



Masteroppgave i jordmorfag

*Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid
Fakultet for helsevitenskap, OsloMet- Storbyuniversitet*

Oktober 2021

«JORDMORS MULIGHET TIL Å BEVARE DEN NORMALE FØDSELEN I NORSKE KVINNEKLINIKKER»

- En kvalitativ studie

Kandidatnummer: 524

Emnekode: MAJO5900-1 21V Masteroppgave

Antall ord: 12 918

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har bydd på en storm av ambivalente følelser. Det har vært tidkrevende og til tider utfordrende, men samtidig gøy, lærerikt og betydningsfullt. En berg- og dalbane jeg ikke ville vært foruten. Jeg har underveis i prosessen tilegnet meg nye kunnskaper jeg vil ta med meg inn i arbeidshverdagen som nyutdannet jordmor.

Jeg vil benytte muligheten til å takke informantene som deltok i studien. På grunn av avstandsrestriksjoner som følge av COVID-19 måtte mange gå ut av komfortsonen og la seg intervju digitalt. Takk for at dere gjorde dette for meg og min studie. Uten dere ville ikke studien latt seg gjennomføre.

En takk rettes også til veileder, for gode råd og konkret veiledning. Ditt engasjement for denne masteroppgavens tema har inspirert meg underveis i prosessen og vært en stor motivasjonsfaktor på de litt tyngre dagene.

Til slutt, en stor takk til min gode venninne Helene som har bidratt med sine lektorferdigheter når jeg har trengt hjelp til strukturering, korrekturlesning og generelt bare til å samle alle løse tråder. Du har vært uvurderlig!

SAMMENDRAG

Tittel: Jordmors mulighet til å bevare den normale fødselen i norske kvinneklinikker- en kvalitativ studie

Hensikt: Målet med denne studien var å oppnå en dypere forståelse for hva norske jordmødre anser som en normal fødsel, og hvilke faktorer de mener påvirker deres mulighet til å bevare den normale fødselen i sykehus.

Metode: En kvalitativ tilnærming ble valgt til å besvare denne studiens problemstilling. Datamaterialet er basert på individuelle semistrukturerte dybdeintervju. Seks jordmødre fra ulike kvinneklinikker ble intervjuet. Halvparten hadde mer enn ti års erfaring og halvparten hadde mindre enn ti års erfaring. De transkriberte intervjuene ble analysert med hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Funnene utgjør to hovedtemaer: «Jordmors tilnærming til den normale fødselen» og «Jordmors handlingsrom». Jordmødrene hadde ulik oppfatning av hva de anså som en normal fødsel. Deres syn på fødselen bar preg av ulike perspektiver. Flere faktorer påvirket deres mulighet til å bevare den normale fødselen deriblant jordmors særegenhet, overordnede systemer og fødeklinikkens omgivelser.

Konklusjon: Studien viser hvordan det å bevare en normal fødsel kan være utfordrende i et risikopreget miljø. Jordmor må derfor ha et sterkt fokus på normalitet og være bevisst på de ulike faktorene som bidrar til ytterligere medikalisering av fødselen.

Nøkkelord: Normal fødsel, kvinneklinikk, ideologi

SUMMARY

Title: A midwife's possibility to preserve the normal birth in Norwegian obstetric Units - a qualitative study

Aim: The purpose of this study has been to achieve a deep understanding of what midwives working in Norway sees as a normal birth and which factors, they believe affects their ability to preserve a normal birth situation at hospitals.

Methods: The study was conducted used a qualitative approach. The data is based on individual and semistructured interviews. A total of six midwives, all from different clinics, contributed to the study. Three of the midwives had more than ten years of work experience, while three had less than ten years of work experience. The interviews were transcribed and analyzed using systematic text condensation.

Results: The results are presented as two major finds; the midwife's approach to a normal birth and the midwife's space to act. The midwives all had a different understanding of what is a normal birth. Their view on the birth situation showed different perspectives. several factors affected the midwives' opportunity to maintain a normal birth. Contributing factors were personal characteristics, overall systems, and the environment at the clinic.

Conclusions: The study shows that maintaining a normal birth in a high-risk environment can be challenging. For that reason, midwives need to keep a strong focus on factors contributing to and affecting a normal birth. They also need to be aware of and pay close attention to the different factors which can lead to further medicalization of the birth.

Keywords: Normal childbirth, obstretic Units, Ideology

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 PROBLEMSTILLING OG HENSIKT	2
1.2 BEGREPSAVKLARING	2
2.0 BAKGRUNN	3
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	6
3.1 ULIKE OMSORGSMODELLER	6
3.2 FØDSELEN I ET BIOMEDISINSK PERSPEKTIV	6
3.3 FØDSELEN I ET FENOMENOLOGISK PERSPEKTIV	7
3.4 FØDSELEN SOM EN KOMBINERT HENDELSE	7
4.0 METODE.....	8
4.1 KVALITATIV STUDIE	8
4.1.1 Vitenskapsteori: Fenomenologi	8
4.2 UTVALG OG REKRUTTERING	9
4.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	10
4.4 TRANSKRIBERING	10
4.5 ANALYSE AV DATA	11
Trinn 1	11
Trinn 2	12
Trinn 3	13
Trinn 4	13
4.6 FORFORSTÅELSE	14
4.7 ETISKE OVERVEIELSER.....	14
5.0 RESULTATER	16
JORDMORS TILNÆRMING TIL DEN NORMALE FØDSELEN.....	16
5.1 DEFINISJON PÅ NORMAL FØDSEL - ULIKE OPPFATNINGER	16
5.2 JORDMORS SÆREGENHET	17
JORDMORS HANDLINGSROM	19
5.3 MEDIKALISERINGENS BETYDNING	19
5.4 OMGIVELSENE PÅVIRKNING	22
6.0 DISKUSJON	23
6.1 HVA ER EN NORMAL FØDSEL?	23
6.2 JORDMORS INNVIRKNING PÅ FØDSELSFORLØPET	24
6.3 EN MEDIKALISERT FØDSELSOMSORG?	27
6.4 OMGIVELSENE BETYDNING FOR FØDSELEN	30

7.0 METODEDISKUSJON.....	32
7.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	35
8.0 KONKLUSJON	36
REFERANSER	37
VEDLEGG 1- GODKJENNING NSD.....	42
VEDLEGG 2- SAMTYKKEERKLÆRING	44
VEDLEGG 3- INTERVJUGUIDE	47

1.0 Innledning

Den normale fødselen er høyt verdsatt. Likevel utsettes et flertall friske kvinner for medisinske intervensjoner under svangerskap og fødsel (Hashemibonjar, Zaboli, Khalesi & Movahedi, 2020; Renfrew et al., 2014). Intervensjoner som induksjon, rstimulerende medikamenter, epidural og kontinuerlig overvåking med CTG har blitt så vanlig at noen betrakter det som normalt (Helsedirektoratet, 2020; Zeynep, Semra, Ciler, Didem & Meryem, 2020). Slike intervensjoner kan i mange tilfeller være helt nødvendig, men uhensiktsmessig bruk kan imidlertid føre til mer skade enn nytte (Aune et al., 2015; Miller et al., 2016). Jordmødres fremste oppgave er å fremme den normale fødselen (Renfrew et al., 2014). Studier har vist at en normal fødsel er assosiert med en positiv fødselsopplevelse og gir flere fordeler for kvinnen og det nyfødte barnet (Aune et al., 2015). Selv om fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet i internasjonal sammenheng, har vi på lik linje med andre høy- og middelsinntektsland overforbruk av medisinsk behandling i normale fødsler (Skogheim & Lundgren, 2021).

I 2020 ble det født ca. 60 000 barn i Norge. 98% av disse barna ble født på sykehus/kvinneklinikk (Medisinsk fødselsregister, 2021a). Fødselsomsorgen i Norge har mål om å differensiere og demedikalisere tjenestene. I dette ligger det blant annet at man i sykehusene skal tilstrebe å bevare den normale fødselen (Helsedirektoratet, 2010).

I løpet av jordmorstudiet har jeg praktisert på ulike kvinneklinikker. I min siste praksisperiode oppdaget jeg at kun fem av mine totalt femti fødsler var helt uten intervensjoner. Noen av fødslene krevde intervensjoner av ulike årsaker, men en god del av dem hadde et utgangspunkt for å kunne forbli normale. Jeg hadde på daværende tidspunkt lest studier som beskrev fødselsomsorgens utfordring med medikalisering av normale fødsler, men årsakene til hvorfor friske kvinner utsettes for unødvendige intervensjoner fremkom i mindre grad.

1.1 Problemstilling og hensikt

På bakgrunn av det som fremkommer i foregående avsnitt er følgende problemstilling utarbeidet:

Hva anser jordmor som en normal fødsel og hvilke faktorer påvirker hennes mulighet til å bevare den normale fødselen i sykehus?

Hensikten med studien er å bidra med kunnskap om og forståelse for hvilke faktorer jordmødre mener påvirker deres mulighet til å bevare den normale fødselen i et klinisk arbeidsmiljø.

1.2 Begrepsavklaring

Å *bevare* den normale fødselen er ett av ICM sine satsningsområder. ICM fremhever betydningen av at jordmødre må tilstrebe å bevare den normale fødselen i et samfunn sterkt preget av medikalisering (International Confederation of Midwives, 2014a).

Sykehus omtales i denne studien synonymt med kvinneklinikk. En kvinneklinikk er en spesialisert enhet for kvinner med risikofødsler. De skal samtidig ha et tilbud for friske gravide kvinner som ønsker en normal fødsel (Helsedirektoratet, 2019).

2.0 Bakgrunn

Mange endringer har funnet sted innenfor jordmorfaget de siste 200 årene. Fødselen har gått fra å foregå med hjelpekoner i hjemmene, til i dag å foregå på høyteknologiske sykehusavdelinger (Farstad, 2016; Sandvik, 1995). Tradisjonelt ble fødselen ansett som en del av livets løp. Jordmor så på fødselen som en helhetlig, men til tider strabasiøs hendelse hvor noen faser krevde ekstra oppmerksomhet. Hendene ble brukt til å registrere og diagnostisere kvinnens tilstand. Med alle sine sanser var jordmor åpen for det hun så, men hun var samtidig svært opptatt av å ikke gripe inn unødvendig da det kunne forstyrre fødselens naturlige gang (Sandvik, 1995). I 1970-årene ekspanderte moderne medisinsk teknologi, og fødselen gikk fra å være et håndtverksyrke til å bli gjenstand for medisin, spesialisering og institusjonalisering (Farstad, 2016). Helsemyndighetene ønsket å tilby førsteklasses medisinsk service til kvinnen gjennom alle fødselens faser. Teknologien ble brukt både med hensikt om å diagnostisere og fange opp komplikasjoner, men óg til å påvirke fødselsprosessens fremgang. Kvinnens kropp ble med det innordnet i et kronologisk tidsskjema hvor man til en viss grad kunne forutsi og påvirke fødselsforløpet (Sandvik, 1995).

Verdens helseorganisasjon er én av flere aktører som har utarbeidet internasjonale retningslinjer for jordmorvirksomhet. I 2006 ble reproduktiv helse konkretisert som satsningsområde, hvor ett av flere viktige mål var å redusere mødredødeligheten (United Nations, 2006). Rent statistisk klarte de dette. Mødredødeligheten gikk ned med 44% over et tiår, men underveis økte også andelen intervensjoner betraktelig. Flere steder i verden er det fremdeles kvinner som følge av geografiske, sosiale og/eller økonomiske årsaker ikke mottar ønskelig kvalitet og omsorg under fødselen. Det er derimot et flertall kvinner som mottar det Miller et al. (2016) omtaler som «too much, too soon». Vi erfarer i det 20. århundre at medisinen i stor grad tar seg av forhold som man tidligere ikke regnet som medisinsk anliggende, slik som fødselen. Denne endringen defineres som medikalisering (Helman, 2007; Lundgren, Berg, Nilsson & Olafsdottir, 2019). Coulm et al. (2012) skriver i sin studie at medikaliseringen har ført til en mer aktiv og inngripende adferd hos fødselshjelperne, og statuerer at lav-risiko kvinner utsettes for minst én medisinsk intervensjon under fødselsforløpet.

Flere medisinske intervensjoner er assosiert med økt risiko for komplikasjoner hos mor og barn (Coulm et al., 2012; Scamell, 2011). Et eksempel på dette er oxytocinstimulering.

Oxytocin er et høypotent ristimulerende medikament som ved feil bruk kan forårsake alvorlige skader. Overstimulering gir økt risiko for post partum blødning, samt truende asfyksi hos fosteret. Kvinner som blir stimulert med oxytocin skal i tråd med gjeldende retningslinjer overvåkes med kontinuerlig CTG eller STAN (Rossen, Eggebø, Ellingsen, Bernitz & Røe, 2020). Bruk av kontinuerlig overvåkning kan føre til økt risiko for operative inngrep (Blix & Øian, 2017; Jørandi, Nese, Vik & Aasekjær, 2019). Ved å stimulere kvinnen med oxytocin uten et solid medisinsk grunnlag risikerer man å utsette henne for en dominoeffekt av potensielt alvorlige komplikasjoner.

I samarbeid med International Confederation of Midwives (ICM) har World Health Organization (WHO) utarbeidet retningslinjer for hvordan den normale fødselen skal ivaretas. Hovedbudskapet fremkommer gjennom det de omtaler som «Ti prinsipper for perinatal omsorg», hvor de to første prinsippene omhandler demedikalisering av normale fødsler og hensiktsmessig bruk av teknologi (Helsedirektoratet, 2010). Det er ulike oppfatninger av hvordan man skal definere den normale fødselen. På mange måter er det vanskelig å gi fenomenet en bestemt definisjon da begrepet normalitet ikke er standardisert. Skal man likevel definere begrepet angir det hvor vanlig et fenomen er. Innenfor det medisinske fagområdet brukes normalitet til å vurdere normer for hva som er normalt, opp mot en gitt standard med hensikt om å identifisere avvik (Blix, Kumble & Øian, 2008; Downe, Byrom & Topalidou, 2019). WHO definerer begrepet normal fødsel slik:

«Spontan i sin start, lav-risiko fra kvinnen kommer inn til hun har født. Barnet fødes spontant i hodeleie mellom uke 37 og 42. Etter fødsel er mor og barn ved god tilstand.»

