

## **Kapittel 1 INNLEDNING**

I dag er det slik at perinatalomsorgen<sup>1</sup> fordeles mellom to forvaltningsområder, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette fører til en fragmentert omsorg med ulike tilbud ut fra kommunenes geografi og økonomi (Aune & Olufsen i Haugan og Rannestad 2014, Aune og Dahlberg i Haugen og Rannestad 2016). Helsemyndighetene beskriver hva tjenesten bør inneholde, men de har ikke ansvar for tilretteleggelsen i kommunene. Det er opp til hver enkelt kommune å bestemme organisering av tjenesten og jordmors stillingsandel. Det samme gjelder innenfor helseforetakene i spesialisthelsetjenesten. Fødselsomsorgen vil derfor være ulik ut fra hvor i landet kvinnen føder. Ut fra ovennevnte skisserte perspektiv er dette utfordringer i jordmødrenes arbeidshverdag som de i varierende grad må forholde seg til.

Denne studien dreier seg om jordmødrenes opplevelse av deres arbeidshverdag. Den vil redegjøre for hva hun vektlegger er viktige faktorer i omsorgen for kvinnen og paret, både innenfor svangerskapet, under fødsel og i barselomsorgen. Temaene vil i hovedsak konsentrere seg rundt hvordan jordmor forvalter sin profesjon direkte opp mot kvinnen og paret, og gi et lite innblikk i hvordan dette kommer til uttrykk ut mot samfunnet.

Et 3-årig Nordisk samarbeidsprosjekt, finansiert av Nordisk Ministerråd, og gjennomført i tidsrommet 2006-2008 om “*Positive faktorer i arbeidslivet*” (2009), viser at det er stor sammenheng mellom helsefremmende arbeidsliv og opplevelse av tilfredshet og/eller mening i arbeidshverdagen (Christensen 2009). Et av spørsmålene jeg stiller jordmødrene er hvilke faktorer de vektlegger i arbeidshverdagen for at de skal oppleve mening i arbeidet. Videre stiller jeg spørsmål ved om de selv opplever at de arbeider helsefremmende.

### **1.0 Studiens oppbygging**

Studien består av til sammen 9 kapitler.

**Kapittel 1:** Innledningen forteller hva studien dreier seg om. Videre skisseres studiens oppbygging, bakgrunnen for tema og en redegjørelse for min forforståelse. Så presenteres tema, problemstilling og redegjørelse for hensikten med studien. Til sist i kapittelet skisseres studiens avgrensning og begrensning og valg av nøkkelord i forbindelse med studiens litteratur- søk.

---

<sup>1</sup> *Perinatalomsorgen, som gjelder svangerskapstiden etter 22. uke samt barnets syv første levedøgn*” (Store medisinske leksikon)

**Kapittel 2:** omhandler studiens teoribakgrunn med hovedtema, jordmors historiske bakgrunn og jordmors rolle innenfor svangerskapet, fødselen og barselomsorgen i dag.

**Kapittel 3:** redegjør for jordmors verdigrunnlag, som er bygd på både fenomenologisk og hermeneutisk ideologi. Her presenterer jeg jordmors etiske verdigrunnlag og retningslinjer basert på WHO's og ICM's verdigrunnlag for jordmødre.

**Kapittel 4:** presenterer relevant teori og redegjørelse for det helsefremmende aspektet i studien ved hjelp av Antonovskys lære om salutogenese. Dette kapittelet vil i korte trekk også omhandle forskjellen mellom det forbyggende og det helsefremmende perspektivet.

**Kapittel 5:** Her redegjør jeg for valg av metode og den metodiske tilnærming. Videre beskriver jeg transkriberings- og analyseprosessen, før jeg til sist i kapittelet ser på noen etiske problemstillinger og kvalitetskriterier i forbindelse med studiens utarbeidelse og fullføring.

**Kapittel 6:** I dette kapitelet presenterer jeg forskningsspørsmålene sammen med noen refleksjoner jeg gjorde i forbindelse med utarbeidelsen av dem. Videre kommer en begrunnelse for valg av de forskningsspørsmålene studien baserer seg på.

**Kapittel 7:** I kapittel syv søker jeg å finne svar på første del- spørsmål i studiens problemstilling. Jeg starter med å presentere studiens meningsbærende funn under valgte forskningsspørsmål og skisserer videre hvordan jeg tenker å løse oppgaven. Funnene i forskningsspørsmålet vil så bli tolket og drøftes opp mot de tre komponentene i OAS, meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet. Til sist vil jeg komme med et sammendrag og en konklusjon på første del- spørsmål.

**Kapittel 8:** Her søker jeg å få svar på andre del- spørsmål i studiens problemstilling. Studiens funn presenteres under forskningsspørsmålet der funnene blir videre tolket og diskutert. Jeg runder av med sammendrag og konklusjon på andre del- spørsmål.

**Kapittel 9:** I kapittel ni vil jeg avrunde med og foreslå noen helsefremmende tiltak innenfor perinatalomsorgen samt innenfor jordmødrenes utdanning og organisering.

## **1.1 Bakgrunn for tema**

Mitt største ønske som jordmor er at kvinnen og paret skal få god oppfølging både i svangerskapet, underveis i fødselen og i barselomsorgen, slik at de i etterkant av graviditeten

ikke bare er forberedt på fødselen, men at de også kan se tilbake på fine opplevelser med minst mulig traumer<sup>2</sup>. Selv gamle kvinner snakker om sine fødsels- opplevelser, sitt håp for det nyfødte barnet og gleden ved det å bli mor. Denne opplevelsen er for de fleste kvinner skjellsettende, noe som de sjelden vil oppleve maken til senere i livet (Aune & Olufsen i Haugan & Rannestad 2014, Aune & Dahlberg i Haugan og Rannestad 2016).

Som helsevitenskapsstudent ble jeg introdusert for helsefremming og denne måten å møte de utfordringer på som vi står overfor i dagens helsevesen. Forelesninger med inspirerende forelesere bidro til oppdagelsen av Antonovsky og hans salutogene perspektiv. Denne inspirasjonen og nyvåknede interessen ga meg et nytt og mer bevisst perspektiv både i måten å se utfordringer ut mot samfunnet på, men også som et reelt verktøy i måten å møte gravide, fødende og barselkvinner på. Dette gjorde at eget fagfelt med utgangspunkt i det helsefremmende perspektivet ble valgt for masteren i helsevitenskap.

Den helsefremmende tilnæringsmåten har fått større fokus innenfor det tverrfaglige helsearbeidet i Norge, og har i senere tid fått status som helsepolitisk satsningsområde. Også innenfor den perinatale omsorgen legges det større vekt på helsefremming. Dette ser vi både i ”Samhandlingsreformen” (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), ”En gledelig begivenhet” (St. meld. nr.12 (2008-2009)), som omhandler en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg og i ”Resept for et sunnere Norge” (St. meld. nr. 16 (2002-2003)) der det vektlegges at omsorgen skal ha et mer helsefremmende perspektiv.

Noen av jordmors oppgaver både i svangerskapsomsorgen, i forbindelse med fødselen og i barseltiden er å forberede og tilrettelegge for kvinnen og paret, slik at de kan møte den nye tilværelsen så godt rustet som mulig (WHO 1996, WHO 1998a, WHO 1998b, SH. dir. 2005, HOD 2010, H. dir. 2012, ICM 2014, NICE 2014).

## **1.2 Forforståelse og preferanseramme**

Erfaringer vi gjør oss gjennom livet er det som danner vår forforståelse. Observasjoner, opplevelser og refleksjoner rundt det vi opplever gir oss erfaring og danner vårt personlige perspektiv som vi ser verden gjennom (Leseth & Tellman 2014).

---

<sup>2</sup> ”Traume, fellesbetegnelse på alle slags kroppslige og mentale skader (psykisk traume) og belastninger som skyldes påvirkning utenfra” (Store medisinske leksikon).

Jeg hadde på forhånd noen tanker om hvilket fokus helsefremming har i jordmors utdanning og yrkesutøvelse. Min forforståelse var at de fleste jordmødre, ut fra deres utdanning og grunnlagstenkning, arbeider og videreformidler kunnskap ut fra et helsefremmende perspektiv. Dette til tross for at omsorgen over tid har blitt mer fragmentert og institusjonalisert. Omsorgen blir også stadig utsatt for sparekutt og krav om effektivisering (Aas 2011).

- 1) Et av spørsmålene jeg ønsker å få svar på er om helsefremming og den salutogene tilnæringsmåten er integrert både i måten jordmødre arbeider på og i måten jordmødre videreformidler sin kunnskap på.
- 2) Videre var min forforståelse at nyutdannede jordmødre er mer bevisste dette enn jordmødre med eldre utdanning. Dette fordi jeg antok at de ville ha lært mer om helsefremming både i sykepleierutdanningen og i jordmorutdanningen, enn jordmødre med eldre utdanning.
- 3) Jeg antok også at det ville være forskjell på hvor bevisste jordmødre er, ut fra forståelsen om at det er store forskjeller i tilbudet som gis, både når det gjelder arbeidsstedets økonomi, travelhet og logistikkutfordringer. Derfor ønsker jeg å finne ut av om dette har innvirkning på hvordan jordmødre selv opplever at de tilrettelegger og utfører arbeidet.

### **1.3 Studiens hensikt**

Underveis i masterstudieprosessen har det vokst fram et ønske om å videreformidle den helsefremmende teorien og det salutogene perspektivet. Ønsket baserer seg på at denne kunnskapen har vært oppklarende og bevisstgjørende for meg. I bevisstgjøringen oppdaget jeg et tankesett som satte mine daglige arbeidsoppgaver i et mer oppklarende lys. Dette er oppgaver jeg som jordmor utfører daglig og som jeg nå har satt i system. Oppdagelsen av at alle små komponenter henger nøye sammen har gitt en dypere forståelse for perinatal omsorgens kompleksitet både i jordmors rolle og bidrag i møte med kvinnen og paret.

Jeg har over tid fundert på om jordmødre opplever at de arbeider ut fra et helsefremmende perspektiv, samtidig ønsker jeg å finne ut av om jordmødre selv finner mening i sitt arbeide og evt hvilke faktorer i arbeidshverdagen som gir jordmødre en slik opplevelse. Denne studien har til hensikt å klargjøre dette. Jeg har et ønske om at studien skal bidra til mer innsikt, ikke bare i hvordan jordmødre arbeider, men også i hvordan de tenker og utfører faget sitt på. Studien vil gi et lite innblikk i hvordan jordmødres arbeidsforhold påvirker deres måte å arbeide på, både som utøvere, veiledere og kunnskapsformidlere.

Min oppfatning er at studien kan forsvares ut fra helsemyndighetenes ønske om en mer utstrakt helsefremmende tilnærming i omsorgen.

#### **1.4 Presentasjon av studiens tema og problemstilling**

**Tema:** Denne studien ses ut fra jordmors perspektiv og vil se på to forhold for å få svar på problemstillingen:

- 1) Hva jordmødre selv beskriver som viktige faktorer i samhandlingen med kvinnen og paret for at omsorgen skal gi mening til deres arbeid.
- 2) Videre har den til hensikt å bringe på det rene om jordmødre selv opplever at de arbeider helsefremmende.

Ut fra denne vinklingen er studiens problemstilling følgende:

*”Hvilke faktorer er det jordmødre vektlegger som viktige i samhandlingen med kvinnen og paret for at jordmødre selv skal oppleve mening i arbeidet, og er denne samhandlingen med på å gi jordmødre en opplevelse av å arbeide helsefremmende?”*

#### **1.5 Studiens avgrensning og begrensning**

Forfatteren av denne studien vil bli omtalt som jeg. Den enkelte jordmor blir benevnt som jordmoren (jm), informanten eller respondenten. Hun vil også bli benevnt i 3.person (som hun). Det vil bli skiftet mellom bruken av ”kvinnen”, ”kvinnen og paret”, ”brukeren” og ”brukerne”, alt etter hva som passer best i den dramaturgiske oppbyggingen i setningen.

