasjonsskriv med samtykkeerklæring og opplysninger om frivillig deltakelse, og muligheten for å trekke seg når som helst i prosessen uten å måtte oppgi grunn (vedlegg 2). De fikk informasjon om personvern, at data ville bli håndtert konfidensielt og at vi som forskere har taushetsplikt. For å gjennomføre intervjuene ble det tatt lydopptak, og informantene ble bedt om å gi et muntlig samtykke i egen lydfil. Hver enkelt informant sin lydfil ble nummerert, datert og oppbevart i nettskjema.no (UiO,

2023d). Informantene ble informert om at lydfilene skulle lagres til prosjektet ble avsluttet, for deretter å bli slettet. Datahåndteringsplanen ble utarbeidet med beskrivelse av hvordan informantene skulle være trygge på at deres informasjon ble behandlet konfidensielt (vedlegg 3). Det var kun vi to jordmorstudentene og veileder som hadde tilgang til datamaterialet.

En risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) ble gjort med tanke på datainnsamling, lagring og deling av materiale under prosjektperioden (vedlegg 5). ROS-analyse ble gjort for å se på mulige faktorer eller uønskede hendelser som kan inntreffe under et forskningsprosjekt, og hvordan vi kan senke risikoen mest mulig for at noe slikt kan skje. ROS-analysen ble godkjent av veileder og sendt til studieansvarlig (UiT, 2023c).



## **4 Resultat**

I dette kapitlet vil våre tre kodegrupper «planlegging av fødsel», «kontinuitet i oppfølgingen» og «ulike behov for informasjon» bli presentert med tilhørende analytisk tekst og gullsitat. Sitatene presenteres i kursiv med anførselstegn, innrykk og benevnes med informantnummer.

### **4.1 Planlegging av fødsel**

#### **4.1.1 Organisering av svangerskapsomsorgen og følgetjenesten**

I intervjuene kom det frem at svangerskapsomsorgen og vaktberedskapen var organisert ulikt i de forskjellige kommunene. Noen jordmødre jobbet alene i kommunen og hadde dermed fødselsforberedelse og svangerskapskonsultasjoner for alle gravide. I disse kommunene kunne jordmor tilby følgetjeneste annenhver uke, men ble ofte ringt på sin private mobil eller tilkalt av leger eller ambulanspersonell de ukene hun ikke hadde vakt. Informantene påpekte at de under fødselsforberedende samtaler vektla å legge en plan for hva kvinnen og hennes partner skulle gjøre hvis jordmor ikke hadde vakt, slik at paret følte seg trygg når fødselen nærmet seg. En slik plan kunne innebære å flytte nærmere sykehus i påvente av fødselen, eller en avtale om å kjøre til sykehuset tidlig i fødselsforløpet.

I andre kommuner jobbet det minst to til tre jordmødre som byttet på å ha vakt, slik at følgetjeneste var et tilbud døgnet rundt gjennom hele året. Jordmødrene hadde sine gravide som de fulgte opp gjennom svangerskapet og forberedte til fødselen, men etterstrebet å bli kjent med alle de gravide i kommunen. I enkelte områder var fire til seks kommuner satt sammen for å fordele vaktberedskapen, noe som resulterte i mindre vaktbelastning for jordmødrene. Her hadde jordmødrene sine gravide som de fulgte opp gjennom svangerskapet og forberedte mot fødselen, men de påpekte at det var større sannsynlighet for at kvinnene møtte på en ukjent jordmor hvis de ringte vakttelefonen. Informantene løftet frem at en del av det fødselsforberedende arbeidet innebar å formidle jordmors tilgjengelighet til kvinnen og hennes partner. Informantene delte vaktplanen med de gravide, slik at de visste hvem som var på vakt hvis de hadde behov for å ringe vakttelefonen.

*«Vi formidler vaktplanen slik at de lærer seg hvordan vi jobber, og hvordan systemet fungerer. Noe som bidrar til å skape en forutsigbar trygghet ettersom de vet at vi er tilgjengelige.» Informant 3*

I kommunene der flere jordmødre jobbet innen følgetjenesten trakk informantene frem bruken av terminliste. Terminlisten inneholdt kvinnens personalia, kontaktinformasjon og informasjon om svangerskapet. Det kunne blant annet stå om valgt fødested, eventuelle risikofaktorer og paritet. Dette påpekes av informantene som et viktig verktøy i jordmors forberedelse når hun har vakt. En annen faktor som belyses av informantene som en viktig del i fødselsforberedelsen er «gul-lapp» eller NB-notat i svangerskapsjournalen. Dette notatet ble utarbeidet i samarbeid med kvinnen, og inneholdt informasjon jordmor i svangerskapet mente var nødvendig for jordmor på vakt å vite. Her kunne det nevnes overgrepshistorikk, ønske om å reise tidlig inn til sykehus, tidligere styrtfødsel eller lav terskel for følge. Jordmødrene presiserte også betydningen av å utforme gode og utfyllende rapporter.

*«Når de ringer leser jeg “gul-lappen” i journalen slik at jeg slipper å ta full anamnese i telefonen hver gang. Man kan faktisk bruke mer tid på å spørre om det som er her og nå.» Informant 10*

#### **4.1.2 Jordmors tilnærming til kvinnen**

Informantene i studien vår fremhevet at deres mål for det fødselsforberedende arbeidet var at kvinnen og hennes partner skulle oppleve det trygt å bo langt unna sykehuset. I intervjuene kom det frem hvor viktig det er å ufarliggjøre transportfødsel, som et ledd i forberedelsen mot fødsel. Jordmødrene hadde søkelys på å promotere den normale fysiologiske fødselsprosessen, og hvor viktig det var å ha troen på seg selv. Under fødselsforberedelsen forberedte de kvinnen på at transportfødsel ikke trenger å være noe negativt, da hun får lytte til kroppens signaler og jobbe med riene uten medisinske intervensjoner. Informantene forklarte til kvinnen og hennes partner at barn som blir født under transport sjeldent er stresset, og er under liten belastning. Å gi trygghet om at følgetjenesten er for alle, og ikke bare for dem som er kommet langt i fødselsprosessen, var en viktig dimensjon i det fødselsforberedende arbeidet. Informantene i studien fortalte at hvis kvinnen eller partner var svært engstelig og redd, hadde de lav terskel for å følge kvinnen til sykehuset. Det ble videre

påpekt at deres tilstedeværelse under transport bidro til å fremme den normale fysiologiske fødselsprosessen. De informerte også om tilgjengelig utstyr i ambulansen, i tilfelle det skulle oppstå komplikasjoner.

*«For at kvinnen skal føle seg trygg, da må hun vite hva en normal fødsel er, sånn at hun klarer å trygge seg selv på det. Uansett hvor du er og skal føde, hvis du ikke føler deg trygg, da risikerer du at stresshormoner og adrenalin jobber imot oxytocin. Så jeg prøver å snakke om den normale fødselen slik at de forstår det. Uansett hvor man er i fødselen, så er det viktigste at de føler seg trygg og ivaretatt.» Informant 9*

Informantene som hadde flere gravide med termin rundt samme tidspunkt, arrangerte fødselsforberedende kurs. Med god gruppedynamikk i det fødselsforberedende kurset vekslet kvinnene erfaring med hverandre, og det ble påpekt at det vektet tyngre å høre om gode fødselsopplevelser hos andre gravide, enn fra jordmor. Kursene ble også benyttet som en god informasjonskilde om følgetjenesten. Informantene fortalte at de brukte mye tid på å forklare og sikre seg at paret forsto hvordan de skulle forholde seg til jordmor som har vakt, og når de skulle ringe vakttelefonen. Det ble også påpekt at alle gravide i tillegg fikk en ekstra svangerskapskonsultasjon med fokus på fødselsforberedelse. Informantene i studien vår erfarte at dette med lang reisevei ofte var en uro i starten av svangerskapet, men at kvinnen gjennom svangerskapet opplevde en økende trygghet grunnet kunnskapen og informasjonen hun fikk i møte med jordmor. Den lange avstanden til sykehuset var et tema som ble tatt opp på hver svangerskapskonsultasjon, men tok mindre og mindre plass i konsultasjonen desto lengre ut i svangerskapet kvinnen kom.

*«Så jeg føler helt på slutten, da er alt avklart. De vet når de skal kontakte jordmor, de har fått en liste fra meg om ting de skal se etter og telefonnummer. De vet at er det fødsel, så er det meg de skal ringe til, så ordner jeg resten. Så det er liksom det som er mitt mål i svangerskapsomsorgen, at når de har kommet til en måned før termin, da trygger jeg med det som kommer.» Informant 4*

## 4.2 Kontinuitet i oppfølgingen

### 4.2.1 Å møte en kjent jordmor

Å møte en kjent jordmor ble trukket frem som et viktig element i å gi trygghet til de gravide.

Det å kunne tilby kontinuitet gjennom hele svangerskapet, under fødsel og tidlig

barselperiode ble løftet frem som noe unikt ved jobben som jordmor i distriktet.

Det handlet om at de gravide hadde en jordmor å forholde seg til som kjente til deres historikk og behov. Informantene påpekte at dette var en fordel når de skulle gjøre vurdering av de som ringte på vakttelefonen, da de ofte kjente til kvinnen og derfor ikke hadde behov for å stille så mange spørsmål. Denne kjennskapen ble utviklet gjennom de fødselsforberedende samtalene gjennom svangerskapet. Flere av informantene hadde jobbet som jordmor i samme kommune over flere år, og hadde derfor kjennskap til de som var flergangsfødende. Det kom frem i intervjuene at jordmødrene opplevde at de gravide ble svært avhengige av jordmor, og lente seg veldig på henne.

I kommunene hvor det jobbet flere jordmødre, ble det trukket frem at de gravide ofte hadde et ønske om at jordmoren de hadde gått hos i svangerskapet, skulle være på vakt når de gikk i fødsel. Informantene opplevde at de gravide senket skuldrene, og følte seg mer trygge når de møtte en kjent jordmor i fødsel. Som en del av fødselsforberedelsen etterstrebet informantene å introdusere de gravide for sine jordmorkolleger mot slutten av svangerskapet, slik at de gravide fikk kjennskap til dem de eventuelt kunne møte i fødsel.