(Funai & Norwitz, 2021).

Det er faglig enighet om at spontane vaginale fødsler er det beste for mor og barn. Forskning viser at en normal fødsel gir høy maternell tilfredshet og assosieres med en positiv fødselsopplevelse. I tillegg gir det et bedre utgangspunkt for amming, forsterker tilknytningen mellom mor og barn og styrker kvinnens selvtillit og trygghet i rollen som nybakt mor (Aune et al., 2015; Downe et al., 2019). Som jordmødre har vi et selvstendig ansvar for å fremme den normale fødselen. Vårt ansvar er fundamentert i helsedirektoratets nasjonale veileder *Et trygt fødetilbud*. Veilederen må ses i sammenheng med regionale retningslinjer, men skal i all hovedsak sikre kvinnen et desentralisert og differensiert fødetilbud (Helsedirektoratet, 2010).

I Norge er det offentlige fødetilbudet fordelt på tre ulike nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Inndelingen uttrykkes gjennom ulike krav til kompetanse som blant annet tilgang på gynekolog, obstetriker, anestesilege og nyfødttintensivavdeling (Helsedirektoratet, 2010). Kvinneklinikken er arena for denne studiens forskningsfokus, og er spesialisert på å ivareta fødende som har økt risiko for komplikasjoner under fødselen. De tar også imot kvinner med normale svangerskap, og som dermed har stor sannsynlighet for en normal fødsel (Helsedirektoratet, 2019). Det er utarbeidet politiske føringer som skal sørge for tilrettelegging for normale fødsler innad i kvinneklinikkene (Helsedirektoratet, 2010). WHO (1994:2) uttrykker i sine retningslinjer bekymring for at stadig flere friske kvinner føder på høyteknologiske kvinneklinikker, da dette øker sannsynligheten for at de utsettes for samme inngrepsnivå som høyrisikokvinner.

Medikaliseringen har ført til at normale fødsler i økende grad blir regulert, akselerert og overvåket, og arbeidsmodeller som ivaretar kvinnens behov og preferanser blir mer og mer marginalisert (World Health Organization, 2018). I arbeidet med å styrke kvaliteten på fødselsomsorgen poengteres det i ICMs rapport «Keeping Birth Normal» at jordmødre må handle i tråd med evidensbasert kunnskap. Videre påpekes det at jordmødre har en viktig rolle med tanke på å støtte opp under det normale, men at muligheten for å gjennomføre en normal fødsel også avhenger av andre faktorer (International Confederation of Midwives, 2014a). Svelato, Ragusa og Manfredi (2020) skriver i sin artikkel at økningen av medisinske intervensjoner i normale fødsler trolig skyldes en kombinasjon av ulike faktorer. De oppgir blant annet overordnede systemer, helsepersonells syn på fødselen, ulike kulturer og samfunnet i sin helhet som mulige faktorer til hvorfor den normale fødselen marginaliseres. Det mangler imidlertid forskning som peker direkte på hvorfor den normale fødselen i økende grad medikaliseres. Gitt dette mulige og komplekse årsaksbilde er det nødvendig å undersøke hvordan jordmødre ser på den normale fødselen, og samtidig undersøke hvilke faktorer de mener har direkte innvirkning på fødselsforløpet.

3.0 Teoretisk referanseramme

3.1 Ulike omsorgsmodeller

Det finnes ulike oppfatninger av hvordan en fødsel skal ivaretas på beste måte. Judith Rooks presenterte i 1999 «*The Midwifery Model of Care*» og «*The Medical Model of Care*» for å bevisstgjøre jordmødre og obstetrikere på deres ulike roller relatert til ivaretagelse av kvinnen i fødsel. Modellene baserer seg på ulike perspektiver på svangerskap og fødsel. Rooks (1999) poengterte at obstetrikere er eksperter på patologi og skal derfor ha ansvar for gravide kvinner med kjent sykdom eller alvorlige komplikasjoner. Jordmødre fokuserer derimot på normalitet. De ser fødselen som en naturlig og meningsfull hendelse, og mener fødselen skal bli behandlet som normal inntil man oppdager tegn på avvik. Den potensielle risikoen for komplikasjoner skal ikke dekke over kvinnens opplevelse og mening ved det å føde et barn. De to perspektivene anses som motsetninger, men som et resultat av at de to profesjonene jobber tett sammen er perspektivene i ferd med å gli over i hverandre (Lundgren et al., 2019). I stedet for to separate perspektiver på hvordan man skal ivareta fødselen befinner de fleste jordmødre og leger seg et sted midt i mellom (Rooks, 1999).

3.2 Fødselen i et biomedisinsk perspektiv

I senmoderne tid er fødselen blitt underlagt et naturvitenskapelig medisinsk tanke sett, hvor man i vestlig kultur anser fødselen som en isolert medisinsk hendelse. Et slikt syn preger vår måte å oppfatte og betrakte hva som er normalt på, og hva som avviker fra det normale (Sandvik, 1995). Gjennom et biomedisinsk syn ser man fødselen som en risikabel hendelse med behov for overvåking og beredskap (Blaaka & Eri, 2008). En slik tilnærming bygger på et dualistisk menneskesyn, hvor man i grove trekk forstår kropp og bevissthet som to uforenelige fenomener (Wright, 1993). Wright (1993) hentydet hvordan forskning, gjennom teknologi, påvirker ulike aspekter ved det menneskelige liv. Han beskrev naturen som et objekt og poengterte hvordan objektivisering av naturen fører til et klart skille mellom fakta og verdier. Et slikt syn konstruerer en grense mellom kropp og følelser, noe som setter verdier, kultur og relasjoner i fare for å holdes utenfor (Sandvik, 1995). Gjennom det biomedisinske perspektivet er kontroll av største betydning, uavhengig av kvalitative vurderinger. Fokuset retter seg i større grad mot risiko og muligheten for akutte utfall, enn mot normale aspekter ved fødselen. Behovet for teknologi og overvåking står sentralt, og

sikkerhet knyttes til teknologiens ekspertise. Med fokus på kontroll og avvik blir normen for normalitet innsnevret (Wright, 1993).

3.3 Fødselen i et fenomenologisk perspektiv

Som motsats til det biomedisinske perspektivet har vi det fenomenologiske perspektivet. Gjennom et fenomenologisk perspektiv ser man fødselen som en helhet (Wright, 1993). Kroppen forstås som et møtested mellom det kontrollerte og ukontrollerte, og det konstruerte skille mellom kropp og bevissthet opphører. Hvis kroppen til en viss grad står i fare forsøker man gjennom fenomenologisk tilnærming å overvinne faren ved å fokusere på alle kroppens prosesser. Kontroll oppnås dermed gjennom kvinnens fysiske, psykiske og emosjonelle sider (Blaaka & Eri, 2008). Å se menneskekroppen som en helhet krever at jordmor utvider sitt blikk. Menneskekroppen må ikke bli sett på som et objekt, men som et fullstendig levende vesen. Jordmor må benytte seg av alle sine umiddelbare sanser, og derfor er også relasjonen til fødekvinnen av sentral betydning for fødselsprosessen (Sandvik, 1995).

3.4 Fødselen som en kombinert hendelse

De psykiske aspektene ved graviditet og fødsel har fått mindre oppmerksomhet i dagens fødselsomsorg. Olza et al. (2020) presenterer i sin rapport fødselen som en kombinert nevrologisk-fysiologisk-psykososial hendelse. Rapporten er utarbeidet som forslag på en arbeidsmodell som både omfavner kvinnens behov og forventinger, og som samtidig ivaretar fødselen som en fysiologisk prosess styrt av kroppens edle hormon, *oxytocin*. Målet med arbeidsmodellen er at kvinnen skal kunne føde et friskt barn i kliniske omgivelser, og samtidig være omgitt av et psykososialt trygt miljø med kontinuerlig omsorg og følelsesmessig støtte (Olza et al., 2020). Det er nødvendig at fødselshjelperen kjenner til at kvinnens oxytocinproduksjon ikke bare stimulerer til kraftfulle rier, men at det også har betydning for kvinnens opplevelse og selvfølelse både under og etter fødselen. Ved å inkludere alle aspekter ved det menneskelige liv i fødselsforløpet vil man kunne se fødselens unike betydning i et større perspektiv.

4.0 Metode

Metode betyr opprinnelig «veien til målet» og forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å innhente eller etterprøve kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 140). I dette kapitlet presenteres den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for studien.

4.1 Kvalitativ studie

Studien utføres ved bruk av kvalitativ metode og individuelle semistrukturerte intervju benyttes til innsamling av data. I følge Malterud (2018, s. 15) finnes det flere veier til vitenskapelig kunnskap. Det er likevel oppgavens problemstilling og forskerens ønske om hva som skal undersøkes, som avgjør hvilken metode som er hensiktsmessig. Denne studien tar sikte på å undersøke hva jordmor anser som en normal fødsel, samt hvilke faktorer som påvirker hennes mulighet til å bevare den normale fødselen i sykehus. Med kvalitativ metode tilstreber forskeren å gå i dybden og har til hensikt å fange opp menneskelige egenskaper som blant annet erfaring, opplevelser og holdninger (Malterud, 2018, s. 31). Basert på øvrig informasjon anses kvalitativ metode som hensiktsmessig for denne studien.

4.1.1 Vitenskapsteori: Fenomenologi

I fenomenologien studerer man det subjektive perspektivet av menneskets virkelighetsoppfatning, hvilket Malterud (2018, s. 28) mener er en forutsetning for forståelse. Kvalitativ forskning forankres i en tankegang hvor enkeltmennesket står i fokus og hvor formålet er å beskrive og forstå verden ut fra den enkeltes perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 45). Forskningsintervjuet gjennomføres med mål om å produsere ny kunnskap om et bestemt fenomen, og kunnskapen blir til i et samspill mellom intervjuer og den som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 156). Det kvalitative intervjuet sikter etter å forstå informantenes syn på sin omverden og betydningen av deres erfaringer. Som nybegynner innen kvalitativ forskning ga Spreadley (1979) sin beskrivelse av det kvalitative forskningsintervjuet god forståelse for hvordan jeg skulle angripe rollen som intervjuer:

«Jeg ønsker å forstå verden ut fra ditt synspunkt. Jeg ønsker å vite hva du vet, på den måten du vet det. Jeg ønsker å forstå betydningen av dine opplevelser, være i dine sko, føle ting slik du føler dem, forklare ting slik du forklarer dem. Vil du være min lærer og hjelpe meg med å forstå» (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 157).

4.2 Utvalg og rekruttering

I arbeidet med å innhente informanter ble det gjort et strategisk utvalg. Et slikt utvalg tar utgangspunkt i at datamaterialet skal ha best mulig forutsetning til å belyse studiens problemstilling (Malterud, 2018, s. 58). Ett av inklusjonskriteriene for deltakelse var at jordmødrene skulle arbeide på fødeavdelinger med om lag 2000 fødsler årlig. Dette fordi jordmødrene skulle være belastet med omtrent samme arbeidsmengde. Avdelingene skulle ei heller være tilknyttet en normalenhet i form av fødestue eller lignende. Dette for å forhindre at jordmødrenes besvarelser ble farget av erfaringer fra normalenheten, fremfor deres erfaringer fra fødeavdelingen. Det var ønskelig å rekruttere jordmødre fra fødeavdelinger med geografisk spredning. Begrunnelsen for dette var at studiens funn skulle gi innsikt i en større sammenheng enn fra akkurat der studien ble gjennomført. Jordmødrene måtte arbeide i 100% stilling og de skulle ha ulik erfaring i form av ansiennitet. Denne selekteringen ble begrunnet med hypotesen om at jordmødre med lang erfaring kan inneha en annen tilnærming til den normale fødselsprosessen, sammenlignet med de med kortere erfaring.

På bakgrunn av nevnte inklusjonskriterier ble avdelingslederen ved de utvalgte fødeavdelingene kontaktet direkte via e-post. E-posten inneholdt i korte trekk informasjon om studien, samt krav til deltakelse. Mer utfyllende informasjon ble lagt ved som egen fil. For å sikre at informantene som henvendte seg innfridde studiens krav til ulikt erfaringsgrunnlag, etterspurte jeg spesifikt én jordmor med mer enn 10 års erfaring og én jordmor med mindre enn 10 års erfaring fra hver avdeling. Som et minimum måtte informantene ha jobbet som jordmor i minst 2 år. Jeg formidlet et ønske om at budskapet skulle spres blant avdelingens ansatte, og ba jordmødrene ta kontakt på e-post ved interesse.

Rekrutteringsprosessen ble noe mer utfordrende enn først antatt på grunn av ferieavvikling. Jeg mottok respons fra tre interessenter i løpet av kort tid og avtalte intervju forløpende. Da jeg etter fire uker fremdeles ikke hadde mottatt flere henvendelser, tok jeg kontakt med avdelingsleder på de respektive fødeavdelingene via telefon. I dette forsøket fikk jeg to deltakere til. Siste deltaker ble rekruttert gjennom snøballteknikk, ved at en av informantene vervet en kollega (Malterud, 2018, s. 59-60). De seks utvalgte informantene ble ansett som gode kandidater til å gi beskrivelser fra ulike hold. Informantene bestod av jordmødre fra fire forskjellige sykehus med geografisk spredning fra nord til sør, øst til vest. Informantenes alder befant seg et sted mellom 30-60 år, og deres ansiennitet som jordmor varierte fra 6 til

opp mot 30 år. Da de siste to intervjuene tilførte lite/ingen ny kunnskap til studiens problemstilling, ble rekrutteringsprosessen avsluttet etter sjetten intervju.