Jordmødre i enkelte bydeler har bred kunnskap med forskjellig kulturer. Enkelte jordmødre har mer erfaring enn andre i forbindelse med f. eks. kvinner som er omskåret. Det er utarbeidet nasjonale prosedyrer i forbindelse med forløsning av kvinner som er omskåret. Innholdet i disse prosedyrene er i dag en del av ferdighetene norske jordmødre skal mestre. Noen av kvinnene vil ha spesielle behov fordi de har traumer fra tidligere opplevelser. Jeg har i denne studien ikke gått i dybden på problemstillinger rundt dette, men ønsker å informere om at alle jordmødre i denne studien har erfaring med kvinner fra andre kulturer.

Videre finnes det jordmødre med psykiatrisk videreutdanning som har spesialisert seg på generell angst i f. b. m. svangerskap og fødsel og angst i f. b. m. traumatiske fødselsopplevelser. Flere av disse arbeider i poliklinikker. Det er vanlig at jordmor henviser gravide kvinner med slike behov til samtaler hos jordmor med spesialistutdannelse.

Min egen begrensning er også med å styre studiens utvikling. Det er mitt perspektiv og ståsted, der jeg befinner meg i dag, som fører denne studien fram til det endelige sluttprodukt. Mine begrensninger er uendelige og inneholder alt fra språk og skriveforståelse, evne til å orientere meg i det enorme antall databaser som finnes, til begrensninger av ren personlig art, slike kan f. eks. være toleranse, utholdenhet og nysgjerrighet.

Denne studien viser til fortellinger fra dennes informanter. Den har ikke til hensikt å generalisere. Det må likevel nevnes at komplimenterende litteratur som støtter funnene til denne studiens informanter, er med på å bygge opp under antagelsen om at det vil være flere yrkesutøvere med tilnærmet lik opplevelse og forståelse av tema.

Jeg vil i den videre framstilling av studien benytte meg hovedsakelig av norsk litteratur, men vil i noen grad vise til utenlandske studier og forfattere. Materialet som blir anvendt for å belyse informantenes opplevelse og legitimere forskerens dokumentasjon vil bli tatt i bruk og redegjort for både i studiens teori- og drøftingsdel. Dette kommer til uttrykk ved at ny teori som ikke er redegjort for i teoridelen blir belyst i studiens drøftingsdel.

Det har vært et bevist valg at jeg ikke har gitt meg inn på å måle informantenes opplevelse av mening ved å ta i bruk noen av OAS' spørreskjemaer. Tanken er at dette skal være første og en mer oppmykende del i studien om jordmors arbeidshverdag. I denne studien legger jeg opp til at informantene selv skal fortelle fritt fra deres opplevelse av mening i forbindelse med deres arbeidshverdag. Jeg ser at det å ikke benytte seg av OAS spørreskjema kan være en betydelig svakhet i studien. Prof. Lindström og prof. Eriksson (2015) påpeker også at forskere i framtiden må legge mer innsats i undersøkelser blant voksne arbeidstakere som dokumenterer hvilke faktorer som gir +helse på arbeidsplassen (Lindström & Eriksson 2015 s. 90).

Pga. studiens størrelse vil temaene belyses fra jordmors perspektiv. Den vil i all hovedsak si noe om hva jordmor kan bidra med på individnivå og ikke se på gruppe-, organisasjons- eller samfunnsnivå, selv om det nevnes i noen sammenhenger, da alle nivåene har betydning for hvordan individet fungerer og utspiller sin rolle på individnivå.

## **1.6 Litteratursøk og nøkkelord**

Ord som er søkt på hver for seg og i kombinasjon med hverandre er: Helsefremming, helsefremmende arbeid, salutogenese, empowerment, omsorg, støtte, mestring, stress, empati, meningsfullhet, begripelighet, håndterbarhet, forebygging, forebyggende arbeid, jordmor, autonomi, selvoppfatning, selvtillit, kommunikasjon, samhandling, veiledning og relasjon.

## **Kapittel 2 TEORIBAKGRUNN**

### **2.0 Innledning**

I teoridelen beskrives jordmors historiske bakgrunn, så belyses jordmors rolle innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i dag. Til sist i kapittelet redegjøres det for forståelsesgrunnlaget som er referansen jordmødre viser til i sin utøvelse av yrket.

### **2.1 Jordmorhistorie**

I alle samfunn ser vi forskjeller i måten og betydningen et nytt liv møtes på av samfunnets borgere. Forløsningen er organisert forskjellig, og selv innenfor Nordens grenser ser vi forskjeller i hva som vektlegges og det tilbud foreldrene får ta del i. Det som er felles for alle kulturer er at dette er en sosialt og menneskelig krevende begivenhet, som i noen land mer enn andre ses på som en medisinsk hendelse. Ut fra hvilket medisinsk fenomen det er å sette barn til verden, avgjøres det hvilket helsetilbud som er forsvarlig å tilby. Nederland med mange hjemmefødsler og USA med høyteknologiske spesialiserte klinikker kan sies å representere ytterpunktene blant de vestlige land (Kjølørød 1985).

I Norge har det helt tilbake til da fødslene foregikk i private hjem vært tradisjon for gjensidig hjelp mellom kvinner. Fødsels- og barselkunnskapen ble forvaltet i erfaringsbaserte kvinnemiljø, og i den tids Borgartinglov vises det til enhver kvinnes plikt til å hjelpe en medsøster i barsels nød (Hagtvedt 2008). Hjelpekoner hadde en viktig rolle med å utføre overgangsritualer vi i dag vil betegne som religiøs fanatisme. Perioden ble historisk sett betegnet som det første fødesystem. Hjelpekoner fungerte uavhengig av medisinsk vitenskap og i samarbeid med den autonome fødekvinne. Mødre- og barnedødeligheten var høy pga. manglende kunnskap, dårlig ernæring og dårlig hygiene (Sandvik 1995, Fjell 1998).

Det ble sett på som dårlig samfunnspolitikk å la hjelpekonene fortsette sin praksis, derfor ble det i Christian Vs Norske lov av 1687 bestemt at framtidige jordmødre skulle undervises av prestene. Først i 1761 ble det tilbud om offisiell utdanning av norske jordmødre i København, og i 1810 ble det offentlige jordmorvesen i Norge instituert. Dette regnes som starten på det første profesjonaliserte yrket for kvinner og ses på som viktig kvinnehistorie, ikke bare fordi yrkesutøvelsen ga mulighet for egen inntekt og selvstendig liv, men også fordi det ble sett på som en anerkjennelse av kvinnenenes verdi (Austveg 2006, Hagtvedt 2008, Heiberg 2008).

I tidlig periode av 1800- tallet, som regnes som det andre fødesystem, samarbeider jordmødrene med hjelpekonene. Myndighetenes ønske om å redusere barseldødeligheten førte til økt kunnskap om antiseptikk, og arbeidet med å få bukt med barsel-feber var høyt prioritert. Kunnskapen ble nå samlet hos profesjonelle fødselshjelpere. Det ble slutten på hjelpekonenes æra. Samtidig ble også jordmødrene avhengige av legenes kunnskap (Sandvik 1995, Fjell 1998).

For å kunne utføre ”profesjonelt jordmørarbeid” ble det stilt krav om en bestemt utdanning med formell godkjenning og autorisasjon, slik ble den tradisjonsbundne fagkulturens utvikling sakte forandret fra hjelpekonen til distriktsjordmoren og hadde sin blomstringstid i tidsrommet 1880-1920 (Heiberg 2008).

I denne perioden, som regnes som det tredje fødesystem, skjer det en overgang fra hjemmefødsler til institusjonsfødsler. Reduksjon av barnedødeligheten og utdanning av kvalifisert helsepersonell ble høyt prioritert (Sandvik 1995, Fjell 1998). Til tross for offentlig utdanning var lønnsvilkåra dårlig og det var lønns- og arbeidsbetingelsene som var årsaken til at Den norske jordmorforening ble stiftet 17. september i 1908 (Schmidt 2008).

Fra 1920- og fram til 1970- årene økte antallet fødeinstitusjoner fra 3 til 200 (Heiberg 2008). Dette er med på å forme den moderne jordmoren, som etter hvert praktiserte i den sentraliserte og spesialiserte fødeinstitusjonen (Kjølørød 1993).

På 1970-tallet utviklet det seg, både blant folket og i fagmiljøet, en overbevisning om at det var sikrere å føde på sykehus. Dermed skjer det en sentralisering av fødslene til de store institusjonene. Dette er inngangen til det fjerde fødesystem med økt fokus på sikkerhet og risiko. Det foregikk nå en spesialisering innenfor alle greiner i fødsels- og barselsomsorgen. Samtidig er det fremdeles økt fokus på, og frykt for, infeksjoner. Kvinner og barn blir isolerte og hospitaliserte (Sandvik 1995, Fjell 1998). I samme periode opplevde jordmødre innenfor det sentraliserte fødesystemet tilbud om økte stillingsandeler og høyere lønn (Heiberg 2008).

Fra 1972 foregikk det en gradvis reduksjon av fødeinstitusjoner ved små sykehus, til det i 1990 kun var 82 fødeenheter igjen. Dette skyldes blant annet tilbud om smertelindring ved de store fødeenhetene. En medvirkende årsak var også sterkt synkende fødselstall og medisinske anbefalinger om at fødsler var tryggere i velutstyrte institusjoner (Nilsen, Daltveit & Irgens 2001).



I 1982 ble det lagt fram en norsk undersøkelse om perinatal dødelighet der Norge kom dårligst ut av alle land i Norden. Dette kunne skyldes Norges geografiske utforming og vårt spredte bosettingsmønster, men det kunne også skyldes et dårligere helsevesen enn i de andre nordiske landene. Rapporten viste at mange dødsfall kunne vært unngått ved bedre svangerskapskontroller, fødselshjelp og omsorg i nyfødtp perioden. I tillegg ble barnekullene i 1970-årene redusert med om lag 70 prosent. Dette førte til en offentlig utredning om perinatal omsorgen (NOU 1984;17), som i følge Heiberg har vært svært viktig for den videre organisering av landets svangerskaps- og fødselsomsorg. Det ble anbefalt å trekke inn jordmødre i alle ledd av omsorgen, slik at tjenesten i sin helhet kunne styrkes, men fordi det ikke fulgte jordmorhjemler med i utredningen, tok det 10 år før jordmortjenesten i kommunene ble en obligatorisk tjeneste (Heiberg 2008).

Inngangen til det femte fødesystem anses å være fra midten av 1980-tallet. Her ses et vendepunkt fra medisinsk orientert fødselsomsorg med risikotekning og sykeliggjøring av fødselen til individorientert omsorg der paret har medbestemmelsesrett. Nå stiller kvinnen krav til kvaliteten i tilbudet. Dette gjelder ikke bare hvordan hun skal føde, men også hvordan kvinnen opplever fødselen. Videre blir ansvaret for barnets ve og vel overlatt til foreldrene selv med tilrettelegging og veiledning av jordmødrene ved barselavdelingene, da de fleste avdelinger praktiserer 24 timers mor - barn vennlig omsorg (Fjell 1998).

I samme periode oppstår det en internasjonal hjemmefødselsbevegelse som skaper debatt og bevisstgjøring. I Norge er det forskjellige kvinneorganisasjoner som "Fødsel i fokus" og "Ammehjelpen" som leder an debatten. Orienteringen bort fra den medisinske tenkningen, gjorde at alternativer til den høyteknologiske omsorgsmodellen vokste fram. Alternative fødeenheter for lavrisikofødende ble opprettet etter modell fra andre land, blant annet Sverige. Presset på myndighetene fører til at systemet må åpne opp for mykere verdier og muliggjør et større fokus rettet mot den psykososiale omsorgen. Kontinuitet i omsorgen er et viktig prinsipp i den nye orienteringen mot en mer naturlig fødselsopplevelse (Fjell 1998).

