

MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG
MAJO5900

Oktober 2016

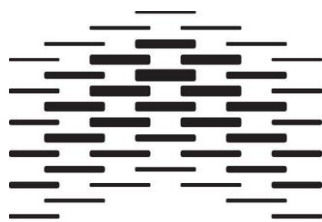
Jordmødre og traumatiske hendelser
En kvalitativ studie

Ellen Marie Evensen og Signe Husebye Lippestad

Veileder: Ellen Blix

Ord: 14454

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord

Bak denne oppgaven ligger en lang og lærerik prosess som til tider har vært krevende. Ikke minst har det vært utfordrende på grunn av de sterke historiene informantene har delt med oss. Fortellingene deres har engasjert oss og bidratt til å gi oss viktige perspektiver på hva jordmoryrket innebærer.

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

Tusen takk til vår veileder professor Ellen Blix for å ha delt av din kunnskap og gitt gode råd og viktig innspill under hele prosessen. Dine mange historier fra et langt yrkesliv, både som jordmor og forsker, har vært spennende og inspirerende å høre om. Ikke minst takk for all oppmuntring underveis.

Vi vil også takke medstudenter, Rebekka, Tuva, Gitte og Ulla, for verdifulle tilbakemeldinger og diskusjoner gjennom hele prosessen. Andre medstudenter og lærere som har gitt oss tilbakemeldinger på arbeidet vårt, fortjener også en takk.

En stor takk til Mattias som mange ganger har reddet både oppgavens datatekniske utforming og nattesøvnen.

Tusen takk til Birgitta, Kari Beate, Helene, Hege og Elisabeth som satt av tid til å lese korrektur og ga oss konstruktive tilbakemeldinger.

Til sist, men ikke minst, tusen takk til våre menn Geir og Henning for at dere har heiet på oss. Og til Kristiane, Eirik, Ulrikke, Josefine, Mie, Lycke og Madicken og Ulrik, Kasper og Lerke for deres tålmodighet og kjærlighet.

Oslo, oktober 2016

Signe Husebye Lippestad og Ellen Marie Evensen

Sammendrag

Tittel: Jordmødre og traumatiske hendelser

Hensikt: Økt forståelse for jordmødres opplevelser etter traumatiske hendelser og innsikt i hvilke konsekvenser det kan ha for praksis.

Forskningsspørsmål: *Hvordan opplever jordmødre å være involvert i en traumatisk hendelse? Hvilke konsekvenser har jordmødres opplevelser for praksis i etterkant?*

Metode: Kvalitativt design. Semistrukturerte forskningsintervjuer med fem jordmødre som har erfaring med traumatisk hendelse i fødsel.

Resultater: Jordmødre beskrev sterke, vedvarende følelsesmessige påkjenninger som gikk utover både privatlivet og arbeidslivet. De følte skyld, skam og ansvar og hadde behov for tilgivelse og støtte i etterkant av den traumatiske hendelsen. Utrygghet og tap av troen på normal fødsel var noen av konsekvensene for praksis.

Konklusjon: Jordmødre påvirkes av traumatiske hendelser noe som kan gjøre seg utslag i vedvarende stressreaksjoner og som påvirker deres autonomi.

Nøkkelord: *traumatic events, traumatic stress, midwife, second victim, stress reactions, support*

Abstract

Topic: Midwives and traumatic events

Intention: The purpose of the study is to increase the understanding and insight of midwives experiences after traumatic events in childbirth, and the consequences it can have for their work.

Research thesis: *How do midwives experience being involved in a traumatic event? What consequences do these experiences have for their work afterwards?*

Method: Qualitative design with semi structured research interviews of five midwives, who have experience with a traumatic childbirth.

Results: Midwives described strong, persisting and emotional burdens affecting their personal and professional life. They felt guilty, ashamed, and responsible for the incidents, and were in need of forgiveness and support. Feeling unsafe and loosing faith in childbirth were a concern.

Conclusion: Midwives are affected by traumatic events. This can lead to persistent stress reactions, and as a result influence their autonomy.

Key words: *traumatic events, traumatic stress, midwife, second victim, stress reactions, support*

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning.....	2
1.1 Bakgrunn.....	2
1.2 Tema og forskningsspørsmål	3
1.2.1 Begrepsavklaringer	4
1.2.2 Avgrensning.....	4
1.3 Oppbygging av oppgaven	4
2.0 Teoretisk rammeverk.....	5
2.1 Stress.....	5
2.2 Second victim.....	6
3.0 Metode.....	8
3.1 Kvalitativt design - det kvalitative forskningsintervju.....	8
3.1.1 Utvalg og rekruttering av informanter	8
3.1.2 Presentasjon av informantene	9
3.1.3 Intervjuene	9
3.1.4 Transkribering	10
3.2 Forforståelse.....	11
3.3 Fortolkning av datamaterialet	11
3.4 Fremgangsmåte ved analyse av datamaterialet	11
3.5 Forskningsetiske refleksjoner	15
4.0 Resultater.....	16
4.1 Å være i det vonde	16
4.2 Føle ansvar og sette seg selv til side	17
4.3 Et ønske om tilgivelse.....	17
4.4 Behovet for å bli ivaretatt.....	18
4.5 Å jobbe i et nytt landskap	19
5.0 Diskusjon.....	21
5.1 Diskusjon av resultater.....	21
5.1.1 Jordmor som second victim	21
5.1.2 Tilgivelse, skyld og ansvar	25
5.1.3 Konsekvenser for praksis.....	27
5.2 Diskusjon av studiens kvalitet.....	28
6.0 Konklusjon og avslutning.....	32
7.0 Litteraturhenvvisning	33
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Jordmoryrket blir gjerne forbundet med glede over å kunne hjelpe barn til verden. Men for jordmødre er assosiasjonene mer sammensatte. Yrket innebærer blant annet et selvstendig og stort ansvar med å overvåke mor og barn i fødsel. Å måtte forholde seg til uforutsette og kritiske situasjoner hvor mor og/eller barns helse er i fare er en del av mange jordmødres hverdag. Som oftest går det bra, men noen ganger går det galt.

Fra 1.juli 2012 til utgangen av 2013, mottok Meldeordningen 692 meldinger om hendelser oppstått i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid (E. Saastad, Kirschner, & Flesland, 2014). I 169 av disse tilfellene fikk mor betydelig skade som følge av blødning, uterusruptur, operative forløsninger og perinealrifter. Det var 43 barn som døde og 94 fikk betydelig skade, de fleste som følge av fosterasfyksi. Disse tallene viser bare noen av situasjonene jordmødre i Norge må forholde seg til. Det antas at de faktiske hendelsene overstiger de innrapporterte fordi frekvensen for å rapportere varierer mellom sykehusene (E Saastad & Flesland, 2015). I 2015 avsluttet Fylkesmannen i førsteinstans 17 tilsynssaker fra hele landet som angikk jordmødre. Blant disse sakene ble fem oversendt til Statens helsetilsyn. I samme periode avsluttet Statens helsetilsyn ni saker hvor jordmødre var involvert (Rimestad, 2016).

Men hva gjør slike hendelser og andre kritiske situasjoner med jordmødre? Det er gjort mye forskning på hvordan kritiske og traumatiske hendelser påvirker leger, sykepleiere, paramedikere og sosialarbeidere (Avraham, Goldblatt, & Yafe, 2014; M. J. Pack, 2014; Scott et al., 2009; Seys et al., 2013; A. W. Wu, 2000). Det er derimot gjort mindre forskning på jordmødres opplevelser og følelser etter slike hendelser.

Katja Schrøder disputerte i år i Danmark og har tatt for seg traumatiske fødsler sett fra jordmødres og obstetrikernes perspektiv. Hun fant at begge yrkesgrupper kan slite med selvbredelse, skam, skyld og eksistensielle betraktninger i etterkant av traumatiske hendelser. 49% av intervjuobjektene følte skyld, også i de tilfellene skylden ikke kunne plasseres på noen, og 50% tenkte mer på meningen med livet. Informantene i studien var i tillegg plaget med bekymringer for den involverte pasienten, reaksjoner fra kollegaer og flere engstet seg for å få en offisiell klage eller anklage fra fødekvinne. Blant informantene mente 65% at den traumatiske hendelsen hadde gjort dem til bedre jordmødre og leger. Videre hadde den påvirket privatlivet deres i positiv forstand, ved at de hadde fått en mer ydmyk holdning til livet og var mer reflekterte i forhold til eksistensielle sider ved livet (Schroder, Jorgensen, Lamont, & Hvidt, 2016).

Forskning fra henholdsvis Israel, Australia, Sverige, USA og England bekrefter flere av Schrøders funn; at jordmødre har skyldfølelser og klandrer seg selv etter traumatiske hendelser (Halperin et al., 2011; Rice & Warland, 2013; Wahlberg et al., 2016) (Beck, Logiudice, & Gable, 2015; Sheen, Spiby, & Slade, 2016). Noen fant også at jordmødre kan føle på tap, sorg og hjelpeløshet på vegne av kvinnen (Beck et al., 2015; Halperin et al., 2011). Det at flere av

jordmødrene selv var mødre, forsterket empatien overfor kvinnen fordi de kunne relatere hendelsen til seg selv (Halperin et al., 2011). Reaksjonene de hadde kan sees i sammenheng med at den sterke, empatiske relasjonen de har med kvinnen økte sårbarheten deres (Rice & Warland, 2013). Albert Wu har også sett denne sammenhengen, dog hos andre helsearbeidere, og hevder at ved å ha et nært og langvarig forhold til pasienten, kan reaksjonene etter hendelsene bli kraftigere og mer fremtredende (Albert W. Wu & Steckelberg, 2012).

Noe av forskningen som omhandler jordmødre og traumatiske hendelser viste at flere jordmødre hadde stressreaksjoner sammenfallende med symptomer på diagnosen Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) etter en traumatisk hendelse (Beck et al., 2015; Sheen, Spiby, & Slade, 2015; Sheen et al., 2016). Det ble beskrevet vedvarende følelser som panikk, sorg, angst, redsel, hjelpeløshet, søvnproblemer, engstelse, skyld og skam. Opplevelsen av skyld og mangelfull støtte fra venner, kollegaer og ledelse, var faktorer som ble antatt å ha innvirkning på utvikling av PTSD (Wahlberg et al., 2016). Konsekvensen av PTSD var at jordmødrene ble utbrente og at enkelte valgte å slutte eller bytte jobb. Dette var avhengig av hvor uttalte symptomer jordmødrene hadde (Sheen et al., 2015; Wahlberg et al., 2016).

At arbeidsevnen påvirkes, forklares også med at traumatiske hendelser kan gå utover helsen og medføre kronisk sykdom. Dette kan være en medvirkende årsak til at jordmødre slutter i jobben sin. At enkelte velger å slutte kan også forklares med at de mister troen på seg selv som jordmor. Andre velger å bli i jobben, men unngår visse pasientkasus, som for eksempel å ikke ha ansvar i fødsler, men heller bistå ved elektive keisersnitt (Calvert & Benn, 2015).

I Norge har Janne Teigen og Line Christoffersen intervjuet 33 jordmødre over hele Norge og sett på hvordan jordmødre håndterer kritiske hendelser og hvilke behov og forventninger de har til oppfølging og lederadferd i etterkant. De fant at jordmødre følte skyld og slet med å legge kritiske hendelser bak seg. Redselen for en anklage gjorde at terskelen for å bruke teknologi og tilkalle hjelp var lavere enn før hendelsen. På bakgrunn av det jordmødrene fortalte, var det også store variasjoner når det gjaldt kvaliteten på støtten de fikk etter hendelsen de hadde vært involverte i. De fant at jordmødre trenger mer støtte etter kritiske hendelser for å komme seg videre (Christoffersen & Teigen, 2016a, 2016b).

Det er allikevel behov for mer kunnskap om jordmødres opplevelser av traumatiske hendelser i Norge da dette er et lite utforsket felt her. Hvilke konsekvenser jordmødres opplevelser får for yrkespraksis er det også forsket lite på her til lands eller i Skandinavia forøvrig.

1.2 Tema og forskningsspørsmål

I denne masteroppgaven er hensikten å få innsikt i og økt forståelse for hvordan traumatiske hendelser innvirker på jordmødre og deres yrkespraksis ved å stille spørsmålene: *Hvordan opplever jordmødre å være involvert i en traumatisk hendelse?* og *Hvilke konsekvenser kan jordmødrenes opplevelser få for deres yrkespraksis i etterkant?* Dette er viktig fordi spørsmålene retter fokus mot en lite belyst side av jordmødres yrkesliv og selve jordmorfaget. Ved å få vite mer om hvordan jordmødre reagerer på traumatiske hendelser kan man lettere imøtekomme deres

behov i etterkant. Kunnskap om eventuelle atferdsendringer er også viktig fordi endring av yrkespraksis kan ha betydning for videre utvikling av jordmorfaget.

1.2.1 Begrepsavklaringer

Vi har definert *traumatisk hendelse* som en uventet hendelse i forbindelse med fødsel, med mulig negativt utfall, som har en emosjonell påvirkning, nok til å kunne overgå de mestringsstrategiene man til vanlig bruker og som medfører betydelig psykologisk stress hos ellers friske personer (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003). En *traumatisk hendelse* kan innebære at enten mor eller barn får en skade i fødsel eller at det er fare for deres liv og helse eller, i verste fall, dør. Men det kan også dreie seg om hendelser som ikke får store konsekvenser, men som likevel er av stor betydning for den enkelte jordmor; som uhell, situasjoner som kunne ha oppstått, komplikasjoner og forglemmelser (Hjort, 2000). I litteraturen brukes ulike begreper for å beskrive *traumatisk hendelse*. Noen steder omtales den som *kritisk hendelse* (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003). Vi har valgt å bruke ordet *traumatisk hendelse* når vi omtaler situasjoner som medfører betydelig stress hos jordmødre fordi en *kritisk hendelse* ikke nødvendigvis vil gi stressreaksjoner. Når vi i oppgaven bruker begrepet *kritisk hendelse* snakker vi derfor om en hendelse som ikke nødvendigvis oppleves som traumatisk av jordmødre. Når vi henviser til Christoffersen og Teigens studie bruker vi for øvrig *kritisk hendelse* da disse benytter seg av det begrepet.

I starten av prosjektet og i brevet “Forespørsel om deltagelse i et forskningsprosjekt”, brukte også vi begrepet *kritisk hendelse* (vedlegg 1). Definisjonen der har for øvrig samme ordlyd som *traumatisk hendelse*, så vi anser at begrepsendringen underveis i prosjektet ikke har hatt noen betydning for oppgavens validitet.

Begrepene som beskriver stressrespons er også varierende i litteraturen. *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, *Secondary Traumatic Stress (STS)*, *utbrenthet* og *Compassion Fatigue* sier alle noe om samme fenomen (Sheen, Slade, & Spiby, 2014). I kapittelet 2.0 vil vi gå nærmere inn på begrepene *stress*, *traumatisk stress*, *PTSD* og *STS*.