4.3 Gjennomføring av intervjuene

Det er en forutsetning at intervjueren er godt forberedt for at kunnskapen som oppstår blir av god kvalitet. Som forberedelse til intervjuene ble det derfor utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 3). Guiden bestod av semistrukturerte intervju spørsmål basert på temaene jeg ønsket at informantene skulle innom i løpet av samtalen. I et semistrukturert intervju er spørsmålene delvis planlagt på forhånd, rekkefølgen blir imidlertid til underveis (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 162). Det var viktig for meg at spørsmålene jeg stilte skulle fremkalle tematisk kunnskap og i tillegg bidra til en dynamisk god samtale. For å sikre dette mener Kvale og Brinkmann (2021) at intervju spørsmål som innledes med «hva» bør komme før «hvordan». I tillegg presiserer de at spørsmålene bør være korte og enkle, men likevel oppfordre til lengre uttalelser fra informantene (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 163).

Det ble i forkant av intervjuene utført et pilotintervju. Pilotintervjuet ga svar på den informasjonen jeg etterspurte, og intervjuguiden ble derfor ansett som pålitelig. Et par av spørsmålene var imidlertid noe like, og jeg valgte derfor å slå disse sammen. Jeg opplevde i stor grad at intervjuet var av god kvalitet og at det fløt over i en dialog der informanten fikk snakke fritt om det som engasjerte henne. Som følge av Covid-19 skulle de ordinære intervjuene gjennomføres via Zoom, derfor ville jeg også gjennomføre pilotintervjuet digitalt. På den måten fikk jeg bekreftet om de digitale løsningene fungerte optimalt. Alle intervjuene ble utført i henhold til OsloMets retningslinjer for bruk av Zoom i forskningsintervjuer (OsloMet, 2021b, s. 163). Intervjuene varte i gjennomsnitt 50 minutter. Det ble ikke foretatt opptak av intervjuene gjennom Zoom, men det ble derimot gjort taleopptak av samtalen ved bruk av applikasjonen Diktafon. Lydfilen ble automatisk overført og trygt oppbevart via nett-tjenesten nettskjema.no. Lydfilene kan som følge av sikkerhetssystemer ikke avlyttes på telefon, og app-tjenesten anses derfor som pålitelig opptaksutstyr til innsamling av både gule- og rød data (OsloMet, 2021a).

4.4 Transkribering

Å transkribere vil si å transformere noe fra én form til én annen, i dette tilfelle fra tale til tekst (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 204-205). Intervjuene ble transkribert fortløpende. Det var

hensiktsmessig å transkribere forløpende da dette hjalp meg å avdekke og korrigere egen intervjustil, samt bli bevisst på eventuelle mangler i intervjuguiden. Jeg var under transkriberingen oppmerksom på at meningsinnholdet i samtalen kunne forandre sin umiddelbare mening da det ble overført til tekst. Jeg forsøkte således å notere ned nonverbale uttrykk og informantens tonefall da jeg mente dette hadde betydning for innholdet. Personopplysninger som fremkom i intervjuene ble anonymisert under transkriberingen. Flere av informantene snakket dialekt, men intervjuene ble likevel transkribert på bokmål. Da jeg anså meg ferdig med transkriberingen gikk jeg nøye gjennom og lyttet til lydfilen for å forsikre meg om at ingenting var gått tapt. Transkriberingsprosessen ble gjort i Microsoft Word og lydfilene ble lyttet til gjennom Nettskjema.

4.5 Analyse av data

Systematisk tekstkondensering (STC) baserer seg på en tverrgående tematisk analyse der forskjeller, likheter og variasjoner i erfaringer, følelser eller holdninger sammenfattes og fortolkes. Metoden er ikke original da den har flere fellestrekk med andre analysemetoder, men den beskriver trinnene i analyseprosessen nøye (Malterud, 2018, s. 98). Dette anses å være hensiktsmessig for «nybegynneren» innen kvalitativ forskning, hvilket ligger til grunn for valg av analysemetode i denne studien. I følge Malterud (2018, s. 97-98) vil en nøyaktig fremgangsmåte i analysearbeidet bidra til at datamaterialet gjennomgås systematisk. På den måten blir det lettere for leseren å følge veien fra rådata til tolkninger og resultater. Trinnene for analysearbeidet presenteres herunder. Til tross for at fremgangsmåten består av fire trinn, er ikke analysearbeidet gjennomgått som en lineær prosess. Analysen har derimot vært en iterativ prosess hvor jeg har beveget meg frem og tilbake i det empiriske materialet.

Trinn 1

Under første trinn er målet å bli kjent med datamaterialet (Malterud, 2018, s. 99). Dette trinnet ble første gang utført etter at fjerde intervju var gjennomført. Hensikten med å analysere intervjuene underveis i prosessen var å oppdage eventuelle gjentatte sammenlikninger. Dette innebærer at ny informasjon sammenliknes med det allerede eksisterende datamateriale (Malterud, 2018, s. 111). På den måten fikk jeg blant annet bekreftet om intervjuene ga utfyllende og hensiktsmessige svar på studiens problemstilling. De transkriberte intervjuene ble gjennomlest i sin helhet. Egen forforståelse ble forsøkt lagt til side, og jeg fokuserte på å oppnå et helhetsinntrykk snarere enn spesifikke detaljer. Når all

tekst var lest ble intuitive inntrykk oppsummert og syv foreløpige temaer ble identifisert. De foreløpige temaene var: *fødekvinnens forventinger og forutsetninger, jordmors ideologi og særegne egenskaper, prosedyrer, medisinsk teknisk utstyr på godt og vondt, fysiske rammer, samarbeid og frykten for å overse noe*. De foreløpige temaene var ikke resultater eller kategorier, men representerte mulige svar på problemstillingen.

Trinn 2

Innenfor systematisk tekstkondensering anser man ikke hele teksten som meningsbærende. Man skal derfor i trinn 2 sortere teksten og trekke ut meningsbærende enheter (Malterud, 2018, s. 100). Etter gjennomlesning i forrige trinn ble den transkriberte teksten nå lest på nytt, men denne gangen forsøkte jeg å sortere vekk det jeg ikke anså som relevant for studiens problemstilling. I arbeidet med å vurdere hva som skulle være med videre og ikke, var det nødvendig at all tekst ble gjennomgått grundig og systematisk (Malterud, 2018, s. 100-103). Denne delen av analysen ble derfor gjort i samråd med veileder for å sikre en felles forståelse av innholdet, samt sørge for at tekst som ikke var relevant ble sortert vekk. Vi reformulerte først de foreløpige temaene til noe som ga felles mening, før vi samlet de til totalt fem foreløpige temaer. *Medisinsk teknisk utstyr på godt og vondt og frykten for å overse noe* ble slått sammen til *medisinsk utvikling*. *Fysiske rammer* og *samarbeid* ble slått sammen til *ytre påvirkning*. De foreløpige temaene ble nå omtalt og presentert som kodegrupper, og la utgangspunktet for sortering når jeg videre i prosessen skulle identifiserte meningsbærende enheter.

I de avsnittene som på en eller annen måte ga svar på problemstillingen ble relevant tekst, *meningsbærende enheter*, trukket ut og merket med hver sin kode. Kodearbeidet gjorde det lettere å sortere de meningsbærende enhetene i teksten, og ble senere brukt som veivisere når jeg skulle finne tilbake til spesifikke enheter i datamaterialet. Kodingen innebar en form for dekontekstualisering av datamaterialet der deler av teksten ble tatt ut fra sin umiddelbare mening og plassert i en sammenheng som ga betydning for studiens problemstilling. På dette stadiet vurderte jeg også om kodene inneholdt informasjon som ikke var å anse som relevant for problemstillingen, eller om enkelte kodegrupper etter nærmere vurdering ikke lenger var å anse som relevant. Jeg oppdaget da at de foreløpige kodegruppene som ble brukt som sorteringsgrunnlag, ikke var dekkende nok og det oppstod derfor et nytt tema: *normal fødsel*. For å sikre at relevant tekst ble plassert under riktig kodegruppe ble alt datamaterialet gjennomgått på nytt før jeg gikk videre (Malterud, 2018, s. 103).

Trinn 3

I tredje trinn ble det sorterte datamaterialet fra foregående trinn abstrahert ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. På dette stadiet hadde jeg gjennom systematisk analyse redusert datamateriale fra å bestå av transkribert tekst fra totalt seks intervjuer, til å bestå av et konkret utvalg av meningsbærende enheter med påfølgende koder. Jeg startet med å kondensere den kodegruppen som umiddelbart vekket nysgjerrigheten i meg, nærmere bestemt kodegruppen *normal fødsel*. Dette ga meg motivasjon til det videre arbeidet. For å skape rom for ulike tolkninger, ble materialet først sortert i subgrupper. Subgruppene ble utarbeidet basert på hvilke hovedaspekter kodegruppen bar med seg (Malterud, 2018, s. 106). Kodegruppen *normal fødsel* ble tildelt to subgrupper. Videre ble de meningsbærende enhetene i hver subgruppe gjennomgått og kondensert.

Tabell 1: Eksempel på fremgangsmåte- analyse

Meningsbærende enhet	Kode	Kondensat
Jeg er like opptatt av å bevare den normale fødselen nå som før, men premissene har kanskje endret seg litt med årene for hva som skal til for å bevare den normale fødselen.	Normal fødsel- ikke for enhver pris.	Jeg er fremdeles opptatt av å bevare den normale fødselen, men premissene har endret seg med årene.

Trinn 4

I siste trinn av prosessen ble datamaterialet rekontekstualisert, satt sammen igjen. Funnene ble sammenfattet og la grunnlag for nye beskrivelser som presenteres under studiens resultater. Kondensatene ble brukt til å lage en analytisk tekst og det ble vurdert hvorvidt resultatene ga en gyldig beskrivelse sett i sammenheng av sin opprinnelige betydning (Malterud, 2018, s. 108-109). Gullsitater som beskrev studiens hovedfunn ble trukket ut, og presenteres under punkt 4.0. Den analytiske teksten fra hver av kodegruppene ble nå tildelt en overskrift. Det ble brukt god tid på å tillegge teksten passende overskrifter som ga svar på hva teksten omhandlet. Denne prosessen ble gjort i samråd ved veileder.

4.6 Forforståelse

Uavhengig av hvilken forskningsmetode man bruker vil forskeren påvirke prosessen og resultatene. Spørsmålet vil derfor ikke være hvorvidt prosessen blir påvirket, men i hvilken grad. Det er forskerens individuelle forutsetninger og erfaringer som danner utgangspunkt for fortolkningsgrunnlaget, også omtalt som forskerens *forforståelse*. Forforståelsen kan forstås som den ryggsekken vi bærer med oss inn i prosjektet. Innholdet vil hele veien påvirke hvordan vi samler, leser og tolker det empiriske datamateriale (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 44-46; Malterud, 2018, s. 44-45). I denne studien er forskerens forforståelse preget av teoretisk kunnskap, personlige erfaringer, samt hypoteser relatert til hvilke faktorer som kan påvirke jordmors mulighet til å bevare den normale fødselen i sykehus. I arbeidet med denne studien har jeg tilstrebet å legge vekk egen forforståelse i alle ledd. Jeg har sammen med veileder diskutert min forforståelse i alt fra utarbeidelse av problemstilling, til gjennomføring av intervjuer, analyse og resultater.

4.7 Etiske overveielser

Som forsker er man pålagt å handle i tråd med generell forskningsetikk i henhold til Helsinkideklarasjonen (1964). Deklarasjonen ble utformet av verdens legeförening som et resultat på flere forskningsetiske overtramp (Førde, 2014). Erklæringens formål var å styrke det medisinske forskersamfunnets etiske bevissthet (Malterud, 2018, s. 211). I forkant av studien ble det søkt om godkjenning fra NSD (norsk senter for forskningsdata). NSD behandler blant annet opplysninger relatert til gjennomføring, oppbevaring og behandling av personvern. Med behandling menes enhver prosess man gjør med personvernopplysninger som for eksempel innsamling, bearbeiding, lagring eller publisering (NSD, u.å). For å gjennomføre denne studien måtte jeg innhente personvernsopplysninger i form av navn og kontaktinformasjon, og jeg var i tillegg avhengig av å ta opp intervjuene med diktafon for senere å kunne bearbeide materialet. Den 20. mai 2021 ble søknad om behandling av personvern oversendt til NSD's register. Godkjenning forelå 10.juni 2021 (ref.nummer 523660, vedlegg 2). Jeg undersøkte samtidig om prosjektet måtte godkjennes av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), men dette var ikke nødvendig.

Det informerte samtykket står sentralt i forskningsetikken (Førde, 2014). I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en samtykkeerklæring basert på mal fra NSD.

Samtykkeerklæringen inneholdt informasjon om studien, opplysninger relatert til oppbevaring av data og anonymisering (vedlegg 3). Samtykket om deltakelse måtte gis skiftelig og returneres. Informantene kunne trekke seg fra studien frem til intervjuene var transkribert, uten å oppgi grunn. Som tidligere nevnt ble lydfilen fra applikasjonen *diktafon* automatisk overført til *Nettskjema*. Materialet var kun tilgjengelig ved innlogging gjennom høgskolens påloggingsportal - Feide. Dette hindret andre i å få tilgang på materialet. Lydfilene ble avspilt gjennom Nettskjema for å forhindre at filen kom på avveie. Når tjenesten Nettskjema ikke var i bruk, ble man automatisk logget ut.