### **2.1.1 Framveksten av begrepet "Naturlig Fødsel"**

Det finnes tre hovedteorier, alle utviklet av mannlige fødselsleger, som kan knyttes opp mot begrepet naturlig fødsel. Tanken bak alle tre teorier er at kvinnene skal oppleve kontroll og mestring i fødselsarbeidet. Dick-Read, Lamaze og Odent fokuserer alle på det naturlige i fødselsprosessen. I følge Fjell (1998) var reduksjon i barseldødeligheten, biomedisinsk kunnskap og bedre hygieniske forhold alle faktorer som tillot den naturlige fødselens

framvekst. Begrep som holistisk, naturlig, alternativ og fysiologisk er alle knyttet opp mot den nye måten kvinnen skulle føde på. Crabtree (2004) hevder at ”normal fødsel<sup>3</sup>” er et uklart begrep og mener at den fysiologiske<sup>4</sup> fødselen må gis større fokus. Fjell (1998) mener at framveksten av den alternative fødselen er en slags motpol til, og i opposisjon mot, det til enhver tids dominerende medisinske fødselssyn (Fjell 1998).

I amerikanske og engelske fødselsmiljøer finnes det flere kjente jordmødre som har praktisert naturlige fødsler og hjemmefødsler. En av dem er den amerikanske jordmoren Ina May Gaskin, også beskrevet som "the mother of authentic midwifery". Hun opprettet i 1971 "The Farm Midwifery Center", et av de første amerikanske fødesenter utenfor det amerikanske hospitalets fødesystem. Hun har mottatt flere priser for sitt iherdige arbeid for sikker jordmorpraksis. En annen var nå avdøde Sheila Kitzinger (1929 – 2015), engelsk forfatter og "Naturlig fødsel" aktivist. Kitzinger var kjent for sin "pust ut barnet"-teori. Den generelle ideologien er at fødekvinne fungerer best i sitt eget hjemmemiljø der hun kan spise, drikke og gå oppe som normalt. Her praktiseres ingen intervensjon under fødselsforløpet. Flere praktiserer vannfødsel der teorien er at vann reduserer smertene, og avlastet for perineums belastning idet barnet fødes. I tillegg vektlegges det at barnet fødes i et miljø som er så nært opp mot den symbiotiske tilværelsen det var en del av i morens mage (Kitzinger 2005).

I Norge er det ca. 300 planlagte hjemmefødsler i året. Hjemmefødsler er naturlige fødsler uten medikamentell smertelindring eller bruk av annen medikamentell behandling, der massasje, varme og kalde omslag og stillingsendring er hjelpemidler som benyttes. Mange kvinner bruker vann som smertelindring og vannfødsel er et naturlig alternativ ved mange fødsler i hjemmet (Helsedirektoratet 2012).

## **2.2 Jordmors rolle i svangerskaps og barselsomsorgen i dag**

Verdens helseorganisasjon (WHO) legger føringer for nasjonale helsepolitiske strategier og bestemmelser. Intensjonen og ønsket fra WHO er at medlemslandene skal følge organisasjonens råd og anbefalinger. For å imøtekomme de nye kravene er kontinuitet i hele omsorgen en forutsetning. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar både for organiseringen av og for en forpliktende samhandling av en sammenhengende og helhetlig omsorg (Helsedirektoratet 2009).

---

<sup>3</sup> "Normal fødsel som finner sted mellom uke 37 og 42 og er en komplikasjonsfri fødsel ved fullgått svangerskap av ett fullbåret barn i normal bakhodefødsel" (Store medisinske leksikon).

<sup>4</sup> "Fysiologisk, frisk, normal, naturlig. Motsatt: patologisk" (Store medisinske leksikon).

Jordmors ansvarsområde i svangerskapsomsorgen er nedfelt i Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005). Svangerskapsomsorgen er et frivillig tilbud til kvinner. Det gjøres klart at de gravide fritt kan velge om de vil følges opp av jordmor eller lege.

Gjennom svangerskapsomsorgen har jordmor en unik mulighet til å bli kjent med kvinnen og familien og legge til rette for tillitsbygging til helsevesenet generelt. Formålet med tjenesten er å styrke svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten. Målet for jordmødre i kommunen er å sikre at den gravide og hennes familie får en helhetlig omsorg både før, under og etter fødselen (Helsedirektoratet 2005).

I Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – *Nytt liv og trygg barseltid for familien* (2014) - beskrives omsorgen til å være individuell, forutsigbar, familievennlig og tilgjengelig for brukerne. Den skal gi større oppmerksomhet i omsorgen for familien og barnet, og være en styrking av tilbudet som skal omfatte hjemmebesøk til alle (Helsedirektoratet 2014).

Retningslinjene vektlegger brukermedvirkning. Dette innebærer at kvinnen og hennes partner skal gjøres oppmerksom på barseltilbudet før fødselen, slik at de kan foreta egne informerte valg. Med det menes at paret på forhånd har fått informasjon slik at de er i stand til ta valg. Kunnskap om familien vil gjøre det enklere for helsepersonell å tilrettelegge for en individuell og forutsigbar barselomsorg. Det stilles kvalitetskrav til utøvere av barselomsorgen, de skal ha tilstrekkelig fagkompetanse og tid til brukerne (Helsedirektoratet 2014). Den Nasjonale satsningen med ”Mor - barn - vennlig”<sup>5</sup> initiativ er en oppfølging av WHO's og Unicef's kampanje. Kampanjen har som overordnet mål å fremme amming og omfatter både sykehus- og helsestasjonsvirksomhet (Helsedirektoratet 2014).

### **2.2.1 Differensiering og selektering i svangerskaps- og fødselsomsorgen**

I takt med at fødselsomsorgen har blitt mer sentralisert og spesialisert ble omsorgen i helsetilsynets utredning ”*Faglige krav til fødeinstitusjoner*” i Meld. St.1 (1997) foreslått delt inn i tre forskjellige kompetansenivå. Hensikten var å sikre god risikovurdering og selektering av fødekvinne til rett nivå. Anbefalingene ble senere vedtatt i Meld. St. 43 (1999-2000). De tre kompetansenivåene er:

---

<sup>5</sup> ”Mor-barn-vennlig”, *Rooming-in-systemet, på barselavdelinger vil si at barnet ligger i en barneseng på morens rom hele døgnet. Moren venner seg på denne måten raskere til barnet, får mer kontakt med det og lærer seg raskere å stelle det* (Store medisinske leksikon).

Kvinneklinikker: Minst 1500 fødsler per år, fødsels- og anestesilege. Vaktberedskap av barnelege, jordmor, operasjonsbemanning og barneavdeling med intensivbehandling for nyfødte (St.meld. nr. 43 (1999-2000)).

Fødeavdelinger: Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, jordmor, operasjonsbemanning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen (ibid).

Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre og avklarte medisinske forhold (ibid).

I St.meld. nr. 12 (2008-2009) *”En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg”* fastslås det at differensiering innen fødselsomsorgen til Lavrisiko-, middels- og høyrisiko skal fortsette og er et i ledd i den fortløpende kvalitetssikringen innenfor det perinatale tilbudet. Målet for omsorgen er å sikre friske mødre og barn med lavest mulige inngripen i den naturlige fødselsprosessen (St.meld. nr. 12 (2008-2009)).

*”Friske kvinner med normale svangerskap og antatt normal fødsel bør tilbys fødsel ved lavrisikoenhet, alternativt hjemmefødsel dersom hun ønsker det og kan følges opp av jordmor som tilbyr det. Differensiert fødselsomsorg bør også tilbys innad i fødeavdelinger som ikke har egen lavrisikoenhet knyttet til avdelingen. Prinsipielt bør slike fødsler være jordmorledet uten bruk av unødige teknologiske overvåkningsmetoder”* (ibid).

Innenfor fødselsomsorgen selekteres<sup>6</sup> fødekvinnene i *rød* eller *grønn* gruppe. Prosedyrer er utarbeidet innenfor hver av gruppene. Hensikten med selekteringen er å sikre et individuelt, helsefaglig trygt, likeverdig og forutsigbart tilbud. Det legges opp til at selektering skal finne sted allerede ved første gangs kontroll i svangerskapet, slik at det blir et sammenhengende forløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (ibid).

---

<sup>6</sup> Seleksjonen av gravide gjennom å skille mellom normale lavrisiko (*”grønne”*) fødende og høyrisiko fødende som krever særlig oppfølging (*”røde”*) (Egen beskrivelse).

### 2.3 Jordmors rolle i det høyteknologiske sykehuset

I nyere tid er jordmødre fortsatt bundet til det tradisjonelle håndverksfaget, samtidig som de utfordres av stadig nye oppgaver og høyteknologiske krav. Som tidligere beskrevet under kapittelet ”jordmorhistorie” har utviklingen innen fødselsomsorgen ført til at de fleste jordmødre i dag arbeider innenfor det høyteknologiske sykehuset (Blåka 2002). I 2015 ble det født 59100 barn i Norge (Statistisk sentralbyrå 2015). Mer enn to tredjedeler av de gravide fødte ved store fødeinstitusjoner og fødselstallet ved kvinneklinikkene varierte fra ca. 700 til ca. 7000 fødsler (St.meld. nr. 12 (2008-2009)).

En sentral kompetanse og faglig krav til jordmødre er å kunne selektere normale fødsler fra risikofødsler. I ICMs (International Confederation of Midwives) beskrivelse av jordmors kompetanse framheves viktigheten av å fremme den normale fødselen. Jordmors omsorg skal være holistisk og basere seg på forståelse både for de sosiale, emosjonelle, kulturelle, spirituelle, psykologiske og fysiske behov (WHO 1996). Det skal være medisinsk grunn for intervensjoner i den normale fødselsprosessen (WHO 1998a), men viktigheten av å oppdage avvik fra det normale, samt tilkalle adekvat hjelp i situasjoner der dette kreves framheves også (International Confederation of Midwives 2002). WHO’s definisjon på normal fødselen er:

*”Spontaneous in onset, low - risk at the start of labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition”* (WHO 1996).

Rammeplanen for jordmorutdanning fra 2005 beskriver detaljert det toårige løpet jordmor må bestå (etter fullført bachelor i sykepleie) for å kunne titulere seg som jordmor (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).

## Kapittel 3 JORDMORS VERDIGRUNNLAG

### 3.0 Innledning

Rammeplanen innledes med den internasjonale definisjonen vedtatt av Verdens helseorganisasjon (WHO), Den internasjonale gynekolog- og obstetrikersammenslutning (FIGO) og Det internasjonale jordmorforbund (ICM), og beskriver i korte trekk hvilke kvalifikasjoner en jordmor må tilegne seg for å kunne praktisere som jordmor.

I Norge forholder vi oss til den internasjonale definisjonen av jordmor fra 1972, revidert sist i 1992 og utformet av The International Confederation of Midwives. Definisjonen lyder slik:

*”En jordmor er en person som har fullført og bestått landets offentlige jordmorutdanning og har ervervet seg de foreskrevne kvalifikasjoner for å bli godkjent og/eller autorisert til å utøve jordmorvirksomhet. Hun må være i stand til å yte den nødvendige overvåkning, omsorg og rådgivning til kvinnen i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltiden, til å lede fødsler på eget ansvar og til å ha omsorg for det nyfødte barnet og spedbarnet. Denne omsorgen omfatter forebyggende tiltak, observasjon av patologiske tilstander hos mor og barn, tilkalling av nødvendig legehjelp eller i mangel av denne kunne påta seg å gi førstehjelp. Hun har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, ikke bare for kvinnen, men også for familien og samfunnet. Arbeidet bør omfatte undervisning av gravide og vordende foreldre med forberedelse til fødselen og framtidig foreldrerolle, og kan utvides til visse grener av gynekologi, familieplanlegging og spedbarnspleie. Hun kan praktisere i sykehus, fødestuer, helsesentre, ved hjemmefødsler og i andre former for jordmorvirksomhet.”* (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).

### 3.1 Jordmors etiske retningslinjer

De internasjonale etiske retningslinjene for jordmødre ble vedtatt av ICM i 1999.

ICM har et mål om å forbedre omsorgen til kvinner, spedbarn og familier over hele verden. De internasjonale retningslinjene skal være veiledende for jordmors utdanning, utøvelse og forskning. I retningslinjene anerkjennes kvinner som individuelle personer med menneskerettigheter der rettferdig tilgang til helseomsorg vektlegges. Omsorgen baserer seg på gjensidige relasjoner preget av respekt, tillit og verdighet for alle mennesker i samfunnet (ICM 1999).