1.2.2 Avgrensning

Vi har valgt å se nærmere på jordmødres opplevelser etter traumatiske hendelser som har oppstått i fødsel, selv om slike hendelser også kan oppstå i svangerskap og etter fødsel. Når det gjelder konsekvenser for praksis er dette begrenset til å gjelde jordmors arbeid på fødeavdeling.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Vi har delt oppgaven i sju kapitler. I kapittel 1 presenterer vi bakgrunnen for studien, tema og forskningsspørsmål. I kapittel 2 gjør vi rede for vårt teoretiske rammeverk. I kapittel 3 beskriver vi studiens metode og design, gjennomføring av studien og analyseprosessen. I kapittel 4 presenterer vi resultatene våre. I kapittel 5 diskuterer vi resultatene i lys av teori og forskning, og vi vurderer studiens kvalitet. Avslutningsvis, i kapittel 6, presenterer vi studiens konklusjon og i kapittel 7 står litteraturhenvisningene oppført.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Stress

Ordet stress er opprinnelig engelsk og kan oversettes med belastning eller påkjenning. Når det oppstår atferdsmessige, emosjonelle og kognitive endringer som følge av en psykisk eller fysisk belastning, kan vi kalle dette stressreaksjoner (Eid, 2006). Det er når belastningsfaktorene overgår mestringsforutsetningene våre at vi opplever stress og får stressreaksjoner. Akutte og uventede hendelser vil i så måte gi kraftige reaksjoner, men som vi allikevel kan si er en naturlig respons på en påkjenning. Dersom disse reaksjonene vedvarer over tid og går ut over funksjonsevnen, dreier det seg om traumatisk stress (Skants, 2014).

Kortvarig stress vil hos friske mennesker ikke gjøre noen kroppslig skade, mens langvarige psykiske belastninger setter spor i kroppen og hjernen. De kognitive endringene som stress fører med seg, innebærer blant annet vurdering av ressurser og konsekvenser blir påvirket. Kognitivt vil individet være preget av bekymring, grubling, lav selvtillit, frykt for “det verste” og følelse av håpløshet. De fysiske endringene som kan skje i kroppen er muskelspenninger, økt hjertefrekvens, kortpustethet og redusert immunforsvar. Sistnevnte faktor vil dermed kunne gi økt risiko for sykdom. Hvordan man mestrer stresset kan gi seg til kjenne i irrelevant, selvdestruktiv eller uorganisert adferd. Noen kan ty til rusmidler (Myhrer, 2006).

Mestring av stress kan defineres som de tilpassede tanke- og atferdsmessige anstrengelser vi har og gjør når vi utsettes for ytre påkjenninger (Mehlum, Weisæth, & Mortensen, 1993). Vi har ulike forutsetninger for å håndtere påkjenninger. Én moderat stressende situasjon for en person kan derfor oppleves som en krise for en annen (Mehlum et al., 1993). Tåleevnen avhenger dels av personlig sårbarhet, tidligere gjennomgått traume, livssituasjon og påkjenningens karakter. Den avhenger også av personlighet, alder, kjønn, om man er alene om å oppleve hendelsen og hva slags nettverk man har og miljøet man har vokst opp i. Hva kjønn angår, ser kvinner ut til å være mer sårbare enn menn (Eid, 2006; Skants, 2014). Som individets psykologiske forsvar, vil mestring kunne virke dempende og redusere skade. Men dersom forventningene om mestring overgår mestringssevnen, kan det medføre helseplager og dårlig immunforsvar (Eid, 2006; Myhrer, 2006).

Sosial støtte kan styrke individets mestringsstrategier og bidra til at individet takler den kritiske hendelsen eller stresset bedre. Det skilles mellom ulike former for sosial støtte som kan bidra til å styrke et individs mestringsstrategier (Eid, 2006). Støtten som gis kan blant annet bestå i at man lytter til vedkommende, viser aksept og empati. Den kan også innebære hjelp til å fremme en sak eller finne løsning på et problem. Å gi oversikt over en bestemt sak eller gi konkrete råd er også en form for støtte. Noen kan også trenge hjelp til beslutninger og vurderinger eller praktisk støtte (Eid, 2006).

Det er sannsynlig at moderate påkjenninger på sikt kan gjøre oss sterkere utrustet (Myhrer, 2006). Dette støttes blant annet av en israelsk studie blant sivile som hadde blitt angrepet av raketter. De som var eldre og som hadde opplevd rakettangrep tidligere, var mindre redd og hadde færre

plager som følge av stresset, enn de som var yngre (Mehlum et al., 1993). Har man derimot et opplevd traume bak seg, kan en akutt og kritisk hendelse forringe mestringsnivåen (Skants, 2014).

Hvis man er vitne til traumatiske hendelser som involverer død, alvorlig fysisk skade eller trussel kan man utvikle *posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*. Diagnosen innebærer å gjenoppleve hendelsen gjentatte ganger, bevisst og ubevisst i drømmer, og at man unngår situasjoner som minner om hendelsen. Personer med PTSD kan være plaget med angst, irritasjon, søvnvansker, konsentrasjonsproblemer, økt spenningsnivå og årvåkenhet. For å få diagnostisert PTSD må symptomene ha vedvart i over én måned og ha svekket funksjonsevnen (Folkehelseinstituttet, 2015; Sheen et al., 2015). Hos helsearbeidere som har vært involvert i kritisk hendelse i jobbsammenheng, blir PTSD ofte omtalt som *STS (Secondary traumatic stress)* (Beck et al., 2015; Seys et al., 2013).

2.2 Second victim

I en traumatisk hendelse vil det være to offer. Det første er pasienten med sine pårørende og det andre er helsearbeideren (Seys et al., 2013). Albert Wu presenterte i 2000 begrepet *second victim* (A. W. Wu, 2000). Fenomenet ble først brukt som betegnelse på helsearbeidere som har begått en feil og som lider under skaden de har påført pasienten. Etter at Wu introduserte *second victim*-begrepet, har det blitt brukt om helsearbeidere som ikke nødvendigvis har gjort en feil, men som etter en hendelse eller situasjon opplever betydelig psykisk stress og er traumatiserte av det som har skjedd. De kan føle personlig ansvar for hendelsen og føle at de har sviktet pasienten. De kan også tvile på seg selv, egen kunnskap og ferdigheter (Seys et al., 2013).

Second victims kan ha de samme reaksjonene etter en traumatisk hendelse som *first victims* og deres pårørende (Scott et al., 2009). Følelser som skyld, skam, sinne, frustrasjon og angst er ikke uvanlige blant *second victims*. Ofte går dette psykososiale stresset de opplever utover både privatlivet og arbeidslivet. I følge Wu vil det alltid finnes *second victims* etter traumatiske hendelser (Albert W. Wu & Steckelberg, 2012). Det er estimert at halvparten av alle helsearbeidere en eller annen gang i sin yrkeskarriere vil oppleve å være *second victim* (Seys et al., 2013).

Det er først og fremst de direkte involverte, pasienten og pårørende, som får oppfølging etter en traumatisk hendelse. Men på bakgrunn av hvordan helsearbeideren, *the second victim*, kan oppleve en kritisk hendelse, vil han eller hun også ha behov for støtte i etterkant; “The doctor who makes the mistake needs help too” (A. W. Wu, 2000). Fravær av tilheling og støtte etter å ha begått en feil medfører at helsearbeidere kan finne dysfunksjonelle måter å beskytte seg selv på. De kan respondere på egen feil med sinne eller legge skylden på pasienten eller kollegaer. Noen søker også trøst i alkohol og andre rusmidler.

Åpenhet på arbeidsplassen om feil som blir begått, kan bidra til at man både på individ- og institusjonsplan kan forebygge lignende feil (A. W. Wu, 2000). Når en feil begås eller kritisk hendelse oppstår, kan *second victims* være en ressurs som bidrar til å utforme nye rutiner eller konstruktive endringer på arbeidsplassen. Dette kan også bidra til å hjelpe helsearbeideren som er rammet. Emosjonell støtte som å høre erfaringer fra andre som har vært gjennom det samme, kan

også ha positiv betydning og bidra til å helsearbeideren kan håndtere de vonde følelsene bedre (Seys et al., 2013).

Hvert *second victim* har sin måte å reagere på etter en traumatisk hendelse (Seys et al., 2013). Prosessen har for øvrig blitt beskrevet i seks stadier på bakgrunn av intervjuer gjort med *second victims* (Scott et al., 2009). Studiens funn blir presentert i faktarammen. De tre første stadiene oppsto rett etter hendelsen og kunne være overlappende.

<p>Fase 1:</p> <p>Kaos og respons på hendelsen</p>	<p>Helsearbeideren opplevde kaos og forvirring. Det gikk opp for vedkommende hva som hadde skjedd parallelt med at den involverte pasienten kanskje kunne trenge intensiv overvåking. Fasen ble preget av at helsearbeideren klandret seg selv og ikke klarte tenke klart.</p>
<p>Fase 2:</p> <p>Repeterende gjennomgang av hendelsen</p>	<p>Helsearbeideren hadde lav selvfølelse og isolerte seg. Han/hun reevaluerte situasjonen gang på gang og tenkte om de kunne handlet på en annen måte.</p>
<p>Fase 3:</p> <p>Gjenopprettelse av integritet</p>	<p>Helsearbeideren søkte støtte hos én de stolte på. Dette være seg kollega, overordnet eller venn. Mange var usikre på hvor de skulle søke hjelp fordi de ikke visste hvem som kunne forstå hvordan hendelsen hadde påvirket dem personlig og profesjonelt. De tvilte på egne ferdigheter og var redde for hva kolleger tenkte om dem. Lengden på denne fasen så ut til å ha sammenheng med avdelingens kultur for samarbeid og støtte.</p>
<p>Fase 4:</p> <p>Å holde ut granskningen</p>	<p>Helsearbeideren bekymret seg for rettslige reaksjoner og fremtidig yrkesliv</p>
<p>Fase 5:</p> <p>Å søke emosjonell hjelp</p>	<p>Helsearbeideren fant det vanskelig å vite hvem han/hun kunne stole på. En tredjedel søkte hjelp hos sine kjære fordi de ikke hadde noen andre fortrolige. Andre ønsket ikke å belaste sine nærmeste. Noen fikk hjelp fra overordnede, men hadde behov for støtte i et lengre tidsperspektiv enn det de fikk.</p>
<p>Fase 6:</p> <p>Å gå videre; slutte, overleve eller vokse</p>	<p>Mange syntes det var vanskelig å legge hendelsen bak seg og tenkte at de alltid ville ha den med seg. Noen forlot yrket og enkelte begynte å arbeide ved andre avdelinger. Andre fortsatte, men var preget av det de hadde opplevd. Flere brukte hendelsen som et utgangspunkt for endring og vekst.</p>

3.0 METODE

I dette kapittelet vil vi presentere studiens design og valg av metode. Vi vil deretter ta for oss den praktiske gjennomføringen av studien med rekruttering av informanter, gjennomføring av intervjuene, for forståelsen, fortolkning av datamaterialet, beskrivelse av analyseprosessen og til sist refleksjoner rundt etiske aspekter.

Forskning utvikler vitenskapelig kunnskap gjennom en refleksiv og systematisk prosess på tvers av metodologi og har som mål å frembringe viten som kan etterprøves og funn som kan gi forståelse og ha nytte også i andre sammenhenger (Malterud, 2013). Vitenskapsutvikling innen helsefag har elementer fra både naturvitenskapelig- og humanvitenskapelig retning (Thomassen, 2015). Hvordan gyldig kunnskap frembringes er ulikt etter hvilke spørsmål forskeren ønsker å få svar på. Innen den humanvitenskapelige retningen er kvalitative forskningsmetoder mest gjeldende. Vitenskapsgrunnlaget bygges opp av kvalitative data som utforsker den menneskelige virkelighet og tolkninger av denne. Data er ikke målbare og sammenlignbare, men identifiseres gjennom tolkning (Malterud, 2013).

3.1 Kvalitativt design - det kvalitative forskningsintervju

Vi har valgt et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer som metode fordi det er egnet når vi ønsker mer innsikt i menneskers erfaringer, opplevelser og tanker. Dette fordi hensikten med denne masteroppgaven er nettopp å få større forståelse for og bedre innsikt i jordmødres følelser og reaksjoner etter traumatiske hendelser i fødsel og mulige konsekvenser for jordmors praksisutøvelse etterpå. Våre informanters opplevelser og erfaringer ga oss mulighet til å forstå ulike fenomener ut i fra den enkeltes livsverden. Vi fikk også kunnskap gjennom fortolkning av menneskers erfaringer i en prosess hvor vi hadde en aktiv og viktig del i forskningsprosessen (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015; Mackey, 2005; Malterud, 2013; Rees, 2003). I kvalitative studier søkes det ikke etter å teste om hypoteser er riktige, men heller beskrive, forstå og fortolke kvaliteter og egenskaper ved det man ønsker å se nærmere på. Slik kan nye beskrivelser, begreper og teoretiske modeller utvikles og gi ny kunnskap og forståelse (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2015).

Kvalitativ metode har sitt utspring i både hermeneutikk og fenomenologi (Malterud, 2013). Hermeneutikk er en retning innen fenomenologisk filosofi som handler om å tolke og forstå empirisk materiale, og den fenomenologiske tilnærmingen ser på menneskers erfaringer som gyldig kunnskap (Malterud, 2013; Rees, 2003; Thomassen, 2015). Fenomenologi sier at virkeligheten er slik den enkelte oppfatter den (Kvale et al., 2015; Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010).

3.1.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Som temaet vårt krevde, ønsket vi å snakke med jordmødre som hadde vært gjennom en traumatisk hendelse som hadde påført dem betydelig stress. Vi foretok derfor både et strategisk utvalg og et tilgjengelighetsutvalg (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010). Et strategisk utvalg beskriver deltagere som har bestemte kvalifikasjoner som oppfyller kriterier i forhold til

problemstillingen. Thagaard beskriver tilgjengelighetsutvalg som et strategisk utvalg, men med informanter som også er villige til å delta i studien (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010).

For å få kontakt med jordmødre skrev vi et innlegg i den lukkede Facebook-gruppen “Jordmødre i Norge” som har over 1500 medlemmer. I det kortfattede innlegget presenterte vi oss selv og prosjektet, og oppfordret til å kontakte oss på mail dersom noen skulle ha ønske om å delta i studien vår. Alle som kontaktet oss fikk et informasjonsskriv på mail betegnet som “Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt” (vedlegg 1). I skrivet sto det at vi kunne kontaktes for avtale om tid og sted for intervju, dersom de fortsatt ønsket å være informanter. I løpet av noen uker hadde vi fem informanter som vi håpet ville kunne gi oss et tilstrekkelig og rikt empirisk materiale (Malterud, 2013).

3.1.2 Presentasjon av informantene

Utvalget vårt besto av fem norske jordmødre fra ulike steder i landet. Vi vil gi en kort beskrivelse av de ulike informantene som vi har valgt fiktive navn til, for å beskytte deres identitet. De beskrev til sammen sju traumatiske hendelser som de har vært involverte i. Disse innebefatter blant annet feiltolking av CTG, uterusruptur, skulderdystoci og fosterasfyksi. Enkelte av hendelsene hadde fatale utfall. Jordmødrene var i aldersgruppen 35-55 år og yrkeserfaringen var fra 3-21 år. Fire av hendelsene skjedde da jordmødrene var relativt nyutdannet og tre hendelser seinere i deres yrkeskarriere på fødeavdeling.