*«Jeg tror den koblingen med et kjent ansikt, og at det er vi jordmødre i svangerskapsomsorgen som også har følgetjenesten, det er et element i tryggheten.»*

Informant 8

### 4.2.2 Tett oppfølging

Informantene uttrykte at de gjorde seg veldig tilgjengelig for de gravide mot slutten av svangerskapet. Jordmødrene beskrev at de hadde tettere oppfølging i svangerskapet enn det de nasjonale faglige retningslinjene anbefaler, og de opplevde at dette bidro til å skape en trygghet for den gravide. Som en del av fødselsforberedelsen kunne de tilby ekstra svangerskapskonsultasjoner eller ta en telefon hjem til den gravide. Informantene beskrev at

de reiste hjem til kvinnene for å vurdere om fødselen var i gang. Hvis det var behov for det, kunne hun komme tilbake noen timer senere for å gjøre ny vurdering. På denne måten kunne den gravide være lenger hjemme i trygge omgivelser, og selv bestemme når hun var klar for å reise inn til sykehuset. Det tette samarbeidet mellom jordmor og den gravide ble trukket frem som en viktig faktor i det fødselsforberedende arbeidet, og bidro til å skape en forutsigbarhet for kvinnene. Det å ha jordmor der de gravide bor, ble trukket frem som en stor verdi både for de gravide, men også for jordmødrene. Informantene fortalte også at de gravide aldri er alene om å ta beslutningen om å reise inn til sykehuset. Det er jordmor som gjør den vurderingen og har kontakt med AMK og fødeavdelingen.

*«Vi gjør oss veldig tilgjengelige mot slutten av svangerskapet, det gjør at kvinnene også faller litt til ro, og stoler på seg selv at de skjønner når de skal ta kontakt fordi de skal føde. De som man på en måte opplever er veldig bekymret, kan man rutinemessig sette opp at man har flere kontaktpunkter mot slutten av svangerskapet.» Informant 1*

### **4.3 Ulike behov for informasjon**

#### **4.3.1 Ulike behov for første- og flergangsfødende**

Informantene belyste at deres erfaring med førstegangsfødende var at de bekymret seg for å gå glipp av de tidlige tegnene på fødsel, og dermed risikere å føde på vei til sykehuset. Disse bekymringene var ofte fremtredende tidlig i svangerskapet. Informantene fortalte at for å betrygge de gravide, viste de til statistikk om at førstegangsfødende ofte har god tid, og de aller fleste kjører egen bil uten følge inn til sykehuset. Det ble påpekt av informantene at det opplevdes vanskelig å få førstegangsfødende 100% forberedt til fødsel. Dette medførte at enkelte gravide følte på et behov for å bo nærmere sykehuset to til tre uker før termin.

*«Når vi for eksempel forklarer førstegangsfødende at 99% av alle kjører inn selv, og har god tid til å gjøre det, da er det mange som roer seg med det.» Informant 1*

Under intervjuene kom det frem at jordmødrene mente det var de flergangsfødende som kunne ha et behov for å bo nærmere sykehus i påvente av fødselen, men at dette ikke var noe de gravide ønsket. Jordmødrene erfarte at det var vanskelig for kvinnene å forlate barna sine hjemme. Hos flergangsfødende erfarte informantene at tidligere fødsler hadde mye å si for

hvilken fødselsforberedelse kvinnen hadde behov for. Det ble fremhevet at kvinnene som hadde hatt raske fødsler tidligere, opplevde å være bekymret for å føde under transport. I møte med disse kvinnene var søkelys på det positive med en rask fødsel, og fremme den normale fysiologiske fødselsprosessen et av hovedmomentene i det fødselsforberedende arbeidet. De kvinnene som hadde opplevd lange og slitsomme fødsler tidligere, hadde svært liten tro på at fødselen kunne gå raskere. Et av hovedmomentene i det fødselsforberedende arbeidet i møte med disse kvinnene var å bearbeide tidligere fødselsopplevelser, og informere om at det ofte går raskere når man har født før. Det ble også påpekt at de oppfordret kvinnene til å ta tidlig kontakt med jordmor når fødselen var i gang, slik at jordmoren kunne gjøre vurdering tidlig i fødselsforløpet.

*«De som har født før, de vet hva de skal kjenne etter og de har gjerne litt mer is i magen i forhold til erfaringer de har fra sist. Så det er jo det som skjærer seg, for de har brukt veldig lang tid på første barnet, og så tenker de at de har god tid, men så har de ikke det.» Informant 3*

#### **4.3.2 Tilflytteres utfordringer**

Under intervjuene kom det frem at de som var født og oppvokst i distriktet kunne ha et mer avslappet forhold til de lange avstandene. De kjente til hvordan jordmor jobbet med fødselsforberedelse i svangerskapsomsorgen, og hadde god kunnskap om hvordan hun hadde vaktberedskap i følgetjenesten. De lokale innbyggerne kjente også til jordmoren som hadde jobbet mange år i kommunen, og som hadde tatt imot barn hjemme eller under transport, fordi de ikke hadde rukket frem til sykehuset. Fastboende over lengre tid hadde også kunnskap om at været kunne stoppe dem fra å reise inn til sykehuset. De hadde likevel en trygghet i at dersom de ringte jordmor, så ville hun komme til dem om det var et behov for tilsyn eller vurdering.

Sammenlignet med dem som var født og oppvokst i distriktet, erfarte informantene at de som kom tilflyttende til distriktet opplevde avstanden som skremmende. Informantene påpekte at særlig flergangsfødende, som hadde tidligere erfaring med å selv kjøre inn til sykehuset på under 20 minutter, gruet seg veldig til fødselen. Jordmødrene erfarte at denne gruppen kunne møte jordmor i svangerskapsomsorgen rett etter de hadde fått påvist graviditeten, og hadde

behov for å motta informasjon om hvordan de skulle forholde seg til fødselen og den lange veien til sykehuset. Jordmødrene startet ofte første svangerskapskonsultasjon med å informere om organisering av svangerskapsomsorgen og følgetjenesten, og erfarte at det vokste en større trygghet i de gravide i løpet av svangerskapet.

Informantene la også frem hvor viktig det var å følge med på værvarselet når fødselen nærmet seg. Dette var et tema som jordmor hadde med i fødselsforberedelsen, slik at den enkelte gravide og jordmor selv fulgte med på værprognoser når terminen nærmet seg. Hvis det var meldt dårlig vær måtte de i enkelte kommuner vurdere å sende gravide med nærstående termin inn til sykehuset i påvente av fødsel, da veier kunne bli stengt. Det ble påpekt at fødsel på legekantoret eller under transport var noe de forsøkte å unngå, og målet var at de skulle føde på sykehus. Denne informasjon var det viktig at de tilflyttede til kommunen fikk kjennskap til.

*«Jeg ser at de kvinnene som har bodd i store byer i nærheten av sykehus, og når de kommer flyttende hjem og skal ha sitt andre barn, så synes de det er helt forferdelig med denne avstanden, og gruer seg veldig til reiseveien.» Informant 2*

## 5 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil resultatene drøftes opp mot relevant forskning, samt oppgavens teoretiske rammeverk. Studiens problemstilling vil være utgangspunkt for diskusjonen av resultatene:

*Hva er jordmors erfaring med fødselsforberedelse til kvinner som kan ha behov for følgetjeneste?*

### 5.1 Planlegging av fødsel

Resultatene fra studien vår viser at organiseringen av svangerskapsomsorgen og vaktberedskapen er organisert på forskjellige måter i de ulike kommunene. Informantene la vekt på at en del av det fødselsforberedende arbeidet var å utarbeide en plan sammen med kvinnen og hennes partner, slik at de følte seg trygge når fødselen nærmet seg, også de ukene jordmor ikke hadde vaktberedskap. Jordmors individuelle omsorg for hver enkelt kvinne, og hennes profesjonelle visdom i form av å skape en trygg og rolig atmosfære står sentralt i teorien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011). Forskning viser at jordmødrene innen følgetjenesten opplever jobben som meningsfull og inspirerende, i form av den gode relasjonen de får med kvinnen og hennes familie. Dette fører til at de kan utøve jordmorfaget på en god måte (Jakobsen et al., 2023). Funn i studien vår viser at det enkelte plasser jobber to eller flere jordmødre sammen, som deler på vaktberedskapen. Denne måten å jobbe på kan sees i sammenheng med kontinuitetsmodellen caseload midwifery, hvorav en jordmor følger den gravide gjennom svangerskapet, fødselen og tidlig i barselperioden. For å kunne fordele vaktberedskapen, jobber de flere jordmødre sammen, og alle kjenner til kvinnen og hennes ønsker og behov (Sandall et al., 2016). Tidligere forskning viser også at jordmødre som jobber innen caseload midwifery opplever å ha en høyere faglig tilfredshet med arbeidet sitt som jordmor (Dawson et al., 2018). En høyere faglig tilfredshet blant jordmødrene sikrer en trygg svangerskapsomsorg av høy faglig kvalitet (Sandall et al., 2016).

Funn i vår studie viser at jordmødrene i samarbeid med den gravide utarbeidet et NB-notat eller Gul-lapp i svangerskapsjournalen. Utarbeidelsen av et slikt notat kan sammenlignes med et fødebrev eller fødeplan. En studie publisert i 2023 viste til uenigheter blant jordmødre angående utarbeidelsen av et fødebrev (Ghahremani et al., 2023). Noen mener at et fødebrev er et forsøk på å kontrollere noe som ikke kan kontrolleres, derimot er andre enige om at



utarbeidelsen av et fødebrev er nyttig i det fødselsforberedende arbeidet. Det ble også påpekt at tilnærmingen til ønsker om fødsel var ulik blant jordmødre i svangerskapsomsorgen og fødselsomsorgen, og mange kvinner opplever at jordmødrene på sykehuset ikke leser fødebrevet (Ghahremani et al., 2023). Funn i vår studie viser imidlertid til at det ofte er den samme jordmoren som har utarbeidet fødeplanen sammen med kvinnen, som møter henne i fødsel på vei inn til sykehuset. Hvis det er en annen jordmor på vakt, så leser hun fødeplanen for å innhente viktig informasjon om svangerskapet, men også kvinnens ønsker og behov.

Jordmødrene løftet frem at en del av fødselsforberedelsen var å informere kvinnene om at følgetjenesten er for alle, og at de hadde lav terskel for å følge den gravide inn til sykehuset. I nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen står det derimot at følgetjenesten omfatter vurdering av kvinnen, for å unngå unødvendige transporter (Helsedirektoratet, 2022). Informantene i studien belyste at det skal oppleves trygt å bo i distriktet, og det ble presisert at deres promotering av tilstedeværelse under fødsel reduserte angst og stress i svangerskapet. Dette understøttes av tidligere forskning som viser at angst og stress forstyrrer fødselsprosessen og kan gi negativt utfall for fødselsforløpet, for både mor og barn (Buckley, 2015; Walter et al., 2021).