Forskeren må i tillegg ta stilling til en del andre etiske problemstillinger i forbindelse med intervjuprosessen. En kvalitativ intervjuundersøkelse er ofte av personlig karakter, hvilket forutsetter tillit og respekt mellom deltaker og forsker. Med utgangspunkt i studiens problemstilling skal jordmor fortelle hva hun anser som er normal fødsel. Et slikt spørsmål kan for noen oppleves vanskelig å bevare i frykt om at de svarer «feil» i forhold intervjuerens forventning (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 51-52). Som intervjuer var det derfor viktig å trå varsomt og opptre lydhørt ovenfor informantens subjektive oppfatning av fenomenet. Videre ble det tatt stilling til etiske utfordringer i forbindelse med bearbeiding av datamaterialet. Dette gjaldt spesielt utfordringer knyttet til gjenkjenning. Utover anonymisering og ivaretagelse av personvern, ble det forsøkt å gjengi informantenes uttalelser på en slik måte at eventuelle gjenkjennbare faktorer ikke kom til syne (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 106)

5.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres studiens resultater. Gjennom systematisk tekstkondensering fremkom to hovedkategorier.

Tabell 2: Skjematisk presentasjon av resultater

Jordmors tilnærming til den normale fødselen	Jordmors handlingsrom
<i>Definisjon på normal fødsel - ulike oppfatninger</i>	<i>Medikaliseringens betydning</i>
<i>Jordmors særegenhet</i>	<i>Omgivelsenes påvirkning</i>

Jordmors tilnærming til den normale fødselen

5.1 Definisjon på normal fødsel - ulike oppfatninger

Informantene i denne studien hevdet at den normale fødselen er et omstridt tema i dagens samfunn. Det diskuteres hvorvidt en fødsel med enkelte intervensjoner likevel kan defineres som normal, noe informantene mener det kan. Ved spørsmål om hva jordmødrene anså som en normal fødsel svarte de at fødselen måtte starte spontant, til termin og kvinnen måtte være frisk. De var enig i at barnet måtte ligge i lengdeleie, men noen mente imidlertid at en setefødsel også kunne betraktes som normalt. Til tross for en felles oppfatning om at den normale fødselen måtte starte spontant, mente noen at en induisert fødsel også var å anse som normal dersom kvinnen fødte vaginalt. En av dem beskriver det slik:

... en normal fødsel er jo en fødsel som starter spontant til termin. Mor kommer inn med barnet i lengdeleie. Det kan være hodeleie, men det kan også være seteleie. Det kan også bli en normal fødsel selv om den er igangsatt. Men mor må være frisk og ha hatt et normalt svangerskap (...). Også må det være fremgang i fødselen da.

Epidural ble ikke ansett som noen stor intervensjon. Jordmødrene fortalte at de bruker mye alternativ smertelindring, men de anså ikke nødvendigvis fødselen som unormal selv om kvinnen fikk medikamentell smertelindring. De presiserte samtidig at ikke alle ville være enig

i denne påstanden. Jordmødrene uttrykte også en form for uenighet med seg selv. De kunne først fortelle at en normal fødsel var uten intervensjoner som for eksempel epidural eller annen medisinsk smertelindring, for så å kategorisere fødselen som normal så lenge kvinnen fødte vaginalt. Alt i alt poengterte de at definisjonen var av mindre betydning så lenge kvinnen satt igjen med en god fødselsopplevelse.

.. jeg er egentlig ikke så opphengt i de begrepene der. For jeg tenker at dersom hun får epidural eller blir stimulert med oxytocin, men føder vaginalt, ja da har hun født normalt (...). Vi har bare hjulpet litt til på en måte (...) og det viktigste er kvinnens fødselsopplevelse, ikke at fødselen har vært normal.

Jordmødrene fremhevet betydningen av å gi kvinnen en god fødselsopplevelse. Flere mente at kvinnens fødselsopplevelse var viktigere enn å bevare den normale fødselsprosessen. De poengterte at kvinnens følelse av å bli møtt og ivaretatt underveis i prosessen var like viktig uavhengig av om fødselen var normal. En av jordmødrene følte ikke hun gjorde jobben sin dersom hun ikke tok kvinnens ønsker og behov på alvor. Dette til tross for at kvinnens ønsker innebar tiltak eller intervensjoner hun visste kunne medføre komplikasjoner. Det fremkom for eksempel at mange kvinner i dagens samfunn ønsker medisinsk smertelindring, og da må jordmor være åpen for det. Selv om en grønn kvinne blir rød i det hun får epidural mente flere av jordmødrene at man skal gi etter for kvinnens ønske og heller gi henne en god opplevelse.

De må bli tatt på alvor, for noen kommer inn og har problemer med å faktisk stole på kroppen, så må de ha «alt» sier de, som er okei nok. Så da setter vi epidural, for det er å bli tatt på alvor, og det er viktig (...) selv om jeg tenker at de takler riene fint, så er det noe med den følelsen de sitter med selv og at deres ønsker ikke skal avfeies. Det gir jo ingen god opplevelse.

5.2 Jordmors særegenhet

Det fremkom i intervjuene at muligheten for å bevare den normale fødselen avhenger av jordmors egenskaper og personlige tilnærming. Jordmødrene oppga trygghet som en grunnpilar for fødselsprosessen, og mente trygghet ofte bunner i erfaring og autonomi. Å bevare den normale fødselen forutsetter at jordmor er trygg nok på seg selv til å kunne stå for de valgene hun tar. Flere av de erfarne jordmødrene fortalte at dette var vanskeligere som nyutdannet.

... det er jo veldig mye trygghet i erfaring. Det er klart jeg har en annen ro i dag sammenlignet med før, som igjen kan ha positiv innvirkning på kvinnen.

Jordmors tilnærming til den normale fødselen vil i følge informantene påvirke hvilke tiltak som blir iverksatt. De mente at dersom jordmor var risikofokusert og så etter tegn på avvik, ville dette ofte gjenspeile hennes intervensjoner underveis. Det kom i tillegg frem at jordmors forhold til den normale fødselen står ved et slags veiskille. Jordmødrene mente ikke nødvendigvis at definisjonen på normal fødsel har endret seg, men at fødselsomsorgen som alt annet forandrer seg i takt med samfunnet for øvrig.

Jeg er like opptatt av å bevare den normale fødselen nå som tidligere, men premissene har kanskje endret seg litt med årene for hva som skal til.

Informantene mente også at jordmor har en viktig rolle når det kommer til å bygge tillit hos kvinnen. Det var felles enighet om at det første møtet er helt avgjørende for hvordan tillitsforholdet blir dem imellom. Jordmødrene oppga nødvendigheten av å danne en relasjon hvor kvinnen føler seg trygg. De mente at et godt tillitsforhold mellom fødekvinnen og jordmor kunne bidra til en bedre fødselsopplevelse, færre intervensjoner og at kvinnen takler sine fødselssmerter bedre.

... det viktigste er at vi har god kjemi.. eller ikke kjemi, men god tillitt. For det er utrolig hva du kan få til som jordmor dersom du har fødekvinnen med deg på laget (...), hvis dem er trygge på deg og det du sier (...) jeg pleier for eksempel å si at de gjør som de vil inntil jeg sier fra. Da må de høre på meg (...) Da lurer de ikke.

Tid, tålmodighet og tilstedeværelse var gjentakende faktorer som ble ansett som viktig for å kunne bevare en fødsel normal. Informantene oppga én til én omsorg som en av flere avgjørende faktorer. De mente at jordmor måtte være hos kvinnen for å bli ordentlig kjent og for å klare å lese kvinnens tegn. De poengterte også at man måtte ha god tålmodighet, og at det krevde mye av dem som jordmødre å følge opp en normal fødsel.

Skal du ha en normal fødsel, ja da må du jammen være der. Da må du faktisk selv fysisk stå der og kanskje puste gjennom på en del rier, og du kan være ganske sliten når du kommer hjem.

Informantene mente at man som jordmor bør ha evnen til å tenke individuelt og tilpasse hvert enkelt forløp basert på kvinnens utgangspunkt. De mente at det viktigste man gjør som jordmor er å kunne faget sitt og generelt holde «fingrene av fatet», så lenge dette er forsvarlig.

Informantene uttrykte nødvendigheten av å kjenne til det normale for å lettere kunne respondere når noe var avvikende. Enkelte tiltak kunne likevel være nødvendig å iverksette for å unngå komplikasjoner. Alt i alt var informantene opptatt av å bevare det normale fra start, men presiserte at man må jobbe med fødselen som en kontinuerlig prosess. De oppga også at jordmor fremdeles har en viktig rolle i å ivareta det normale, selv om hun må gripe inn i fødselsforløpet av bestemte årsaker. Det fremkom at hverdagen på en fødeavdeling til tider kunne oppleves som en fabrikk, og at dette kan ha innvirkning på fødselsforløpet.

Det er ikke lett å skulle fremme det normale da vi hele tiden vurderer risiko og forholder oss til prosedyrer og retningslinjer. Man må jammen ha et sterkt forhold til den normale fødselen skal man klare å unngå å bli dratt inn i denne fødefabrikkens tannhjul.

Jordmors handlingsrom

5.3 Medikaliseringens betydning

Informantene uttrykte bekymring for hvordan fødselen til stadighet blir mer medisinsk fokusert. Jordmødrene beskrev en tilsynelatende mer prosedyrestyrt fødselsomsorg sammenlignet med før. Det er mange prosedyrer å forholde seg til og det utgjør et visst stress i arbeidshverdagen. De fortalte også at prosedyrene er i ferd med å overta deres vurderingsevne, noe som begrenser deres handlingsrom. Informantene oppga at de noen ganger må iverksette tiltak i tråd med prosedyren selv om de ikke alltid er enig. De føler seg i slike tilfeller ufrivillig tvunget til å intervensere. Det fremkom at enkelte prosedyrer er svært standardisert, og at dette påvirker deres mulighet til å kunne vurdere individuelt. De støtter seg samtidig på at prosedyrene er utarbeidet som resultat av forskning og at risikoen for at noe kan skje er litt for høy dersom de velger å ikke følge prosedyren. Det er en risiko de ikke er villig å ta.

(...) jeg merker jo at vi er i ferd med å bli mer og mer prosedyrestyrt. Jeg kan gi et eksempel fra jeg var nyutdannet. Da satte vi syntocinon på de kvinnene vi vurderte hadde behov for det. Hver eneste fødsel stod jeg og vurderte kvinnens risikofaktorer og palperte uterus (...) så kom plutselig bestemmelsen om at alle skulle ha det.

Prosedyrer for normale fødselsforløp blir lite brukt. Informantene forklarte dette med at man i en hektisk hverdag med mye patologi ofte undersøker hvem som skal ha kontinuerlig overvåking, fremfor å undersøke hvem som ikke trenger det. De hevdet også at man muligens

overvåker fødselen i større grad på store sykehus enn på mindre avdelinger. Dette begrunnet de med tilgjengeligheten på utstyr. Noen anså tilgangen som positivt, mens andre stilte spørsmålstegn ved om tilgjengeligheten også kunne skape frykt hos den fødende kvinnen.

Som fødested er vi profesjonelle. Vi har et tilbud som er trygt for mor og barn. Men på store sykehus blir det ofte mer intervensjon og overvåking enn på små avdelinger, noe som igjen kan skape frykt hos den som skal føde. Det kan være at vi sår en spire med tvil hos den fødende (...) det kan være de føler det utrygt.

Det var felles enighet om at CTG benyttes hyppigere enn før. Informantene fremhevet at lavrisikokvinner kun skal ha CTG på indikasjon, men innrømte at dette ofte «skled ut». Et fåtall av informantene oppga at de kun brukte CTG i tråd med prosedyren og at de ikke tok innkomst-CTG hos kvinner uten risikofaktorer. Noen fortalte imidlertid at de ofte kobler kvinnen til CTG slik at de kan sammenligne registreringene senere i fødselsforløpet. De påpekte også at det føles trygt å ha kvinnen på CTG når de ikke har anledning til å sitte inne sammen med henne. I tillegg har de «ryggen fri» dersom det skulle oppstå en situasjon i etterkant. Som et paradoks til det de fortalte var alle klare på at en fødsel med kontinuerlig overvåking ikke lenger kategoriseres som normal. De mente det burde være godt nok å kun lytte med doppler, men at dagens krav til dokumentasjon var en faktor som skremte de.

Fordi kravet til dokumentasjon har blitt så gjeldende går vi rundt med styggen på ryggen. Vi må hele tiden dokumentere det vi gjør (...) så den tilnærmende hjemmefødselsjordmoren, den er samfunnet i ferd med å slette i kraft av krav vi har i forbindelse med dokumentasjon (...) setter du på en CTG må du praktisk talt ikke være tilstede, da har du jo dokumentasjon på at alt er bra.

Enkelte informanter opplever også bekymring rundt dagens ultralydpraksis. Mange kvinner får høre at barnets vekt ligger over kurven, at de har stort barn. Andre får høre at det er lite fostervann eller at de har en moden morkake. En av informantene hevdet at disse opplysningene kan medføre mer skade enn nytte, og at utviklingen også kan være en av årsakene til at vi i dag har en stigenes induksjon- og keisersnittsfrekvens.

(...) jeg mener absolutt at ultralyd kan være fint, men også dumt fordi det setter noen griller i hodet på den som skal føde. Er det kanskje 400 g pluss minus 10 % på slutten så kan det også være fordi det er vanskelig for legen å måle (...) den gravide skjønner ikke alt de ser og mange tenker at pluss 10% er helt krise (...) så hvis alt er normalt, så synes jeg vi «gir» bort litt mange ultralyder som i for seg bare bidrar til mer frykt og intervensjon.