På den norske jordmorforeningens landsmøte i 2005 ble det bestemt å slutte seg til ICMs vedtak. Dette var et tiltak både for å øke forståelsen, men også for å øke bruken av retningslinjene. Heftet som ble utarbeidet inneholder blant annet en etisk analyse av retningslinjene og en historisk framstilling av retningslinjenes utvikling. Her finner man også forslag til hvordan jordmoren kan bruke disse i praksis, i undervisning og i forskning. Retningslinjene beskriver jordmors relasjonskompetanse, utøvelse av faget og faglig ansvarlighet både ut mot samfunnet og innenfor egen kunnskap og praksisutvikling (ICM 1999).

Jordmor forholder seg også til WHO's prinsipper for perinatal omsorg. Det er utarbeidet 10 punkter som omhandler prinsippene (WHO 1998a).

WHO's ti prinsipper for perinatal omsorg skal være rettesnorer der hensikten er å minimalisere intervensjon, slik at kvinnen ikke utsettes for unødig inngripen i det normale fødselsarbeidet

WHO's 10 prinsipper er:

- Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert.
- Omsorgen bør være basert på hensiktsmessig eller nødvendig teknologi.
- Omsorgen bør være desentralisert.
- Omsorgen bør være kunnskapsbasert (evidensbasert).
- Omsorgen bør være tverrfaglig.
- Omsorgen bør være helhetlig.
- Omsorgen bør være familiesentret.
- Omsorgen bør være kulturtilpasset.
- Omsorgen bør involvere kvinnene i beslutningsprosesser.
- Omsorgen bør respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet (Brunstad & Tegnander 2010).

### **3.2 Jordmors autonomi**

Når det gjelder jordmors autonomi<sup>7</sup> er den styrt av de jordmorfaglige retningslinjene. Disse er styrende i måten jordmor utøver yrket på, både i det faglige ansvaret hun har, men også i de etiske prinsippene innenfor profesjonen. I ICMs internasjonale etiske retningslinjer for jordmødre står det at jordmor skal ta ansvar og gjøre hver enkelt kvinne ansvarlig gjennom sine valg. Hun skal opptre ansvarlig og være rettfærdig. Hun skal ha respekt for medmennesker og respekt for menneskeverdet. Videre skal hun sørge for å tilegne seg kunnskap, slik at hennes kompetanse er med på å gi trygghet til de familier det gjelder. Hun skal være ansvarlig i sin utøvelse og være seg bevisst at det er gjensidig avhengighet mellom helsepersonell hun samarbeider med. Det overhengende prinsipp er, *”å gjøre godt - ikke skade”* (Internasjonale etiske retningslinjer for jordmødre 1999).

---

<sup>7</sup> *”Autonomi, kan oversettes med selvstendighet eller rett til å bestemme over ”* (Store medisinske leksikon).

## **Kapittel 4 DET HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEIDET**

### **4.0 Innledning**

Den biomedisinske modellen har vært dominerende for vår helseforståelse det siste århundre (Warde & Hallingan 2004). Modellen ble utarbeidet av medisinske forskere for å øke forståelse for sykdom og har vært med på å forbedre kunnskaper knyttet til sykdom, behandlingsformer og medisiner (Engel 2002). Kritikken mot modellen var at den ikke tok hensyn til psykososiale, sosiale og biologiske årsaksfaktorer i helseaspektet. Erkjennelsen av den biomedisinske modellens utilstrekkelighet førte til at det fra 1970-tallet har vært en bevegelse bort fra denne modellen, via den biopsykososiale modellen og over mot den helsefremmende modellens spede start på slutten av -70 tallet. God helse skulle oppnås via helsefremmende arbeid (Espnes & Smedslund 2005 s. 34). Det internasjonale helsefremmende arbeidet startet med Alma-Ata-deklarasjonen i 1978 (Store medisinske leksikon). Ottawa – Charteret kom i 1986 med helsefremmende forslag og tiltak, en visjon som skulle gi ”helse for alle” innen år 2000 (ibid).

### **4.1 Hva er helsefremming og helsefremmende arbeid**

Et sentralt dokument om helsefremming som adresserer ansvar for egen helse og medansvar og omsorg for våre medborgere ble utarbeidet under WHO's sammenkomst i Ottawa i 1986.

*”Helse skapes og leves ut av mennesker innenfor deres daglige omgivelser der de lærer, lever og elsker. Helse blir skapt ved å vise omsorg for seg selv og andre, ved å være i stand til å ta avgjørelser og ha styring over sitt liv, og ved å sikre at de samfunn en lever i, skaper betingelser som gir mulighet for god helse for alle”* (Ottawa Charter WHO 1986, Helsedirektoratet 1987).

Det har siden vært holdt flere konferanser bl.a. i Sundsvall i 1991, Jakarta erklæringen i 1997, Mexico i 2000 og konferansen i Thailand i 2005. Bangkok – Charteret førte til enighet om forpliktende tiltak innenfor det helsefremmende arbeidet (Store medisinske leksikon).

I samhandlingsreformen Meld. St. 47 (2008-2009) står det at brukeren skal få større medvirkning på egen helseutvikling ved at det legges til rette for at brukeren selv skal kunne foreta valg som fremmer helse og mestring (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Et sentralt mål i Nasjonal helse- og omsorgsplan er at det skal legges til rette for at brukerne skal ta ansvar for og mestre egne liv, for på denne måten å kunne leve et friskere liv (St. meld. nr. 16 (2010- 2011)).



I Lindströms og Erikssons bok *"Haikerens guide til salutogenese"* (2015) visualiseres det helsefremmende arbeidet i en genetisk kode. Det helsefremmende arbeid beskrives slik:

***"Helsefremmende-Arbeid-Er-Prosessen-Hvor-Folk-Settes-I-Stand-Til-Å-Vinne-Kontroll-Over-Sine-Avgjørende-Helsefaktorer-Slik-At-De-Får-Bedre-Helse-Og-Kan-Leve-Et-Aktivt-Og-Produktivt-Liv"*** (Lindström & Eriksson 2015 s.39).

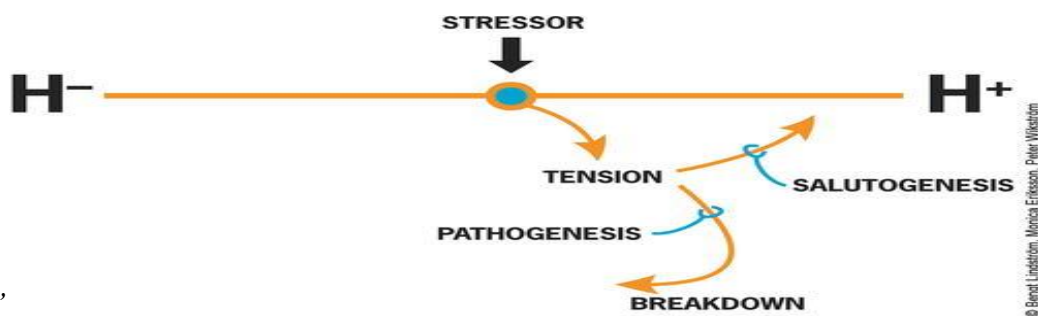
I Ottawa-charteret ble det lagt vekt på at det helsefremmende arbeidet skulle være en demokratisk prosess, der enkeltpersoner både er delaktig, har ansvar for og mulighet til å kontrollere og mestre egen situasjon. Arbeidet skulle ha en klar sammenheng og inkluderes i politikken på alle samfunnsnivå, og det skulle foregå en reorientering inn mot helsesektoren. Målet var å rette fokuset mot helsefremmende faktorer som gjør det mulig for enkeltmennesker å ta ansvar for og få mer kontroll over egen helse.

Ved å undervise i mestringsteknikker og øke den generelle helseopplysningen til folk flest, var den videre målsetningen at dette skulle føre til en øking av menneskers helsefremmende ferdigheter (Lindström & Eriksson 2015).

#### **4.1.1 Hva er Salutogenese**

Aaron Antonovsky (1923-1994) regnes for å være salutogenesens "far". Han var prof. i medisinsk sosiologi. Teorien hans om salutogenese betyr: "Det som skaper helse". Fra det latinske ordet *salus* som betyr "helse" og det greske ordet *genesis* som betyr "helsens opprinnelse".

Ved å se etter hva som skaper helse, i stedet for å rette fokuset mot undersøkelser som ser på hvilke mekanismer som gir negativ helseutvikling flyttet han fokuset over på hvilke ressurser, forhold og faktorer som fører til positiv helseutvikling. Modellen kan forklares nærmere med The health continuum "ease/dis-ease" modellen (fig.1). Den beskrives med en horisontal linje der uhelse (H - dis-ease) befinner seg på den ene siden av continuumet (linjen) mens helse (H+ ease) befinner seg på den andre siden. Det er viktig å påpeke at mennesker gjennom livets opplevelser og deres subjektive måte å takle hendelsene på vil være i en kontinuerlig bevegelse mellom H- og H+ (Lindström & Eriksson 2015 s. 19).



"Fig. 1"

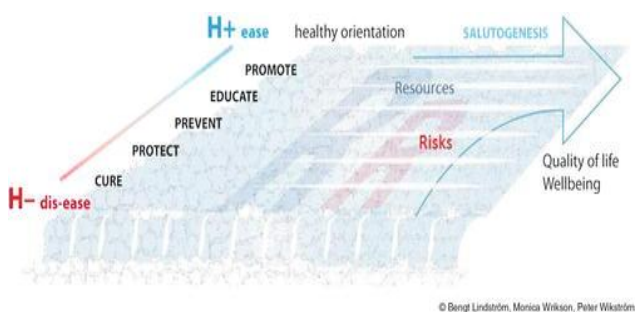
Begrepet salutogenese er definert som: "Bevegelsen i retning av den positive enden av kontinuumet mellom helse og uhelse ("Antonovsky 1993 i Lindström & Eriksson 2015 s. 6).

Ved hjelp av "Health in the River of Life"-metaforen har professorene i helsefremming Lindström og Eriksson, i boken "Haikerens guide til salutogenese" (2015), omarbeidet den opprinnelige elven i retning mot liv. I Antonovskys "helsens elv" (fig.2) gikk strømmingen horisontalt, mens i "helse i livets elv" fig.3) ble strømmingen lagt vertikalt i retning mot liv. Det er i følge forfatterne ikke motsetninger mellom disse to perspektivene. De utfyller hverandre, men "helse i livets elv" viser klarere den helsebaserte innstillingen mot salutogenese, der både salutogenese og patogenese har en parallell identitet i elven. Antonovsky var opptatt av at vi reflekterer og stiller spørsmål ved hvilke muligheter vi har i livet for å øke livskvaliteten, og poengterer at vi aldri får svar eller lærer noe hvis vi ikke stiller spørsmålene (Lindström & Eriksson 2015 s. 24 - 25).

"Fig. 2"



"Fig. 3"



#### 4.1.2 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Begrepet opplevelse av sammenheng (OAS) er det første av to nøkkelbegreper i den salutogene teorien. Den beskrives slik i Antonovskys *"Helsens mysterium"* (1987):

*"Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men dynamisk følelse av tillit til;*

*1) at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige,*

*2) at man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller,*

*3) at disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i*

*(Antonovsky 1987 s. 19)."*

I Lindström og Erikssons *"The hitchhiker's guide to salutogenesis"*, beskriver forfatterne Antonovskys begrep "Sense of Coherence" (SOC), oversatt til norsk med "Opplevelse av Sammenheng" (OAS). OAS ses på som et viktig instrument for å måle helse og er et betydelig begrep innenfor helsefremming, fordi det er sterkt relatert og fungerer i samspill med de tre underbegrepene: "Meaningfulness", "Comprehensibility" og "Manageability" (ibid). I boken *"The Hitchhiker's guide to salutogenesis"* oversettes begrepene til "Meningsfullhet", "Begripelighet" og "Håndterbarhet" (Lindström & Eriksson 2010 s. 21).