En dimensjon ved det fødselsforberedende arbeidet var at jordmødrene brukte mye tid på å ufarliggjøre transportfødsel med tilstedeværelse av jordmor, og informere om den normale fysiologiske fødselsprosessen. Dette er i tråd med tidligere forskning som viser til betydningen av å gi god informasjon om den normale fødselsprosessen (Gilkison et al., 2018). Hollins Martin og Robb (2013) beskriver at fødselsforberedelse gir økt kunnskap blant de gravide, noe som videre bidrar til en økt forståelse av hva som skjer med kroppen under en fødsel. Dette kan gjøre det enklere for kvinnen og hennes partner å håndtere det som kommer (Hollins Martin & Robb, 2013). Dahlberg et al. (2016) viser videre til at god støtte, informasjon og veiledning i svangerskapet hjelper kvinnene til å bli mentalt forberedt til fødsel. Dette kan relateres til funn i vår studie, hvor jordmødrene påpekte at samtaler, utarbeidelse av fødeplan og fødselsforberedende kurs bidro til at bekymringen for den lange reiseveien tok mindre og mindre plass, utover svangerskapet. Ved fødselsforberedende kurs søker kvinnen og hennes partner informasjon om fødsel, og målet er å gi paret god informasjon om både fødselens faser og smertelindring slik at de kan ta informerte valg. Det

fokuseres også på å gi kvinnen økt selvtillit til å stole på kroppens evne til å føde (Cutajar et al., 2020; Gagnon & Sandall, 2007). Informantene i studien løftet frem god gruppedynamikk under fødselsforberedende kurs som noe positivt ved å samle flere gravide sammen. Studien til (2012) viser til liknende funn hvor det ble påpekt at informasjonen ble mer realistisk når den kom fra andre gravide, enn når jordmoren fortalte om det. Jordmødrene i studien la vekt på at de tilbød både kurs og individuelle samtaler med fokus på fødselsforberedelse. Hunter et al. (2008) viser til hvor viktig det er med en aktiv tilstedeværelse under svangerskapskonsultasjonene, slik at det skapes en atmosfære uten tidspress og stress. Dette vil tillate jordmor å gi genuin omsorg og skape en meningsfull relasjon med kvinnen, slik at det skapes rom for å reflektere og stille spørsmål. Dette understøttes av teorien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) hvor aktiv lytting og individuell tilpassing av informasjon står sentralt, men også evnen til å skape en relasjon til den gravide for å oppnå et godt samspill.

## **5.2 Kontinuitet i oppfølgingen**

Jordmødrene løftet frem at den gravide kvinnen kunne uttrykke en trygghet når de møtte kjente jordmødre i svangerskapsomsorgen og følgetjenesten. For at den gravide skal oppleve denne tryggheten, handler det om kontinuitet i møte med jordmor, og muligheten til å møte samme person gjennom svangerskapet og det tidlige forløpet av fødselen. Det handler om relasjonen som skapes mellom den gravide og jordmor, som Haggerty et al. (2003) definerer gjennom det terapeutiske forholdet mellom pasienten og en eller flere behandlere. I et slikt forhold oppstår det tillit til å dele sin historie som gravid, familieforhold og eventuelt ekstra oppfølging i forhold til helse. For at jordmor skal forberede den gravide på best mulig måte for fødselen, handler det om at jordmor er til stede, og den tryggheten som oppstår i et nært og relasjonelt møte mellom den gravide og jordmor (Aune et al., 2021; Haggerty et al., 2003). Følgetjenesten er et unikt tilbud som kvinnene i Norge har. Sammenlignet med USA, Australia, men også andre nordiske land som Sverige, opplever kvinnene ute i distriktet i disse landene stress og angst knyttet til den lange reiseveien inn til sykehuset. Angsten kommer av at kvinnene og deres partner selv må komme seg til sykehuset uten tilstedeværelse av en profesjonell fødselshjelper (Dietsch et al., 2010; Kornelsen & Grzybowski, 2006; Svedberg et al., 2020).

Gjennom fødselsforberedelsen som jordmødrene i vår studie hadde gjort i svangerskapsomsorgen, så kjente de historien til den gravide. Dette gjorde at når de gravide ringte vakttelefonen, så hadde jordmødrene kunnskap om deres behov. Sandall et al. (2016) beskriver hvordan den gravide kvinnen kan kjenne på en større kontroll både psykisk og følelsesmessig, når de har en jordmor som kjenner til deres helse, ønsker og behov. En studie fra Norge (Sætrum et al., 2024), viser at de gravide kvinnene opplever en god relasjonell og faglig tilfredshet. Til tross for dette påpekes det at de gravide ville følt seg tryggere i fødselsforløpet om deres jordmor fra svangerskapsomsorgen, som de allerede var trygg på, hadde vært med på fødselen (Sætrum et al., 2024). Dette bekrefter våre funn hvor informantene belyste at de gravide kjente på en større trygghet i svangerskapet, om de visste at de kunne møte en kjent jordmor i det tidlige fødselsforløpet. Tidligere forskning viser at paret, og spesielt kvinnen kunne oppleve en skuffelse over at jordmoren de hadde blitt kjent med i svangerskapet, ikke får fulgt opp ved fødselen (Jepsen et al., 2017). Funnet i studien vår viser at en viktig del av det fødselsforberedende arbeidet er at den gravide får møte flere jordmødre, dersom det viser seg at jordmor gjennom svangerskapet ikke har vakt når fødselen startet. Disse funnene tyder på at jordmor utøver sin mellommenneskelige kompetanse, slik at kvinnen og hennes partner kan føle seg tryggere i møte med en ukjent jordmorkollega (Karlsdottir et al., 2014).

Informantene la vekt på at de hadde muligheten til å tilby hyppigere møter med den gravide enn det som er anbefalt i retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2018). Jordmødrene gjorde seg veldig tilgjengelig for de gravide, spesielt mot slutten av svangerskapet. Tidligere forskning viser til at gravide som opplever kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barsel opplever en større tilfredshet og en sterkere emosjonell støtte, hvor deres bekymringer blir tatt på alvor (Forster et al., 2016). Dette bekrefter våre funn som understreker hvordan jordmødrene skaper en forutsigbarhet i fødselsforberedelsen, ved å imøtekomme den gravide sine behov for informasjon, og sikre seg at paret har forstått hvordan de skal forholde seg til vaktjenesten når fødselen starter.

Informantene belyste muligheten for å reise hjem til kvinnene i den tidlige fasen av fødselen. I studien til Kobayashi et al. (2017) kommer det frem at kvinnen opplever en større tilfredshet når jordmor er sammen med henne i starten på fødselen. Jordmor kunne reise hjem til kvinnen

eller ha telefonkontakt. Studien til Kobayashi et al. (2017) bekrefter og har mye til felles med hvordan jordmødre i studien vår jobber. De har en unik mulighet til å møte kvinnen hjemme for en vurdering, ettersom jordmødrene i svangerskapsomsorgen også har vaktberedskap i følgetjenesten. Informantene våre understreket at de under fødselsforberedende samtaler promoterte for denne tilgjengeligheten. En studie publisert i 2023 (Kjerulff et al.) belyste at dersom den gravide har deltatt på svangerskapskurs, så kan dette være med å indikere at hun ønsker å være hjemme i den tidlige fasen av fødselen, fremfor å dra tidlig inn til sykehuset. Dersom paret har mulighet til å ha en fødselshjelper eller jordmor hos seg, så vil det kunne gi en trygghet og mulighet til å avvente reisen til fødeavdelingen (Kjerulff et al., 2023). Informantene våre løftet frem betydningen av at ting skulle være avklart i god tid før termin, slik at kvinnen og hennes partner visste at jordmor trygget med å ta avgjørelser når det gjaldt å dra inn til sykehuset i egen bil eller med følgetjeneste og ambulanse. Dette kan sees i sammenheng med Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) sin teori, hvor jordmor innehar en profesjonell visdom gjennom de livserfaringer hun har opparbeidet seg.

Et sentralt funn i vår studie er jordmors koordinerende arbeid. Jordmødrene som jobber innen vaktberedskapen koordinerer ved å ha kontakt med den gravide, fødeavdelingen og AMK. Informantene la vekt på betydningen av å informere kvinnen og hennes partner om denne rollen tidlig i svangerskapet. Ettersom jordmor tar avgjørelsen for når de skal reise inn til sykehuset, og deretter koordinerer transport, utløser det en trygghet for den gravide og hennes partner. Denne måten å jobbe på er i tråd med jordmorteorien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011), men også yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (ICM, 2008). Her understrekes jordmors evne til å samarbeide med annet helsepersonell, profesjoner og yrkesgrupper. Haggerty et al. (2003) beskriver hvordan helsepersonellet tar utgangspunkt i hva pasienten har behov for i de ulike sammenhenger av sin medisinske tilstand, og hvordan dette utløser handling. Jordmor i distriktet tar her på seg det koordinerende ansvaret med andre yrkesgrupper, og den gravide kvinnen og partneren kan konsentrere seg om fødselsarbeidet og ha tillit til at jordmor har kontroll på når de skal reise til sykehuset. Dette er en mulighet som den gravide kvinnen i distriktet har, men ikke den gravide som bor nærmere fødeavdelingen i Norge (Helsedirektoratet, 2010). Som motsetning til situasjonen for distriktskommunene, beskriver Nyman et al. (2011) i sin artikkel, hvordan den fødende og hennes partner som bor nærmere fødeavdelingen selv må ta avgjørelsen alene hjemme om når de skal reise inn til

sykehuset. Møtet med jordmor og fødeavdelingen kan på den ene siden være med på å gi en god fødselsopplevelse, ved at de klarte å vente lenge nok hjemme før de tok avgjørelsen om å dra til fødeavdelingen. Men på den andre siden kan det utløse en utrygghet ved at de reiser inn til sykehuset for tidlig og dermed blir sendt hjem, for så å måtte vente i usikkerhet på når de igjen kan ta kontakt med fødeavdelingen (Nyman et al., 2011). Informantene i vår studie var klare på at det var jordmor som tok avgjørelsen på når den gravide kvinne skulle reise inn til fødeavdelingen, og dette informerte de kvinnene om tidlig i svangerskapet gjennom de fødselsforberedende samtalene.