“Lise” har jobbet på fødeavdeling, har tatt tilleggsutdannelse og jobber nå på helsestasjon.

“Tone” har jobbet på føde- og barselavdeling, men jobber nå hovedsakelig i svangerskapsomsorgen.

“Mette” har tidligere jobbet på føde- og barselavdeling, men jobber nå med undervisning og helseopplysning.

“Linda” har jobbet på føde- og barselavdeling, men jobber for tiden ikke som jordmor.

“Inger” har jobbet på føde- og barselavdeling og jobber nå i svangerskapsomsorgen.

3.1.3 Intervjuene

Vi brukte semistrukturerte forskningsintervjuer som metode for å samle inn empirisk data med hensikt å kunne frembringe kvalitative og rike beskrivelser av jordmødrenes opplevelser, tanker og handlinger (Kvale et al., 2015; Malterud, 2013; Tanggaard & Brinkmann, 2012). Ved at intervjuguiden ikke var for detaljert, semistrukturert, var det mer sannsynlig at vi fikk vite noe vi ikke visste fra før siden det ga informanten mer frihet og fleksibilitet til å fortelle om sine tanker og opplevelser (Cluett & Bluff, 2006). Det gjorde det også lettere å styre samtalen unna forforståelsen vår. Samtidig var det viktig at vi viste informanten hva vi ønsket å vite mer om. I skjemaet vi hadde utarbeidet, “Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt” (vedlegg 1), hadde vi gjort rede for tema og hensikt for studien og også definert *kritisk hendelse* slik at informantene på forhånd skulle forstå hva vi ønsket mer kunnskap om. Vi delte inn intervjuguiden (vedlegg 2) i tre hovedtemaer; *Opplevelse av kritisk hendelse*, *Oppfølging/bearbeiding/mestringsstrategier* og *Betydning for praksis*. Spørsmålene under hvert

tema varierte fra intervju til intervju ettersom hva informanten ønsket snakke om. Vi brukte intervjuguiden som et utgangspunkt, men lot informanten styre samtalen. Intervjuguiden ble revidert flere ganger og tilpasset hver enkelt informant under feltarbeidet. Dette er i tråd med kvalitativ forskning hvor det ikke er gunstig med standardiserte intervjuer (Malterud, 2013). Spørsmålene vi stilte inviterte informantene til å dele av konkrete hendelser, da vi visste at dette ville kunne gi oss et innholdsrikt datamateriale (Malterud, 2013).

Datamaterialet er basert på individuelle intervjuer med de fem jordmødrene. At vi intervjuet hver og en for seg ble gjort på grunn av temaets sensitive innhold. Til stede i intervjusituasjonen var informanten og vi som intervjuer og observatør. Intervjuene hadde en varighet på 20-70 minutter. Vi forsøkte å skape en trygg atmosfære slik at informanten ville føle seg komfortabel nok til å snakke om sine personlige erfaringer og følelser ved å dele fra sin livsverden (Kvale et al., 2015). En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming innebærer at både informant og intervjuer er åpne og lar seg berøre og engasjere av det som kommer fram, noe som bidrar til ny kunnskap. Utfordringen hos forskeren blir da å ikke avbryte informanten med sitt engasjement, men heller være var for det som blir fortalt og stille relevante oppfølgingsspørsmål (Drageset & Ellingsen, 2010). Vi byttet på rollen som intervjuer og observatør fra intervju til intervju. Observatørens oppgave var å observere stemning, kroppsspråk og, om nødvendig, komme med supplerende spørsmål til slutt.

Før selve intervjuet startet hadde vi en uformell prat hvor vi presenterte oss for hverandre og pratet om ikke-verdiledede temaer. Dette ble gjort for å etablere kontakt med informantene og for at de skulle føle seg mer avslappet og fortrolige med oss. Slik kunne de lettere være åpne og fortelle om erfaringene de hadde (Kvale et al., 2015; Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010). Da intervjuene var avsluttet og lydopptakeren var skrudd av, hadde vi en kort samtale hvor vi oppsummerte intervjuet og presiserte hvordan datamaterialet kom til å bli brukt. Etter enkelte samtaler anså vi dette som særskilt viktig på grunn av intervjuets følelsesladede innhold (Kvale et al., 2015).

Både relasjonen til informanten og kontekst påvirker den nye kunnskapen som blir til i et intervju (Drageset & Ellingsen, 2010; Malterud, 2013). Intervjuene foregikk på ulike steder som informantene selv hadde valgt. At de fikk velge sted var også et ledd i skape en fortrolig og trygg intervjusituasjon. Intervjuene foregikk på henholdsvis kaffebar på et kjøpesenter, konferanserom på arbeidsplassen, hjemme hos en informant og på høyskolens kollokvierom.

3.1.4 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert fortløpende mens de ennå var friskt i minnet. Gjennom å transkribere intervjuene fra muntlige lydopptak til et skriftlig materiale, ble innholdet i intervjuene forberedt til analysen (Kvale et al., 2015). Vi lyttet begge gjennom alle intervjuene, men fordelte selve transkripsjonsarbeidet mellom oss. Da opplevelsen av stemning og kroppsspråk kan være vanskelig å videreføre fra muntlig til skriftlig språk, var vi bevisste på å transkribere datamaterialet mest mulig lik det talte språket for å få tak i meningsinnholdet i det som ble sagt (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010). Gjennom selv å transkribere lydfilet til

skriftlig data, ble vi godt kjent med datamaterialet og fikk et inntrykk av meningen i teksten og en forståelse for hvilke temaer som kunne gi mening i analysedelen (Malterud, 2013).

3.2 Forforståelse

Forforståelsen er den kunnskap og erfaring vi fra før av har tatt med oss inn i prosjektet vårt (Malterud, 2013). Den har betydning for måten vi har samlet og vurdert data på. Gjennom lang erfaring som sykepleiere har vi begge opplevd hendelser i pasientbehandling som i ettertid har påvirket oss følelsesmessig. Som jordmorstudenter på en travel fødeavdeling har vi selv både vært involverte i, og gjennom andre jordmødre blitt fortalt om, akutte situasjoner som har vært følelsesmessige belastende i etterkant. Flere jordmødre og annet helsepersonell har fortalt oss at det har vært vanskelig å snakke om følelser og reaksjoner etter traumatiske hendelser de har vært involverte i. Enkelte har heller ikke fått den støtten de har hatt behov for, slik at de har kunnet bearbeide hendelsen. Det var denne forforståelsen som vekket interessen for å fordype oss i temaet *jordmødre som har vært involverte i traumatiske hendelser*. Aktuell teori og tidligere forskning har preget forforståelsen og gitt oss et faglig perspektiv. Samtidig har vi hatt i bakhodet at det vi har hatt med oss ikke har måttet få for stor plass med tanke på det vi skulle se og finne i forskningsprosessen. Vi tenker at forforståelsen vår har vært viktig for å kunne forstå og nærme oss det informantene har delt med oss (Kvale et al., 2015).

3.3 Fortolkning av datamaterialet

For å tolke vårt datamateriale, har vi gjennom en hermeneutisk tilnærming blitt inspirerte til å utforske et dypere meningsinnhold i vårt materiale enn det som i første omgang var fremtredende. Hermeneutikk betyr læren om fortolkning og legger vekt på at fenomener kan forstås gjennom ulike tilnærminger. Gjennom en hermeneutisk tilnærming prøver man å forstå og tolke den menneskelige verden (Thomassen, 2015). Med hermeneutikk som utgangspunkt, har vi sett på datamateriale som en pågående interaksjon mellom oss og teksten. I tråd med hermeneutikk, fortolket vi jordmødrenes beskrivelser av sine handlinger og opplevelser slik at bakenforliggende kunnskap kom frem (Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010). Å lese betydningen av mønstre i jordmødrenes utsagn ble en viktig del av tolkningsarbeidet vårt (Malterud, 2013). Med bakgrunn i vår forforståelse og det teoretiske rammeverket, utviklet forståelsen av teksten seg gjennom hele analyseprosessen. Dette fordi vi stadig tilegnet oss ny kunnskap om fenomenene vi studerte ved å lese teori som belyste funn i empirien. Som beskrevet mer inngående i kapittel 3.4, gikk vi stadig tilbake i den transkriberte teksten og stilte nye spørsmål til det empiriske materialet for å sikre at våre tolkninger var forankret i teksten (Malterud, 2013; Thagaard & Lindegård Henriksen, 2010).

3.4 Fremgangsmåte ved analyse av datamaterialet

I det følgende gjør vi rede for hvordan vi har gått frem når vi har analysert og fortolket datamaterialet som vi har innhentet. Vårt empiriske materiale består som nevnt av fem intervjuer som har blitt transkribert fra lydopptak til tekst. Analyse i kvalitativ forskning innebærer å systematisk stille spørsmål til materialet vi har, med problemstillingen som utgangspunkt (Malterud, 2013). Vi har bevisst stoppet opp i analyseprosessen og stilt oss spørsmål som “Hva er det egentlig dataene forteller oss?” og “Kan dette tolkes på ulike måter?”. Ved at vi er to som har tolket data har vi hatt muligheten til å få frem ulike nyanser av fenomenene vi har studert. For å

styrke den vitenskapelige kvaliteten i arbeidet vårt, har vi i både analysearbeidet og under forskningsprosessen for øvrig, fulgt prinsippene om refleksivitet. Dette har vi gjort ved å være bevisste vår egen forforståelse, vår teoretiske plattform og har vært kritiske til både det vi har fått svar på og på måten analyseprosessen har blitt gjennomført (Malterud, 2013).

For å analysere data har vi brukt metoden, systematisk tekstkondensering. Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og forenklet av Malterud. Vi har valgt denne metoden fordi målet med en slik analyse, ifølge Giorgi, er økt forståelse for og kunnskap om informanternes livsverden og erfaringer. Dette er i tråd med vår studies hensikt. Den systematiske tekstkondenseringen skisseres nedenfor i en fire-trinns modell (Malterud, 2013):

1. Få et helhetsinntrykk av datamaterialet og identifisere foreløpige temaer.
2. Å identifisere og inndele teksten i meningsbærende setninger og ord. Dekontekstualisere. Kode de meningsbærende enhetene.
3. Dele de ulike kodegruppene inn i subgrupper. Kondensere innholdet i hver subgruppe.
4. Rekontekstualisere: det vil si å sammenfatte resultatene i prosjektet.

I *første trinn* forsøkte vi så godt vi kunne å legge vår forforståelse til side og bli kjent med datamaterialet og foreløpige temaer. Dette gjorde vi ved at vi hver for oss leste gjennom alle intervjuene flere ganger. Vi hørte også på lydopptakene gjentatte ganger for å få med oss det faktiske meningsinnholdet i det som ble sagt, toneleiet til informanten og stemningen i rommet. Vi gjorde fortløpende notater og markerte i teksten uten å systematisere. For å få oversikt over materialet spurte vi oss selv om hva i teksten som var interessant i forhold til forskningsspørsmålene våre og noterte oss til sammen ni foreløpige temaer som fikk provisoriske benevnelser (Malterud, 2013). Underveis diskuterte vi hvilken betydning mønstrene hadde i forhold til forskningsspørsmålene våre. Vi tok oss frihet til å være kreative og fant temaer og mønstre som ikke var temaer i intervjuguiden vår. Dette gjorde vi bevisst, i et forsøk på å skape avstand til forforståelsen (Malterud, 2013).

I *det andre trinnet* gikk vi mer systematisk til verks og leste linje for linje. Med de foreløpige temaene i minnet, identifiserte vi meningsbærende enheter i teksten. Det vi anså som irrelevant ble lagt til side. Deretter kodet vi. Det vil si å systematisere de meningsbærende enhetene i teksten i ulike grupper. Vi tok utgangspunkt i våre forskningsspørsmål og foreløpige temaer fra første analysetrinn, og delte teksten inn i 3 kodegrupper: *Følelser*, *Konsekvenser for praksis* og *Støtte*. Koding innebærer en dekontekstualisering, hvilket vil si at teksten plukkes fra hverandre og tas ut av sammenhengen den står i (Malterud, 2013).

For å gjøre dette kodingsarbeidet lettere ble de ulike meningsbærende enhetene printet og klippet ut for så å systematiseres på plakater på veggen. Dette for å få en visuell oversikt over materialet. Hele tiden stilte vi spørsmål til det empiriske materialet som for eksempel: "Hvilke følelser beskriver jordmor egentlig her?", "Hvilken betydning fikk disse følelsene for henne?" Disse refleksjonene hjalp oss å oppdage flere nyanser ved fenomenene vi studerte. De ulike nyansene ble utgangspunktet for subgruppene som ble utviklet i trinn tre.

I det tredje trinnet organiserte vi de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe inn i 13 subgrupper. Eksempler på subgrupper var blant annet *angst, skyld, ansvar og sorg* som tilhørte kodegruppen *Følelser*. Ved at vi var to som analyserte og organiserte materialet i subgrupper, opplevde vi arbeidet som en dynamisk prosess som frembrakte nye og overraskende elementer i teksten. Gjennom hele denne systematiske prosessen fortolket vi teksten. Vi var bevisste på å stadig ta et skritt tilbake for å se på den originale teksten og sikre at vi var tro til vårt empiriske materiale (Malterud, 2013). Hele veien spurte vi oss selv hva teksten kunne fortelle oss om forskningsspørsmålene våre. For å kunne gjenfortelle det som befant seg i hver subgruppe, sammenfattet vi innholdet i hver av gruppene og laget et kunstig sitat, et kondensat i jeg-form (Malterud, 2013). På dette trinnet så vi oss nødt til å justere noe på kodegruppene fordi flere av subgruppene sa oss mer enn det som hadde kommet frem tidligere i analyseprosessen. Vi valgte deretter ut flere såkalte *gullsitater* i hver gruppe som vi syntes var dekkende for hva som kom til uttrykk i hver enkelt subgruppe (Malterud, 2013). Disse sitatene presenteres i kapittel 4.

I det fjerde trinnet foretok vi en rekontekstualisering; vi satte sammen tekstdelene igjen. Med bakgrunn i de kondenserte tekstene under hver kodegruppe og aktuelle og beskrivende sitater, lagde vi et kondensat, en analytisk tekst, som utgjorde resultatene. Denne teksten er informantenes stemme. Gjennom analyseprosessen ga denne oss et grunnlag for å gi nye beskrivelser og utvikle nye begreper om jordmors opplevelser etter traumatiske hendelser i fødsel og hvilke konsekvenser disse kan ha for praksis (Malterud, 2013). Vi fant fire kategorier som vi navnga med overskrifter vi mente dekket innholdet i hver av de analytiske tekstene. Tre av overskriftene vi kom frem til har sitt utspring i opprinnelige temaer og kodegrupper. Men kategorien *Ønske om tilgivelse* kom til syne som selvstendig fenomen i trinn 3 i analyseprosessen. Deretter gikk vi grundig og systematisk gjennom teksten igjen for å lete etter meningsbærende enheter som ikke støttet det vi var kommet frem til. Dette gjorde vi som et ledd i å være kritiske til vårt materiale og det vi hadde funnet. Atter en gang gikk vi tilbake igjen til starten av analyseprosessen, noe som resulterte i nytenkning og nye beskrivelser i form av én ytterligere kategori: *Å føle ansvar og sette seg selv til side*. Kategoriene utgjør underkapitlene i resultatkapitlet og vil presenteres der. Et eksempel på hvordan vi gikk frem i analyseprosessen vises i tabell 1.