En mer detaljert beskrivelse av de tre dimensjonene som i følge Antonovsky (1987) er tett knyttet opp mot hverandre og interagerer sammen, er:

Meningsfullhet: forteller noe om hvor vidt man opplever motivasjon og mening i hverdagen. Mennesker med høy OAS vil i utgangspunktet ha et større engasjement og en større tro på at man kommer seg gjennom vanskelige opplevelser. Antonovsky mente at meningsfullhet er den viktigste motivasjonsdimensjonen og er selve drivkraften i livet (Antonovsky 1987).

Begripelighet: sier noe om hvorvidt personen opplever de stimuli han utsettes for som forståelig, sammenhengende og strukturerte. Mennesker med høy begripelighet vil oppleve denne formen for stimuli mer forståelig og forutsigbar, og vil også kunne takle hendelser som kommer overraskende på bedre enn mennesker med lav begripelighet (ibid).

Håndterbarhet: har med personens iboende ressurser å gjøre, men her er det også av betydning hvilke ressurser som befinner seg i miljøer og nettverk rundt personen. Dette har betydning

for hvordan personen mestrer stress man til daglig blir utsatt for. Den viser seg i form av at man er handlingsdyktig når man kommer i en situasjon som krever handling (ibid).

I en vitenskapelig epidemiologisk studie så Antonovsky på hvordan kvinner som tidligere hadde vært utsatt for ekstrem stress under Holocaust håndterte menopausen. De fleste taklet menopausen dårligere enn referansegruppen, men Antonovsky oppdaget at en liten gruppe klarte seg like bra som referansegruppen. Dette gjorde han nysgjerrighet. I dybdeintervju med den lille gruppen kvinner avslørte han fenomenet som gikk ut på at disse kvinnene hadde klart å utvikle helse i en positiv retning (salutogenese), fordi de anvende ressurser og livserfaringer på en sund måte (OAS). I følge Lindström og Eriksson (2015) kom Antonovsky fram til at personer med sterk OAS evner å beskytte seg mot angst, depresjon, utbrenthet og håpløshet. OAS er knyttet opp mot positive helseressurser som optimisme, utholdenhet, kontroll og mestring og kan ses på som en mestringsstrategi som gir mulighet til å velge forskjellige strategier for forskjellige opplevelser (Lindström & Eriksson 2015).

Antonovsky mente at utviklingen av en sterk OAS er en livslang prosess der grunnlaget legges i tidlig barne- og ungdomsår og stabiliseres i løpet av trettiårene. Han begrunner dette med at de fleste har vært gjennom større etableringsprosesser i forbindelse med overgang fra barn til pubertet og voksenliv, utdanning og etablering i arbeidsliv, samt etablering av hjem og familie. Studier viser at de med sterk OAS har vært gjennom mindre variasjoner i livet enn de som har utviklet en svak OAS. Andre studier viser at det kan være større variabilitet når det gjelder stabiliteten i et langt livsløp enn Antonovsky først vektla (Antonovsky 1987).

#### **4.1.3 Generelle mestringsressurser (GMR)**

OAS kan i følge Antonovsky ses på som en mestringsressurs og livsorientering. Den forteller noe om hvordan mennesker evner å kjenne igjen og bruke mestringsstrategier i møte med stressfulle situasjoner og hendelser. Det kan forklares på en annen måte ved at personer med sterk OAS både har motivasjonskraft og tiltro til seg selv og omgivelsene, slik at de kan finne og anvende mestringsstrategier på en helsefremmende måte. Mestringsstrategiene betegnes også som generelle motstandsressurser (GMR) og er det andre nøkkelbegrepet i Antonovskys salutogene teori (ibid).

I følge Antonovsky må minst fire av de generelle motstandsressursene være tilgjengelig for å utvikle en sterk OAS. Disse er slike som: kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner, meningsfylte aktiviteter og eksistensielle tanker. Personer som har utviklet og evner å ta i bruk GMR vil oppleve hendelser mindre truende og krevende, og helsefaren vil i forhold til den stressrelaterte opplevelsen være mindre (ibid).

## 4.2 Forskjeller mellom helsefremmende og forebyggende arbeid

*”Helsefremmende arbeid er tiltak som bedrer livskvaliteten, trivselen og muligheten til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet, mens forebyggende arbeid er tiltak som fører til en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer”* (Skjetne 2009).

I helsefremming rettes fokuset mot stimuli, både mot enkeltpersoner og mot samfunnet, som bidrar til å styrke og utvikle god helse. Dette er den dominerende rettesnoren.

I boken *”Haikerens guide til salutogenese”* beskrives begrepet helsefremmende arbeid som: *”positivt, dynamisk og myndiggjørende og dermed nyttig i retorisk forstand og politisk attraktivt”* (WHO, Milestones in Health Promotion 2009, i Lindström & Eriksson 2015 s. 6).

Forebygging er et kjent begrep i den medisinske folkehelsestradisjonen. Det sykdomsforebyggende arbeidet er en strategi som er kjent for sin "top-down" (ovenfra og ned) behandlingsmetode. Helsepersonell foretar både behandlingen og den sykdomsforebyggende helseopplysningen. Helseundersøkelsene på 1950-60-tallet der forebygging av hjerte-karsykdommer og lungekreft ble høyt prioritert er et eksempel på tiltak som ble satt i verk ut fra den sykdomsforebyggende tradisjonen (Mikkelsen 2005).

Helse er viktig i det forebyggende arbeidet, men det er forebygging av sykdom som er sentralt. Det er naturlig at det forebyggende og behandlende arbeidet mot sykdom har størst prioritet (Haugan & Rannestad 2014).

### 4.2.1 Forskjellen mellom salutogenese og patogenese

Den salutogene teorien anerkjenner at det finnes sykdom og patologi<sup>8</sup>, men fokuset er vendt mot det som fører til helse og velvære (Perez-Potella, Downe, Magistretti & Lindström 2015).

---

<sup>8</sup> *”Patologien beskjeftiger seg med hvordan ulike sykdommer og skader forandrer celler og vev og dermed også funksjonen til vevet, organene og kroppen. Patologisk anatomi er fellesbetegnelse på læren om alle de anatomiske forandringene som sykdom og skade kan forårsake”* (Store medisinske leksikon).

I salutogen tilnæringsmåte defineres menneskets helse ut fra helse- kontinuumet, der forskjellig grad av helse innbyr til utforskning av faktorer som kan føre til en bedre helseutvikling eller forståelse av helse, mens patogen tilnæringsmåte tar sikte på å klassifisere menneske som syk eller frisk (Antonovsky 1987 i Gammersvik og Larsen 2012).

Menneskets historie og opplevelse er viktig i den salutogene tilnærmingen, mens fokuset i den patogene er rettet mot det diagnostiske (ibid).

I den patogene tilnæringsmåten ses stress på som sykdomsskapende og man fokuserer på å minske risikofaktorene mest mulig, mens det i salutogent perspektiv ses på som potensielt helsefremmende, der bruken av eksisterende og potensielle motstandsressurser (GMR) vektlegges i møte med stress og utfordringer (ibid).

Rett kur mot rett diagnose er virkemidlet i patogen perspektiv, mens individuell tilnærming med sykepleier i omsorgen, ses på som det ideelle i det salutogene perspektivet (ibid).

## **Kapittel 5 METODE**

### **5.0 Innledning**

Den kvalitative metoden bygger både på det hermeneutiske og det fenomenologiske idegrunnlaget og er en form for fortolkningsteori om menneskelig erfaring. Den menneskelige erfaringen bygger på det fenomenologiske teorigrunnlaget.

Utdannelsen av norske jordmødre er forankret både i den fenomenologiske og den hermeneutiske grunntenkningen (Sandvik 1995, Blåka 2002). Jeg vil i korte trekk redegjøre for begge idegrunnlagene.

### **5.1 Fenomenologien**

Fenomenologi er læren om fenomenene. Begrepet fenomen kommer fra det greske ordet phainomenon og betyr; det som viser seg eller det som kommer til uttrykk. Fenomenologiens grunnlegger regnes for å være filosofen Husserl. Han videreutviklet arbeidet til psykologene og filosofene Brentano og Stumpf. Det var først med Husserl at den ble til et filosofisk system. En fenomenolog vil ta utgangspunkt i fenomenets opprinnelige form. Grunnregelen i fenomenologien er å gå til fenomenene i seg selv (Østergaard 2001).

Det er nært slektskap mellom fenomenologi og induktiv læring. Begge tar utgangspunkt i at kunnskap skal komme fra egne erfaringer. Mennesket blir sett på som deltager i de fenomener det opplever, og lever ut fra et fenomenologisk perspektiv som en del av omgivelsen.

Samhandling med naturen og omgivelsene er fenomenologens utgangspunkt. Det er gjennom sosialiseringprosessen at mennesket vokser sammen med naturen (ibid).

### **5.2 Hermeneutikken**

Ordet hermeneutikk kommer fra det greske språket og betyr; utleggingskunst eller forklaringskunst. Hermeneutikken forsøker å lage en metode for fortolkning og beskrivelse av vilkår som må være til stede, for at forståelse skal være mulig. Hermeneutikken spilte en viktig rolle i forbindelse med positivismestrident. Denne strident handlet om hvorvidt vitenskapelig objektivitet er mulig. Metoden gir et grunnlag for å studere forskerens påvirkning på forskningsprosessen i alle dens ledd (Gilje & Grimen 2007, Malterud 2008).

Heidegger, Gadamer og Habermas var teoretikere som vektla nødvendigheten av å bruke hermeneutikken som erkjennelsesteori (epistemologi<sup>9</sup>). Metoden forsøker å forklare meningsfulle fenomener som handlinger, muntlige ytringer og tekster (ibid).

Hermeneutisk tekstforståelse kjennetegnes ved at forskeren evner og har vilje til å gå i dialog med teksten. For at teksten skal være meningsfull for forskeren er det en fordel med felles kulturell og sosial forståelse mellom leseren og forskeren. Hvis dette ikke er til stede og teksten av andre grunner er uklar ut fra det opprinnelige meningsinnhold kreves det bestemte metodiske tilnærminger for å forstå teksten optimalt. Det kan være slik at meningsinnholdet oppfattes forskjellig fra person til person, derfor er det viktig at forskeren skiller mellom det forfatteren har til hensikt å formidle og det forskeren selv legger i teksten (ibid).

I hermeneutikken forstås begreper på forskjellige måter og absolutte sannheter finnes ikke (Kruuse 2001). Fordi vi mennesker tillegger fenomener meninger og har oppfatninger om hvem vi er, hvem andre er og hvordan samfunnet skal være, må forskeren forholde seg til en verden som andre allerede har fortolket. Dette er faktorer som forskeren må være oppmerksom på i arbeidet med teksten (Gilje & Grimen 2007, Malterud 2008).

Et viktig begrep i hermeneutikken er ”Den hermeneutiske sirkel”. Sammen med forforståelsen er den en beskrivelse av helheten som forskeren må være bevisst. Gjennom sitt perspektiv og sin refleksjon tolker og danner forskeren seg en mening både av innholdet i teksten og av de vurderinger hun gjør ut fra hvem som har skrevet teksten, deres bakgrunn, i hvilken situasjon den ble skrevet, intensjonen med å skrive den og hvilke media teksten kommer fra. Disse delene må ses, forstås og tolkes ut fra helheten, og helheten må forstås ut fra delene. Denne prosessen vil være i forandring i forskerens oppfatning og forståelse gjennom hele fortolkningsprosessen, men krever i følge forfatterne at fortolkningen foregår metodisk, slik at den gradvis tilfører dypere forståelse (Langergaard, Rasmussen & Sørensen 2006, Gilje & Grimen 2007, Malterud 2008).

Metoden kan brukes ved systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale. Disse kan være fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. Det er et mål at meningsinnholdet i sosiale fenomener skal utforskes og forstås slik det oppleves for de involverte selv. Den

---

<sup>9</sup>”Epistemologi, er læren om kunnskap og innsikt. Navn for erkjennelsesteori. Navnet er konstruert ut av de to greske ordene epistêmê og logos, som gjerne oversettes med henholdsvis kunnskap, innsikt og erkjennelse, samt teorien om forklaringen av eller læren om” (Store medisinske leksikon).



kvalitative forskningsmetoden kan brukes til å forstå og til å få innsikt i menneskelige uttrykk som skrift, tale eller handling (ibid).