Basert på informantenes uttalelser er kvinnens kunnskap- og informasjonsgrunnlag helt avgjørende for at man skal kunne bevare den normale fødselsprosessen. Jordmødrene uttrykte mangelfullt kunnskapsgrunnlag om den normale fødselen hos flere av dagens kvinner. De fortalte at kvinnene ofte har tilstrekkelig kunnskap om ulike smertelindring, induksjon og keisersnitt, men mindre kunnskap om hva de selv kan gjøre for å fremme fødselsprosessen. Informantene påpekte nødvendigheten av å informere kvinnen om faktorer som har positiv innvirkning på fødselen i svangerskapsomsorgen, og poengterte at det er for sent å skulle opplyse kvinnen om hva som er viktig for henne når fødselen først er i gang.

(...) jeg tenker at samarbeidet mellom svangerskaps- og fødselsomsorgen skulle vært tettere, og man skulle gjerne hatt en del felles møter om hvordan det kjennes å være gravid og føde.

Jordmødrene hentydet å se en økende trend av kvinner som ønsker å ta i bruk medikamentell smertelindring. De opplevde også at flere og flere fødekvinner er opptatt av kontroll og at de ofte er engstelig for egne reaksjoner under fødselen. Hvorvidt dette skyldes mangel på kunnskap eller generelt at kvinnene styres av samfunnsutviklingen, var de noe mer usikre på.

Jeg føler det har skjedd noe med samfunnet vårt.. Unge kvinner er mye mer opptatt av kontroll og ikke minst redd for å minste kontroll. De er ikke nødvendigvis redd for selve fødselen, men engstelig for egne reaksjoner, hvordan de selv og deres partner skal takle «dette her».

Betydningen av tverrfaglig samarbeid ble også fremhevet. Det fremkom at jordmødrene som oftest samarbeider svært godt med legene, og at legene lar fødselen være jordmors oppgave. Noen prosedyrer oppgir likevel at man skal kontakte lege dersom bestemte situasjoner oppstår, som for eksempel ved langsom fremgang i utdrivningsfasen. Det opplevdes frustrerende hvis legen besluttet vakuumpådrag dersom jordmor mente at kvinnen hadde født normalt hvis hun hadde fått mer tid. Informantene mente generelt at legene intervenserte raskere enn det de selv ville gjort, men hvor raskt intervensjoner ble iverksatt var avhengig av legens erfaring.

(...) Vi har ofte uerfarne turnusleger i vaktordning og dette kan påvirke når og hvilke intervensjoner som blir iverksatt.

5.4 Omgivelsenes påvirkning

Fødestuens utforming og muligheter blir oppgitt som én av flere faktorer som i både positiv og negativ retning påvirker jordmors mulighet til å bevare den normale fødselen.

Jordmødrene fortalte at tilgangen på blant annet dusj og badekar var av stor betydning, men disse godene var derimot ingen selvfølge. Flere av avdelingene hadde kun én fødestue med badekar og dette påvirket deres mulighet til å tilby vann som smertelindring. Det var enighet om at fødestuen bør være et hyggelig rom som innbyr til det normale, men dette var imidlertid ikke tilfelle.

På store fødeavdelinger, som hos oss, er det ikke akkurat koselig forhold på fødestuen. På et av skapene står det blødning med store røde bokstaver.. det appellerer ikke akkurat til det normale.

Det ble stilt spørsmålstegn til hvorfor fødestuen ikke kan innby mer til det normale. Flere mente at det ikke burde være noe problem å fjerne høyteknologisk utstyr, og i stedet hente det inn ved behov. Til tross for at fødestuene per i dag fremstod som høyteknologiske rom, forsøkte jordmødrene å gjøre det beste ut av sine omgivelser. De var bevisst på å ha dempet belysning og forsøkte i utstrakt grad å dekke til eller fjerne utstyr de ikke hadde behov for.

Ja, vet vi jo at på normalenheter har de veldig fine fødestuer, med naturlig belysning, dobbeltseng og badekar. Så man kommer jo i en annen stemning enn hva man gjør på et høyteknologisk rom med CTG-skjermer, pumpestativ og, ja.

Informantene oppga at de savnet fokus på normalitet i avdelingen og mente dette påvirket deres mulighet til å bevare den normale fødselen. De hadde ofte fagdager eller kurs om ulike patologiske tilstander slik som skulderdystoci, blødning, nyfødtressucitering med mer, noe de mente var bra og helt nødvendig. Det var imidlertid ingen som hadde vært på kurs med fokus på den normale fødselen og flere poengterte at dette kunne være på grunn av avdelingskulturen. Hvilken kultur avdeling har i forhold til å bevare den normale fødselen, vil ofte gjenspeile hvilke tiltak som blir iverksatt og hvordan fødeavdelingen blir utformet.

(...) og selvfølgelig så er det viktig med kunnskap om patologi, og vi må vite når vi har behov for det, men jeg synes at vi kan ha enda mer fokus på det normale og hvordan fremme den normale fødselen.

6.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres betydningen av studiens resultater i lys av evidensbasert forskning, teori og gjeldende føringer for fødselsomsorgen.

6.1 Hva er en normal fødsel?

Jordmødrene i denne studien hadde ulikt syn på hva de anså som en normal fødsel. I akademisk og helsepolitisk litteratur blir den normale fødselen som oftest referert til som en fødsel uten eller med svært begrensede intervensjoner (Helsedirektoratet, 2020). I følge WHO (2018a) skal en normal fødsel starte spontant til termin med barnet i hodeleie. I tillegg skal den forløpe uten risiko fra kvinnen ankommer fødeavdelingen til barnet er født. WHO sin beskrivelse står i kontrast med det jordmødrene i denne studien oppga. Noen av jordmødrene fortalte at en setefødsel kunne anses som normalt så lenge kvinnen fødte vaginalt. Dette til tross for forskning som viser at setefødsler gir økt risiko for uheldige utfall, samt økt behov for monitorering og intervensjon (Walkera, Dasguptaa, Hallidaya & Reitter, 2021). Noen mente også at epidural ikke var å anse som en stor intervensjon. Baisong, Bing, Qingning og Xingrong (2021) skriver imidlertid i sin studie at epidural kan medføre maternell feber, protrahert forløp, økt risiko for keisersnitt, instrumentell forløsning og post partum blødning. Deres ytringer kan være resultat av ulike syn på fødselen, men det kan også tenkes at enkelte intervensjoner har blitt så utbredt at noen regner det som en del av den normale fødselen.

Begrepet normal fødsel ble i denne studien fremstilt på forskjellige måter, og informantene var usikre på hvordan de skulle definere begrepet. De mente dette bunnet i at kriteriene for hva som er «normalt» har forandret seg i takt med resten av samfunnet. Phelps og Hased (2012) understreker hvordan denne endringen har skapt etiske utfordringer. Majoriteten av kvinner utsettes i dag for en eller annen form for inngrep under fødselen. Ved å ha så sterkt fokus på å fremme det normale risikerer man at kvinnene ikke opplever fødselen sin som meningsfull med mindre den kategoriseres som normal. Kanskje er begrepet fysiologisk fødsel et bedre begrep, da «normal» kan forstås på forskjellige måter basert på sin kontekst. I Storbritannia refererer de ofte til terminologien «fødsel med komplikasjoner» eller «fødsel uten komplikasjoner». Dette gjør de for å unngå å bruke begrepene normal eller unormal (Phelps & Hased, 2012, s. 444). Som følge av at mange jordmødre i den vestlige verden jobber på høyteknologiske sykehus, kan det være at begrepet normal fødsel har gått fra å beskrive en fødsel uten inngrep og komplikasjoner til å omfavne langt mer.

Det fremkom i intervjuene at selve definisjonen på normal fødsel var av mindre betydning for informantene. The Maternity Care Working Party (2007) (MCWP) presiserer imidlertid i sin rapport at fødselsomsorgen trenger en definisjon på normal fødsel som styrker kvinnens selvtillit og som samtidig ekskluderer inngrep som kan medføre risiko. Videre poengterer de at kvinner som blir indusert, som får epidural eller som blir stimulert med medikamenter under fødselen, ikke kan gå inn under definisjonen på normal fødsel. I motsetning til WHO sin definisjon, fokuserer de ikke på fødselsutfall som for eksempel fosterpresentasjon. Blant de ulike definisjonene ser man flere likheter, og det er kun små forskjeller som skiller dem. ICM har den definisjonen som i størst grad vektlegger kvinnens psykososiale velvære. De beskriver fødselen som en unik prosess bestående av både fysiologiske og psykologiske faktorer (International Confederation of Midwives, 2014a), noe som samsvarer med det fenomenologiske perspektivet (Wright, 1993). MCWP (2007) presiserer at en felles definisjon er viktig for å unngå at kvinner mottar omsorg og tjenester basert på ulike perspektiver og omsorgsmodeller.

Olza et al. (2020) sin arbeidsmodell ser fødselen som en kombinert hendelse og fokuserer således på å inkludere kvinnens psykososiale velvære som ett av flere sentrale aspekter. Deres arbeidsmodell kan ses i sammenheng med ICM (2014a) sin definisjon på normal fødsel. Informantene i denne studien fortalte at de gjerne gav etter for kvinnens ønsker selv om dette innebar intervensjoner som ikke var forenelig med den normale fødselen. De begrunnet dette med en tanke om at ivaretagelse av kvinnens ønsker kunne bidra til en positiv fødselsopplevelse. I Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet og Gülmezoglu (2018) sin studie oppga kvinnene *positiv fødselsopplevelse* som viktigste faktor, og fortalte at ivaretagelse av deres psykososiale velvære var like viktig som deres- og barnets trygghet. Studier viser også at en positiv fødselsopplevelse har stor betydning for kvinnens selvtillit og trygghet i rollen som nybakt mor (Aune et al., 2015; Downe et al., 2019; Downe et al., 2018). Det er samtidig nødvendig å kjenne til at flere medisinske intervensjoner kan være ødeleggende for den normale fødselsprosessen, og på sin side også føre til en negativ fødselsopplevelse (Zeynep et al., 2020).

6.2 Jordmors innvirkning på fødselsforløpet

I følge informantene i denne studien vil jordmors tilnærming til fødselen påvirke hvilke tiltak som blir iverksatt. Davis-Floyd (2001) løfter frem denne påstanden i sin artikkel. Han

hentyder blant annet at måten samfunnet ser på og bruker teknologi, avhenger av hvilket perspektiv som ligger til grunn. I denne studiens teorikapittel ble to ulike perspektiv på fødselen presentert, det biomedisinske og det fenomenologiske. Dersom jordmor ser fødselen i et biomedisinsk perspektiv er det nærliggende å tro at veien til intervensjoner er kortere, enn hvis du hun ser på den som en fysiologisk tilstand preget av helhetlige prosesser. Det er interessant hvordan jordmødre handler etter et biomedisinsk perspektiv da de opprinnelig er tildelt et selvstendig ansvar om å fremme den normale fødselen (International Confederation of Midwives, 2014a). En britisk studie undersøkte nettopp dette. Her fremkom det at jordmødrene synes det var utfordrende å fremme den normale fødselen når de innerst inne bekymret seg for at noe kunne gå galt. De omtalte seg selv som svaner på sjøen, hvor de på overflaten så fredelig og avslappet ut, men at føttene jobbet som galne under vann (Scamell, 2011). Denne metaforen billedliggjør hvordan jordmødre konstant vurderer ulike utfall og samtidig må kjempe for å fremstå rolig og profesjonelle utad.

Informantene oppga trygghet som en forutsetning for å kunne bevare den normale fødselen, og poengter at man som jordmor må være trygg på seg selv for å kunne stå for sine valg. Trygghet kan ses i samsvar med jordmors yrkesidentitet. Jordmoren er beskrevet som den mest egnede omsorgspersonen til å følge opp normale svangerskap og fødsler, samt til å evaluere risiko og oppdage komplikasjoner med behov for tiltak (Phelps & Hassed, 2012). Likevel handler mange jordmødre etter et biomedisinsk perspektiv. Rosset, Lindahl, Blix og Kaasen (2020) oppga i sin studie at 81% av kvinnene som ved innkomst til avdelingen ble selektert som lav-risiko, ved fødselens slutt hadde høy risiko for komplikasjoner. Dette er et oppsiktsvekkende funn. ICM (2018) påpeker i sin rapport nødvendigheten av at jordmødre må fokusere på å normalisere fødselen. Dersom man ser på fødselen som en risikabel hendelse hvor kvinnens kropp kan svikte når som helst, er det nærliggende å tro at jordmødre tilnærmer seg fødselen med en tanke om å være føre var. En slik tilnærming bærer preg av verstefallstenkning, noe som gjør jordmødre mer avhengig av teknologi (Aune, Holsether & Kristensen, 2018). Fehn, Dahlø, Nielsen, Laache og Vanky (2020) mener imidlertid at en føre-var-holdning også kan ha positiv effekt på fødselen. Som eksempel trekker de frem fordelene med å utføre intervensjoner som amniotomi eller oxytocinstimulering i arbeidet med å forhindre mulige komplikasjoner ved langsom fremgang i fødsel. De legger likevel til at det er behov for mer forskning om hvorvidt det er hensiktsmessig å behandle andre tilstander proaktivt.