Tabell 1

Meningsbærende enheter	Kode	Subgruppe	Kondensat	Kategori
<p>Jeg var skrekkslagen. Jeg sto der og nesten skalv. Tenkte at det her klarer jeg ikke.</p> <p>Jeg fikk et bilde av meg selv i speilet, jeg var drivende hvit i ansiktet, og så munntørr at jeg ikke får beveget tunga. Jeg bare står der og holder meg fast i benken på skyllerommet. Tenker at det ikke er mulig. Hvordan kunne dette skje?</p> <p>Jeg var helt matt liksom og lammet. Jeg gråt og var mye innom de.</p>	Følelser	Sjokkfasen	<p>Jeg var skrekkslagen, livredd og i sjokk. Tenkte at det her klarer jeg ikke. Jeg fikk et blick av meg selv i speilet og var drivende hvit i ansiktet. Jeg bare sto og holdt meg fast i benken på skyllerommet og tenkte: Hvordan kunne dette skje? Jeg var matt, lammet, fortvilet og lei meg. Jeg var mye innom de.</p>	Å være i det vonde
<p>Jeg fikk pusteproblemer, sterk angst, har aldri hatt det før, jeg sov ikke. Jeg kunne sitte sammen med barna mine og bare gråte.</p> <p>Jeg var i beredskap hele tiden. Jeg ble kjempe redd når jeg kjørte bil fordi jeg var plutselig kjemperedd for at noen skulle hoppe ut i veien som ikke jeg kunne kontrollere og som jeg kunne skade.</p> <p>Jeg hadde sånt gjentagelsesmareritt om at jeg var i en sosial hyggelig sammenkomst og plutselig ramler det et barn ned fra en bokhylle og det er mitt ansvar å ta vare på det barnet. Og jeg...det er jo ikke mulig for meg å nå frem, og ta vare på det.</p>	Følelser	Angst	<p>Jeg fikk pusteproblemer og sterk angst. Jeg sov ikke og kunne sitte sammen med barna mine og bare gråte. Jeg var i beredskap hele tiden. Når jeg kjørte bil ble jeg kjemperedd for at noen skulle hoppe ut i veien uten at jeg så det. Jeg hadde gjentagende mareritt om barn som falt ned fra en bokhylle, som jeg hadde ansvar for, men som jeg ikke klarte redde.</p>	Å være i det vonde

3.5 Forskningsetiske refleksjoner

Vi fikk godkjenning til forskningsprosjektet gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD (vedlegg 3). Det ble utarbeidet et informasjonsskriv til deltagerne, samt et samtykkeskjema. Vi forsikret oss om at deltagerne ga et informert samtykke ved både å gi skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og at alle informantene skrev under på samtykkeerklæringen. Vi la særlig vekt på at deltagelse i forskningsprosjektet var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn. All data om dem ville da bli slettet. Vi ga også informasjon om hvordan data skulle samles inn, anonymiseres og lagres etter gjeldende regler og forskrifter (Malterud, 2013).

I Helsinkideklarasjonen er etiske prinsipper for medisinsk forskning på mennesker, nedfelt. Den ble sist revidert i 2013 og gir retningslinjer for etiske forskningsprinsipper som fremmer respekt for enkeltmennesket og beskytter deres rettigheter og helse (WMA, 2013). I forskning som omhandler mennesker er det viktig at formålet er viktigere enn belastningen som deltagerne eventuelt blir påført som følge av forskningen (Malterud, 2013). Man skal ikke forske for forskningens del.

Helsepersonell har ikke den samme beskyttelsen gjennom Helsinkideklarasjonen. Å forske på egen faggruppe krever derfor ekstra skjønn og ansvarlighet. Med bakgrunn i våre forskningsspørsmål har vi hatt i bakhodet at det kan komme frem vanskelige, faglige dilemma fra den enkeltes hverdag og arbeidssted. I kvalitativ forskning er datamaterialet ofte av personlig og sensitiv karakter. Det var derfor av stor betydning at vi innhentet informasjon på en sensitiv og respektfull måte og viste ydmykhet overfor andres grenser (Cluett & Bluff, 2006; Drageset & Ellingsen, 2010). Vi var klar over at temaet kunne komme til å vekke sterke følelser hos informanten. Derfor spurte vi enkelte av dem om de hadde behov for oppfølging etter intervjuet, hvilket det ikke var behov for.

4.0 RESULTATER

Gjennom analyseprosessen kom vi frem til fem kategorier: 1) *Å være i det vonde*, 2) *Føle ansvar og sette seg selv til side*, 3) *Ønske om Tilgivelse*, 4) *Ønske om å bli ivaretatt* og 5) *Jobbe i et nytt landskap*. I dette kapittelet vil vi gjøre rede for funnene våre.

4.1 Å være i det vonde

Tiden umiddelbart etter den traumatiske hendelsen og i ukene og månedene som fulgte, opplevdes som følelsesmessig belastende for alle jordmødrene. Det går igjen i alle intervjuene at hendelsen opplevdes som et sjokk. Det største sjokket var at det brått skjedde en endring i fødselsforløpet som fikk et uventet og negativt utfall. Opplevelsen ble beskrevet som grusom, forferdelig og marerittaktig. For noen ble opplevelsen så voldsom at de nesten ikke husket hva som hadde skjedd. Flere fortalte at de sto og skalv, følte seg livredde, fortvilte og skrekkslagne like etterpå. Én av informantene beskrev det slik:

“Jeg fikk et blikk av meg selv i speilet, jeg var drivende hvit i ansiktet, og jeg er så munntørr at jeg ikke får beveget tunga. Jeg bare står der og holder meg fast i benken på skyllerommet. Tenker at det ikke er mulig. Hvordan kunne dette skje?”

”Inger”

Det tok lang tid før jordmødrene kom over det de hadde opplevd. Flere beskrev en tilstand med konstant bekymring og engstelse og at de tenkte på det som hadde skjedd hele tiden, selv når de ikke var på jobb. Den traumatiske hendelsens sterke påvirkning kom frem ved fleres uttalelse om at de kunne tåle én slik hendelse, men ikke to. I tillegg var det en belastning for flere å måtte vente på avklaring fra Helsetilsynet. Én fortalte også at hendelsen kom samtidig med utfordringer på hjemmebane, noe hun mente gjorde det ekstra vanskelig for henne.

For én ble hendelsen så overveldende at hun fikk panikkangst. Hun var i konstant beredskap, følte tidvis at hun ikke fikk puste og hadde gjentagende mareritt om barn hun ikke klarte å redde. Hun fortalte at belastningen gjorde at hun fikk utslett over hele kroppen. Én annen informant som hadde vært gravid under hendelsen var i en særdeles sårbar situasjon. Hun ble ekstra engstelig og mer bekymret for eget svangerskap. Opplevelsen påvirket hele hennes tilværelse. Hun trodde hendelsen var årsak til at hun fikk høyt blodtrykk. .

Opplevelsen av skyld var uttalt hos nesten alle informantene, berettiget eller ikke. Hos noen var denne følelsen altoverskuende og varte over tid. Også etter at gjennomgang av hendelsen hadde vist at jordmor ikke kunne klandres for utfallet.

“Burde jeg ha klart å overvåke bedre? At jeg burde ha skjønt bedre, burde ha ropt høyere...Alt...alt det som er mulig å klandre meg for, det gjorde jeg.”

“Mette”

Én informant sa hun ikke følte skyld fordi hun hadde fått støtte av kolleger og av ledelsen.

“Jeg har aldri følt at det har vært min skyld. De har vært dyktige på å si at jeg ikke kunne gjøre noe annerledes. Jeg synes det har vært kjempedyktige folk rundt det.”

”Lise”

Jordmødrene beskrev at de klandret seg selv og følte seg små og skamfulle. Enkelte følte at noen kolleger snakket om hendelsen når de ikke var til stede, noe som opplevdes ubehagelig og forsterket følelsen av skam. Noen fortalte at de hadde blitt tilsnakket på en respektløs måte av kollegaer under andres påhør. De fikk kritikk av hvordan de hadde håndtert hendelsen, noe som de opplevde som svært krenkende.

Alle gikk gjennom hendelsen i tankene i detalj gang på gang i etterkant. De lurte på om de burde forstått hva som var i ferd med å skje på et tidligere tidspunkt eller om de kunne gjort noe annerledes. Tankene og de vonde følelsene ble beskrevet som altoppslukende og alle beskrev perioder med søvnproblemer. Én beskrev skyldfølelsen så stor at hun hadde lyst til å gi opp.

“Og så tenkte jeg at jeg ikke orket å leve mer. At den smerten her, hvis det er sånn smerte de har inni seg, de som tar livet sitt, så skjønner jeg det. Jeg tenkte at jeg ikke orket leve lenger. Jeg kunne merke at jeg kjørte litt fort på veien. At jeg tenkte; hvordan skal jeg få til dette her? Hvordan skal jeg leve videre når jeg har påført mennesker så stor sorg? Jeg tenkte at hvis de sleper meg ned i fjæra og skyter meg så har jeg sikkert fortjent det. Jeg klarer fremdeles ikke tenke at jeg kan leve med det dersom det er min skyld, om jeg kunne gjort noe annerledes.”

“Tone”

4.2 Føle ansvar og sette seg selv til side

Ansvar for jordmødrene hadde og følte for både fødeparet og hendelsen, opplevdes i etterkant som svært belastende. En av jordmødrene opplevde at ansvaret fortsatt var hennes selv etter at fødekvinnen var overlatt til jordmor på neste vakt.

“Det jeg opplevde som mest belastende i denne hendelsen var ansvaret. Følte at jeg hadde ansvar for de. Følte jeg hadde et forhold til de. Så det var vel det at jeg følte jeg var delansvarlig. At ansvaret var mitt selv om jeg var gått hjem”

“Linda”

Til tross for at jordmødrene selv opplevde hendelsen som følelsesmessig vanskelig, uttrykket alle at det var paret som var hovedfokus. Alle var opptatte av å ta vare på fødeparet. Flere av jordmødrene tok kontakt med familien på barsel. Noen beskrev at de gråt sammen med foreldrene og lå våkne på natten og tenkte på hvordan familien hadde det. Noen ringte også familien etter at de var dradd hjem fra sykehuset. De satte seg selv og egne følelser til side til fordel for fødeparet. Mange ga uttrykk for at det fødeparet følte var mye viktigere enn egne følelser.

“Jeg tenkte det var hennes sorg og hennes måte å håndtere det på. Hvis det hjalp henne og familien og legges skylden på meg så skulle jeg alltid klare det”

“Tone”

4.3 Et ønske om tilgivelse

Jordmødrenes ønske om tilgivelse kom til uttrykk på ulike måter. Alle fortalte at de hadde behov for å følge opp og snakke med fødekvinnen og partner etterpå. Dette ble beskrevet som en viktig

del av deres egen bearbeiding. Flere av møtene var uformelle og personlige og skjedde utenom arbeidstid. Én av jordmødrene fortalte at denne kontakten var svært viktig for henne. Hun fikk også mulighet til å følge opp familien i kvinnens neste svangerskap og ta imot barnet. Denne samhandlingen med familien bidro til at hun kunne gå hel videre og glede seg over faget sitt igjen. For en annen jordmor ble et tilfeldig møte med familien et vendepunkt.

“Det at mor, etter et par år, hilste på meg på butikken var en større lettelse enn den at jeg ble frikjent av Helsetilsynet”

“Inger”

Flere ga uttrykk for at de ønsket snakke med prest eller psykolog for å få hjelp til å se hendelsen i et annet perspektiv enn det debriefingen og gjennomgang av hendelsen hadde gjort. Én informant stilte spørsmål om hvem som kunne romme tankene og følelsene hun hadde. Hun tenkte at gjennom samtaler med en prest kunne hun kanskje finne en annen type forståelse for hva hun gikk gjennom etter hendelsen. Hun hadde også et eksplisitt ønske om tilgivelse.

“Å gi meg på en måte tilgivelse på at jeg er et ukomplett menneske som gjør mitt beste. Så tenker jeg kanskje jeg skulle vært på grava til hun lille og bare vært der lite grann. Men jeg kjenner veldig på at hun har vært der hele tiden, i hjertet mitt. Men jeg klarte ikke redde henne.”

“Tone”

4.4 Behovet for å bli ivaretatt

Samtlige jordmødre ga tydelig uttrykk for behovet for å bli ivaretatt etter en slik hendelse. De fortalte at de hadde et stort behov for å ventilere og sortere tanker og følelser etter det de hadde opplevd. Jordmødrene mente at å snakke gjennom opplevelsen og følelser de hadde, hadde en forebyggende effekt i forhold til psykisk stress. En annen unnlot derimot å snakke om hendelsen fordi hun følte skam. I ettertid tenkte hun at åpenhet kunne ha bidratt til en raskere bearbeiding for henne. De snakket mye om at anerkjennelse og trøst er vel så viktig som gjennomgang og evaluering av hendelsesforløpet. De fleste opplevde for øvrig at oppfølgingen var tilfeldig og mangelfull og etterspurte gode rutiner og systemer for dette. Flere måtte selv ta initiativ til å få hjelp i etterkant av hendelsene. Jordmødrene påpekte også at de ønsket et system for oppfølging også etter hendelser som avvik i rutiner og hendelser som kunne ha gått galt, men som endte bra. Dette fordi jordmor likevel opplevde dette som traumatisk.

“Jeg vet at min leder fikk vite om det. Men det var aldri noen som tok initiativ til noen samtale. Og det hadde kanskje vært bedre i etterkant hvis det hadde vært en eller annen form for brief. Jeg følte det ikke var noe kultur for oppfølging. Andre har opplevd lignende hendelser og kanskje verre. Hendelser som har fått konsekvenser, uten at de fikk oppfølging i ettertid. Jeg tenker at det er en ukultur. At det bør settes i system når slike ting skjer.”

“Mette”

Mange av jordmødrene fortalte om oppfølgingsmøter som kun besto av gjennomgang og skyldfordeling. En beskriver det som å være oppe til eksamen og allerede vite at man hadde strøket. Alt de sa ble plukket fra hverandre og satt spørsmålsteget ved. Én annen sammenligner oppfølgingsmøtene som å være tiltalt i en kriminalsak. De fortalte også om debriefing som fant sted uten dem selv til stede.

“Dette med skyldfordeling, skulle tro du var i en rettsal. Det var ganske tøft. De ser på deg med et kaldt blick. Der gjorde du feil, der gjorde du feil. Det var litt sjelsettende egentlig da. Som sagt, jeg tror jeg hadde vært utdannet et halvt år.

“Linda“

De fleste sier de kunne håndtert hendelsen mye bedre dersom de hadde fått oppfølging og støtte fra ledelsen. Men én av jordmødrene hadde erfaring med god oppfølging, noe som gjorde at hun følte seg ivaretatt og lettere fikk bearbeidet det som hadde skjedd. Hun fortalte om debriefing og konstruktive møter hvor fokus var støtte til de involverte og forbedring av rutiner.