### **5.3 Ulike behov for informasjon**

Informantene påpekte at det var ulike informasjonsbehov blant førstegangs- og flergangsfødende. En av bekymringene blant førstegangsfødende var å ikke ha kunnskap om de tidlige tegnene på fødselens start, og dermed kunne risikere å føde under transport. I studiene til Hollins Martin og Robb (2013) belyses det hvordan kvinnen skal lære å forstå hva som skjer med kroppen under fødselen, og dermed få en innsikt i hva de kan forvente. I den første fasen av fødselen kan behovene til den førstegangsfødende kvinnen være et ønske om bekreftelse på om smertene er normale, og få kunnskap om hvor langt de er kommet i fødselsforløpet (Kobayashi et al., 2017). Forskning viser også at den gravide som har mulighet til å delta på fødselsforberedende kurs, tilegner seg kunnskap, og lærer å forberede seg til fødselens start (Hatamleh et al., 2019). Dette vil være med på å gi kvinnen kunnskap om fødselens begynnelse, og på den måten vite når de skal ta kontakt med jordmor. Resultater fra studien vår viser at jordmødrene brukte mye tid under fødselsforberedelsen på å berolige den gravide om at de fleste førstegangsfødende har god tid, og sjeldent føder under transport. Som en motsetning til denne fødselsforberedelsen fra jordmødrene i studien vår, beskriver Vik et al. (2016) hvordan noen kvinner bosatt nærmere sykehuset opplever det vanskelig å ta kontakt med fødeavdelingen. De er redde for å bli avvist av jordmødrene, og bli sendt hjem fordi de ikke er kommet inn i den aktive fasen av fødselen. Sett i lys av teorien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) anvendte jordmødrene i vår studie sin profesjonelle visdom i møte med kvinnene, ved å vise til statistikk og tidligere erfaringer. Kvinnen og hennes partner vil i møte med jordmor sin kompetanse og kunnskapsformidling kjenne på en trygghet gjennom fødselsforberedende kurs, eller under en svangerskapskonsultasjon (Hatamleh et al., 2019).

Jordmødrene kunne fortelle at det opplevdes vanskelig å få de førstegangsfødende 100% forberedt til fødsel, noe som førte til at enkelte førstegangsfødende følte på et behov for å bo nærmere sykehuset i påvente av fødselen. Dette støttes også av forskning fra Australia (Shackleton et al., 2023) hvor det vises til at førstegangsfødende i distriktet er redd for å føde under transport, og derfor ønsker å bo nærmere sykehuset rundt termin. Australia har imidlertid ikke en organisert følgetjeneste, og kvinnene må komme seg til valgt fødested på egen hånd (Shackleton et al., 2023). Et sentralt aspekt i teorien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) er jordmors mellommenneskelige kompetanse, hvor jordmors evne til å skape en relasjon og oppnå et godt samspill er viktig. Jordmødrene i studien vår mente at en del av det fødselsforberedende arbeidet gikk ut på å gi den gravide omsorg ved å lytte aktivt. Men også å tilpasse informasjonen i forhold til den gravides situasjon, slik at det var tydelig for kvinnen og hennes partner når de skulle kontakte jordmor. Det handlet også om det var nødvendig å bo nærmere sykehuset i påvente av fødselen. Informantene påpekte at det ofte var de førstegangsfødende som hadde et ønske om å bo nærmere sykehuset i påvente av fødselen, men at det derimot var de flergangsfødende som hadde behov for det. Til tross for dette var det sjeldent at de flergangsfødende valgte å flytte nærmere sykehuset i påvente av fødselen, da de ikke ønsket eller ikke hadde muligheten til å reise fra barna sine. Dette løftes også frem i forskningen til Shackleton et al. (2023) hvor kvinnene som bodde nært sykehuset i påvente av fødselen kjente på en ensomhet og isolasjon fra sitt nettverk.

Informantene belyste at de flergangsfødende som hadde opplevd å føde raskt tidligere, ofte var engstelige for å føde på tur til sykehuset. Tidligere forskning viser at kvinner som har opplevd å føde uplanlagt utenfor fødeinstitusjon, beskriver mestringsfølelse, empowerment og stolthet over hvordan de håndterte situasjonen (Erlandsson et al., 2015; Svedberg et al., 2020; Vik et al., 2016). I møte med kvinnen og hennes partner må jordmor i svangerskapet utøve en god kommunikasjon, slik at de kjenner seg trygg på å ta den rette avgjørelsen når fødselen starter (Hunter et al., 2008). Jordmødrene i vår studie gjorde sitt beste for å unngå at de gravide skulle måtte oppleve transportfødsel. Jordmor har imidlertid under fødselsforberedende samtaler mulighet til å snakke om både frykten og bekymringene som oppstår i situasjonen, men også den genuine stolthet og mestringsfølelse kvinnene opplever i etterkant av en slik opplevelse om alt har gått bra (Erlandsson et al., 2015). Jordmødrene i studien vår vektla også hvor viktig det var å fremme den naturlige fysiologiske

fødselsprosessen. Dette understøttes av forskning som viser hvordan kvinner som har opplevd å føde uplanlagt utenfor institusjon, klarte å følge kroppens signaler, og stole på den naturlige fødselsprosessen (Erlandsson et al., 2015; Svedberg et al., 2020; Vik et al., 2016). Derimot viser forskning en større risiko for et negativt fødselsutfall, dersom en fødsel skjer i omgivelser som ikke er planlagt (Örtqvist et al., 2021). I møte med disse to ytterpunktene må jordmor vise en god evne til å tilpasse rett informasjon under fødselsforberedelsen, og at den gravide kvinnen kjenner en trygghet og visshet om at jordmor er med på å ta det rette valget når fødselen er i gang (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Her uttrykker informantene våre den betydningen de har i fødselsforberedelsen, hvor det blir gjort klart for den gravide hvordan vaktberedskapen og følgetjenesten fungerer i praksis.

Den andre gruppen som informantene trakk frem av flergangsfødende, var de gravide som tidligere hadde opplevd lange og strevsomme fødsler. Disse kvinnene ønsket gjerne å vente med å dra til fødeavdelingen, og dermed måtte jordmødrene i vår studie forberede dem på at den kommende fødsel kunne gå raskere enn forrige fødsel. Jordmødrene mente at et av hovedmomentene i det fødselsforberedende arbeidet var å bearbeide tidligere fødselsopplevelser. Aune et al. (2021) viser til hvor viktig det er med aktiv lytting for å skape en god relasjon med kvinnen i svangerskapsomsorgen. Når jordmødrene møter kvinner som bærer med seg dårlige fødselsopplevelser fra tidligere, så har de et spesielt ansvar for å gi en god fødselsforberedelse i kvinnens nye svangerskap. Dette belyses i studien til Viirman et al. (2023) om hvordan en negativ fødselsopplevelse ikke kan leses ut fra journalen til kvinnen, men gjennom å høre kvinnens opplevelse av fødselen og hvordan den har utløst følelser av frykt (Viirman et al., 2023). Som motsetning til den negative fødselsopplevelsen, så vektlegger Karlstrom et al. (2015) i studien sin om kvinners positive erfaringer med fødselen, hvor viktig samspillet og støtten fra partner er. Men også relasjonen som bygges mellom jordmor og kvinnen gjennom svangerskapet har mye å si for den positive fødselsopplevelsen (Karlstrom et al., 2015). Funn i studien vår viser at jordmødrene startet tidlig i fødselsforberedelsen med å lytte til kvinnens tidligere fødselserfaringer, og ut fra det bevisstgjøre henne på å ta kontakt tidlig i fødselsprosessen, for å unngå transportfødsel. Sett i lys av teorien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) utøver jordmødrene en profesjonell omsorg ved å gi kvinnen muligheten til å fortelle om sin opplevelse, og på den måten vise respekt for hennes autonomi og selvbestemmelse (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Informantene satte søkelys på gruppen med tilflyttere, som tidligere hadde bodd nærmere sykehus. Denne gruppen gravide kunne oppleve avstanden som ny og skremmende, især de som hadde født tidligere. Forskning viser at misforhold mellom forventninger til fødsel og fødselens utfall kan ha en sammenheng med postnatal posttraumatisk stresslidelse. Det påpekes her betydningen av å gi kvinnen informasjon tidlig i svangerskapet og anerkjenne hennes behov, i form av omsorg og tydelig kommunikasjon (Webb et al., 2021). Utarbeidelse av en fødeplan kan også bidra til økt kunnskap om fødsel, slik at det skapes realistiske forventninger, som igjen kan bidra til en god fødselsopplevelse (Ghahremani et al., 2023). Jordmødrene i studien la vekt på at de tidlig i svangerskapet ga informasjon om organiseringen av svangerskapsomsorgen og følgetjenesten som en del av fødselsforberedelsen, slik at kvinnen og hennes partner skulle føle seg trygge og ivaretatt ute i distriktet. Dette understøttes av tidligere forskning som viser hvor nødvendig det er å møte kvinnen tidlig i svangerskapet for å kunne etablere et godt forhold. På den måten kan jordmor gi individuell tilpasset omsorg, samt sette i gang helsefremmende tiltak (Aune et al., 2021).

Resultatene fra studien viser at jordmødrene etterstreber å gi den enkelte gravide og hennes partner informasjon om hvor viktig det er å følge med på værprognoser mot slutten av svangerskapet, og muligheten for å bli sendt til sykehuset i påvente av fødsel ved dårlig vær. Forskning fra Norge (Engjom et al., 2017) viser til en høyere dødelighet under fødselen blant kvinnene som fødte i vinterhalvåret mellom oktober og mars, bosatt to timer eller lengre unna sykehus. Artikkelen peker på at det trolig skyldes dårlige veier og mindre fremkommelighet grunnet snø og dårlig vær (Engjom et al., 2017). Tidligere forskning viser at kvinner bosatt i distriktet har større følelse av angst og stress knyttet til både den lange reiseveien, men også risikoen for dårlig vær (Fahlbeck et al., 2022). Funn i studien vår viser at jordmødrene utøver en profesjonell og god omsorg under fødselsforberedelsen ved å gi tilpasset individuell omsorg, slik at den gravide og hennes partner føler seg trygg og ivaretatt ute i distrikts Norge (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

## **6 Metodediskusjon**

I dette kapitlet vil vi diskutere oppgavens metode og kvalitet ut ifra begrepene relevans, validitet og refleksivitet. Malterud (2017) og Kvale et al. (2015) beskriver disse tre begrepene som betingelser for vitenskapelig kunnskap.



Malterud (2017) beskriver begrepet relevans som tilførsel av ny kunnskap, og om andre kan dra lærdom av den nye kunnskapen. For at resultatene skal kunne regnes som vitenskapelig kunnskap, forventes det at man svarer på spørsmål som ikke har blitt tilfredsstillende svart på tidligere (Malterud, 2017). Man vil ikke kunne vite om andre kan bruke forskningen til noe nyttig og viktig, før den er ferdig og publisert. Gjennom litteratursøk har vi imidlertid ikke klart å finne kunnskap om jordmødres erfaringer med fødselsforberedelse hos kvinner som kan ha behov for følgetjeneste. Vi vil derfor argumentere for at vår studie har en relevans, og kan bidra til ny kunnskap blant jordmødre, men også andre yrkesgrupper. Valg av metodestrategi kan også påvirke studiens relevans. Vi valgte kvalitativ metode med individuelle intervjuer for å besvare vår problemstilling, ettersom vi søkte en dybdeforståelse på jordmødrenes opplevelser, tanker og erfaringer. Fokusgruppeintervjuer kunne vært en annen måte å undersøke fenomenet på. Ved å samle informantene i fokusgrupper kunne intervjuene fått en annen karakter, ved å utnytte merverdien av samhandlingen mellom informantene. Slike fokusgrupper kunne ført til gode diskusjoner, men trolig også mistet verdifull informasjon da samtalen ved store grupper kan bli for overfladisk (Malterud, 2017). Det var heller ikke gjennomførbart å samle en slik fokusgruppe grunnet store avstander, og et begrenset budsjett.