Det fremkom i denne studiens resulterer at erfaring var av stor betydning i arbeidet med å bevare den normale fødselen. Det er en selvfølge at nyutdannede jordmødre ikke har erfaring på lik linje med drevne, og kanskje er det nettopp derfor vi trenger en felles definisjon og arbeidsmodell for hvordan man bør tilnærme seg kvinnen i fødsel. To ulike omsorgsmodeller er allerede presentert i denne studiens teorikapittel, Rooks (1999) sin «Midwifery Model of Care» og Olza et al. (2020) sin kombinerte omsorgsmodell. Det finnes imidlertid flere ulike modeller for omsorg. Omsorgsmodellen «A Midwifery Model of Women-Centered Care» (MiMo) er designet for å kunne brukes både i og utenfor sykehus. Hensikten med denne modellen er å minimere andelen intervensjoner i fødselsforløpet, samt øke jordmørens fokus på normale fødselsprosesser (Lundgren et al., 2019). Som følge av at sykehusene domineres av det biomedisinske perspektivet, oppga jordmødrene i denne studien at de ofte avviker fra å handle i tråd med overnevnte omsorgsmodell. Resultatene fra MiMo-studien viser imidlertid at en omsorgsmodell gjør jordmødre mer bevisst sin egen rolle. Det kan derfor tenkes at en implementering av en slik arbeidsmodell kan bidra til at jordmødre, inkludert de nyutdannede, erfarer større trygghet i arbeidet med å ivareta den normale fødselen.

Resultatene fra denne studien viser at tilstedeværelse av jordmor er en essensiell faktor for fødselsforløpet, og informantene oppga én til én omsorg som en forutsetning for å kunne bevare den normale fødselen. I følge veilederen «Et trygt fødetilbud» skal sykehusene legge til rette for at kvinner har jordmor med seg fra aktiv fødsel (Helsedirektoratet, 2010). Én til én omsorg gjør det mulig for jordmødre å gi informasjon, veiledning og emosjonell støtte. Disse komponentene bidrar til å gi kvinnen en følelse av kontroll og reduserer dermed behovet for intervensjoner (Bjerga, Risa, Blix & Pay, 2019). Tilstedeværelse vil også være bidragsgivende til et godt tillitsforhold mellom fødekvinnen og jordmor, og informantene mente det første møtet var avgjørende for videre tillitsforhold. Nyman, Downe og Berg (2011) og Aune, Amundsen og Aas (2014) støtter dette i sine studier. Én til én omsorg ble i følge informantene prioritert ved de respektive kvinneklinikkene i denne studien. De la likevel ikke skjul på at det av og til kunne være vanskelig å gjennomføre på grunn av arbeidsbelastning. Noen beskrev arbeidshverdagen som en fabrikk hvor de gikk fra fødsel til fødsel, og oppga at dette påvirket deres mulighet til å bevare den normale fødselen. Forskning viser at kvinner som mottar én til én omsorg under fødselen har større sannsynlighet for å føde spontant uten inngrep, samt redusert risiko for instrumentell forløsning eller keisersnitt. I tillegg kan jordmors tilstedeværelse ha positiv effekt på kvinnens fødselsopplevelse og

påvirke hennes behov og valg av smertelindring (Bjerga et al., 2019; Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017).

6.3 En medikalisert fødselsomsorg?

Informantene i denne studien opplevde at fødselsomsorgen bar preg av medikalisering. WHO poengter allerede i 1994 at medikaliseringen av normale fødsler var en utfordring. Det ble uttrykt bekymring for at friske gravide kvinner fødte i obstetriskstyrte- høyteknologiske institusjoner, da dette kunne resultere i at de ble behandlet med samme inngrepsnivå uavhengig av deres risiko for komplikasjoner (World Health Organization, 1994:2, s. 16). Likevel, 25 år senere, er medikalisering av normale fødsler tema for diskusjon. Det fremkom i intervjuene at stadig fler anser fødselen som en medisinsk hendelse og at hverdagen i stor grad styres av prosedyrer. Overmedikalisering av fødselen er kjent praksis i mange land og innebærer upassende eller uhensiktsmessig bruk av intervensjoner (Miller et al., 2016). Begrepet har for mange fått en negativ klang. Det kan trolig bero på at man som følge av medikaliseringen benytter intervensjoner man ikke har bevis for er en fordel, og som i tillegg kan medføre skade ved uhensiktsmessig bruk (Aune et al., 2015; Miller et al., 2016). Det er likevel viktig å huske på alt det positive medikaliseringen også har ført med seg. Flere steder i verden kjempes det fremdeles en kamp mot mødredødelighet som mangel på blant annet moderne medisinsk teknologi (Miller et al., 2016).

Informantene i denne studien opplevde at prosedyrene begrenset deres handlingsrom. De fortalte om situasjoner hvor de måtte iverksette tiltak i tråd med prosedyren selv om de ikke var enig, og mente prosedyrene var så standardisert at de i stor grad begrenset deres mulighet til å vurdere selv. Kliniske prosedyrer er i all hovedsak utarbeidet for å sikre at helsepersonell utfører bestemte handlinger i henhold til evidensbasert kunnskap (Helsebiblioteket, 2016). Selv om bruk av prosedyrer ikke er lovregulert kan det i praksis få stor betydning dersom jordmor velger å fravike fra dem. Dette bunner i at fravikelse kan oppfattes som brudd på forsvarlighetskravet (Helsepersonelloven, 1999§ 4). Man kan på den ene siden fremheve nødvendigheten av at jordmor må tenke selv og vurdere hvert enkelt tilfelle da ingen fødsler er like. På den andre siden er det svært forståelig hvorfor jordmødre velger å handle i tråd med prosedyren, da de i teorien kan bli tatt for å bryte loven. Det fremkom også at prosedyren for normale fødselsforløp sjeldent ble brukt. Dette ble begrunnet med at man på kvinneklinikk har størst fokus på patologi, og at man derfor lett kunne glemme å fremme den normale

fødselsprosessen. Denne uttalelsen støtter WHO (1994:2) sin bekymring om at friske gravide kvinner risikerer å utsettes for unødvendige intervensjoner når de føder i en kvinneklinikk. Hvis prosedyren for normal fødsel i større grad hadde blitt anvendt, er det nærliggende å tro at behovet for prosedyrer som regulerer intervensjoner hadde blitt mindre brukt.

Et ledende prinsipp for fødselsomsorgen er at tiltak kun skal iverksettes i helt nødvendige situasjoner med resonnement om at tiltaket tilfører mer nytte enn skade (World Health Organization, 2018). Det var i denne studien enighet om at kardiokografi (CTG) ikke skal benyttes unødvendig. Likevel oppga informantene at de brukte CTG mer enn anbefalt. En studie fra 2019 registrerte at innkomst-CTG ble utført hos 77% av lavrisikofødende. Likedan fremkom det i en studie fra 2020 at CTG ble brukt unødvendig hos 82% av dem med lav risiko for komplikasjoner. I normale fødselsforløp anbefales det at jordmor bruker intermitterende auskultasjon. CTG skal kun benyttes i henhold til prosedyre eller hvis fødselen avviker fra det normale (Jørandi et al., 2019; Rosset et al., 2020). Informantene i denne studien oppga egen trygghet og frykten for å overse noe som ulike årsaker til hvorfor de brukte CTG utenom anbefalingene. Jørandi et al. (2019) og Blix og Ohlund (2007) fremhever i sine studier samme begrunnelse for bruk av enkelte intervensjoner. Dette er oppsiktsvekkende, da studier har vist at flere obstetriske intervensjoner, inkludert CTG, kan medføre økt risiko for komplikasjoner hos mor og barn (Rosset et al., 2020; Westergren, Edin, Lindkvist & Christianson, 2021).

Informantene i denne studien uttrykte bekymring for dagens ultralydpraksis. De fortalte at ultralyd i mange tilfeller var et godt verktøy, men opplevde at det til tider ble brukt uhensiktsmessig. Selv om informantenes uttalelser i utgangspunktet omhandler bruk av ultralyd i svangerskapet, er ultralyd på full fart inn på fødestuen også. Med mål om å optimalisere mor-barn relaterte utfall, har det de siste tjue årene blitt vanlig å regulere og overvåke den fysiologiske fødselsprosessen (Westergren et al., 2021). Selv om hensikten med en slik tilnærming er god fremhever den ikke fødselen som en fysiologisk og fenomenologisk hendelse. Den beskriver derimot fødselen fra et biomedisinsk perspektiv, hvor kontroll er av største betydning (Wright, 1993). Det ble nylig utført en studie hvor de undersøkte effekten av å bruke ultralyd under fødselen til å vurdere fosterpresentasjonen ved protrahert forløp. Studien konkluderte med at ultralyd ved riktig bruk kunne forhindre unødvendige keisersnitt (Dall'Asta et al., 2021). Selv om denne studien fremhevet bruk av ultralyd under fødsel som noe positivt, bør man ta stilling til at implementering kan føre til rutinemessig bruk, og

dermed resultere i at jordmoren slutter å bruke egne ferdigheter til å vurdere fosterets presentasjon.

Det ble i denne studien poengtert hvordan medikaliseringen påvirker ulike valg kvinnen foretar seg under fødselen. Kvinnens kunnskap om det normale ble ansett som en viktig faktor når det gjaldt jordmors mulighet til å bevare den normale fødselen, og informantene mente ansvaret lå hos jordmødrene i svangerskapsomsorgen. Olza et al. (2020) fremhever i sin kombinerte omsorgsmodell nødvendigheten av at kvinnen har kjennskap til de fysiologiske prosessene som foregår under en normal fødsel. Kvinnen må ha kunnskap om oxytocinets betydning og hvordan hun selv kan fremme produksjonen av endogent oxytocin. I tillegg må hun ha forståelse for hvordan oxytocinproduksjonen forstyrres ved ulike stressreaksjoner, og ikke minst hvilke faktorer som kan føre til reaksjon på stress (Olza et al., 2020). Resultatene i denne studien viser at fødekvinnen ofte har kunnskap om ulike smertelindringsmetoder og potensielle intervensjoner som induksjon og keisersnitt, men mindre kunnskap om den normale fødselen. I tillegg opplyses det om at stadig flere kvinner har ønske om medikamentell smertelindring under fødselen. I følge medisinsk fødselsregister har bruken av epidural økt fra 24% i 2001 til 42% i dag (Medisinsk fødselsregister, 2021b). Informantene i denne studien hentydet at økningen trolig skyldes fødekvinnens behov for kontroll, samt frykten mange har for fødselen. Aune, Brøtmet, Grytskog og Sperstad (2021) oppgir imidlertid i sin artikkel at jordmødre har svært ulike holdninger til epidural og at dette kan påvirke deres interesser og preferanser.

Tverrfaglig samarbeid ble i denne studien vektlagt stor betydning for fødselsforløpet. Den normale fødselen ble ansett som jordmors ansvar og dersom fødselen avvek fra det normale ble lege kontaktet. Denne tilnærmingen samsvarer med generelle anbefalinger for jordmors ansvarsområde (International Confederation of Midwives, 2014b). Det var av allmenn oppfatning at obstetrikere intervenerte mer og på mindre grunnlag enn jordmor. Rooks (1999) presiserer at jordmødre og leger har ulik tilnærming til hvordan en fødsel bør ivaretas best mulig. Skal vi tillegge hennes oppfatning sannhet, har leger fokus på patologi og risiko og jordmødre fokus på normalitet. En britisk studie fra 2019 ønsket å undersøke hvordan risikobegrepet ble oppfattet av gravide, jordmødre og leger. I forkant av studien ble leger generelt ansett som mer risikofokusert enn jordmødre, men resultatene viste imidlertid at legene var den gruppen som fokuserte minst på risiko (Lee, Holden, Webb & Ayers, 2019). Dette er et interessant funn da jordmødre er tildelt ansvar for det normale og legene i

utgangspunktet skal forholde seg til patologi. Igjen blir betydning av jordmors syn på fødselen en nødvendighet for hvordan hun kan bevare den normal.

6.4 Omgivelsenes betydning for fødselen

Informantene i denne studien mente at omgivelsene på fødestuen har betydning for fødselsprosessen. Det fremkom at fødestuen burde være et rom som appellerte til normalitet, men slik var det nødvendigvis ikke. En svensk studie fra 2021 undersøkte hvordan fødestuen påvirker jordmors mulighet til å fremme en normal fødsel, og kom i sin studie frem til at fødestuens utforming har essensiell betydning. De poengter at dersom fødestuen hadde et sykdomsorientert uttrykk ville det være vanskeligere for jordmor å beskytte kvinnen fra forstyrrende elementer (Andrén, Begley, Dahlberg & Berg, 2021). Informantene i denne studien skildret fødestuene som rom fylt av teknologisk utstyr, pumpestativ og beredskapsbakker. De var selv uvitende til hvorfor utstyret måtte plasseres på fødestuen og mente at det med fordel kunne medbringes ved behov. Informantenes uttalelser tydeliggjør hvordan man i sykehusene behandler fødselen som en medisinsk hendelse med behov for beredskap. På den ene siden kan det tenkes at umiddelbar tilgang på teknologisk utstyr vil bedre utfallene for mor og barn dersom komplikasjoner oppstår. På den andre siden er det nærliggende å tro at tilgjengeligheten bidrar til mer intervensjoner. Selv om fødestuene fremstod som høyt teknologiske rom, tilstrebet jordmødrene å gjøre det beste ut av sine omgivelser. De dekket til utstyr som ikke var i bruk og dempet belysningen da dette var mulig. Forskning viser at dempet belysning kan påvirke menneskekroppen positivt og bidra til at kvinnen går «inn i seg selv» (Nielsen, Bille & Barfoed, 2020). Fødestuens belysning kan dermed anses som en bidragsgivende faktor i arbeidet med å bevare en fødsel normal i sykehus.