“Så der ble masse oppfølging av de som var involverte, Ja, jeg var veldig fornøyd med oppfølgingen jeg fikk.”

“Lise“

Alle presiserte viktigheten av et godt arbeidsmiljø og støtte fra kolleger. For å bearbeide hendelsen snakket de mye sammen på jobb. For flere var støtte fra og samtaler med arbeidskolleger viktig for å kunne bearbeide følelser etter den traumatiske hendelsen. Én jordmor, som var nyutdannet da hun var involvert i den traumatisk hendelsen, fikk støtte fra en eldre og mer erfaren kollega. Denne hjelpen var for henne helt avgjørende.

“Så rekker han meg hånda, og så sier han: “Du skal bli med meg. Vi skal ha en prat.” Så jeg blir med han og han setter seg ved siden av meg og så sier han; “Jeg vil at du skal høre på meg. Det er ikke din skyld det som skjedde. Jeg vil se deg på jobb i morgen. Og jeg vil snakke med deg hver dag og de neste ukene og så lenge du har behov for det.” Det var det som gjorde at jeg kom tilbake som jordmor.”

“Inger“

4.5 Å jobbe i et nytt landskap

Å være tilbake på fødestuen etter hendelsen var utfordrende for samtlige jordmødre. At det opplevdes vanskelig hang sammen med at de hadde blitt mer utrygge og redde på jobb etter hendelsen. Denne utryggheten gjorde seg gjeldende ved at de overvåket mer og brukte mer medisinsk-teknisk utstyr i forhold til hva de hadde gjort tidligere.

“Jeg tenkte ofte på at jeg syntes det var veldig ubehagelig, fordi jeg skjønnte jo hva som var i ferd med å skje. At jeg mista tryggheten min.”

“Inger“

Jordmødre som hadde mange års erfaring bak seg, stolte mindre på egne vurderinger og var mer engstelige og stresset hvis det var antydning til akutte situasjoner. Hos flere ble troen på dem selv som dyktige jordmødre svekket. Noen jordmødre sa at de hadde mistet troen på naturlig fødsel. Utryggheten kom også til uttrykk ved at de var mer “på vakt”. En jordmor beskrev det som å alltid være på alerten. En annen sa det slik:

“Jeg ble mye mer “for sikkerhets skyld”. Tenkte mye mer “for sikkerhets skyld” hele tiden. Kjørte CTG i tilfeller der det absolutt ikke var nødvendig.”

“Mette“

Mange av informantene fortalte at fra å glede seg til å gå på jobb, hadde de etter hendelsen begynt å grue seg. De hadde mistet arbeidsgleden og det tok lang tid før de fikk den tilbake. I denne perioden gikk enkelte ned i stillingsprosent eller sluttet.

“Jeg kjente at det begynte å tære veldig på. Men jeg gikk på jobb og var aldri borte. Men det var mye følelser. En dag gikk jeg bare ut av jobben, etter nattevakt, og kom ikke tilbake.”

“Inger”

Hendelsene fikk også andre konsekvenser for praksis. To av informantene sier de ble mer tydelige og bestemte i sin kommunikasjon med kolleger i akutte situasjoner og når de trengte en vurdering. Da de etter hvert fikk hendelsen på avstand, sa flere at erfaringene de har gjort seg fra den traumatiske hendelsen bidro til at de fikk et mer reflektert syn på hva jordmorrollen innebærer og at de ble mer observante i sitt kliniske arbeid.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet diskuterer vi studiens resultater i lys av teoretisk rammeverk og relevant forskning. Deretter vurderer vi studiens metode i lys av *refleksivitet, relevans og validitet*.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Jordmor som *second victim*

Reaksjonene og de kognitive endringene som skjedde hos jordmødrene etter de traumatiske hendelsene, kan forklares ut i fra teori om stress hvor mestringsforutsetningene ikke er gode nok til å overgå de påkjenningene de er utsatt for (Skants, 2014). Fordi de var involverte i en hendelse som medførte stress i så stor grad at det gikk utover jobb- og privatliv, kan man si at jordmødrene ble rammet av traumatisk stress. De vedvarende stressreaksjonene de hadde, sammenfaller i varierende grad med symptomer på PTSD fordi de hadde plager som angst, søvnproblemer, var i konstant beredskap og var preget av den altoverskuende hendelsen (Folkehelseinstituttet, 2015; Sheen et al., 2015). At jordmødre kan få PTSD etter traumatiske hendelser vises også i andre studier (Sheen et al., 2015; Wahlberg et al., 2016).

Jordmødrene tenkte på det som hadde skjedd hele tiden, selv når de ikke var på jobb. Disse altoverskuende tankene kan sees på som en normalrespons på en stressreaksjon og som medfører kognitive endringer i form av grubling og bekymring (Eid, 2006; Skants, 2014). På den andre siden kan det også være et uttrykk for omsorg og empati overfor fødekvinnen og de direkte involverte i hendelsen. Alle jordmødrene viste empati overfor fødeparet. De gråt med dem og oppsøkte dem i dagene som fulgte. En av informantene hadde en dag å sørge på for hver av de pårørende. At jordmødre kan føle sorg på vegne av fødeparet støttes også av annen forskning blant jordmødre som har vært involverte i hendelser med fatale utfall (Beck et al., 2015; Halperin et al., 2011). Det er forøvrig et paradoks at det nettopp er den nære omsorgen og empatien jordmødrene hadde for fødekvinnen og familien som kan ha medvirkende årsak til opplevelsen av stress, da det er holdepunkter for at en slik relasjon kan gi økt sårbarhet og dermed mer uttalte stressreaksjoner (Halperin et al., 2011; Rice & Warland, 2013; Sheen et al., 2016; Albert W. Wu & Steckelberg, 2012).

På bakgrunn av hvordan jordmødrene opplevde å være involverte i en traumatisk hendelse, kan de omtales som *second victims*. Dette fordi de led under skaden eller det vonde som ble påført fødekvinnen og hennes familie. De opplevde å være traumatiserte av hendelsen uavhengig om de hadde skyld i hendelsen eller ikke (Seys et al., 2013). Som *second victims* følte de personlig ansvar for det som hadde skjedd og var utsatt for betydelig stress som påvirket funksjonsevnen. At informantene faller inn under betegnelsen *second victims* vises også ved at deres følelser og reaksjoner sammenfaller med reaksjonsmønstre beskrevet hos andre *second victims* og som i en studie har blitt presentert i seks stadier (se faktaramme s.11)(Scott et al., 2009).

At tåleevnen til jordmødrene tilsynelatende ikke var sterk nok til å overgå mestringsstrategiene deres, kan ifølge teori om stress skyldes sårbarhet på grunn av et tidligere traume eller en utfordrende livssituasjon. Alder, kjønn og erfaringer med moderate påkjenninger er også faktorer

som kan være av betydning for sårbarhet og mestring (Skants, 2014). Det er for øvrig mer nærliggende å tenke at påkjenningene jordmødrene fikk erfare var voldsomme nok i seg selv til å overgå mestringsstrategiene deres. Opplevelsen ble beskrevet som sjokkartet og grusom. En mulig forklaring på denne sterke opplevelsen henger sammen med det faktum at fødsel anses som en eksistensiell livshendelse som er av stor betydning i menneskers liv (Blaaka & Schauer Eri, 2008).

Når det gjelder livssituasjonens påvirkning på mestringsevnen så vi at dette kan ha vært tilfelle hos en av våre informanter. På grunn av vanskelige omstendigheter i privatlivet trodde hun dette bidro til å forsterke reaksjonene hun hadde etter hendelsen. Hva alder angår er det på bakgrunn av teori nærliggende å tenke at de av jordmødrene som hadde lengst erfaring var bedre rustet til å håndtere traumatiske hendelser, i forhold til de med mindre erfaring. Dette fordi flere moderate påkjenninger gjennom yrkeskarrieren kan ha gjort dem sterkere (Myhrer, 2006). At jordmødre med liten erfaring kan være mer sårbare i møte med traumatiske hendelser støttes også av annen forskning (Sheen et al., 2016). Dette forsterkes av funn fra Christoffersen og Teigen som fant at samtlige av de jordmødrene som tidlig i karrieren hadde vært gjennom en kritisk hendelse, hadde vurdert å slutte (Christoffersen & Teigen, 2016a). Blant våre informanter var det derimot de med lengst erfaring som hadde mest uttalte og langvarige stressreaksjoner. En mulig forklaring kan igjen være påkjenningens karakter. Samtidig ble det en ekstra påkjenning for disse jordmødrene å måtte vente lenge på at saken, som ble opprettet etter hendelsen, ble gransket av Helsetilsynet. Flere av informantene ga uttrykk for at man kan klare én slik hendelse, men ikke to. Dette utsagnet støttes av teori som omtaler tidligere traume som forringende for mestringsevnen (Skants, 2014). I Katja Schrøders studie fant hun ingen forskjeller mellom eldre og yngre jordmødre når det gjaldt psykososial helse etter traumatiske hendelser. Dette kan antyde at yngre og mindre erfarne jordmødre ikke nødvendigvis har dårligere mestringsevne enn de eldre og erfarne (Schrøder et al., 2016)

Teori viser også at kvinner i krise er mer sårbare enn menn (Skants, 2014). Dette støttes av funn i en av Katja Schrøders studier hvor hun så at jordmødrene, som alle var kvinner, tenderte til å ha større grad av psykososiale problemer etter traumatiske hendelser enn obstetrikere, hvor flere var menn (Schrøder et al., 2016). Funnene hennes kan også støttes av norsk studie som viser at kvinner har tre ganger så høy risiko for å utvikle PTSD enn menn (Amstadter, Aggen, Knudsen, Reichborn-Kjennerud, & Kendler, 2013). Forskjellen hun fant kan selvsagt ha utspring i andre årsaker som for eksempel arbeidssituasjon, ansvar i hendelsen og hvilke typer mennesker som velger seg til hver av disse yrkene. Allikevel kan hennes funn gi en pekepinn på at jordmødre bør vies oppmerksomhet etter traumatiske hendelser også av den grunn at majoriteten av dem er kvinner (Schrøder et al., 2016; Skants, 2014).

Jordmødrene relaterte intensiteten på reaksjonene de fikk etter den traumatiske hendelsen til støtten de fikk fra omgivelsene. Det kom frem en overbevisning om at de kunne hatt det bedre i ettertid dersom de hadde fått støtte, og da særlig fra kollegaer og ledelse. Denne antagelsen støttes av teorien om stress hvor støtte kan styrke jordmors mestringsstrategier og tåleevne slik at hun lettere kan håndtere påkjenningen (Eid, 2006; Myhrer, 2006). På den andre siden er det

vanskelig å vite hvor uttalte reaksjonene til jordmødrene hadde vært dersom de hadde fått støtte. Studier viser at fravær av støtte kan medføre at jordmors stressreaksjoner forverres og at de kan finne destruktive måter å beskytte seg selv på (Calvert & Benn, 2015; A. W. Wu, 2000). For å beskytte seg selv unnlot en av våre informanter å snakke om den vanskelige hendelsen med kollegaer. I etterkant så hun at dette var lite hensiktsmessig i forhold bearbeiding av det som hadde skjedd. Dette peker frem mot nødvendigheten av at *second victims* også trenger hjelp og støtte. Ikke minst med tanke på at reaksjonene de har kan være like uttalte som hos *first victims* (Scott et al., 2009).

Hos de fleste informantene våre var støtten mangelfull og tilfeldig, noe som også er funnet i andre studier hvor jordmødre er involverte i traumatiske hendelser (Christoffersen & Teigen, 2016a; Halperin et al., 2011). Flere av jordmødrene kunne fortelle om debriefingsmøter hvor hensikten var å fordele skyld fremfor en konstruktiv gjennomgang av hendelsen. En annen informant var ikke engang til stede ved debriefingsmøtet og opplevde at skyld ble tildelt henne uten at hun hadde mulighet for å forsvare seg. Dette sammenfaller med funn fra to australske studier hvor jordmødre rapporterte om debriefingsmøter som forsterket skyldfølelsen (Austin, Smythe, & Jull, 2014; Rice & Warland, 2013).

Veilederen om er utarbeidet av Helsedirektoratet, "Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen", inneholder retningslinjer for å sikre et høyt faglig nivå på fødselshjelp gitt ved norske sykehus og fødestuer (IS-1877, 2010). Den setter tydelige krav til blant annet organisering av virksomheten, opplæring og videreutdanning av personale. Målet er å redusere feilvurderinger til et minimum. Men det er ingen føringer for hvordan organisasjonen kan ta vare på sine ansatte i de tilfeller der feil skjer.

Jordmødre etterspør oppfølging satt i system (Christoffersen & Teigen, 2016a; Halperin et al., 2011; Schroder et al., 2016; Wahlberg et al., 2016). Dette er viktig for å sikre oppfølging til de som ikke selv tar initiativ til hjelp, hvilket var tilfelle blant flere av våre informanter. Det finnes for øvrig retningslinjer for oppfølging etter traumatiske hendelser ved flere sykehus i Norge. Men hvordan oppfølgingen foregår i praksis viser seg å være variabelt (Christoffersen & Teigen, 2016a). Noen vektlegger nyutdannedes sårbarhet og presiserer viktigheten av å ha gode rutiner for oppfølging og veiledning (Sheen et al., 2016). Blant andre helsearbeidere er det foreslått at veiledning bør inngå i kontrakten til nyansatte fordi dette kan bidra til å styrke motstandskraften deres (M. Pack, 2010). Andre studier foreslår at utdanningsinstitusjoner bør ha et ansvar med å forberede nyutdannede jordmødre på hva de kan ha i vente, med den hensikt, at de skal kunne være bedre rustet til å håndtere traumatiske hendelser (Calvert & Benn, 2015).

Flere presiserer at det er behov for mer forskning på hvordan oppfølging satt i system kan konstrueres og organiseres (Schroder et al., 2016; Wahlberg et al., 2016). Wu sier for øvrig at debriefing må skje parallelt med oppfølging (Albert W. Wu & Steckelberg, 2012). *Second victims* kan være en ressurs på avdelingen fordi de kan bidra til å endre rutiner på bakgrunn av hendelsen de har vært involverte i. Dette vil ikke bare være gunstig for avdelingen, men vil også kunne redusere stress og være en del av bearbeidingen for den som er *second victim* (Seys et al., 2013).

En av jordmødrene vi snakket med fikk, som *second victim*, oppleve å være en slik ressurs for avdelingen. Hun ble inkludert i debriefingen etter hendelsen hun var involvert i og var med på å utarbeide nye rutiner på bakgrunn av det som hadde skjedd. Det er påfallende at følelsen av skyld var totalt fraværende hos denne jordmoren i motsetning til hos de andre vi snakket med. Kan det tenkes at støtten på at hun ikke hadde gjort noe galt og det at hun bidro til noe positivt for avdelingen i etterkant, kan ha vært en avgjørende faktor for at hun ikke følte skyld? Teigen og Christoffersen mener at nettopp denne typen lederadferd jordmoren ble møtt med, er den som på best mulig måte ivaretar jordmødre (Christoffersen & Teigen, 2016a). Den er et uttrykk for en proaktiv lederadferd og går ut på å finne systemfeil framfor å fordele skyld. Her har lederne debriefing som rutine etter traumatiske hendelser og avklarer om hendelsen skal rapporteres til Helsetilsynet samtidig som de har fokus på hva man kan lære av den. I likhet med Wu sitt syn på hvordan oppfølging bør foregå, har denne ledelsen samtidig fokus på de som måtte trenge emosjonell oppfølging (Christoffersen & Teigen, 2016a) .