Ved spørsmål om studiens validitet dreier deg seg om valgt metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Malterud (2017) deler validitet inn i intern og ekstern validitet. Intern validitet stiller spørsmål om studiens gyldighet, og valg av kartleggingsmetoder og begreper for å studere fenomenet vi skal se på. Et strategisk utvalg bidrar til å styrke resultatenes pålitelighet, ettersom funnene ikke vil være opplagte og entydige (Malterud, 2017). Vi ønsket en god informasjonsstyrke, og hadde derfor et mål om stor geografisk spredning blant jordmødrene. Vi hadde ingen kjennskap til jordmødrene, noe som styrket studien ved at personlig kjennskap eller kunnskap om informant og arbeidssituasjon uteble som samtale under intervjuet. Jordmødrene som deltok jobbet i seks ulike fylker, hvorav to av jordmødrene jobbet i samme kommune. Det kan diskuteres om det kan være en svakhet for studiens interne validitet at disse to jordmødrene kom fra samme distrikt. Vi opplevde derimot at jordmødrene hadde svært ulik arbeidserfaring, og begge bidro til å berike våre empiriske data. Underveis i datainnsamlingen nedjusterte vi inklusjonskriteriene fra fem års arbeidserfaring til to års arbeidserfaring, for å innlemme flere informanter. Svakheten med å justere

inklusionskriteriene mot slutten av rekrutteringsperioden kan være at vi kan ha gått glipp av unike informanter. Etter nedjusteringen benyttet vi oss også av et tilgjengelighetsutvalg, ved å bruke nettverket til informantene vi allerede hadde rekruttert. Svakheten med denne metoden er at informantene kan ha snakket sammen i forkant av intervjuene, og jordmødrene på denne måten var forberedt på spørsmålene (Malterud, 2017).

Begrepet overførbarhet kan brukes når man snakker om ekstern validitet, hvor man spør seg om resultatene kan overføres til andre kontekster og situasjoner (Kvale et al., 2015).

Utvalgsstrategi er relevant ettersom data med god informasjonsstyrke kan gi rom for alternative tolkninger. Derimot skal ikke en kvalitativ studie påstå at funnene kan overføres til en populasjon, på samme måte som ved et epidemiologisk design (Malterud, 2017). Men det er imidlertid viktig å forholde seg til spørsmålet om overførbarhet, til tross for at studien har et kvalitativt design. Begrensninger i vår studie innenfor ekstern validitet er antall informanter. Ved kun ti informanter kan man ikke forvente at resultatene er representativt for en befolkning. Derimot vil vi argumentere for at utvalget i studien belyser vår problemstilling og resultatene kan overføres til jordmødre og andre yrkesgrupper som arbeider med gravide som kan ha behov for følgetjeneste.

Det ble gjennomført semistrukturerte individuelle intervjuer som metode for datainnsamling. Denne metoden kan tenkes å styrke studiens informasjonsstyrke ettersom intervjuene ikke hadde en fasit, hvor målet var å invitere informantene til å dele sine erfaringer, gjerne gjennom opplevde historier. Vi utarbeidet en intervjuguide som skulle brukes som en huskeliste for intervjuene. Ved utarbeidelsen av intervjuguiden hadde vi fokus på å utforme åpne spørsmål. På denne måten sikret vi at egen stemme ikke overdøvet informantene (Malterud, 2017). Spørsmålene i intervjuguiden ble revidert ut fra hvilke svar vi fikk fra de ulike jordmødrene. En svakhet med metodevalget er vår manglende erfaring i intervjurollen. Vi utførte tre pilotintervjuer før vi startet datainnsamlingen, noe som ga oss en større trygghet i rollen som intervjuer. Men til tross for dette hadde vi problemer med å skape en god flyt under de første tre intervjuene, noe som medførte at vi ikke kom ordentlig i dybden og intervjuene ble korte. Under veiledning med opponenter og veileder reflekterte vi over dette, og gikk deretter mer aktivt inn for å stille åpne oppfølgingsspørsmål, slik at vi kom ordentlig i

dybden i informantenes historier. De siste syv intervjuene fikk en bedre flyt, vi kom mer i dybden og de fikk en lengre varighet.

Intervjuene ble gjennomført digitalt over Teams hvor vi begge var til stede. Dette trekkes frem som en styrke, ettersom alle intervjuene ble gjennomført på samme måte. Det kan diskuteres om informantene hadde fått en større tillit til oss som forskere ved fysisk oppmøte, og om det hadde endret datamaterialet. Grunnet denne tanken ble det avsatt tid til småprat for å bli litt kjent med informantene i forkant av intervjuene. Til tross for dette anser vi det som en styrke for studien at informantene fikk være hjemme i kjente omgivelser, noe som bidro til å skape ro og fortrolighet. Vi opplevde derimot tekniske problemer i form av dårlig lyd under et av intervjuene, men løste det i ettertid ved at vi begge transkriberte intervjuet og deretter sammenlignet det transkriberte materialet for å sikre at alt ble med. Vi kunne valgt å gjøre en deltakersjekk. På den ene siden kunne deltakersjekk blitt gjennomført slik at informantene kunne utført korrektur og godkjenning, og vi var sikre på at transkriberingen ble gjennomført korrekt. På den andre siden kunne deltakersjekk skapt en forestilling blant informantene om at studien skal gjenfortelle deres historie så nøyaktig så mulig. Syntese og tolkning er en sentral del av kvalitativ forskning, og vår tolkning kan derfor lede til en annen tolkning enn informantenes egen selvforståelse (Goldblatt et al., 2011). Intervjuene ble utført med begge forskere til stede ved at den ene hadde intervjurollen, og den andre hadde kameraet av og skrev feltnotater og refleksjoner under intervjuet. Vi ser i etterkant at vi skrev lite feltnotater og refleksjoner under intervjuene, og at dette kan sees som en svakhet ved studiet.

Systematisk tekstkondensering ble valgt som metode for å analysere våre data. Valget ble gjort på bakgrunn av vår manglende erfaring innen kvalitativ forskning, og metoden tar sikte på å gi nybegynnere en innføring i gjennomførelse av analyseprosessen på en overkommelig og systematisk måte (Malterud, 2017). Malterud (2017) anbefaler å gjøre en foreløpig analyse halvveis i datainnsamlingen. Vi valgte derimot å fullføre datainnsamlingen av våre ti informanter, for deretter å gjennomføre analyseprosessen. Denne avgjørelsen ble tatt på bakgrunn av tidsskjema for masterprosjektet. Det kan diskuteres om dette kan ha vært en svakhet for studien, ettersom en foreløpig analyse av intervjuene kunne gitt oss muligheten til å fordype oss i våre empiriske data og endret kursen for de resterende intervjuene. Slik kunne vi svart enda bedre på studiens problemstilling (Malterud, 2017). Vi anser det som en styrke

at vi er to forskere som utførte analyseprosessen sammen. Datamaterialet ble nøye gjennomgått av begge forskerne, og detaljer den ene ikke så, ble oppdaget av den andre. Under analyseprosessen brukte vi lang tid på danning av kodegrupper, og reviderte dem underveis ved å slå dem sammen og endre navn. Vi så det derfor ikke nødvendig å danne resultat kategorier, ettersom navnet på kodegruppene var nøye tenkt gjennom og sammenfattet hva kodegruppene handlet om.

Forforståelse er kunnskapen vi bærer med oss i ryggsekken før forskningsprosjektet starter, og en stor del av motivasjonen for å gå i gang med forskningsprosjektet. Malterud (2017) beskriver refleksivitet som en aktiv holdning til hva vi forskere har brakt med oss inn i forskningsprosjektet. Vi har gjennom hele forskningsprosessen stoppet opp og stilt spørsmål til egen tolkning og fremgangsmåte. Ved å reflektere og diskutere over egen forforståelse sammen med veileder og opponenter, var vi åpne for andres synspunkter og perspektiver. Våre ulike livserfaringer og utdanningsnivå er med på å forme og styrke oppgaven. For å skape rom for ny kunnskap av det empiriske datamaterialet ble forforståelsen vår lagt til side, men ikke glemt. Dette var for å sikre at forskningsprosessen skulle resultere i ny kunnskap enn det vi visste fra før (Malterud, 2017). Vår forforståelse er gjort rede for i metodekapittelet. På denne måten har leseren muligheten til å forstå hvordan resultatene er tolket. På den ene siden ble det tydelig for oss at spørsmålet om påvirkning fra nyheter og sosiale medier var tegnet av vår forforståelse. Ettersom spørsmålet ikke ga oss relevante svar på problemstillingen, ser vi i ettertid at spørsmålet kunne vært fjernet fra intervjuguiden. På den andre siden var enkelte av resultatene overraskende og nye for oss, noe som kan tyde på at vi lyktes å legge egen forforståelse til side.

## 7 Konklusjon

Hensikten med studien var å få en innsikt i jordmors erfaring med å jobbe i distriktet, og utforske hvordan hun forbereder kvinnene til fødsel. Det ble utført semistrukturerte individuelle intervjuer av ti informanter for å besvare problemstillingen «*Hva er jordmors erfaring med fødselsforberedelse til kvinner som kan ha behov for følgetjeneste?*». Studiens hovedfunn er presentert ut ifra kodegruppene «planlegging av fødsel», «kontinuitet i oppfølgingen» og «ulike behov for informasjon».

Studien viser at svangerskapsomsorgen og følgetjenesten var organisert ulikt i de forskjellige kommunene. Den lange avstanden til sykehuset var et tema som ble tatt opp på hver svangerskapskonsultasjon, men tok mindre og mindre plass desto lenger ut i svangerskapet kvinnen kom. Jordmødrene fremhevet at deres mål for det fødselsforberedende arbeidet var at kvinnen og hennes partner skulle oppleve det trygt å bo langt unna sykehuset. Jordmødrene satte søkelys på å ufarliggjøre transportfødsel ved tilstedeværelse av en profesjonell fødselshjelper, og hvor viktig det var å ha troen på seg selv som fødende. Under fødselsforberedende samtale påpekte jordmødrene at de hadde lav terskel for å følge kvinnen inn til sykehuset, ettersom deres tilstedeværelse bidro til å fremme den fysiologiske fødselsprosessen.