*”Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative tilnærming går i dybden og har som formål å få fram sammenheng og helhet. Den tar sikte på å formidle forståelse” (Dalland 2007).*

I valget av metode legger jeg til grunn at andres fortolkning av virkeligheten allerede ligger i bunnen for videre arbeid med å fortolke materialet. Jeg vil på en så systematisert måte som mulig organisere og gjenfortelle innholdet i materialet. I følge forfatterne må forskeren være oppmerksom på at hun setter spor etter seg som kan gi et annet meningsinnhold enn i det opprinnelige materialet. Det skal alltid være en urørt versjon av materialet som senere skal brukes til å vurdere de funn forskeren har kommet fram til (Dalland 2007, Malterud 2008, Kvale & Brinkmann 2010, Leseth & Tellmann 2014).

### **5.3 Valg av metodisk tilnærming**

I forkant av denne studien ble det diskutert og klargjort med hovedveileder om det skulle søkes tillatelse ved de Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Studien er utført i tråd med Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora og teologi (NESH). Det sentrale etiske prinsipp er respekt for menneskeverdet, unngå skade og alvorlig belastning, og det stilles krav til informert og fritt samtykke. Videre er studien gjort kjent hos lederne og personvernombudet ved mitt arbeidssted.

Forfatterne beskriver hvilke etiske<sup>10</sup> avveininger forskeren må gjøre underveis i prosessen. De etiske vurderingene skal omhandle både temaet, problemstillingen, selve forskningsprosessen og presentasjonene av forskningsresultatene. Videre beskriver forfatterne hvordan forskeren skal innhente informert samtykke og sikre informantene konfidensialitet (Dalland 2007, Malterud 2008, Kvale & Brinkmann 2010, Leseth & Tellmann 2014).

Med fare for at materialet skulle bli for lite eller for omfattende, stilte jeg spørsmål ved hvor mange informanter som skulle implementeres i studien for at resultatet skulle sies å ha gyldighet. Etter å ha lest hva litteraturen sier om dette (ibid), og etter samtale med veileder, kom jeg fram til at studien skulle ha en form av eksplorerende design. Forskningsdesign er en prosesstrategi som sikrer at forskeren henter inn den informasjonen hun trenger for å få best mulig svar på forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmålene skal angi forskningens formål,

---

<sup>10</sup> ”Etiske regler omtaler blant annet respekten for pasientens interesse og integritet, taushetsplikt” (Store medisinske leksikon).

mens strategien i forskningsprosessen skal sikre at studien lar seg gjennomføre og at den er pålitelig og gyldig (ibid).

Selv om jeg på forhånd viste at det skulle framgå tydelig hva studien gikk ut på, og hvilken hensikt jeg hadde med den, var jeg likevel opptatt av at informantene ikke skulle forberede seg på hvilke spørsmål som ble stilt før intervjuets start, slik at de ga feil inntrykk av deres opprinnelige kunnskap om tema. Dette må ses i lys av min forforståelse som var at mange jordmødre ikke er bevisste om de arbeider ut fra et helsefremmende eller forebyggende perspektiv. Jeg fryktet at flere jordmødre ville synes dette ble for teoretisk, og at jeg derfor skulle stå i fare for å ikke få nok interessenter. Etter samtaler med veilederne og ut fra prinsippet om åpenhet i forskningen (ibid), ble forskningsspørsmålene utformet slik at de ikke ble for teoretiske. Det ble stilt åpne spørsmål som i hovedsak skulle si noe om hvordan jordmødrene arbeider og videreformidler sin kunnskap ut til kvinnen og samfunnet.

#### **5.4 Det kvalitative forskningsintervju**

Metodisk er det kvalitative forskningsintervju halvstrukturert og bygd opp rundt en intervjuguide eller som i denne studien, forskningsspørsmål delt inn i forskjellige temaer. Intervjuet skal være saksorientert og gi en forståelse for sentrale fenomener i den intervjuedes livsverden. Underveis i samtalen kan forskeren komme med oppfølgingsspørsmål for å få en bedre forståelse eller utdyping av de temaer som tas opp. Intensjonen er at informanten skal kunne snakke fritt rundt de spørsmål forskeren stiller, og grunnprinsippet er at forskeren i det kvalitative forskningsintervju ikke skal påvirke informanten i dennes fortelling (ibid).

Fog poengterer at det i utgangspunktet er forskeren som er interessert i å få svar. Og også hun som tar kontakt med informanten. Hun har på forhånd lagt premissene for hvilke spørsmål som skal belyses, derfor kan en ikke utelukke forskerens påvirkning i fortellingen (Fog 1995).

I denne studien valgte jeg det halvstrukturerte dybdeintervjuet. På forhånd utarbeidet jeg fem forskningsspørsmål. Formålet var å få tak i informantenes opplevelse av arbeidshverdagen. Ut fra prinsippet om at forskeren skal sikre at hun forstår og siterer informantens informasjon riktig, (Dalland 2007, Malterud 2008, Kvale & Brinkmann 2010, Leseth & Tellmann 2014) var jeg underveis i intervjuet påpasselig med å stille spørsmål der jeg opplevde at noe trengte bekreftelse, var uklart eller der jeg ønsket mer utfyllende forklaringer. Disse spørsmålene var slike som, *forstår jeg deg riktig når du sier at...? eller kan du utdype dette?*

Metoden er inspirert av ”grounded theory” som tillater informantene å styre store deler av prosessen selv. Forskeren kan bruke mild styring for å sikre at hun får svar på de spørsmål hun ønsker å få svar på, men hun skal være bevisst det faktum at forskningen, gjennom hennes tilstedeværelse og samhandling med informantene, vil bli påvirket av forskerens subjektive meninger (ibid).

#### **5.4.1 Utvelging av informanter**

Jeg tok kontakt med medlemmene til en av de to jordmororganisasjonene jordmødrene er organisert i. Valget ble gjort ut fra praktiske hensyn og et ønske om og nå en stor gruppe jordmødre. Mange jordmødre meldte sin interesse, derfor ble den andre organisasjonen ikke kontaktet. Problematikken rundt dette ble gjennomgått og drøftet med veileder, og vi kom i felleskap fram til at det ikke ville få noen konsekvens for resultatet. Dette blir begrunnet med at jordmødre som yrkesgruppe har et felles idegrunnlag, de har også en felles yrkesutdanning, med sykepleierutdanning i bunnen, slik at de ut fra dette kan sies å være en homogen gruppe.

Forespørsel (med to vedlegg) om intervju ble sendt til e- mail-adresser. Det ene vedlegget beskrev studiens tema og hensikt, det andre vedlegget var et samtykkeskjema som de som ble trukket ut til å delta i studien skulle skrive under på og levere tilbake til meg i forbindelse med intervjuet. I brevet ble det lagt vekt på at hvert enkelt bidrag ville telle ut fra et ønske om at mange skulle melde seg. Det ble informert om at dersom de ønsket å delta, ville det være stor fleksibilitet når det gjaldt hvor og når intervjuet skulle finne sted, men det ble vektlagt at det var viktig at vi kunne sitte uforstyrret. På forhånd var det gjort avtale om et rom utenfor avdelingen der jeg arbeider, slik at jordmødrenes anonymitet skulle være ivaretatt.

Det ble det informert om intervjuets varighet og at de, etter at jeg hadde skrevet intervjuet ordrett ned, ville få anledning til å lese gjennom intervjuet selv, slik kunne de føye til, stryke ut eller gjøre andre anmerkninger etter eget ønske. Jordmødrene fikk også beskjed om at jeg forpliktet meg til å anonymisere materialet, slik at ingen ville bli gjenkjent i det ferdige produktet og at materialet ville bli forsvarlig oppbevart og destruert når studien er over.

Videre ble det gjort klart at deltagelsen var frivillig og at de kunne trekke seg både før, underveis og etter at intervjuet var ferdig. Forespørselen ble avsluttet med navn og telefonnummer, slik at de som hadde spørsmål kunne ta kontakt. Det er et overordnet etisk prinsipp i forskningen at utvelgelse, rekruttering og deltagelse er basert på frivillighet og skriftlig

informert samtykke (Kvale & Brinkmann 2010). Informantenes anonymitet har i samsvar med prinsippene blitt ivaretatt både i de muntlige opptakene og i det skriftlige materialet.

For å få så stor bredde og variasjon som mulig både i materialet og mht. informantenes erfaring, ble det søkt etter både yngre og eldre informanter med kort og lang yrkeserfaring. Tanken var at jordmødrene skulle ha erfaring både fra svangerskap, fødsel og barselomsorgen. Spekteret mellom informantene var fra helt nylig uteksaminert jordmor til jordmor med tjue års erfaring. Jeg ønsket å se om det var forskjeller, og evnt. belyse hvilke forskjeller det var i erfaring, opplevelse og utøvelse av yrket. Av samme grunn dro jeg ut av egen kommune for å intervju to distriktsjordmødre fra to forskjellige kommuner.

Den ene er hjemmefødselsjordmor. Hun har også arbeidet både innenlands og utenlands i det høyteknologiske sykehuset,. Hun har omsorg for kvinner både i svangerskapet, under fødselen og i noen uker etter nedkomst. Her ønsket jeg å finne ut av hvordan hun opplever arbeidshverdagen og om hun opplever at hun kan gi et bedre og mer helhetlig tilbudsom hjemmefødselsjordmor. Videre ønsket jeg å finne ut av om hun setter dette i sammenheng med en mer helsefremmende omsorg.

Den andre distriktsjordmoren arbeider ved et av landets distriktssykehus samt i kommunehelsetjenesten i to nærliggende kommuner. Hun har også en stilling knyttet opp mot følgetjenesten. Noen kvinner sokner til fødeavdelinger som kun kan nås med båt eller helikopter, alt etter hastegrad. Tanken med å intervju henne var å få tak på eventuelle forskjeller i måten jordmødrene opplever deres arbeidshverdag. Det er nærliggende å tro at både hjemmefødsels- og distriktsjordmoren opplever en nærere relasjon til kvinnene, da de både har svangerskap, fødsel og tidlig barselomsorg sammen. De har også langt færre kvinner, par og barn som skal gis omsorg til.

Til sammen var det tjueseks respondenter, både fra jordmødre som praktiserer ved føde- og barselavdelinger og fra jordmødre som arbeider i svangerskapsomsorgen rundt om i kommunene. Disse tjueseks ble fordelt i tre grupper ut fra kriteriene arbeidserfaring. Denne inndelingen bygger på Dreyfus' og Dreyfus' (1981) teori ” og beskrives i Benner's bok ”*fra novise til ekspert*” (Benner 1995). Modellen skisserer hvordan klinisk kunnskap og refleksjon rundt praksis utvikler seg over tid og er inndelt i nybegynner, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Denne studiens tre grupper ble delt inn i;

1) Fra lite til tre års erfaring. (Fra nybegynner til avansert nybegynner). Her var det kun en respondent. Det ble derfor gjort et strategisk valg av henne, fordi det var viktig å finne ut av om hun som nyutdannet jordmor hadde en annen forståelse for den helsefremmende dimensjonen. Hun fikk velge fritt hvilke arenaer hun skulle dele erfaring fra, og valgte både barsel- og fødepraksis.

2) Tre til ti års erfaring. (Fra kompetent til kyndig utøver). I denne gruppen ble tre tilfeldige respondenter trukket ut. Den ene skulle dele erfaring fra svangerskapsomsorgen, mens de to andre skulle dele erfaring fra barselpraksis.

3) Ti til tjue års erfaring. (Kyndig utøver). Her ble to tilfeldige respondenter trukket ut. Disse skulle bidra med informasjon fra føden. En av dem fortalte fra sin fødepraksis, mens den andre i hovedsak ga informasjon både fra sine opplevelser ved føden, men også noe fra sin lange erfaring med gravide i svangerskapsomsorgen.