Informantene fortalte at tilgangen på dusj og badekar hadde stort betydning for fødselen. Det var imidlertid flere av de respektive kvinneklinikkene som kun hadde en til to fødestuer med badekar. Bruk av vann har flere fordeler i fødsel. Det kan blant annet brukes om et alternativ til medikamentell smertelindring for å bevare fødselen normal. Virkningsmekanismen av varmt vann er under forskning, men gir per i dag ingen uønskede konsekvenser (International Confederation of Midwives, 2014a; Newnham, McKellar & Pincombe, 2015). Da fødeklinikkene i denne studien ikke hadde tilgang på badekar, begrenset dette kvinnenes mulighet til å velge vann som alternativ smertelindring. Carlsson og Ulfsdottir (2020) legger i

sin artikkel frem fordeler og ulemper ved vannfødsel. De hevdet at vannet bidro til en følelse av vektløshet som igjen opplevdes smertelindrende. I tillegg hadde vannet en avslappende effekt, noe som førte til at fødselen progredierte raskere. De beskrev badekar som mindre klinisk, og noen mente også at de ikke trengte medikamentell smertelindring som følge av effekten vannet ga (Carlsson & Ulfssdottir, 2020). En australsk studie fra 2015 undersøkte hvordan risikokulturen i sykehus påvirker jordmødres holdninger til ulik smertelindring i fødsel. De skriver at man i sykehus plasserer lavrisikokvinner inn i en kontekst som opprinnelig er tiltenkt de med høy risiko for komplikasjoner. Dette gjenspeiler også kvinnenens tilbud om smertelindring i fødsel. Til tross for tilgang på badekar ble dette svært lite brukt. De oppgir at medikaliseringen har ført til at smertelindring som epidural blir ansett som et lettere alternativ, til tross dens risiko for komplikasjoner (Newnham et al., 2015).

Avdelingskulturen på fødeklinikkene var tydelig preget av risikotenkning. Både gjennom kollegiale samtaler og arrangerte fagdager var det fokus på kompliserte scenarier som skulderdystoci, blødning og resuscitering av nyfødte. På bakgrunn av at statens helsetilsyn har behandlet flere klagesaker relatert til manglende kunnskap om fødselskomplikasjoner (Helsedirektoratet, 2010), er det svært betryggende at kvinneklinikkene tilstreber å bedre kvaliteten på disse tjenestene. Det er likevel viktig å være bevisst på at en avdelingskultur med sterkt fokus på risiko kan stimulere til ytterligere medikalisering (Skogheim & Lundgren, 2021). Aune et al. (2021) fant i sin studie ut at fødeavdelingens kultur ikke bare påvirket jordmødrenes holdninger og syn på fødselen, men også deres yrkesutøvelse. Newnham et al. (2015) støtter denne påstanden og mener at en avdelingskultur preget av risiko gjør det vanskeligere å bevare den normale fødselsprosessen.

7.0 Metodediskusjon

I dette kapittelet vil studiens gyldighet diskuteres i lys av begrepene *refleksivitet*, *relevans* og *validitet*. Refleksivitet beskriver forskerens evne til å overveie og håndtere egne forutsetninger og forforståelse. Relevans dreier seg om hvordan resultatene bringer med seg ny kunnskap som kan benyttes i en annen kontekst enn det den opprinnelig er tiltenkt. Og validitet beskriver i hvilken grad studiens resultater er gyldige. Disse tre punktene utgjør det Malterud (2018) omtaler som grunnlagsprinsipper for vitenskapelig kunnskap.

I denne studien ble kvalitativ tilnærming benyttet som metode. Denne metoden ble ansett som godt egnet basert på dens evne til å fange opp nyanser i menneskelige erfaringer, opplevelser og tanker (Malterud, 2018, s. 31). Metoden har likevel sine svakheter, da man gjennom kvalitativ tilnærming forholder seg til en mindre mengde informanter enn man for eksempel gjør ved kvantitativ metode. Enkelte vil kunne påstå at resultatene i en kvantitativ studie vil kunne medføre større generaliserbarhet. Generaliserbarhet er likevel et problematisk begrep, da ingen kunnskap er allmenngyldig (Malterud, 2018, s. 23). Målet med denne studien er imidlertid ikke at den skal være generaliserbar, men at den skal ha relevans i form av overførbarhet til andre situasjoner enn der den er utført (Graneheim & Lundemann, 2004; Malterud, 2018, s. 23-24). Ved å benytte kvalitativ metode vil man oppnå mer dybde gjennom informantenes subjektive uttalelser (Malterud, 2018, s. 30). Det var i denne studien ønskelig å belyse jordmors syn på den normale fødselen, samt hvilke faktorer som påvirket hennes mulighet til å bevare den i sykehus. Med bakgrunn i statistikk og forskning anses tema for oppgaven svært dagsaktuelt, som igjen stiller større krav til forskerens forforståelse og refleksivitet (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 44; Malterud, 2018, s. 19, 44). Som Malterud (2018) skriver: «Selv er jeg bare et menneske styrt av indre motiver, bilder og forestillinger». For at denne studien skulle frembringe ny kunnskap har jeg derfor tilstrebet å ha en refleksiv holdning gjennom alle ledd. Jeg har til enhver tid i forskningsprosessen forsøkt å erkjenne og overveie egne holdninger og forforståelse.

Når man snakker om relevans i forbindelse med kvalitative studier handler det i stor grad om hvordan studien frembringer ny kunnskap. Man må med det ta stilling til spørsmål knyttet til relevans gjennom hele forskningsprosessen. Utvalget har stor betydning for studiens relevans da informantenes bakgrunn og egenskaper kan være helt avgjørende for hvordan problemstillingen blir besvart. Av den grunn får begrepet validitet også stor betydning i denne

sammenhengen (Malterud, 2018, s. 21,58). Med mål om å skape et nyansert bilde av fenomenet ble det i denne studien gjort et strategisk utvalg. Informantene ble rekruttert via avdelingsleder på de respektive kvinneklinikkene. En styrke med denne rekrutteringsmetoden er at man når direkte ut til den gruppen man ønsker å komme i kontakt med. En svakhet er at man utelukker eventuelle andre informanter som kunne tilført studien betydningsfulle perspektiver og tanker rundt fenomenet. Studiens siste informant ble rekruttert gjennom det Malterud (2018) omtaler som snøballteknikk. En slik utvalgsstrategi baserer seg på et tilgjengelighetsutfall, hvilket kan anses som en svakhet med tanke på studiens relevans. Informanten måtte imidlertid innfri studiens inklusjonskriterier og ble med det ansett som egnet til å besvare denne studiens problemstilling.

Inklusjonskriteriene for deltakelse ble utarbeidet med hensikt om at informantene skulle ha best mulig potensiale til å belyse problemstillingen. Å velge deltakere med ulike erfaringer øker muligheten for å belyse problemstillingen fra en flere aspekter. Graneheim og Lundemann (2004) presiserer at man bør ha en klar og tydelig beskrivelse av deltakerens egenskaper, kultur og kontekst, da dette styrker studiens overførbarhet. Det var som beskrevet i studiens metodekapittel ønskelig å inkludere informanter med ulik bakgrunn i form av ansiennitet og stillingsbrøk. I tillegg skulle informantene ha tilhørighet fra forskjellige sykehus med geografisk spredning. Utvalget i denne studien består av informanter som gir grunnlag for nyanser og mangfold basert på deres ulike karaktertrekk. Likevel kan utvalget oppleves homogent, da alle informantene hadde interesse for det aktuelle fenomenet. Man bør også merke seg at resultatene kunne vært annerledes dersom man for eksempel inkluderte jordmødre som tidligere har arbeidet på en normalenhet eller motsatt. Dette kan oppfattes som en svakhet ved utvalget.

Det finnes mange ulike veier til kunnskap i den kvalitative forskningstradisjonen. Det ble i denne studien gjennomført individuelle semistrukturerte intervju. Denne formen for innsamling bidrar til å oppnå rike og relevante empiriske data, og ble derfor ansett som godt egnet. Fokusgruppeintervju ble også vurdert da slike intervju kan gi et godt materiale når man vil utforske felles erfaringer. Men på bakgrunn av at denne studiens problemstilling etterspør individuelle beskrivelser slik som «Hva anser *du* som er normal fødsel?», ble det å intervju i fokusgruppe ansett som risikabelt, da gruppedynamikken kunne forhindre deltakerens individuelle synspunkter (Malterud, 2018, s. 69-70).

Som helt fersk innen kvalitativ forskning kan det være vanskelig å stille de riktige oppfølgingsspørsmålene og intervjuet kan lett gå en annen vei enn det man hadde tenkt (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 170). Som forberedelse ble det derfor utarbeidet en intervjuguide som skulle gjøre det lettere å lede informantene inn på de ulike temaene jeg ønsket svar på. Jeg overveide samtidig egen refleksivitet, slik at intervjuene ga svar basert på informantens synspunkter og ikke egen forforståelse. Kvale og Brinkmann (2021, s. 190) skriver imidlertid at et godt intervju rommer stor spontanitet og at ikke alt kan være planlagt på forhånd. Fleksibilitet er en forutsetning da det bidrar til at spørsmålene knyttes opp mot informantens forutsetninger, samtidig som det gir rom for at spørsmål som ikke er planlagt på forhånd også kan bli besvart (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 164). En slik spontan tilnærming øker sannsynligheten for spontan, levende og uventende svar, og styrker studiens validitet.

I kvalitative studier er ofte datainnsamlingen av personlig karakter, og dette forutsetter et godt tillitsforhold mellom deltaker og forsker. Som følge av Covid-19 pandemien ble intervjuene gjennomført digitalt. Intervjuers kroppsspråk og øyekontakt med informanten kan nødvendigvis svekkes som følge av digital overføring. Dette kan ha påvirket muligheten for et solid tillitsforhold. Noen av informantene satt hjemme under intervjuene og noen satt på arbeidsplassen. Å sitte hjemme kan ha gitt informantene ro i den form av at de oppholder seg i et miljø de kjenner til og er trygge på. Men det kan også tenkes at informantene som satt på arbeidsplassen var mer tilstede i det aktuelle fenomenet som følge av sine omgivelser. Man bør vurdere hvorvidt dette har betydning for validiteten, samt overførbarheten av datamaterialet.

Som uerfaren forsker ble det ansett som relevant å velge en analysemetode som styrker studiens validitet. Systematisk tekstkondensering ble derfor valgt. Da denne studien hovedsakelig er utført av én forsker, var det nødvendig å ta stilling til hvordan dette påvirket fortolkningsarbeidet. Kvale og Brinkmann (2021) skriver at fortolkning innebærer at forskeren ser forbi det som direkte blir sagt, og finner meningsstrukturer og betydning utover det som fremtrer umiddelbart. Videre presiserer de hvordan forskjellige lesninger kan resultere i ulike tolkninger. Malterud (2018) mener resultatene har større sannsynlighet for å være gyldig dersom flere er enig med det som konkluderes. Fortolkningsarbeidet ble derfor gjort i samråd med veileder. Dette styrkes studiens validitet og relevans. Som en del av STC

skal meningsbærende enheter kodes. I denne delen av analysen ble refleksivitet av stor betydning for at kodene ikke skulle bli utarbeidet som resultat av egen forforståelse.

7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Denne studien belyser et svært aktuelt og omdiskutert tema i fødselsomsorgen. Studien kan bidra med økt kunnskap og forståelse om hva jordmødre anser som en normal fødsel, og hvilke faktorer de mener påvirker deres mulighet til å bevare den normale fødselen i sykehus. Studien bidrar til økt fokus på hvordan avdelingskulturen og de ulike perspektivene på fødselen kan påvirke jordmors praksis.

Studien har et begrenset omfang i form av antall informanter. Det er derfor behov for mer forskning på området. Ved å ta for seg tematikken fra kvinnenes ståsted kunne man undersøkt deres opplevelse av hvordan jordmødre fremmer den normale fødselen under svangerskap og fødsel. Det kunne også vært interessant å undersøke hvordan samfunnets syn på fødselen som en risikofylt hendelse påvirker kvinnenes ønske om og motivasjon til å selv føde normalt.

8.0 Konklusjon

Man har i denne studien fått en dypere forståelse for hva jordmødre anser som en normal fødsel og hvilke faktorer som kan påvirke deres mulighet til å bevare en fødsel normal i sykehus. Jordmødrene hadde ulik oppfatning av hva de anså som normalt. Deres syn på fødselen bar preg av ulike perspektiver. Jordmors særegenhet ble ansett som en viktig faktor. I det lå det at jordmor må se fødselen som en normal hendelse og ikke en tilstand med behov for intervensjon. I tillegg må hun være trygg, utvise tillit til fødekvinnen og være tilstede. Jordmors handlingsrom var preget av økt medikalisering. Standardiserte prosedyrer gjorde det vanskelig å bevare den normale fødselen, og jordmødrene følte at prosedyrene overtok deres vurderingsevne. Intervensjoner som CTG ble brukt som alternativ til tilstedeværelse, samt i frykt for å overse noe. Jordmødrene fortalte at dagens krav til dokumentasjon resulterte i at de intervenserte utenom anbefalinger. Kvinneklinikkens omgivelser var sterkt preget av et biomedisinsk perspektiv og dette påvirket jordmors mulighet til å bevare fødselen normal. Resultatene i denne studien viser hvordan det å bevare en normal fødsel i sykehus kan være utfordrende i et risikopreget samfunn. Som jordmor må man derfor ha et sterkt fokus på normalitet og være bevisst på de ulike faktorene som bidrar til ytterligere medikalisering av fødselen.