Videre viser studien at kontinuitet i oppfølgingen ble trukket frem som et viktig element i å gi trygghet til den gravide. Jordmødrene erfarte at kvinnene senket skuldrene og følte seg trygg når de hadde samme jordmor gjennom svangerskapet, men også under fødselen. Det ble lagt vekt på at jordmor gjorde seg veldig tilgjengelig for de gravide, spesielt mot slutten av svangerskapet. I tillegg hadde de en tettere oppfølging i svangerskapet enn det de nasjonale retningslinjene anbefaler. Det å ha jordmor der de gravide bor, ble trukket frem som en stor verdi for både jordmor og den gravide.

Funn i studien viser at jordmor opplevde ulike behov for informasjon hos førstegangs- og flergangsfødende, men også hos tilflyttere til distriktet. Jordmødrene forberedte de førstegangsfødende på at de oftest har god tid, men påpekte at det opplevdes vanskelig å få de helt forberedt til fødsel. Hos de flergangsfødende erfarte jordmødrene at tidligere fødselsopplevelser hadde mye å si for hvilken fødselsforberedelse de hadde behov for.

Tilflytteren hadde en erfaring med å bo nærmere sykehus, og den lange avstanden ble derfor en stor bekymring tidlig i svangerskapet. Jordmødrene vektla å gi grundig informasjon om organiseringen av følgetjenesten, og hvor viktig det er å følge med på værmeldingen, spesielt på vinteren.

Det finnes lite forskning innenfor fødselsforberedelse hos denne gruppen gravide, og vår studie har et omfang som ikke representerer hele populasjonen. Det vil derfor være behov for videre forskning innenfor temaet. For videre forskning kunne det vært interessant å vinkle det fra kvinnenes perspektiv, og sett på hvordan de opplever fødselsforberedelsen eller erfaringen med følgetjeneste.

### **7.1 Implikasjoner for praksis**

Vi har i denne studien sett nærmere på jordmors erfaring med fødselsforberedelse for gravide kvinner som kan ha behov for følgetjeneste. Vi har med dette fått en dypere kunnskap og respekt for den betydningsfulle oppgaven som jordmødrene rundt om i distriktet gjør. Flere studier viser at kvinner bosatt i distriktet opplever dårlig oppfølging gjennom svangerskapet, og lang reisevei inn til fødeinstitusjon uten følge av profesjonell fødselshjelper. Disse studiene er fra andre land uten en organisert følgetjeneste. Vår studie vil kunne bidra til å sette søkelys på et velfungerende tilbud som praktiseres i Norge, og som bidrar til å skape en trygghet i kvinnen og hennes partner. Økt sentralisering av fødselsomsorgen er realiteten i mange land. Jordmødre rundt omkring i verden vil kunne dra nytte av erfaringene informantene våre delte i denne studien.

## Referanseliste

- Andersson, E., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*, 28(4), 442-448. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.006>
- Aune, I., Torvik, H. M., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Aune, I., Tysland, T. & Vollheim, S. A. (2021). Norwegian midwives' experiences of relational continuity of midwifery care in the primary healthcare service: a qualitative descriptive study. *Nordic journal of nursing research*, 41(1), 5-13. <https://doi.org/10.1177/2057158520973202>
- Barimani, M., Frykedal, K., Rosander, M. & Berlin, A. (2017). Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.021>
- Blix, E. (2023, 21. august). *fødselsomsorg i Norge i Store medisinske leksikon*. snl.no. Hentet 7. september 2023 fra [https://sml.snl.no/fødselsomsorg\\_i\\_Norge](https://sml.snl.no/fødselsomsorg_i_Norge)
- Buckley, S. J. (2015). Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *J Perinat Educ*, 24(3), 145-153. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>
- Cutajar, L., Miu, M., Fleet, J.-A., Cyna, A. M. & Steen, M. (2020). Antenatal education for childbirth: Labour and birth. *Eur J Midwifery*, 4, 11-11. <https://doi.org/10.18332/ejm/120002>
- 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 birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sex Reprod Healthc*, 7, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Dawson, K., Newton, M., Forster, D. & McLachlan, H. (2018). Comparing caseload and non-caseload midwives' burnout levels and professional attitudes: A national, cross-sectional survey of Australian midwives working in the public maternity system. *Midwifery*, 63, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.026>
- Dietsch, E., Shackleton, P., Davies, C., Alston, M. & McLeod, M. (2010). 'Mind you, there's no anaesthetist on the road': women's experiences of labouring en route. *Rural Remote Health*, 10(2), 1371-1371. <https://doi.org/10.22605/RRH1371>
- Engjom, H. M., Morken, N.-H., Høydahl, E., Norheim, O. & Klungsoyr, K. (2017). Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, 217(2), 210.e211-210.e212. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.033>
- Erlandsson, K., Lustig, H. & Lindgren, H. (2015). Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden – a phenomenological description. *Sex Reprod Healthc*, 6(4), 226-229. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.06.002>
- Fahlbeck, H., Johansson, M., Hildingsson, I. & Larsson, B. (2022). 'A longing for a sense of security' – Women's experiences of continuity of midwifery care in rural Sweden: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare*, 33, 100759-100759. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100759>
- Flatval, M. & Malterud, K. (2009). Helsefremmende erfaringer hos lesbiske. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(23), 2476-2478.

- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M.-A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T. & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 28-28. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>
- Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 12. januar 2024 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gagnon, A. J. & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD002869-CD002869. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002869.pub2>
- Ghahremani, T., Bailey, K., Whittington, J., Phillips, A. M., Spracher, B. N., Thomas, S. & Magann, E. F. (2023). Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. *Am J Obstet Gynecol*, 228(5), 977-982. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.011>
- Gilkison, A., Rankin, J., Kensington, M., Daellenbach, R., Davies, L., Deery, R. & Crowther, S. (2018). A woman's hand and a lion's heart: Skills and attributes for rural midwifery practice in New Zealand and Scotland. *Midwifery*, 58, 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.009>
- Goldblatt, H., Karnieli-Miller, O. & Neumann, M. (2011). Sharing qualitative research findings with participants: Study experiences of methodological and ethical dilemmas. *Patient Educ Couns*, 82(3), 389-395. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.016>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci*, 25(4), 806-817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Hatamleh, R., Abujilban, S., AbuAbed, A. a. & Abuhammad, S. (2019). The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery*, 72, 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.002>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2009). *En gledelig begivenhet : om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (Bd. nr. 12 (2008-2009)). Helse- og omsorgsdepartement.
- Helse- og omsorgstjenester. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud : kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet. Hentet 30. november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/svangerskapsomsorgen-og-informasjon-til-gravide>
- Helsedirektoratet. (2019, 30. september). *Svangerskapsomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 25. november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>



- Helsedirektoratet. (2022, 4. oktober). *Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen (HØRINGSUTKAST)*. Hentet 30. november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-fodselsomsorgen>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2020-12-04-133). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Hildingsson, I. (2021). The trajectory of fear of birth during and after pregnancy in women living in a rural area far from the hospital and its labour ward. *Rural Remote Health*, 21(4), 6974-6974. <https://doi.org/10.22605/RRH6974>
- Hollins Martin, C. J. & Robb, Y. (2013). Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Educ Pract*, 13(6), 512-518. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.013>
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Ó. Á. & Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24(2), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.02.003>
- ICM. (2008, 5. januar 2024). *International Code of Ethics for Midwives*. International Confederation of Midwives (ICM). Hentet 28. februar 2024 fra <https://internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/>
- ICM. (2021). *Midwife-led Continuity of Care (MLCC)*. International Confederation of Midwives (ICM). Hentet 7. januar 2024 fra [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2021/09/ps2021\\_en\\_midwife-led-continuity-of-care-mlcc.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2021/09/ps2021_en_midwife-led-continuity-of-care-mlcc.pdf)
- Jakobsen, M. H., Udjus, E., Røseth, I. & Dahl, B. (2023). Midwives' experiences with accompaniment service work in Norway: A qualitative study. *Eur J Midwifery*, 7, 5-7. <https://doi.org/10.18332/ejm/160074>
- Jepsen, I., Mark, E., Foureur, M., Nøhr, E. A. & Sørensen, E. E. (2017). A qualitative study of how caseload midwifery is experienced by couples in Denmark. *Women Birth*, 30(1), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.003>
- Karlsdóttir, S. I., Halldorsdóttir, S. & Lundgren, I. (2014). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scand J Caring Sci*, 28(2), 315-327. <https://doi.org/10.1111/scs-12061>
- Karlstrom, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(1), 251-251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Vanderlaan, J. & Sznajder, K. K. (2023). Timing of hospital admission at first childbirth: A prospective cohort study. *PloS one*, 18(2), 0281707. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281707>
- Kobayashi, S., Hanada, N., Matsuzaki, M., Takehara, K., Ota, E., Sasaki, H., Nagata, C. & Mori, R. (2017). Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD011516-CD011516. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2>
- Kornelsen, J. & Grzybowski, S. (2006). The Reality of Resistance: The Experiences of Rural Parturient Women. *J Midwifery Womens Health*, 51(4), 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.02.010>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.

- Medisinsk fødselsregister. (2022). *Fødselsstatistikk*. Hentet 15. september 2023 fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Nylenna, M. & Ludviksen, F. (2024, 3. januar). *AMK-sentral i Store medisinske leksikon på snl.no*. Hentet 25. februar 2024 fra <https://sml.snl.no/AMK-sentral>
- Nyman, V., Downe, S. & Berg, M. (2011). Waiting for permission to enter the labour ward world: First time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. *Sex Reprod Healthc*, 2(3), 129-134. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.05.004>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(9), CD004667-CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4>
- Shackleton, E., Fisher, C., Bosco, A. & Slack - Smith, L. (2023). 'We country women need advocacy' : Birthing narratives from the Western Australian Wheatbelt region. *Aust J Rural Health*, 31(5), 886-896. <https://doi.org/10.1111/ajr.13013>
- Sikt. (2023). *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*. Kunnskapsdepartementet. Hentet 1. oktober 2023 fra <https://sikt.no>
- Skogheim, G. & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(1). <https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Svedberg, E., Strömbäck, U. & Engström, Å. (2020). Women's experiences of unplanned pre-hospital births: A pilot study. *Int Emerg Nurs*, 51, 100868-100867. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100868>
- Sætrum, A., Kaiser, S. & Martinussen, M. (2024). User satisfaction with antenatal care in Norway. *Birth*, 51(1), 89-97. <https://doi.org/10.1111/birt.12768>
- UiO. (2023a). *Nettskjema-diktafon*. Universitetet i Oslo. Hentet 3. oktober 2023 fra <https://play.google.com/store/apps/details?id=no.uio.mobileapps.diktafon&hl=no>
- UiO. (2023b). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. Universitetet i Oslo. Hentet 2. oktober 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- UiO. (2023c). *Nettskjema [Hva er nettskjema?]*. Universitetet i Oslo. Hentet 19. september 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- UiO. (2023d). *Nettskjema [Logg inn]*. Universitetet i Oslo. Hentet 20. september 2023 fra <https://nettskjema.no>
- UiT. (2023a). *JMO-3004 Avansert jordmorvirksomhet - 10 stp*. UiT Norges arktiske universitet. Hentet 1. februar 2023 fra [https://uit.no/utdanning/emner/emne?p\\_document\\_id=786317](https://uit.no/utdanning/emner/emne?p_document_id=786317)
- UiT. (2023b). *JMO-3006 Helsefremmende og forebyggende jordmorvirksomhet - 15 stp*. UiT Norges arktiske universitet. Hentet 17. april 2023 fra <https://uit.no/utdanning/aktivt/emne/JMO-3006>
- UiT. (2023c). *Sikkerhet, beredskap og personvern ved UiT*. UiT Norges arktiske universitet. Hentet 19. september 2023 fra [https://uit.no/om/informasjonsikkerhet#kapittel\\_639071](https://uit.no/om/informasjonsikkerhet#kapittel_639071)
- UiT. (2023d, 8. mars 2022). *Veiledning til referansestiler*. Hentet 10. mars 2024 fra <https://uit.no/ub/skriveogreferere/referansestiler>
- Vagle, H., Haukeland, G. T., Dahl, B., Aasheim, V. & Vik, E. S. (2019). Emergency medical technicians' experiences with unplanned births outside institution: a qualitative interview study. <https://doi.org/10.1002/nop2.354>