Når det gjaldt utvalget av distriktsjordmødre var det disse to som sa seg villig til å bidra. Begge har mer enn 15 års erfaring. Her gjorde jeg også et strategisk utvalg ut fra en antagelse om at distriktsjordmødrene ville bidra med nyttig og muligens annerledes erfaring og innfallsvinkler til tema. Strategiske utvalg er i følge Malterud (2008) utvalg som kan bidra med presise beskrivelser og belyse problemstillingen på en adekvat måte (Malterud 2008).

For å finne ut av om nyere undervisning følger opp myndighetenes anbefaling om økt fokus på det helsefremmende perspektivet, var det naturlig å stille spørsmål ved om det var samsvar mellom det læreren mener hun underviser i og det elevene får med seg av lærerens teoretiske og erfaringsbaserte kunnskap. Benner (1995) beskriver i boken *"fra novise til ekspert"* at det ikke er uvanlig at ferske studenter er mest opptatt av å lære seg det kliniske arbeidet først, og at det å kombinere teori og praksis er vanskelig for studenter med lite erfaring (Benner 1995). For å finne ut av hvilket fokus helsefremming har i undervisningen, og om fenomenet slik det beskrives ovenfor oppleves slik, intervjuet jeg en lærer ved en av landets jordmorutdanninger.

Arbeidshverdagen kan bestå av mye uro, det kan være logistikkutfordringer, sykdom og travle vakter pga. nedskjæringer og sparetiltak. Nedlagte tun med færre jordmødre på vakt er blant annet et resultat av slike nedskjæringer. Derfor ønsket jeg å finne ut av om dagens omsorg på det høyteknologiske sykehuset står i kontrast til det å kunne tilby en helsefremmende omsorg.

Til sammen ble åtte praktiserende jordmødre implementert i studien, samt en lærer ved jordmorutdanningen. Læreren ble kontaktet samtidig med de andre jordmødrene, men var ikke med i utvalget av de åtte implementerte jordmødrene. Hun ble intervjuet i etterkant, og det var på forhånd utarbeidet en egen intervjuguide.

#### **5.4.2 Tilrettelegging og gjennomføring av intervju**

Når respondentene meldte seg fikk de individuell tilbakemelding enten via privat telefon, eller via private mail, slik at anonymiteten skulle være sikret. Alle avtaler angående hvor og når intervjuene skulle avholdes ble også utført på samme vis. Likeledes har jeg i etterkant vært svært påpasselig med å ikke avsløre studiens bidragsytere. To av intervjuene ble utført i informantenes hjem, to i mitt hjem og de siste fem i egnede lokaler i nærheten av informantens arbeidssted. På forhånd ble det ikke lovet noen form for kompensasjon, men i etterkant ble informantene belønnet med en liten påskjønnelse. Informantene har alle stilt velvillig opp og jeg er takknemmelig for at de har brukt av sin private tid til å berike meg med deres historier og erfaringer.

Jeg valgte å bruke diktafon. Ifølge Kvale og Brinkmann (2010) vil dette lette forskerens arbeide ved korrekt gjengivelse og vil videre muliggjøre forskerens tilstedeværelse og konsentrasjon i samtalen med informantene (Kvale & Brinkmann 2010).

For å være sikker på at alle hadde samme forståelse for hva helsefremmende arbeid er, bestemte jeg meg for å legge fram definisjonen med en liten undertekst på det helsefremmende arbeidets fundament. Nedenfor presenteres informasjon som ble gitt til informantene i forbindelse med intervjuet:

Helsefremmende arbeid er *"den prosessen som gjør individer, grupper og organisasjoner i stand til å øke kontrollen over faktorer som påvirker helse"*.

Undertekst: *"Denne definisjonen vektlegger at helsefremmende arbeid er en demokratisk prosess. Det å styrke verdier som gir individer, grupper og organisasjoner mulighet for ansvar, delaktighet, mestring og kontroll over egen situasjon framheves som viktig"* (Bakken 2012 i Idebanken).

Etter intervjuene var tilbakemeldingene positive og flere fortalte at de glemte eller overså diktafonen underveis.

### **5.4.3 Erfaring med kvalitativ forskningsintervju som metode**

Dette var en interessant måte å tilegne seg kunnskap på. Det var lærerikt, men samtidig krevende å sitte på sidelinjen å lytte og la informanten selv drive fram det som skulle være det meningsbærende innholdet i intervjuene. For å unngå å legge føringer til tema under oppfølgingsspørsmålene måtte jeg være fokusert og bevisst dette under hele intervjuet, også i faser der det ble stille og informantene tydelig ikke fant rette ord eller brukte tid på å resonere, men i særdeleshet der meninger brakte engasjement til tema.

### **5.4.4 Forskning i egen profesjon**

I Leseth og Tellmann (2014) beskriver den amerikanske sosiologen Abbott profesjonsyrker som kunnskapsbaserte yrker, som bygger på både vitenskapelig kunnskap og praktisk læring. Disse gir utøveren kvalifiserte ferdigheter innenfor sin profesjon (Leseth & Tellmann 2014).

Profesjonsforskning er bygd opp rundt flere forskjellige metoder og det er hvilke spørsmål forskeren ønsker å få svar på som er avgjørende for hvilke metoder som er hensiktsmessige å ta i bruk. Den kvalitative forskningen er i følge forfatterne godt egnet og tett knyttet opp mot relasjonsprofesjoner innenfor helse og sosialfaglige yrker, dvs. yrker der store deler av arbeidet er i relasjon til andre mennesker (ibid).

Profesjonsforskning kan deles inn i to ulike former for studier. Den ene studien er knyttet opp mot interne anliggende ved utøverens praksis og utdanning, mens den andre ser mer på utøverens rolle ut mot samfunnet. Dette kan være opp mot andre profesjoner, men også opp mot det tverrfaglige samarbeidet dem i mellom (ibid).

Når det gjelder det interne anliggende ønsket jeg å få bedre innsikt i hvordan jordmødrene selv opplever sin rolle i forbindelse med det daglige arbeidet. Jeg ville søke å få en bedre forståelse av jordmors indre opplevelse av mening i arbeidssituasjonen. Videre ønsket jeg å belyse hvilken kunnskap jordmor har gjennom sin utdanning, og da spesielt i forhold til det helsefremmende aspektet. Selv om studien ikke legger opp til drøfting på samfunnsnivå vil den gi et innblikk i hvordan kunnskapen kommer til uttrykk ut mot samfunnet.

I følge Kvale og Brinkmann (2010) er det en styrke at forskeren, som utøvende fagperson, forstår de problemstillinger og den informasjon som informanten ønsker å formidle. Dette

gjør at informantene kan fortelle med mer flyt det de ønsker å formidle uten å bli avbrutt, fordi informantene slipper å forklare faguttrykk og sette forskeren inn i informantenes arbeidsmetoder og arbeidssituasjon. Likeledes er det en styrke at forskeren forstår det miljøet hun skal forske i (Kvale & Brinkmann 2010).

På den andre siden kan det være en forskjell i maktbalansen mellom forskeren og informanten, og da i særdeleshet hvis disse er kollegaer. Det kan være forskjell i erfaring, og/eller forskjell i overordnet eller underordnet stilling, som gjør at en eller flere opplever dette som vanskelig. Videre er det sannsynlig at personer som kjenner hverandre også har dannet seg et bilde av informant og forsker, slik at begge vil ha en forståelse eller en formening om hvem den andre er. Dette kan få både positive og negative utslag for resultatet (ibid).

Jeg er kjent med at det både er en fordel og en ulempe at jeg har mange års erfaring innenfor forskningsfeltet. Dette påvirker forskningsspørsmålene, både i forberedelsen og i utformingen av studien. Jeg har gjennom studiens drøftingsdel, og i lys av denne erkjennelsen, gjort rede for hvordan jeg har gått fram for å utfordre egen forforståelse. Videre har jeg gjennom informantenes egne sitat og deres mulighet til å lese gjennom, redigere og godkjenne sitatene, lagt til rette for at deres perspektiver og meninger har fått komme fram.

## **5.5 Transkribering av intervjuene**

I det følgende kapittel vil jeg vise til hvordan jeg ved hjelp av transkriberingsprosessen fikk oversikt over materialet. Funnene vil bli illustrert gjennom analysen og vil til sist søke å gi svar på oppgavens problemstillinger.

I følge forfatterne Kvale og Brinkmann (2010) er det en fordel at forskeren sikrer at informantene blir sitert riktig ved å transkribere intervjuene umiddelbart etter intervjuet (Kvale & Brinkmann 2010). Intervjuene ble skrevet ned ordrett, på informantens dialekt, for at materialet ikke skulle hope seg opp og fordi det er en fordel at intervjuet er i "friskt" minne når det transkriberes. Ord ble utelatt som ikke hadde noen betydning for meningsinnholdet. Ord som ofte gikk igjen var: "he", "hmm", "da" "ikke sant", ordet "også" som bindeledd mellom setninger, "vet du", og "på en måte". Under transkriberingsprosessen ble latter, sukk, stotring eller nonverbale uttrykk som nikk eller risting på hodet, trekking på skuldre eller grimaser, ikke skrevet ned, da det generelt var lite av disse uttrykkene, og også fordi disse ikke forandret på informantens meningsinnhold. I neste trinn ble materialet transkribert til bokmål for å sikre informantenes anonymitet.



### **5.5.1 Refleksjon**

Refleksjon er en av de grunnleggende aktivitetene i arbeidet med å forstå og fortolke en tekst. Som tekst kommer refleksjon til uttrykk gjennom ulike tekstformer. De forskjellige formene vil være med på å danne rammer for hvordan refleksjonen kan uttrykkes og utfoldes. Disse rammene utgjør et viktig ledd i den sammenheng som bidrar til å sikre en vellykket overføring av mening (Malterud 2008). I følge forfatteren må forskeren gå med et åpent sinn gjennom alle ledd i forskningsprosessen og være oppmerksom på at en sterk nærhet til materialet kan føre til at hun ikke er kritisk nok. Hun må videre ha en holdning som tilsier at hun er systematisk og redelig i sin behandling av kunnskap. Dette kan best gjøres ved at leseren blir informert om betingelsene som ligger til grunn for den kunnskapen som framkommer, og at den slik kan etterprøves (Malterud 2008).

### **5.6 Analyse og tolking av data**

I analysedelen ble systematisk tekstkondensering tatt i bruk. Malterud (2008) beskriver systematisk tekstkondensering som et hjelpemiddel for at forskeren på en enklere måte skal kunne formidle de hovedtrekk som går igjen i alle intervjuene (ibid).

Materialet ble organisert ved å gå gjennom fire trinn. Nedenfor vises det til hvordan jeg arbeidet for å få oversikt over meningsinnholdet i de åtte intervjuene. Dette vil senere danne grunnlag for tolkning og diskusjon i studiens drøftingsdel.

I første trinn ble materialet lest gjennom og jeg var bevisst det å legge bort forforståelsen og den teoretiske referanserammen, slik at jeg var åpen for og fikk med meg informantenes stemme. Malterud (2008) beskriver det slik at når forskeren har lest gjennom materialet, skal hun skrive ned noen få tema som hun fester seg ved. Disse tema er ikke et uttrykk for systematisk refleksjon og er kun en startfase i å organisere materialet (Malterud 2008). Etter å ha lest gjennom hvert enkelt av de åtte intervjuene tegnet det seg et helhetsinntrykk som igjen ble delt inn i forskjellige temaer.

I trinn to skal analysearbeidet organiseres og forskeren skal skille mellom relevant og ikke relevant tekst som kan være med på å belyse og senere gi svar på problemstillingen (ibid). Temaene ble valgt ut fra hovedinntrykket jeg satte igjen med etter å ha lest gjennom intervjuene. I trinn to var det viktig å huske på prinsippet om den tause logikk, som representerer min definisjon av kodene. I følge Malterud (2008) kan man aldri være sikker på

at mottakeren tolker troverdig, fordi tolkingen alltid vil være farget av kjønn, erfaring og en mulig ubevisst forforståelse. Fortolkning vil derfor til en viss grad alltid være usikker og reviderbar (ibid).