Det poengteres fra flere hold at vi må komme oss bort fra kulturen med å skulle finne en syndebukk fordi en slik holdning kan bidra til en arbeidskultur hvor det ikke er rom for å snakke om og diskutere feil som begås (Goldberg, Kuhn, Andrew, & Thomas, 2002; Albert W. Wu & Steckelberg, 2012). Ved å derimot kunne diskutere feil som oppstår, kan sannsynligheten for at det skjer igjen reduseres. Dette vil være gunstig både for organisasjonen så vel som det *second victim* (Albert W. Wu & Steckelberg, 2012).

På linje med *second victims*, reagerte jordmødrene vi snakket med ulikt. Dette kan indikere at støtten som gis, bør være individuelt tilpasset. For ledelsen kan en individuelt tilpasset oppfølging innebære å være åpen for at enkelte kan komme til å trenge mer støtte enn forventet ut ifra det den enkelte måtte ha behov for.

I tillegg til forventninger jordmødrene hadde til lederadferd, understreket de kollegers betydning for å komme seg videre. Redselen for hva kollegaer tenkte, kan antyde hvor viktige de var for jordmødrene. Hos én var støtten fra kollegaen det som var avgjørende for å få bearbeidet hendelsen. Dette funnet sammenfaller også med forskning som viser hvordan kollegers støtte kan bidra til å komme seg hel videre (Halperin et al., 2011; Sheen et al., 2016). Én jordmor forteller en helt annen historie. Hun fortalte at hun hadde blitt utskjelt av en kollega i andres påhør etter en traumatisk hendelse. Dette ble en tilleggsbelastning i en allerede vanskelig situasjon. Funnet er dessverre ikke unikt. Studier viser til kollegaer som i stedet for å være støttende etter en traumatisk hendelse, la skylden på den ansvarlige jordmoren. Noen opplevde mobbing og at kollegaer snakket bak deres rygg, hvilket gikk utover arbeidsevnen og medførte at de følte seg ensomme og utestengte (Calvert & Benn, 2015; Halperin et al., 2011; Sheen et al., 2016). Det bedyres på den andre siden at jordmødre som har vært gjennom traumatiske hendelser trenger et miljø med positiv respons og støtte fra kollegaer (Calvert & Benn, 2015). Det er forøvrig nærliggende å tenke at denne støtten kan bli tilfeldig. På enkelte sykehus i Norge er kollegastøtte satt i system ved at de har formelle grupper med de involverte innen få dager etter en traumatisk hendelse (Christoffersen & Teigen, 2016a). I slike grupper er formålet emosjonell støtte, informasjon og hjelp til kollegaer. Disse gruppene rommer derfor flere elementer fra de ulike

formene for sosial støtte som anbefales og beskrives i teori om stress (Eid, 2006). På den andre siden viser det seg å være varierende hvordan disse gruppene fungerer i praksis (Christoffersen & Teigen, 2016a).

5.1.2 Tilgivelse, skyld og ansvar

Jordmødrenes ønske om tilgivelse kom til uttrykk på ulike måter. En jordmor gav eksplisitt uttrykk for at hun ønsket tilgivelse. At våre informanter oppsøkte fødeparet i tiden etter hendelsen, kan også tolkes som et ønske om tilgivelse. Begrepet tilgivelse kan defineres som en moralsk respons på en forseelse (Gamlund, 2009). Tilgivelse kan være en moralsk handling mellom to mennesker, en som har gjort noe galt og en som er offer for denne handlingen. Eller det kan være selvtilgivelse, der offeret og den som har gjort noe galt er samme person (Gamlund, 2009). Gamlund hevder at tilgivelse er et komplekst begrep og at det ikke finnes én type tilgivelse, men at tilgivelse har ulik mening og ulik verdi etter hvilken kontekst den kommer til uttrykk i. Dette reiser også spørsmålet om selvtilgivelsens verdi der det er blitt utført en krenkende eller gal handling mot noen, men som kan unnskyldes eller er berettiget.

Hva med tilgivelsen i de hendelsene det har skjedd en feil eller at noe galt har skjedd til tross for at handlinger er gjort i beste mening? Det kan trekkes paralleller fra denne tanken til jordmødrenes hensikt om å gi god fødselsomsorg, men som fikk et uønsket resultat. I sin avhandling drøfter Gamlund et alternativt syn på tilgivelse der unnskyldning og/eller tilgivelse sees i sammenheng med situasjoner der det har skjedd en handling som i utgangspunktet ikke trenger å bli unnskyldt, men som likevel skaper store følelsesmessige kvaler for de involverte. Hos en av våre informanter så vi eksempel på dette da, en i utgangspunktet ufarlig handling, fikk et fatalt resultat. Dette medførte at jordmoren hadde et ønske om å bli tilgitt av fødekvinne og familien, men også et ønske om å tilgi seg selv. I en slik kontekst hvor det er skjedd en skade eller feil ved for eksempel uoppmerksomhet, kan tilgivelse være hensiktsmessig for den som utførte handlingen (Gamlund, 2009).

Tilgivelse kan sees på som en indre helbredelsesprosess som handler om indre forsoning og akseptering. Dette krever et aktivt valg som handler om å velge å fri seg fra de vonde følelsene (Leenderts, 1997). I sin doktoravhandling ser Katja Schröder på begrepene tilgivelse, med og uten skyld. Hun fant at mange jordmødre og obstetrikere opplever skyld selv om det ikke er et opplagt skyldspørsmål, hvilket sammenfaller med våre funn. Vi fant også at én hadde opplevelse av skyld etter en feilvurdering, til tross for at det ikke fikk negative konsekvenser for mor og/eller barn. Anerkjennelse av skyldfølelse er avgjørende for å kunne tilgi seg selv (Schröder, 2016). Hun sier videre at en manglende forståelse for dette, vanskeliggjør den enkeltes tilgivelsesprosess og kan forsterke negative følelser hos jordmor, *the second victim*.

Å oppsøke fødeparet i etterkant kan være et tegn på at jordmødrene aksepterer situasjonen ved å gå inn i den og ta ansvar. Sammen med et ønske om tilgivelse kan dette bli en del av en positiv helingsprosess. At tilgivelse og selvtilgivelse kan starte en positiv helingsprosess vises også i en studie gjort blant 61 leger hvor sentrale funn viser at det å gå inn i og akseptere det som hadde

skjedd, ga mulighet for tilgivelse, ny erkjennelse og en positiv utvikling etter en traumatisk hendelse (Plews-Ogan, Owens, & May, 2013).

Det kan også tenkes at ønsket om tilgivelse kan være et uttrykk for å ikke bli stemplet som syndebukken, den som får skyld etter en traumatisk hendelse. Å se på tilgivelse i et slikt perspektiv vitner om en åpen arbeidskultur hvor målet er å finne systemfeil og ikke personlig skyld (IS-1877, 2010; Mesel, 2014). I en slik kultur er det fokus på gjensidig tillit og aksept blant kollegaer og ledelse. Når noe går galt kan en slik arbeidskultur bidra til at skyldfølelsen ikke forsterkes med det resultat at det å tilgi seg selv blir lettere (Plews-Ogan et al., 2013).

Ønsket om å snakke med en prest kom frem som et behov hos to av jordmødrene. De opplevde at den traumatiske hendelsen reiste spørsmål som var av eksistensiell karakter. Ønsket var å finne mening i det som hadde skjedd og plassere hendelsen i et annet perspektiv enn det debriefing har som mål. De første fasene som beskriver reaksjonsmønstre hos *second victims*, handler blant annet om å gjenopprette integritet og å finne en trygg person å støtte seg til. Denne fasen er ofte preget av sterke følelser som skyld og skam; følelser som kan gi seg utslag i lav selvfølelse. Å få hjelp til å sette ord på følelser og begreper som skyld og tilgivelse, vil kunne skape erkjennelse og forståelse for situasjonen. Dette kan gi grunnlag for en selvtilgivelsesprosess (Gamlund, 2009).

Ut i fra hvordan informantene våre handlet og følte, kan ansvarsbegrepet sees fra flere perspektiver. Ansvar nedfelt i jordmors formelle rolle var klart og tydelig for alle jordmødrene vi snakket med. De var bevisste på hva deres jobb innebefattet og hva som var viktig for å kunne utøve jordmorrollen forsvarlig.

Jordmors formelle ansvar er knyttet til Helsepersonelloven som understreker krav til forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og dokumentasjon (Eilertsen, 2015). Dette ansvaret setter også krav til samarbeid mellom kvalifisert helsepersonell dersom pasientens tilstand krever det. Det er også nedfelt et ansvar for å tilkalle hjelp eller henvise videre etter pasientens helsebehov når det er nødvendig og hvis det er mulig. Jordmors plikter og ansvar er også regulert gjennom Nasjonalfaglige retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet (IS-1877, 2010). Ansvar i en slik kontekst henspiller på det ansvaret jordmor har som fagperson og hvilke oppgaver hun er ansvarlig for. Det vil si omfanget av ansvarsområdet og måten det blir utført på.

Som *second victims*, følte jordmødrene også et personlig ansvar for hendelsen de var involverte i. De følte at de hadde sviktet pasienten (Scott et al., 2009; Seys et al., 2013). De var tydelige på at etter den traumatiske hendelsen var både det uformelle og formelle ansvaret tungt å bære. I tillegg til det lovpålagte, formelle ansvaret, kan ansvarsbegrepet også forstås ut ifra en eksistensiell forståelse hvor ansvar sees på som en følge av en grunnleggende verdi, at vi lever i samhandling med hverandre (Mesel, 2014). Dette medmenneskelige ansvaret kom til syne da jordmødrene ga uttrykk for at fødekvinnens reaksjoner var mer viktig enn deres egne opplevelser og følelser. Å *sette seg selv til side* tolker vi også som et uttrykk for jordmors empatiske forhold til kvinnen.

5.1.3 Konsekvenser for praksis

Å være tilbake på fødestuen etter hendelsen var utfordrende for samtlige jordmødre. De følte seg mer utrygge, var i konstant alarmberedskap og brukte mer medisinsk-teknisk utstyr som for eksempel CTG, enn det de hadde gjort tidligere. Vårt funn forsterkes av Beck et al. sin forskning som beskriver at jordmødrene mistet troen på fødsel som en normal prosess og var mer på vakt (Beck et al., 2015). Gjennom de intense følelsene som ofte preger en fødsel, kan det være vanskelig å imøtekomme fødekvinnes emosjonelle behov når jordmor selv er utrygg og preget av en traumatisk hendelse (Seys et al., 2013). Når jordmor er *second victim* kan det bidra til å forringe omsorgsevnen (Pratt & Jachna, 2015).

Utryggheten ga seg også utslag i at de stolte mindre på egne vurderinger og ble mer avhengige av tilbakemeldinger fra kollegaer. Alle jordmødrene ga uttrykk for at det var utfordrende å bevare sin autonomi og sitt verdisyn etter den traumatiske hendelsen. Jordmors fokus ble endret fra å se på fødsel som en naturlig prosess, til å ha fokus på alle farene og det som potensielt kan gå galt. Dette synet kan sies å høre til det biomedisinske paradigmet som er det dominerende synet ved norske fødeavdelinger. Fokuset er på hva som eventuelt kan gå galt, og fødselsomsorgen er preget av observasjoner av potensiell risiko under fødsel. Innsatsen for å gi kvinnen en trygg fødsel går på teknologisk overvåkning og intervensjoner (Aune, 2014).

Motsatsen til det medisinske paradigmet er et humanvitenskapelig og holistisk perspektiv hvor fødselen blir sett på en som en naturlig livshendelse (Aune, 2014; Bryar & Sinclair, 2011). God fødselsomsorg blir her skapt gjennom nær, tilstedeværende og likeverdig samhandling med fødekvinne, hvor hennes ønsker og behov tas hensyn til. Noe som definerer det spesielle ved jordmoryrket er jordmors nære og empatiske forhold til fødekvinne (Carolan & Hodnett, 2007; Deery & Hunter, 2010).

Aune hevder at i en medisinsk orientert fødselsomsorg, vil viktige elementer som tilstedeværelse og relasjon til kvinnen få mindre betydning. Når jordmor jobber i et slikt spenningsfelt, som det kan være mellom to ulike fødselsparadigmer, kan det stadig økende fokuset på risiko virke utfordrende for jordmors faglige identitet og hennes autonomi. Når normen for hva som er normal fødsel stadig snevres inn, og teknologibruken øker, kan dette bygge oppunder utryggheten jordmor opplever etter en traumatisk hendelse (Russell, 2007). Flere studier har sett på konsekvensene ved et slikt skifte i verdisyn og hvilke konsekvenser det kan få både for den enkelte jordmor og for videreutviklingen av jordmorfaget. Funn i en engelsk studie viser at jordmødrene utviklet en mer defensiv praksis, noe som i utgangspunktet ikke er skadelig for kvinnen. En slik praksis er derimot assosiert med høyere bruk av intervensjoner, og utfordrer jordmors autonomi (Sheen et al., 2016). En annen engelsk studie viser at jordmødre etter en traumatisk hendelse mistet troen på naturlig fødsel og var mer utrygge. De ble raskere til å intervenere og var mer uselvstendige i sin praksisutøvelse. Flere sluttet å jobbe på fødeavdeling i etterkant og noen forlot yrket helt (Beck et al., 2015).

Det kom frem under intervjuene at jordmødrene hadde hatt stor glede av arbeidet sitt, og gledet seg til å gå på jobb frem til den traumatiske hendelsen. Etter den traumatiske hendelsen, opplevde

derimot jordmødrene at de mistet arbeidsgleden og at troen på seg selv som en dyktig jordmor ble svekket. I den sjette fasen som beskrives i teori om *second victims* sies det noe om hva som skjer videre (Scott et al., 2009). Greier man å finne god læring til tross for en vanskelig og vond tid, eller var opplevelsen så ødeleggende at man ikke kunne fortsette i arbeidet? Vi så eksempler på begge deler blant våre informanter. Faktorer som redusert arbeidsglede og lav selvfølelse, sammen med en stressende, arbeidskrevende og lite forutsigbar arbeidsdag, kan gi høyere sykefravær og disponerer for utbrenthet (Austin et al., 2014; Hildingsson, Westlund, & Wiklund, 2013). En av jordmødrene fortalte at hun plutselig fikk nok. Hun hadde ikke mer å gi og ble sykemeldt. Etter sykemeldingsperioden gikk hun på skole og startet deretter i en annen jobb. Det er verdt å merke seg at ingen av informantene vi snakket med jobber på fødeavdeling lenger. For to av jordmødrene har den traumatiske hendelsen vært en medvirkende årsak til at de har sluttet. For de tre andre er det vanskelig å si noe sikkert om årsaken. Men på bakgrunn av det forskning viser om traumatiske hendelsers konsekvenser, er det nærliggende å tenke at det kan være en sammenheng med hendelsen og det at de ikke lenger jobber på fødeavdeling.