- Viirman, F., Hess Engström, A., Sjömark, J., Hesselman, S., Sundström Poromaa, I., Ljungman, L., Skoog Svanberg, A. & Wikman, A. (2023). Negative childbirth experience in relation to mode of birth and events during labour: a mixed method study. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 282, 146. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.01.031>
- Vik, E. S., Haukeland, G. T. & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.012>
- Walter, M. H., Abele, H. & Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 12, 742236-742236. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>
- Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., Van Haeken, S., Uddin, N., Xuereb, R. B., Kolesnikova, N., Soares, I., Sovilj, M. & Ventura, S. S. (2021). When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-475. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.
- Örtqvist, A. K., Haas, J., Ahlberg, M., Norman, M. & Stephansson, O. (2021). Association between travel time to delivery unit and unplanned out - of - hospital birth, infant morbidity and mortality: A population - based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100(8), 1478-1489. <https://doi.org/10.1111/aogs.14156>

## Vedlegg 1 Intervjuguide

<b>Spørsmål</b>	<b>Oppfølgingsspørsmål</b>
Kan du fortelle om hvordan følgetjenesten er organisert i ditt distrikt?	
Når i svangerskapet opplever du at kvinnen ønsker å snakke om den forestående fødselen?	<i>Opplever du en forskjell på førstegangs- og flergangsfødende?</i>
På hvilken måte forbereder du kvinnen og hennes partner til fødsel?	
Hvilket behov har kvinnen/partner når det nærmer seg slutten av svangerskapet?	<i>Spesifikke ønsker om hvem skal følge inn til sykehus?</i>
Erfarer du at nyheter og sosiale medier påvirker deg som jordmor når det gjelder fødselsforberedelse? I så fall hvordan?	
Kan du fortelle hvilke vurderinger du som jordmor gjør om fødselen er i gang?	<i>Mental forberedelse? Praktisk forberedelse?</i>

## Vedlegg 2 Informasjonsskriv

Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for helse og omsorgsfag

Master i jordmorfag



UiT Norges arktiske universitet

# Vil du delta i forskningsprosjektet

«Jordmors erfaring med fødselsforberedelse hos kvinner som kan ha behov for følgetjeneste»

Vi er to jordmorstudenter ved UiT Norges arktiske universitet som er i gang med vårt masterprosjekt. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan det er å jobbe som jordmor i distriktet. Masteroppgaven har vekt på forskning- og fagutvikling innen jordmorfaget. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Hensikten med forskningsprosjektet er å utforske jordmors erfaring med fødselsforberedelse hos kvinner som kan ha behov for følgetjeneste inn til nærmeste fødeinstitusjon.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er UiT Norges arktiske universitet, Dosent i jordmorfag og veileder Ingvild Aune og jordmorstudentene Julie Thoresen Myrflott og May-Liss Ordemann Olsen.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi henvender oss til deg for å høre om du er villig til å delta i vår studie. Inklusjonskriteriene for å delta i studien er minst fem års arbeidserfaring innen svangerskapsomsorgen med følgetjeneste. Eller kombinert jobb innen fødeinstitusjon og svangerskapsomsorg, med følgetjeneste. Vi vil inkludere åtte til ti jordmødre med relevant erfaring fra hele Norge.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta vil vi invitere deg til et intervju. Intervjuet vil vare omtrent 45-60 minutter og inneholde spørsmål knyttet til studiens hensikt. Intervjuet vil foregå via en digital plattform som teams eller zoom.

### 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. Dersom du trekker deg, vil alle dine personopplysninger bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

tatt opptak av intervjuene gjennom vår private mobil, men ved bruk av mobilappen nettskjema-diktafon. Opptakene blir umiddelbart kryptert på telefonen, og sendes direkte over til nettskjema. Nettskjema er et lagringssystem utarbeidet av universitetet i Oslo, og oppfyller krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata. Opptakene vil transkriberes om til tekst i arbeid med analysen, og lagres i SharePoint på UiT sin server som krever to-faktor-autentisering for å logge seg inn.

Vi vil transkribere alt over til bokmål slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne dialekt. Ditt navn og kontaktopplysninger vil bli erstattet med et nummer og lagres på en navneliste. Denne lagres adskilt fra øvrig tekstmateriale. På denne måten ivaretar vi ditt personvern og alt blir anonymisert.

Masteroppgaven vil legges frem som et arbeidskrav under vår siste praksis på fødeavdeling/kvinneklinikk våren 2024. Det er også mulighet for at masteroppgaven publiseres på munin.uit.no.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 12 mars 2024. Når sensuren for oppgaven foreligger vil all data slettes fra SharePoint 365, og en bekreftelse på at dette er gjort sendes til vår veileder. Lydopptakene som ligger lagret i nettskjema slettes automatisk seks måneder etter siste opptak.

### **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 Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør 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 Dosent Ingvild Aune, e-post: [REDACTED]
- UiT Norges arktiske universitet ved jordmorstudent Julie Thoresen Myrflott, e-post: [REDACTED] og tlf: [REDACTED]
- UiT Norges arktiske universitet ved jordmorstudent May-Liss Ordemann Olsen, e-post: [REDACTED] og tlf: [REDACTED]

Hvis du har spørsmål knyttet til dine rettigheter kan personvernombudet ved:

- UiT Norges arktiske universitet Anniken Steinbakk kontaktes på e-post [REDACTED] eller tlf: [REDACTED]

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via

- Epost: [REDACTED] eller telefon: [REDACTED]

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

Dosent og veileder Ingvild Aune

*Jordmorstudentene*

Julie Thoresen Myrflott og May-Liss Ordemann  
Olsen

---

## Samtykkeerklæring

Ditt samtykke skal gis muntlig før vi går i gang med intervjuet. Samtykket lagres i en egen lydfil adskilt fra intervjuet, og opptaket gjøres gjennom nettskjema-diktafon mobil app. Samtykket gis med «Jeg, «ditt navn», har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet «Jordmors erfaring med fødselsforberedelse hos kvinner som kan ha behov for følgetjeneste» og er villig til å delta i prosjektet. Jeg har mottatt og forstått informasjon og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i prosjektet og jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 Datahåndteringsplan

**Datahåndteringsplan er et verktøy for å sikre god og trygg håndtering av data gjennom forskningsprosessen. Laget etter mal fra Sikt.no**

Hensikten med studien er å få innsikt i jordmors erfaring med å jobbe i distriktet, og utforske hvordan jordmødrene forbereder kvinnene til fødsel. I Norge er det retningslinjer på at kvinner med mer enn 1,5 timers reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon skal ha følgetjeneste inn til sykehus. Følgetjenesten organiseres ved en døgnkontinuerlig vaktberedskap av jordmødre eller leger med tilstrekkelig kunnskap innenfor fødselshjelp. Norsk forskning viser at kvinner med reisevei på 1-2 timer har fem ganger så høy sannsynlighet for å oppleve en uplanlagt fødsel utenfor sykehus, sammenlignet med de som har reisetid under 1 time. Vår studie vil derfor kunne bidra med å dekke et kunnskapshull, ved å utforske hvordan jordmor forbereder kvinnen bosatt i distriktet på fødsel. Noe som kan bidra til økt kunnskap blant flere yrkesgrupper som jobber prehospitalt og som møter kvinner med lang reisevei til fødeinstitusjon. Vi vil anvende et kvalitativt studiedesign med individuelle semistrukturerte intervju.

**Fagområder:** Medisinske fag

**Forskningsansvarlig institusjon:** Det helsevitenskapelige fakultet

**Prosjektvarighet:** 01.10.2023-12.03.2024

**Formål:** Utforske jordmors erfaring med fødselsforberedelse til kvinner med som kan ha behov for følgetjeneste.

**Nytteverdi:** Økt kunnskap på hvordan jordmødre i distriktet forbereder kvinner til fødsel, ved lang reisevei til nærmeste fødeinstitusjon. Kan styrke jordmorfaget og øke kompetansen hos flere yrkesgrupper som jobber prehospitalt og møter gravide bosatt i distriktet.

**Etiske retningslinjer:**

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

**Opphavs- og eiendomsrett:** Studien er et studentprosjekt gjennom UiT, Norges Arktiske Universitet.

**Innsamling av data:** Individuelle intervju av jordmødre

**Datatype:** Lyd, tekst

**Språk:** Norsk, bokmål

**Data om personer:** Ja

**Er det noen andre grunnet til at dataene dine trenger ekstra beskyttelse?:** Nei

**Kategorier av personopplysninger:** Anonyme



**Utvalgets størrelse:** 10 jordmødre

**Konfidensialitetsklassifisering:** Intern

**Kommentar:** Data samles inn ved bruk av nettskjema-diktafon mobilapp. På denne måten utføres lydopptak av intervjuene ved bruk av vår smarttelefon, og opptakene sendes direkte over til nettskjema. Opptakene kan ikke lyttes på mobilappen og blir umiddelbart kryptert på telefonen, opptakene lagres i nettskjema.no som er utviklet av Universitetet i Oslo. Alle feltnotater og transkribert materiale behandles konfidensielt og lagres derfor på UiT sin server, SharePoint 365 etter UiT sine retningslinjer. Intervjuene er anonymiserte, og skal ikke inneholde personopplysninger. Det samme gjelder det transkriberte materialet. Det spilles inn muntlig samtykke i et eget lydopptak før intervjuet, og dette lagres i nettskjema.no.