Referanser

- Andrén, A., Begley, C., Dahlberg, H. & Berg, M. (2021). The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth - a qualitative interview study with midwives in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1939937>
- Aune, I., Amundsen, H. H. & Aas, L. C. S. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Elsevier ltd.*, 30(1), 89-95. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>
- Aune, I., Brøtmet, S., Grytskog, K. H. & Sperstad, E. B. (2021). Epidurals during normal labour and birth — Midwives' attitudes and experiences. *Elsevier*, 34(4), 384-389. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.001>
- Aune, I., Holsether, O. V. & Kristensen, A. M. T. (2018). Midwifery care based on a precautionary approach Promoting normal births in maternity wards: The thoughts and experiences of midwives. *Elsevier*, 16, 132-137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.005>
- Aune, I., Torvik, H. M., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positiv birth experience- Norwegian women`s perspectives. *Midwifery*, 31, 721-727. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Baisong, Z., Bing, L., Qingning, W. & Xingrong, S. (2021). The relationship between epidural analgesia and intrapartum maternal fever and the consequences for maternal and neonatal outcomes: a prospective observational study. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 1-9. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1080/14767058.2021.1879042>
- Bjerga, B. G., Risa, M., Blix, E. & Pay, A. D. D. (2019). One-to-one care routines and compliance with the national professional recommendation on continuous intrapartum support in Norway: A national survey. *European Journal of Midwifery*, 3(14), 1-5. <https://doi.org/https://doi.org/10.18332/ejm/110064>
- Blix, E., Kumble, M. & Øian, P. (2008). Hvor lenge kan en normal fødsel vare? *Tidskriftet-den norske legeförening*, 6(128), 686-689.
- Blix, E. & Ohlund, L. (2007). Norwegian midwives' perception of the labour admission test. *Midwifery*, 23(1), 48-58. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.10.003>
- Blix, E. & Øian, P. (2017). Metoder for fosterovervåkning under fødselen. I *Jordmorboka-ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 507-519). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blaaka, G. & Eri, T. S. (2008). Doing midwifery between different belief systems, 24(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Carlsson, T. & Ulfsdottir, H. (2020). Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 76, 1221-1231. <https://doi.org/DOI:10.1111/jan.14336>
- Coulm, B., Ray, C. L., Lelong, N., Drewniak, N., Zeitlin, J. & Blondel, B. (2012). Obstetric Interventions for Low-Risk Pregnant Women in France: Do Maternity Unit Characteristics Make a Difference? *Birth; issues i perinatal care*, 39(3), 183-191. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00547.x>
- Dall'Asta, A., Rizzo, G., Masturzo, B., Di, E. P., Schera, G., Morganelli, G., ... Ghi, T. (2021). Intrapartum sonographic assessment of the fetal head flexion in protracted

- active phase of labor and association with labor outcome: a multicenter, prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 225(2).
<https://doi.org/https://dx-doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1016/j.ajo...>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, (0), 5-23.
[https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Downe, S., Byrom, S. & Topalidou, A. (2019). *Why physiological labour and birth matter in a technological world*. London Pinter and Martin Ltd.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M. & Gülmezoglu, M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(4), 1-17.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Farstad, A. (2016). *På liv og død- distriktjordmødrenes historie*. Norge: Samlaget.
- Fehn, M. B., Dahlø, R., Nielsen, R., Laache, I. & Vanky, E. (2020). Proactive versus standard support of labour in nulliparous women; study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(358).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13063-020-4191-9>
- Funai, E. F. & Norwitz, E. R. (2021, 10. september 2021). Management of normal labor and delivery. Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery>
- Førde, R. (2014, 10. september 2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Graneheim, U. H. & Lundemann, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. <https://doi.org/doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hashemibonjar, Z. S., Zaboli, R., Khalesi, N. & Movahedi, A. F. (2020). Implementation of the Promoting Normal Birth Program in Iran - A Qualitative Study. *Evolution Med. Dent. Sci*, 9(17), 1416-1422. <https://doi.org/DOI:10.14260/jemds/2020/309>
- Helman, C. G. (2007). Gender and reproduction. I C. G. Helman (Red.), *Culture, Health and Illness*. London: Hodde Education.
- Helsebiblioteket. (2016, 07. juni). Retningslinjer og fagprosedyrer. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende/retningslinjer-og-fagprosedyrer>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2019, 30. oktober 2019). Fødeplass og fødetilbud- slik får du det. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/fodsel/fodested/#kvinneklinnikk-fodeavdeling-eller-fodestue>
- Helsedirektoratet. (2020, 3. desember). Fødsel- fødsler uten større inngrep og komplikasjoner. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/fodsler-uten-storre-inngrep-og-komplikasjoner>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-2021-06-11-67). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

- International Confederation of Midwives. (2014a). Keeping Birth Normal. Hentet fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014b). Philosophy and Model of Midwifery Care. Hentet fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- Jørandi, K., Nese, A. K., Vik, E. S. & Aasekjær, K. (2019). Bruk av innkomst-CTG hos lavrisikofødende kvinner: en klinisk audit. *Sykepleien Forskning*, 14. <https://doi.org/DOI:10.4220/Sykepleienf.2019.78661>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Lee, S., Holden, D., Webb, R. & Ayers, S. (2019). Pregnancy related risk perception in pregnant women, midwives & doctors: a cross-section survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(335). <https://doi.org/doi:10.1186/s12884-019-2467-4>
- Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C. & Olafsdottir, O. A. (2019). Health professionals' perceptions of a midwifery model of women-centred care implemented on a hospital labour ward. *Elsevier*, 33, 60-69. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.004>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Maternity Care Working Party. (2007). Making normal birth a reality- Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth. Hentet fra http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/normal_birth_consensus.pdf
- Medisinsk fødselsregister. (2021a, 27. april). Fødte og fødsler per institusjon Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Medisinsk fødselsregister. (2021b). Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. 16:anestesi/analgesi. Hentet 05.oktober 2021 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Comandé, D., Diaz, V., ... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2177-2192. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Newnham, E. C., McKellar, L. V. & Pincombe, J. I. (2015). Documenting risk: A comparison of policy and information pamphlets for using epidural or water in labour. *Elsevier*, 28(3), 221-227. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.012>
- Nielsen, S. L., Bille, M. & Barfoed, A. B. (2020). Illuminating bodily presence in midwifery practice. *Elsevier*, 37, 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.emospa.2020.100720>
- NSD. (u.å). Fylle ut meldeskjema om personvernopplysninger. Hentet 26. august 2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- Nyman, V., Downe, S. & Berg, M. (2011). Waiting for permission to enter the labour ward world: First time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2, 129-134. <https://doi.org/doi:10.1016/j.srhc.2011.05.004>
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., ... Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth *PLOS ONE* 15(7). <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

- OsloMet. (2021a, 22.april). Kom i gang med lydopptak. Hentet fra <https://student.oslomet.no/kom-i-gang-med-lydopptak>
- OsloMet. (2021b, 9. mars). Rutine for bruk av Zoom i forskningsintervjuer. Hentet fra <https://ansatt.oslomet.no/rutine-zoom-forskningsintervjuer>
- Phelps, K. & Hassed, C. (2012). *Joints and Connective Tissues: General Practice: The Integrative Approach Series*. Australia: Churchill Livingstone
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384, 1129-1145. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Rooks, J. (1999). The midwifery model of care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(4). [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0091-2182\(99\)00060-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0091-2182(99)00060-9)
- Rossen, J., Eggebø, T. M., Ellingsen, L., Bernitz, S. & Røe, K. (2020, 17.februar). Stimulering av rier. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp/stimulering-av-rier/>
- Rosset, I. K., Lindahl, K., Blix, E. & Kaasen, A. (2020). Recommendations for intrapartum fetal monitoring are not followed in low-risk women: A study from two Norwegian birth units. *Elsevier* 26, 1-4. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100552>
- Sandvik, G. B. (1995). *Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor: fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning*. Bergen: Det psykologiske fakultet, UiB.
- Scamell, M. (2011). The swan effect in midwifery talk and practice: a tension between normality and the language of risk. *Sociology of Health & Illness*, 33, 987-1001. [https://doi.org/ https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01366.x](https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01366.x)
- Skogheim, G. & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 1(17). <https://doi.org/https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Svelato, A., Ragusa, A. & Manfredi, P. (2020). General methods for measuring and comparing medical interventions in childbirth: a framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(279), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-020-02945-5>
- United Nations. (2006). *The Millennium Development Goals Report 2006*. New York. Hentet fra <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>
- Walkera, S., Dasguptaa, T., Hallidaya, A. & Reitter, A. (2021). Development of a core outcome set for effectiveness studies of breech birth at term (Breech-COS): A systematic review on variations in outcome reporting. *Elsevier Ltd.*, 263, 117-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.021>
- Westergren, A., Edin, K., Lindkvist, M. & Christianson, M. (2021). Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Elsevier*, 34, 118-127. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.009>
- World Health Organization. (1994:2). *The Partograph: The application of the WHO Partograph in the Management of Labour. Report of a WHO multicentre study 1990-1991* (NO 33094PAc.2).
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=10906FD6BD283A3F99B43408A33309DE?sequence=1>
- Wright, G. H. v. (1993). *Vitenskapen og fornuften* Oslo: Cappelen.

Zeynep, D., Semra, E., Ciler, E., Didem, K. & Meryem, E. (2020). Routine Interventions During Normal Birth: Women's Birth Experiences and Expectations. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), 1868. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Zeynep-Dasikan-2/publication/348372482_Routine_Interventions_During_Normal_Birth_Women's_Birth_Experiences_and_Expectations/links/5ffb795d92851c13fe02e01e/Routine-Interventions-During-Normal-Birth-Womens-Birth-Experiences-and-Expectations.pdf

Vedlegg 1- Godkjenning NSD

Side 1- godkjenning NSD

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

Når den normale fødselen er i ferd med å bli unormal "En kvalitativ studie om hvilke faktorer som påvirker jordmors evne til å fremme den normale fødselen i sykehus"

Referansenummer

523660

Registrert

20.05.2021 av Maren Hansen - s347365@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for naturvitenskapelig helsefag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Kaasen, annkaa@oslomet.no, tlf: 90746802

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Maren Hansen, s347365@oslomet.no, tlf: 94889827

Prosjektperiode

16.04.2021 - 01.03.2022

Status

10.06.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

10.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 01.06.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.03.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

TAUSHETSPLIKT

Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

Side 2- Godkjenning NSD

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2- Samtykkeerklæring

Side 1- Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

Når den normale fødselen er i ferd med å bli unormal

"En kvalitativ studie om hvilke faktorer som påvirker jordmors evne til å fremme den normale fødselen i sykehus"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en bredere forståelse for hvordan jordmødre arbeider for å fremme normale fødselsforløp ved fødsler i sykehus, samt hvilke faktorer som påvirker hennes arbeid. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få innsikt i og forståelse for hvilke faktorer som påvirker jordmor i arbeidet med å fremme den normale fødselen ved fødsler i sykehus/fødeklinikker. Basert på studiens formål er følgende problemstilling utarbeidet;

Hvilke faktorer påvirker jordmødre i arbeidet med å fremme den normale fødselen i sykehus?

|

Studien utarbeides som utgangspunkt for masteroppgave i jordmorfag.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Oslo:et v/ professor [redacted] er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Henvendelse om deltakelse sendes ut til totalt fire kvinneklinikker i Norge. De aktuelle kvinneklinikkene er valgt ut basert på fødetall > 2000 fødsler pr. år.

Det er ønskelig å komme i kontakt med *to jordmødre fra hver kvinneklinikk*.

Inklusjonskriterier:

- 100% stilling i avdelingen p.d.d.
- Minimum 2 års yrkeserfaring som jordmor.
- Ønsker en jordmor med lang erfaring (>10 år) og en jordmor med mindre erfaring.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien baseres på et kvalitativt forskningsdesign hvor på semi-strukturerte individuelle intervju vil bli benyttet som metode for å innhente datamateriale. Intervjuene vil foregå over en digital plattform som følge av dagens smittesituasjon og kun lyd vil bli tatt opp med app-tjenesten diktafon-nettskjema. Intervjuene vil utføres i samsvar med OsloMets rutiner for bruk av digitale tjenester i forskningsintervju. Alt datamateriale vil bli anonymisert og lagret som kryptert fil gjennom tjenesten nettskjema.no.

Dersom du velger å delta innebærer det at du stiller til digitalt intervju etter individuell avtale. Intervjuene vil kunne vare inntil 60 minutter.

Det er frivillig å delta

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

Fra det tidspunktet datamateriale er analysert og anonymisert vil det ikke være mulig å trekke seg da det på dette tidspunktet ikke vil være mulig å finne tilbake til hva den enkelte har uttalt.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Kun studentansvarlig og veileder på oppgaven vil ha tilgang til opplysningene.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang på dine personopplysninger vil navn og kontaktopplysninger bli anonymisert og erstattet med kode og oppbevart som kryptert fil gjennom tjenesten nettskjema.no.
- Ved eventuell publisasjon vil deltakerne ikke kunne gjenkjennes

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 28. Oktober 2021. Datamateriale slettes ved prosjektets slutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- OsloMet ved prosjektansvarlig professor [redacted] e-post: [redacted] eller prosjektveileder [redacted], e-post: [redacted]
- Vårt personvernombud: [redacted], personvernombud@oslomet.no

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

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

Med vennlig hilsen

████████████████████
(prosjektansvarlig/veileder)

████████████████████
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet

Når den normale fødselen er i ferd med å bli unormal

”En kvalitativ studie om hvilke faktorerer som påvirker jordmors evne til å fremme den normale fødselen ved fødsler i sykehus”

,og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i dette kvalitative forskningsprosjektet gjennom å stille til digitalt intervju.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3- Intervjuguide

Intervjuguide

Intervjuspørsmål

- Hva tenker du er en normal fødsel?
- Hva tenker du er viktig for å bevare den normale fødselsprosessen ?
- Kan du beskrive for meg hvordan du arbeider for å bevare den normale fødselen?
Hva gjør du, hvordan går du frem?
- Kan du si noe om hvilke faktorer som er til hjelp for deg når du ønsker å fremme en normal fødsel?
- Er det noen spesielle utfordringer du møter i arbeidet med å bevare den fødselen normal? Så fall, hvilke?