På den andre siden fortalte en av jordmødrene at hun kom styrket ut av situasjonen. Det er nærliggende å tenke at dette henger sammen med at denne jordmoren fikk støtte av kollegaer og ledelse. Flere av informantene våre sa at erfaringene de hadde gjort seg fra den traumatiske hendelsen på sikt hadde gjort dem til bedre jordmødre. De ble mer observante og reflekterte i forhold til hva jordmorrollen innebærer. Dette funnet støttes i to studier som fant at traumatiske hendelser kan gi kunnskap og verdifull erfaring over tid (Goldbort, Knepp, Mueller, & Pyron, 2011; Plews-Ogan et al., 2013; Sheen et al., 2016). Funnet sammenfaller også med Katia Schrøders forskning hvor noen av jordmødrene både opplevde personlig og profesjonell vekst i etterkant av en traumatisk fødsel. Dette viste seg i en dypere og mer ydmyk tilnærming til de store spørsmålene i livet og økt kunnskap og bedre ferdigheter i sitt profesjonelle liv (Schroder et al., 2016).

5.2 Diskusjon av studiens kvalitet

Vi vil i det følgende vurdere oppgavens kvalitet ved hjelp av begrepene *validitet*, *relevans* og *refleksivitet* som ifølge Malterud utgjør grunnleggende betingelser for vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2013).

Validitet er gyldigheten til det studien forteller noe om. I kvalitative studier kan det være vanskelig å gi et klart svar på hvorvidt funn er sanne eller ikke. Viktigere blir det å finne ut hva det er sant om. Relevans går i første rekke ut på hva det vi har funnet kan brukes til. Samtidig må vi stille spørsmål om relevans til hele forskningsprosessen. Relevans er derfor et viktig begrep i validering fordi relevante veier gir større sannsynlighet for gyldige svar (Malterud, 2013).

Validitetsbegrepet kan deles inn i *intern validitet* og *ekstern validitet* (Malterud, 2013). Med *intern validitet*, mener vi i hvilken grad utvalget, metoden, den teoretiske referanserammen og tolkning av data er egnet til og relevant for å gi gyldige svar på forskningsspørsmålene våre. Det at vi foretok et strategisk utvalg var hensiktsmessig med tanke på å få et materiale med best mulig potensial til å belyse spørsmålene vi stilte (Malterud, 2013). Fordi vi ønsket å få innsikt i og

bedre forståelse for hvordan jordmødre opplevde å være involverte i en traumatisk hendelse, ble utvalget derfor foretatt blant jordmødre som hadde opplevd betydelig stress etter en slik hendelse. For å være sikre på at informantene og vi hadde samme oppfatning av begrepet kritisk hendelse, sendte vi alle informantene et skriv på forhånd hvor dette begrepet ble gjort rede for (vedlegg 1). På den måten la vi et grunnlag for at vi skulle få svar som belyste forskningsspørsmålene våre best mulig.

En annen styrke ved oppgaven er at vi benyttet oss av semistrukturerte forskningsintervjuer fordi det gjorde at vi fikk vi innholdsrike svar på det vi undersøkte. I følge Malterud gir rike data mulighet for vurdering av resultatenes feilmarginer grunnet materialets mange nyanser (Malterud, 2013). Et annet valg for å bidra til fyldige svar, var at vi intervjuet én informant av gangen slik at informanten skulle føle seg trygg og fri til å dele av sine opplevelser (Kvale et al., 2015). Dette ble også gjort av hensyn til informantene på grunn av temaets sensitive innhold.

Det at vi var relativt uerfarne med forskning kan ha bidratt til at det første intervjuet vi foretok hadde dårligere kvalitet enn de neste. Vi innser at vi under det første intervjuet var mer bundet til spørsmålene i intervjuguiden og ikke alltid kom med oppfølgingsspørsmål dersom noe var uklart. Vi innser i ettertid at vi her var preget av vår forforståelse noe som gjorde at vi ikke var lydhøre nok i forhold til det som ble fortalt. Kvaliteten kan også ha blitt påvirket av intervjusituasjonens kontekst fordi intervjuet foregikk på kafé med mye støy og liten mulighet for avskjerming. Det kan tenkes at denne informanten av den grunn unnlot å fortelle om visse personlige sider ved opplevelsen hun hadde. På den andre siden vil vi påstå at dette allikevel ikke har svekket studiens validitet fordi vi senere så at data basert på dette intervjuet belyste viktige sider ved studiens tema.

En fordel vi hadde ved å utføre studien i eget fagfelt, var at vi hadde samme referanseramme som informantene. Dette gjorde det lettere for dem å fortelle fritt uten å måtte forklare for eksempel stadier i et fødselsforløp eller betydningen av medisinske termer. På den andre siden kan dette ha vært en svakhet da informantene kan ha unnlatt å fortelle oss noe de anså som innlysende, men som kunne vært betydningsfullt for oss å vite noe om. Til tross for felles "språk" måtte vi enkelte ganger gjøre en dialogisk validering ved å spørre informanten om vi hadde forstått riktig. Dette for å styrke intersubjektiviteten mellom oss og informantene og senere mellom oss og leseren (Malterud, 2013). Det hendte også at informantene kom med motstridende utsagn som vi ønsket å få klarhet i. På den andre siden er motsigelser en styrke i kvalitative metoder fordi de kan fremstille spenningsfeltet mellom paradokser da det viser realistiske sider ved menneskers liv (Malterud, 2013).

Da resultatene var ferdigskrevet ble utskriftene sendt til en av informantene for vurdering, en såkalt *member check* (Malterud, 2013). Dette for å sikre at informanten kunne kjenne seg igjen i materialet vi hadde fortolket, hvilket vedkommende bekreftet. Det at kvalitetssjekken ble utført etter rekontekstualisering av materialet bidro til å styrke gyldigheten i konteksten som de nye dataene ble plassert inn i. Vi kunne ha sendt utskrift til alle informantene, men det er usikkert i hvilken grad det ville ha styrket studiens validitet.

Det kan ha vært en styrke at vi var to som fortolket data. På den måten kan vi ha fått frem flere perspektiver av de fenomenene vi undersøkte. I følge Malterud vil sannsynligheten for at et bestemt funn er gyldig, styrkes jo flere som er enige i det som konkluderes. Det kan også tenkes at en slik konsensusvurdering ikke er relevant i kvalitativ forskning fordi vitenskapelig kvalitet ikke nødvendigvis blir bedre hvis flere forskere er involverte i et prosjekt (Malterud, 2013). Vi har likevel erfart at vi flere steder har vurdert våre funn fra ulike ståsteder, hvilket kan sies å styrke validiteten.

Når det gjelder det teoretiske rammeverkets betydning for fenomenene vi undersøkte, har det hjulpet oss til å forstå hvordan og hvorfor jordmødre reagerer som de gjør på kriser og påkjenninger. Teorien har gitt oss dypere innsikt i det vi ønsket å studere. Vi tenker at teoriene derfor er relevante for å belyse forskningsspørsmålene våre.

Ekstern validitet (overførbarhet) sier noe om i hvilken grad kunnskapen vi har fått kan gjøre seg gjeldende i andre kontekster enn den vi har utarbeidet den i. Den viser om det vi har funnet er overførbart utover seg selv. Vi har først og fremst for få informanter til å kunne si noe generelt om funnene våre. Men samtidig kan de gi oss en pekepinn på hva som kan være viktig å se nærmere på. Våre funn kan til en viss grad overføres til andre helsearbeidere. Men på den andre siden gjør jordmødres unike relasjon med fødekvinne det vanskelig å overføre funn til andre kontekster enn den opprinnelige. Det at jordmødre jobber med kvinner som stort sett er friske er heller ikke nødvendigvis overførbart til kontekster hvor helsearbeidere jobber med syke mennesker fordi opplevelsene etter en traumatisk hendelse kan tenkes å være ulike i de forskjellige kontekstene. Samtidig kan det tenkes at andre helsearbeidere kan kjenne seg igjen i noe av det jordmødrene beskrev fordi flere av deres reaksjoner er en normal respons etter traumatiske hendelser. Våre funn kan derfor overføres til andre kontekster hvor det finnes *second victims*.

I forskningsprosessen har vi hatt som mål å ha en refleksiv holdning underveis til arbeidet vårt. Det innebærer at vi har forsøkt så godt å det lar seg gjøre, å vurdere eget ståsteds betydning i forskningsprosessen (Malterud, 2013). Vi klargjorde derfor forforståelsen både for oss selv, men også for leseren for å lettere kunne forstå hvordan vi har kommet frem til de resultatene vi har kommet frem til. Å være refleksiv innebærer å stille kritiske spørsmål til det vi har funnet fordi det kan ha ulike tolkninger. Vi opplevde forøvrig at det var en utfordring å reflektere over egne funn på grunn av nærheten vi etterhvert fikk til datamaterialet. Malterud sier at når man identifiserer seg med en bestemt løsning, kan det være vanskelig å se andre alternativer (Malterud, 2013). Dette fikk oss stadig til å ta et skritt tilbake og se hva som påvirket måten vi tolket dataene våre på.

Å la forforståelsen få for stor plass kan hindre at det empiriske materialets nye kunnskap kommer frem (Malterud, 2013). Malterud sier denne svakheten er nær ved å kunne kalles upålitelighet i kvalitativ forskning. Ved at vi så langt det er mulig, var bevisste vår egen forforståelse før vi foretok intervjuer og fikk resultatene, så vi i etterkant at vi hadde flere funn vi på forhånd ikke

hadde forestilt oss. Jo flere overraskelser datamaterialet ga oss, jo mer har vi lyktes i å få ny kunnskap fra empirien (Malterud, 2013).

For å styrke studiens validitet har vi tilstrebet å formidle hele forskningsprosessen og presentasjon av resultatene på en måte som fanger leseren og som gjør det mulig å følge veien vi har gått og dermed lettere forstå fortolkninger og konkluderings som er gjort. Dette blir av Kvale kalt *kommunikativ validitet* (Kvale et al., 2015). Ved at veileder, medstudenter og andre har lest gjennom oppgaven og stilt spørsmål der vi ikke har evnet formidle i den grad vi burde, har vi kunnet korrigere med det formål å kunne fremlegge hele forskningsprosessen på en forståelig måte.

Pragmatisk validitet er knyttet til *relevans* og er uttrykk for om kunnskapen vår kan brukes til noe (Kvale et al., 2015). Til en viss grad er våre forskningsspørsmål allerede besvart av andre, men siden det er gjort lite forskning omkring våre funn i Norge vil vi si at kunnskapen er anvendbar og relevant for både jordmødre og deres ledere lokalt og sentralt samt utdanningsinstitusjoner. På bakgrunn av det kan det sies at den *pragmatiske validiteten* er høy.

6.0 KONKLUSJON OG AVSLUTNING

I studien vår fant vi at jordmødrene hadde vedvarende stressreaksjoner i etterkant av den traumatiske hendelsen de hadde vært involverte i. De opplevde følelser som skyld, angst, sorg og utrygghet. At følelsene vedvarte over tid gjør at reaksjonene sammenfaller med symptomer på PTSD.

Jordmødrene kan også falle inn under betegnelsen *second victims* fordi de var traumatiserte av hendelsen de var involverte i. De følte seg tynget av både ansvaret de hadde overfor fødekvinne og for selve hendelsen. Flere ga uttrykk for et behov for tilgivelse. Jordmødrene hadde en overbevisning om at det hadde vært lettere å håndtere den traumatiske hendelsen dersom de hadde fått støtte av kollegaer og ledelse.

Vi fant at jordmødrene følte seg utrygge på jobb, mistet arbeidsgleden og troen på naturlig fødsel i tiden etter hendelsen. Dette ble tydeliggjort ved at de overvåket mer enn nødvendig, brukte mer medisinsk-teknisk utstyr og stolte mindre på egne observasjoner enn hva de hadde gjort tidligere. Noen av jordmødrene kom frem til at over tid hadde hendelsen gjort dem til bedre jordmødre. Dette fordi de hadde blitt mer observante og mer reflekterte med tanke på hva jordmoryrket innebærer. Ingen av jordmødrene jobber for øvrig på fødeavdeling lenger. Vårt utvalg informanter er for lite til å konkludere hvorvidt årsaken skyldes den traumatiske hendelsen, men på bakgrunn av det forskning viser er det sannsynlig at det kan ha en sammenheng.

Fordi oppfølging av jordmødre etter traumatiske hendelser er variabelt, tenker vi at vår studie kan bidra til å kaste lys på dette viktige temaet. Å ha kunnskap om hvordan en traumatisk hendelse kan virke inn på jordmors psykiske helse og autonomi er nyttig for den enkelte jordmor, men også for hennes ledere og organisasjonen hun er ansatt ved. Helsedirektoratets veileder, som omhandler krav til fødselsomsorg, påpeker at det er viktig at feil og uønskede hendelser rapporteres (IS-1877, 2010). På den andre siden er det vel så viktig at det settes fokus på oppfølging av personale når feil begås. Vi mener at dette også burde vært et krav i Helsedirektoratets veileder.

Denne studien gir signaler på at det ville være nyttig med forskning på hvordan jordmødre kan styrke sine mestringsstrategier for å kunne håndtere traumatiske hendelser bedre. Videre ville det vært interessant å se på lederperspektivet i forhold til hva som er god ledelse og hva som eventuelt vanskeliggjør å være en god leder når traumatiske hendelser oppstår.

7.0 LITTERATURHENVISNING

- Amstadter, A., Aggen, S., Knudsen, G., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 48(2), 215-223. doi:10.1007/s00127-012-0537-2
- Aune, I. (2014). Hvordan kan ulike vitenskapsteoretiske perspektiver påvirke jordmorfagets utvikling og den omsorgen som gis til fødende kvinner? *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 34(4), 15-20
- Austin, D., Smythe, E., & Jull, A. (2014). Midwives' wellbeing following adverse events-what does the research indicate. *Journal of the New Zealand College of Midwives*(50), 19-23. doi:10.12784/nzcomjnl50.2014.1.19-23
- Avraham, N., Goldblatt, H., & Yafe, E. (2014). Paramedics' Experiences and Coping Strategies When Encountering Critical Incidents. *Qualitative Health Research*, 24(2), 194-208. doi:10.1177/1049732313519867
- Beck, C. T., Logiudice, J., & Gable, R. K. (2015). A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *Journal of midwifery & women's health*, 60(1), 16-23. doi:10.1111/jmwh.12221
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2015). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blaaka, G., & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. doi:10.1016/j.midw.2006.10.005
- Bryar, R., & Sinclair, M. (2011). Conceptualizing Midwifery. In R. Bryar & M. Sinclair (Eds.), *Theory for midwifery practice* (pp. 16-52). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Caine, R. M., & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Advanced practice. Early identification and management of critical incident stress. *Critical Care Nurse*, 23(1), 59-65
- Calvert, I., & Benn, C. (2015). Trauma and the Effects on the Midwife. *International Journal of Childbirth*, 5(2), 100-112.
- Carolan, M., & Hodnett, E. (2007). 'With woman' philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*, 14(2), 140-152. doi:10.1111/j.1440-1800.2007.00360.x
- Christoffersen, L., & Teigen, J. (2016a). Jordmødres forventninger til lederadferd etter kritiske hendelser. In E. Døving, B. Elstad, & A. Storvik (Eds.), *Profesjon og ledelse* (pp. 185-213). Bergen: Fagbokforlaget.
- Christoffersen, L., & Teigen, J. (2016b). Når noe går galt. *Jordmora*(1), 26-27.
- Cluett, E. R., & Bluff, R. (2006). *Principles and practice of research in midwifery* (2 ed.). New York: Baillière Tindall.