**Innsamlingsperioden:** 17.10.2023-22.12.2023.

**Innsamlingsenheter:** Universitetet i Oslo, Nettskjema

**Datakvalitet:** Før vi går i gang med å intervju deltakere i studien vil vi gjennomføre en pilotstudie på medstudenter. På denne måten får vi testet ut intervjuguiden og selve gjennomføringen av intervjuet. Før intervju av deltaker vil vi utføre et test-opptak for å sjekke teknisk utstyr. Vi vil ha med ladere for at vi ikke skal gå tom for strøm under intervjuet.

**Metode:** Individuelle, semistrukturerte intervju, teams/zoom, transkripsjon

**Beskrivelse:** Vi vil bruke en kvalitativ metode som egner seg for å få vite mer om menneskets opplevelser, erfaringer, tanker og forventninger. For å besvare hensikten med studien vil vi utføre individuelle, semistrukturerte intervju ved bruk av en intervjuguide.

Inklusjonskriteriene for studien er minimum 5 år arbeidserfaring innen svangerskapsomsorgen med følgetjeneste, eller kombinert jobb ved fødeinstitusjon og følgetjeneste i svangerskapsomsorgen. Intervjuene vil foregå over teams/zoom. Vi vil også prøve å få gjennomført 1-2 intervjuer med personlig oppmøte av forsker. Vi vil i etterkant av intervjuene transkribere datamaterialet fortløpende, og deretter utføre analysen ved innsamlet data av alle 10 informanter.

**Størrelse:** 100 MB

**Kommentar:** Lydfil, transkriberte tekstfiler og feltnotater

**Format:** MPEG 4 Audio (.m4a) txt

**Programvare:** Diktafon-Nettskjema, UiO. SharePoint, UiT med to-faktors autentifisering.

**Kommentar:** Det er kun studentene Julie og May-Liss som vil ha tilgang til lydfilene. Men veileder vil få tilgang til det transkriberte materialet, samt feltnotater og tekstfiler i forbindelse med masteroppgaven. Vi vil bruke 2 opptaksenheter parallelt for å forebygge tap av data om et opptak skulle feile.

**Navnekonvensjoner:** Vi navngir mapper og filer etter kategorier og innhold slik at vi enkelt kan finne frem i datamateriale og tekster til oppgaven. Hver informant får hvert sitt tall, og deretter egen mappe. På denne måten vil ikke informantene forveksles med hverandre under analysen. Det transkriberte materialet lagres med «Informant 1,2 osv».

**Lagring:** Skytjeneste, institusjonsavtale

**Kommentar:** Alt datamateriale vil bli lagret på nettskjema.no og SharePoint 365 via UiT, med to-faktors autentifisering.

**Arkivering:** Nei

**Kommentar:** Alt datamateriale slettes når sensur for masteroppgaven foreligger. Dette er tentativt mai 2024. Det transkriberte materialet og feltnotatene slettes av studentene selv, og en bekreftelse på at dette er gjort sendes til veileder. Opptakene som lagres i nettskjema slettes automatisk 6 måneder etter siste opptak, altså juni 2024.

# Vedlegg 4 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

18.10.2023, 09:49



[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
783631

**Vurderingstype**  
Automatisk

**Dato**  
04.10.2023

**Tittel**  
Masteroppgave

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

**Prosjektansvarlig**  
Ingvild Aune

**Student**  
May-Liss Ordemann Olsen

**Prosjektperiode**  
02.10.2023 - 12.03.2024

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 12.03.2024.

[Meldeskjema](#)

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

<https://meldeskjema.sikt.no/651ac5ae-fc94-4545-a045-9ec638c1dac6/vurdering>

Side 1 av 2

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

#### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

# Vedlegg 5 ROS-analyse

## Prosjektinformasjon:

Prosjektnavn: Masteroppgave: Jordmors erfaring med fødselsforberedelse til kvinner med behov for følgetjeneste.  
 Studieretning og institutt: Master i jordmorfag, Institutt for helse- og omsorgsfag  
 Student: Julie Thoresen Myrflott og May-Liss Ordemann Olsen  
 Veileder(e): Ingvild Aune

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoelement)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)?	Risikonivå		Hva kan gjøres for å unngå dette (tiltak)?	Ansvarlig for oppfølging	Dato
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)			
1	Alle	Hva kan skje? Hvor er den uenslede hendelsen? Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interner hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og mottak har trosselskolen? Hvilken støtteforhold kan utnyttres her?	Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interner hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og mottak har trosselskolen? Hvilken støtteforhold kan utnyttres her?	Hvordan kan man oppdage denne hendelsen? Hvilke muligheter har dere per i dag for å kontrollere eller finne ut av om den uenslede hendelsen skjer?	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interner hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og mottak har trosselskolen? Hvilken støtteforhold kan utnyttres her?	May-Liss O. Olsen	Når skal tiltaket gjøres? Dato for når tiltaket skal gjøres Jeres opp her.
2	Alle	Behandling av informasjon og innføring av data sårbar for prosjektet er medtatt i NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenten har ikke sett seg tilstrekkelig inn i LUTs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Bruke "spor endringer"-funksjonen i Office for å se om noen har endret på dokumenter.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interner hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og mottak har trosselskolen? Hvilken støtteforhold kan utnyttres her?	May-Liss O. Olsen	01.07.2023
3	Alle	Lydvideo-opptaker med intervju kan komme på avveie/mistes	Studenten glemmer å samle inn skriftlig samtykkeskema før intervjuet. Studenten glemmer å spørre etter muntlig samtykke på bånd/vidео-opptak før intervjuet.	Send inn melding til SIKT med en gang prosjektbeskrivelsen er godkjent.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interner hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og mottak har trosselskolen? Hvilken støtteforhold kan utnyttres her?	May-Liss O. Olsen	21.09.2023
4	Alle	Studenten bruker privat opplysningsutstyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenten er ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studenten har ikke fått opplæring/ikke kjent med godkjente løsninger for opptak. Det oppstår tekniske utfordringer i opplysningsutstyret, som gjør at studenten må bruke privat utstyr for å få gjennomført intervjuet.	Send inn melding til SIKT med en gang prosjektbeskrivelsen er godkjent.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interner hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og mottak har trosselskolen? Hvilken støtteforhold kan utnyttres her?	May-Liss O. Olsen	06.10.2023
5	Alle	Personopplysninger kommer på avveie	Samtykkeskjermløsning oppbevares ikke forskriftsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forskriftsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studenten bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrer for å sikre personopplysninger er for dårlige. Opplæringen om prosedyrene er for dårlige. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.	Send inn melding til SIKT med en gang prosjektbeskrivelsen er godkjent.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interner hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og mottak har trosselskolen? Hvilken støtteforhold kan utnyttres her?	May-Liss O. Olsen	06.10.2023
6	Alle	Data er ikke tilgjengelig	Data er ikke tilgjengelig på grunn av manglende nettilgang, eller på grunn av teknisk svikt. Manglende lokal backup av data ved ukemenvilkelige datoer/døder der man ikke kan risikere nedetid.	Send inn melding til SIKT med en gang prosjektbeskrivelsen er godkjent.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interner hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og mottak har trosselskolen? Hvilken støtteforhold kan utnyttres her?	May-Liss O. Olsen	06.10.2023

7	Alle	Data er sikret eller endret	Data har blitt endres/slettet ved en feil av student/prosjektleder. Student har ikke gjort backup til lagring av data, noe som fører til at eldre data blir brutt videre. Datamottak/diag data har blitt sikret av uvelblommende.	1	1	2		
8	Studenter som lagrer data i Office 365	Lydopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.	1	1	2		
9	Studenter som lagrer data i Office 365	Data krypteres ikke med Azure Information Protection Klassifiser og beskytt (API), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og dekrypterer filen av bestemmelingsbeholdning.	1	1	2		
10	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig.	Veilider har ikke tilgang til å slette data. Veilider vet ikke hvor data er lagret. Studenten glemmer å slette data.	1	1	2		
11	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne eller andre ansatte ved UIT kan få tilgang til forskningsdata	Forskingsdata lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes ikke	1	1	2		
6	Studenter som skal lagre data i TSD	Lydopptak/data tas opp med dikasjon s.t. (og ikke via TSD Media Capture-appen), og lagres ukryptert før eller ved overføring til TSD	Studenten bruker ikke TSD Media Capture-appen for opptak av intervju. Data krypteres ikke direkte på dikasjon/kamera/mimekort før overføring. Dikasjon/kamera med ukryptert materiale sikres ikke tilstrekkelig. evt. materialet slettes ikke på sikker måte. Data mellomlagres på privat datamaskin eller ikke godkjent minnepenn. Data krypteres ikke med 7zip før overføring, og er derfor sårbar ved overføring eller ved deling i TSD.	2	1	3		Vi vil bruke egen mobil når opptakene gjøres, men gjennom nettskjema-dikasjon app slik at alle opptakene blir umiddelbart overført til nettskjema og kryptert på telefonen.
7	Studenter som skal lagre data i TSD	Studenten lagrer persondata på feil område i TSD	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Studentimporterer data til feil mappe. Data er ikke kryptert før overføring til TSD. Veilider dekrypterer data før de er flyttet til studentens eget område i TSD. Student eller veileder flytter data til feil mappe når de skal dele data med hverandre. Administrator (veileder) av området kan gi feil tilgang når TSD-området bestilles/administreres.	1	1	2		15.10.2023
8	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema/data (TSD) kommer på avveie	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Alle brukere av området har tilgang til mappe for nettskjema-innsendinger. Krypteringsnøkkel er tilgjengelig for studentene.	1	1	2		
9	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema/TSD Media Capture fungerer ikke, og dette medfører tap av forskningsdata	Teknisk svikt hos TSD. Studenten har ikke gjort seg kjent med app eller utstyr før opptak. Studenten har ikke gjort prøveopptak før intervju.	1	1	2		
10	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema/TSD Media Capture er ikke tilgjengelig	Teknisk svikthendelse hos TSD.	1	2	3		
11	Alle	Resultat oppgaven er ikke annerkjent	Studenten presenterer nok informasjon om informasjonen til at de kan tilgjengliggjøres.	1	2	3		

12	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape inngriftsproblemer for institusjonen.	<p>Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studiens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen.</p> <p>Studenten får ikke generert data som kan svare på problemstillingen.</p> <p>Studenten får ikke analysert data på adekvat måte som er tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen.</p> <p>Fremstillingen av resultater bidrar ikke til å frembringe ny eller relevant kunnskap.</p>		1	2	3			
----	------	--	--	--	---	---	---	--	--	--