- Deery, R., & Hunter, B. (2010). Emotion Work and Relationships in Midwifery: Enhancing og Challenging? In M. Kirkham (Ed.), *The Midwife-mother relationship* (pp. 37-54). New York: Palgrave Macmillan.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien. Forskning*(4), 332-335.
- Eid, J. (2006). Emosjoner, stress og mestring. In J. Eid & B. H. Johnsen (Eds.), *Operativ psykologi* (pp. 98-117). Bergen: Fagbokforl.
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (4 ed.). Oslo: jussboka.no.
- Folkehelseinstituttet. (2015, 24. mars 2015). Traumatiske hendelser og stress er forbundet med psykiske lidelser. Retrieved 21. Oktober 2016, from <https://www.fhi.no/nyheter/2012/traumatiske-hendelser-og-posttrauma/>
- Gamlund, E. (2009). *A change of heart : essays in the moral philosophy of forgiveness*. (no. 406), Faculty of Humanities, University of Oslo Unipub, Oslo.
- Goldberg, R. M., Kuhn, G., Andrew, L. B., & Thomas, H. A. (2002). Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Annals of Emergency Medicine*, 39(3), 287-292. doi:10.1067/mem.2002.121995
- Goldbort, J., Knepp, A., Mueller, C., & Pyron, M. (2011). Intrapartum Nurses' Lived Experience in a Traumatic Birthing Process. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(6), 373-380. doi:10.1097/NMC.0b013e31822de535
- Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I., & Liebergall Wischnitzer, M. (2011). Stressful childbirth situations: a qualitative study of midwives. *Journal of midwifery & women's health*, 56(4), 388-394. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x
- Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 87-91. doi:10.1016/j.srhc.2013.07.001
- Hjort, P.-F. (2000). Uheldige hendelser i helsesektoren-forebygging og håndtering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(26), 3184-3189.
- IS-1877. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. Retrieved 15. Oktober 2016, from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leenderts, T. A. (1997). *Person og profesjon : om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg* (2 ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mackey, S. (2005). Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 179-186. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.06.011
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mehlum, L., Weisæth, L., & Mortensen, M. S. (1993). *Mennesker, traumer og kriser*. Oslo: Universitetsforl.

Mesel, T. (2014). *Når noe går galt : fortellinger om skyld, skam og ansvar i helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Myhrer, T. (2006). Fysiologiske prosesser. In J. Eid & B. H. Johnsen (Eds.), *Operativ psykologi* (pp. 31-49). Bergen: Fagbokforl.

Pack, M. (2010). The body as a site of knowing: sexual abuse counsellors' responses to traumatic disclosures. *Women's Studies Journal*, 23(2), 46-56.

Pack, M. J. (2014). The Role of Managers in Critical Incident Stress Management Programmes: A Qualitative Study of New Zealand Social Workers. *Journal of Social Work Practice*, 28(1), 43-57. doi:10.1080/02650533.2013.828279

Plews-Ogan, M., Owens, J. E., & May, N. B. (2013). Wisdom through adversity: Learning and growing in the wake of an error. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 236-242. doi:10.1016/j.pec.2012.12.006

Pratt, S. D., & Jachna, B. R. (2015). Care of the clinician after an adverse event. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 24(1), 54-63. doi:10.1016/j.ijoa.2014.10.001

Rees, C. (2003). *An introduction to research for midwives* (2 ed.). Edinburgh: Books for Midwives.

Rice, H., & Warland, J. (2013). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*, 29(9), 1056-1063. doi:10.1016/j.midw.2012.12.003

Rimestad, M. F. (2016, 20. september 2016).

Russell, K. E. (2007). Mad, bad or different? Midwives and normal birth in obstetric led units. *British Journal of Midwifery*, 15(3), 128-131. doi:10.12968/bjom.2007.15.3.23032

Saastad, E., & Flesland, Ø. (2015). *Årsrapport 2014 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. Retrieved 3.August 2016, from <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arsrapport-2014-for-meldeordningen-for-uønskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten>.

Saastad, E., Kirschner, R., & Flesland, Ø. (2014). *Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid. Læringsnotat fra meldeordningen*. (ISBN 978-82-8121-903-8). Oslo Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Retrieved 15. September 2016, from <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arsrapport-2014-for-meldeordningen-for-uønskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten>.

Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016). Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 735-745. doi:10.1111/aogs.12897

Schrøder, K. (2016). Guilt without fault- a qualitative study into the ethics of forgiveness after a traumatic childbirth. *Traumatic Childbirth from the Perspective of the Healthcare Professional*, 49-87.

Schrøder, K., Larsen, P. V., Jørgensen, J. S., Hjelmberg, J. V. B., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016). Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery*, 41, 45-53. doi:10.1016/j.midw.2016.07.013

- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care, 18*(5), 325. doi:10.1136/qshc.2009.032870
- Seys, D., Scott, S., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., . . . Vanhaecht, K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 50*(5), 678-687. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006
- Sheen, K., Slade, P., & Spiby, H. (2014). An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives (Vol. 70, pp. 729-743).
- Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies, 52*(2), 578-587. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006
- Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2016). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies, 53*, 61-72. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser : håndbok i psykososialt støttearbeid* (2 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2012). Kvalitative metoder : empiri og teoriutvikling. In W. Hansen, L. Tanggaard, & S. Brinkmann (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (pp. 17-45). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T., & Lindegård Henriksen, O. (2010). *Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode* (4 ed.). København: Akademisk Forlag.
- Thomassen, M. (2015). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wahlberg, Å., Andreen Sachs, M., Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Skoog Svanberg, A., & Högberg, U. (2016). Post-traumatic stress symptoms in Swedish obstetricians and midwives after severe obstetric events: a cross-sectional retrospective survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 1-7*. doi:10.1111/1471-0528.14259
- WMA. (2013). Helsinkideklarasjonen. Retrieved 24.Oktober 2016, from <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too. *Bmj, 320*(7237), 726-727.
- Wu, A. W., & Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Quality & Safety, 21*(4), 267. doi:10.1136/bmjqs-2011-000605

VEDLEGG 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt “Jordmødre og kritiske hendelser”

Dette er en forespørsel til deg om å være deltager i en kvalitativ studie som har til hensikt å få innblikk i hvordan kritiske hendelser kan påvirke jordmødre og jobben de gjør i etterkant av denne hendelsen. Studien er et ledd i vår masteroppgave i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Professor Ellen Blix er veileder for studien og høgskolelektor Anne Marie Lilleengen er biveileder.

Bakgrunn og formål med studien

Jordmødre har en viktig og selvstendig rolle med oppfølging av gravide og overvåking av mor og barn i og etter fødsel. Selv om Norge er et av de tryggeste land i verden å føde i, vil jordmødre likevel komme opp i uforutsette og kritiske situasjoner hvor mor og/eller barns liv og helse er i fare. Hvordan kritiske hendelser virker inn på jordmødre og jordmødres måte å arbeide på, jordmors autonomi og vurderinger hun gjør på fødestuen, finnes det lite forskning på.

Katja Schroeder disputerer i år i Danmark og har tatt for seg traumatiske fødsler sett fra jordmødres perspektiv. I en nylig publisert artikkel sier hun at jordmødre kan slite med selvbredelse og skyld i etterkant av kritiske hendelser, noe som kan gå utover både privatlivet og jobben som jordmor.

I Norge har Janne Teigen og Lise Christoffersen gjort en studie hvor 33 jordmødre har blitt intervjuet og fortalt om hvordan kritiske hendelser har innvirket på dem. De fant blant annet at kritiske hendelser kan påvirke jordmødres arbeidssituasjon ved at de blir mer “rødtenkende”, også ved normale fødsler. Med det mener de at selv et fødselsforløp som i utgangspunktet ikke innebærer risiko vurderes som risikofylt ved at terskelen for å bruke teknologi, som CTG og STAN, og konferere med andre kolleger og lege blir lavere. De tør ikke stole på egne vurderinger

og observasjoner i like stor grad som før. Christoffersen og Teigen mener dette fort kan medføre sykemeldinger, oppsigelser og endring av praksis for den enkelte jordmor.

Med dette som bakgrunn ønsker vi å gå i dybden av hvilke følelsesmessige reaksjoner jordmødre kan ha etter kritiske hendelser og hvordan disse hendelsene kan påvirke jordmødre og jobben de gjør i etterkant.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer å være informant i et intervju. Det vil kun være deg som informant til stede foruten oss to studenter som er ansvarlige for prosjektet. Du kan selv bestemme tid og sted, og vi vil strekke oss langt for å tilpasse oss dine ønsker og behov. Målet er en samtale hvor du som jordmor forteller om dine opplevelser rundt en traumatisk hendelse i fødsel og deler dine tanker om hvordan dette påvirket deg og din yrkesutøvelse. Vi tenker samtalen vil vare fra ca. 45 til 90 minutter alt ettersom hva du trenger av tid, for å formidle tanker og erfaringer.

Kriterier for deltagelse

Kriterier for deltagelse er selvopplevd erfaring av en kritisk hendelse i fødsel som du hadde ansvar for. Med kritisk hendelse mener vi at mor og/eller barn får en skade i fødsel, eller at det er fare for deres liv og helse eller at de i verste fall dør. Det kan også dreie seg om hendelser som ikke får store konsekvenser slik som “nestenhendelser”, uhell, komplikasjoner og forglemmelser. Men det som disse hendelsene har til felles, uavhengig av alvorlighetsgraden, er at de har en emosjonell påvirkning som har medført betydelig fysisk og/eller psykisk stress hos deg.

Hver studiedeltagers ansvar er å gi riktig/ærlig informasjon vedrørende opplevelsen av den kritiske hendelsen og hvilken betydning hendelsen har hatt for den enkelte.

Personvern

Som jordmorstudenter har vi taushetsplikt. Opplysninger om deg som blir registrert men som ikke vil fremkomme i studien er navn, telefonnummer/mailadresse og arbeidssted. Opplysninger som vil være med i studien er alder, om hendelsen skjedde på et stort eller lite sykehus og avstand i tid til hendelsen. Disse opplysningene vil bli omskrevet slik at sammenstilling ikke er mulig. Opplysningene vi bruker er kun de vi får av deg som deltager i studien. Du vil så raskt som mulig bli orientert om eventuell ny informasjon om studien som kan påvirke ditt ønske om videre deltagelse. Hvis du sier ja til deltagelse har du rett til innsyn i opplysningene registrert om deg, og retting av eventuelle feil. Dersom du trekker deg fra studien kan du kreve å få informasjon slettet med mindre dataene er en del av den innleverte masteroppgaven. .

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning(NSD - Norsk senter for forskningsdata AS).

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. I det skriftlige materialet vil alle data bli behandlet uten navn eller med opplysninger som kan knytte deg til teksten. En kode vil bli benyttet for å knytte dine opplysninger til teksten, gjennom en navneliste. Det er kun forfatterne av studien, veileder og biveileder ved Høgskole i Oslo og Akershus som vil ha tilgang til navnelisten. Lydopptak vil bli slettet og alle personopplysninger anonymiseres når sensur på Masteroppgaven er gitt og prosjektet avsluttes den 27/10 2016. Indirekte personopplysninger som alder, bosted og arbeidssted vil bli omskrevet slik at identifiserende sammenstilling ikke er mulig. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når masteroppgaven er fullført.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst, mens studien pågår, trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ellen Evensen tlf. 986 40 456 / ellenmvensen@hotmail.com eller Signe Lippestad tlf. 48216 465/ signe@live.no.

Planlagt dag for intervju avtales direkte med deg, etter ditt ønske om tid og sted. Intervjuene planlegges gjennomført før 31/8 2016.

Samtykke til deltakelse i studien.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 2

Intervjuguide

Dato:

Informantnummer:

Alder:

Utdanningsår:

Introduksjon

Takke for deltagelsen

Formålet med intervjuet og forklaring av hva vi mener med “kritisk hendelse”:

Formålet er å få innblikk i hvordan kritiske hendelser kan påvirke jordmødre og jobben de gjør i etterkant av hendelsen. En kritisk hendelse kan være at mor og/eller barn får en skade i fødsel, eller at det er fare for deres liv og helse eller at de i verstefall dør. Det kan også dreie seg om hendelser som ikke får store konsekvenser slik som “nestenhendelser”, uhell, komplikasjoner og forglemmelser. Men det som disse hendelsene har til felles, uavhengig av alvorlighetsgraden, er at de har en følelsesmessig påvirkning, nok til å overgå et individs hensiktsmessige mestringsstrategier og som dermed kan medføre betydelig psykologisk stress hos jordmødre.

Hvor lenge intervjuet vil vare

Minne om samtykkerklæring

Informere om muligheten til å ta pause eller å avbryte

Lydtest og stemmeprøve

Opplevelse av kritisk hendelse

Kan du fortelle om hendelsen du var involvert i?

- Når skjedde den?

Hva opplevde du som traumatisk/belastende?

Kan du beskrive hvordan hendelsen har påvirket deg?

- som jordmor?
- privat?

Hvilke følelser preget deg i etterkant?

- Hvilke følelser hadde du umiddelbart etter hendelsen?
- Hvilke følelser har du i forhold til hendelsen nå?

Hvilke tanker har du om ansvaret du har i jobben din hvor traumatiske hendelser kan oppstå?

I hvilken grad har hendelsen endret det å være trygg i jordmorrollen?

Oppfølging/bearbeiding/mestringsstrategier

Hva slags oppfølging fikk du i etterkant av den traumatiske hendelsen?

- Hva synes du var mest nyttig av den oppfølgingen du fikk?
- Hva synes du kunne vært gjort annerledes?

Hva gjorde du selv for å bearbeide hendelsen?

I hvilken grad har du fått bearbeidet det som har skjedd?

- Hvor lang tid tok det før du klarte legge hendelsen bak deg?

Har du noen mestringsstrategier for å takle uforutsette kritiske hendelser?

- Hvilke?

Betydning for praksis

Hvordan opplevde du å være tilbake igjen på fødestua etter hendelsen?

Tenker du på hendelsen nå du er på jobb?

Tenker/tenkte du på hendelsen når du ikke er på jobb?

I hvilken grad har hendelsen påvirket måten du jobber på?

I hvilken grad har hendelsen påvirket vurderingene du gjør på jobb?

Synes du at du har blitt en bedre jordmor etter hendelsen?

- Hvorfor?
- Hvorfor ikke?

Hva vil det si å være en god jordmor?

Føler du like mye arbeidsglede etter hendelsen som du gjorde før?

- Gleder du deg til å gå på jobb?

VEDLEGG 3



Ellen Blix
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 12.05.2016

Vår ref: 48444 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48444	<i>Hvordan opplever jordmor oppfølging etter traumatiske hendelser i fødsel?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Blix</i>
<i>Student</i>	<i>Signe Lippestad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 27.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.