Intervjuene ble lest gjennom enda en gang for å identifisere meningsbærende enheter ved hvert enkelt av dem. Disse er foreløpige begreper eller utsagn som skal knyttes opp mot de tema som ble tatt med fra trinn en. Sammen med de opprinnelige temaene, plukket jeg nå ut tekstbiter som kan knyttes opp mot hvert enkelt tema. Dette kalles koding. Etter at noen av tekstbitene ble flyttet over fra et tema til et annet, fordi det underveis viste seg at de passet bedre der, ender jeg opp med tekstbiter som har et meningsinnhold som passer inn under hvert enkeltstående tema. Malterud (2008) beskriver denne prosessen som å sammenligne dette med et fruktfat, der du samler de forskjellige fruktene på fatet, men sorterer bort elementer som ikke hører hjemme der, f. eks. gummistøvler og bussbilletter (ibid).

I den tredje delen var temaene overstyrende for hvilke tekstbiter og kodegrupper som ble valgt. Ved hjelp av den hermeneutiske sirkel, der jeg beveger meg mellom delene i de forskjellige trinnene og helheten, og ved å lese alle intervjuene gjentatte ganger, mener jeg at jeg klarte å belyse det som hver enkelt av dem ga uttrykk for. Jeg var samtidig bevisst forforståelsen og konteksten rundt intervjuene, f. eks. hvem som ble intervjuet, erfarne kontra ikke erfarne jordmødre, jordmødre i svangerskapsomsorgen kontra jordmødre i fødselsomsorgen osv.

I siste del skal bitene settes sammen (rekontekstualiseres) og forskeren skal vurdere om resultatet er gyldig mht. materialets opprinnelse. Gjenfortellingen skal være tro mot den opprinnelige meningen, men skal også kunne gi ny innsikt (ibid).

I Malteruds bok "*Kvalitative metoder i medisinsk forskning*" (2008) vises det til at forforståelse og den teoretiske referanserammen forskeren velger er med på å forme forskerens perspektiv. Den opprinnelige teksten kan miste noe av sitt opprinnelige utseende i prosesser som bygger på prinsipper om dekontekstualisering og rekontekstualisering, derfor er rekontekstualisering et viktig tiltak for å unngå reduksjonisme (ibid).

I denne studien, som inneholder en moderat mengde med tekst, er det mulig å sammenfatte innholdet til å bli meningsbærende opp mot de åtte opprinnelige intervjuene. Intervjuene leses gjennom flere ganger for å sikre at sluttresultatet stemmer overens med det originale

materialet. Det er nå flyt i intervjuene som er komprimert til et meningsinnhold som sammenfaller med informantenes beskrivelse.

### **5.7 Validitet i studien**

Å validere er å stille spørsmål ved studiens gyldighet og viser til om studien undersøker det den sier den skal undersøke (Malterud 2008). (Validitet ser på to forskjellige former for gyldighet. 1) Intern validitet sier noe om i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt, og 2) Ekstern validitet sier noe om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (ibid).

### **5.8 Reliabilitet i studien**

Reliabilitet viser til i hvilken grad en studie kan etterprøves. 1) Indre reliabilitet forteller i hvilken grad andre forskere kan anvende begrepsapparatet for analysen av data på samme måte som den opprinnelige forskeren. 2) Ytre reliabilitet forteller i hvilken grad ulike forskere kan oppdage samme fenomen, generere samme begreper i den aktuelle og liknende situasjoner (ibid).

### **5.9 Overførbarhet i studien**

I følge forfatterne har ikke den kvalitative metoden til hensikt å generalisere (Kvale & Brinkmann 2010). Studiens funn beskriver ikke hvordan jordmødre flest opplever dette, men viser til denne studiens utvalg sett ut fra deres horisont. Annen forskning innenfor samme fagfelt kan gjenkjennes ved lignende funn som utvalgets erfaringer og på denne måten danne inntrykk av at flere opplever og beskriver samme fenomen.

## **Kapittel 6 REDEGJØRELSE FOR UTARBEIDELSEN OG PRESENTASJON AV FORSKNINGSSPØRSMÅLENE**

### **6.0 Innledning**

Når forskeren lurer på noe, stiller hun spørsmål ved det. Det er dette som danner forskningsspørsmålene. Disse skal i følge forfatterne fungere som rettesnor under den videre forskningsprosessen og gjenspeile forskerens formål med studien (Leseth & Tellmann 2014).

*”Som man roper i skogen får man svar”*, skriver de samme forfatterne under kapittel 2 om utarbeiding av forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene skal vise til hva undersøkelsen skal svare på, og er videre førende for de valg forskeren gjør underveis i studien (ibid).

Videre sier de at tidligere forskning og personlige erfaringer gjør at forskeren har med seg en egen forskerforståelse av de fenomener hun ønsker å forske i (ibid).

Det kan forstås slik at en jordmors forskerspørsmål vil være annerledes enn f. eks. en gynekologs. Det kan også forstås slik at forskeren ut fra egen forforståelse stiller spørsmålene slik at hun får de svar hun selv ønsker.

Nedenfor kommer en redegjørelse for bruken av den induktive og deduktive framgangsmåten som vil være med på og utdype dette bedre.

Den induktive framgangsmåten innebærer i følge Leseth og Tellmann (2014) at forskeren legger forforståelsen bort i bearbeidingen av forskningsspørsmålene. Forskeren skal i utformingen av forskningsspørsmålene vektlegge at det skal være åpne spørsmål, der informantene får fortelle fritt fra deres erfaringer. Videre er formålet med denne framgangsmåten at forskeren skal være åpen for all slags informasjon og heller ikke gå glipp av informasjon som forskeren selv ikke har tenkt på (ibid).

Samtidig beskriver forfatterne at ved å velge den deduktive framgangsmåten der forskeren på forhånd har valgt en teoretisk innramming, vil dette hjelpe forskeren til å forstå og se i riktig retning når hun samler informasjon (ibid).

Videre belyser de utfordringene forskeren står overfor ved å prøve å rendyrke en av metodene. Leseth og Tellmann (2014) mener at det ikke lar seg gjøre å legge forforståelsen bort, ei heller den personlige forventningen til de svar forskeren ønsker å finne, slik at det derfor er vanlig at forskeren benytter seg av begge framgangsmåter (ibid).

Ut fra denne erkjennelsen har jeg, så godt som det lar seg gjøre, lagt forforståelsen bort i utformingen av mine forskningsspørsmål, men erkjenner at jeg benytter meg av både den deduktive og den induktive framgangsmåten.

Ved å stille så åpne spørsmål som mulig og ved å legge vekt på at informantene skulle få fortelle fritt fra sin arbeidserfaring, har jeg fått tatt del i forskjellige erfaringer fra jordmødrene jeg har intervjuet. Oppfølgingsspørsmålene har kommet naturlig underveis, der jeg har ønsket mer utfyllende fortellinger.

I de kommende kapitler vil forskningsspørsmålene presenteres med en redegjørelse for tanker jeg hadde i utarbeidelsen av spørsmålene. Videre vil jeg belyse valg som ble tatt underveis i skriveprosessen.

## **6.1 Redegjørelse for valg av forskningsspørsmål**

Jeg oppdaget underveis at fem forskningsspørsmål var for ambisiøst sett ut fra studiens størrelse. Etter lang tids arbeid og mye grubling kom jeg sammen med veileder fram til at noen av de fem forskningsspørsmålene skulle legges til side. Jeg valgte da å utrede forskningsspørsmål 4 og 5. Valget falt på disse to, fordi de to siste forskningsspørsmålene ga de mest relevante funnene opp mot studiens tema og problemstilling. Ut fra prinsippet om åpenhet i forskningen, beskrives de tre første forskningsspørsmålene nedenfor uten at funnene tas med eller diskuteres videre i studien.

*Forskningsspørsmål 1) I ditt første møte med kvinnen og paret, hva er det du som jordmor vektlegger i omsorgen for at dette møtet skal oppleves som vellykket?*

*Forskningsspørsmål 2) Kan du beskrive videre hvordan du støtter og følger opp kvinnen og paret for at de skal ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever at de mestrer utfordringene i den nye opplevelsen/livssituasjonen?*

*Forskningsspørsmål 3) Er det faktorer i din arbeidssituasjon som gjør det vanskelig for deg å kunne ivareta kvinnen og paret på en tilfredsstillende måte?*

## **6.2 Presentasjon av studiens forskningsspørsmål til jordmødrene**

Jeg starter med å presentere de to forskningsspørsmålene jeg valgte å bruke i den videre utarbeidelsen av studien. Under forskningsspørsmålene redegjør jeg for tanker jeg hadde under utarbeidelsen av spørsmålene.

### ***Forskningsspørsmål 4) Hva gir deg som jordmor mening i samhandlingen med kvinnen og paret?***

Her antok jeg at jordmødrene ville beskrive deres selvstendige måte å arbeide på, enten det handler om deres kvinnesolidariske engasjement eller deres faglige spisskompetanse. Det kan være som formidler eller tilrettelegger, eller hvordan jordmødrene kommuniserer for å skape trygghet, tillit og forutsigbarhet.

### ***Forskningsspørsmål 5) Opplever du at du som jordmor arbeider helsefremmende?***

Under dette spørsmålet hadde jeg en formening om at forskningsspørsmålene i en kombinasjon med oppfølgingsspørsmål skulle ”mette” materialet slik at dette ville gi svar på problemstillingen.

## **6.3 Presentasjon av studiens forskningsspørsmål til lærer ved jordmorutdanningen**

Når det gjelder spørsmål til lærer ved jordmorutdanningen ble det utarbeidet en guide både for å holde fokuset og for å sikre svar på det jeg lurte på. Også her ble det stilt oppklarende spørsmål der det følte naturlig.

### ***Forskningsspørsmål 1) Er det egne undervisningstimer i helsefremming, og i så fall når startet jordmorutdanningen undervisning i helsefremming?***

### ***Forskningsspørsmål 2) Opplever du at helsefremming har fått bredere plass i undervisningen og klarer elevene å integrere kunnskapen i måten de tenker og arbeider på?***

### ***Forskningsspørsmål 3) Opplever du at studentene er engasjerte i helsefremming som egen fagretning, og i så fall på hvilken måte? Skrives det avsluttende oppgaver der helsefremming er tema?***

## **Kapittel 7 PRESENTASJON AV MENINGSBÆRENDE FUNN, TOLKING OG DRØFTING OPP MOT DE TRE KOMPONENTENE I OAS**

### **7.0 Forsknings spørsmål 4) *Hva gir deg som jordmor mening i samhandlingen med kvinnen og paret?***

Forsknings spørsmål fire vil danne grunnlaget for tolking og drøfting av de meningsbærende funnene opp mot begrepene i OAS.

De tre komponentene i OAS, meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet har flere dimensjoner av ord i undergrupper under seg. F. eks. sorterer ordet *harmoni* under dimensjonen meningsfullhet, mens *fleksibilitet* og *tillit* er ord som tilhører under dimensjonen håndterbarhet, (Lindström & Eriksson 2015).

Under analyseprosessen var det ni meningsbærende funn som sto fram. De ni hovedfunnene under begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet var:

**Meningsfullhet: 1) støtte 2) tilstedeværelse 3) omsorg.**

**Begripelighet: 1) informasjon 2) kommunikasjon 3) medbestemmelse.**

**Håndterbarhet: 1) mestring 2) selvtillit 3) empowerment.**

Funnene som ble trukket ut under de ni hovedfunnene var meningsbærende setninger og begreper, som f. eks.: "*Det at vi får til en dialog ikke en monolog*", og "*iboende fødekrefter*". Setninger og begreper ble deretter sortert og plassert inn under hovedfunnene. Til slutt ble temaene gitt passende overskrifter, som f. eks. "*Dialog versus monolog*". "*Ro i fødselsarbeidet*".

I det videre arbeidet vil utdrag av informantenes fortellinger være med og danne studiens framdrift og karakter. Utsagnene til informantene vil behandle flere begrep og faktorer under samme sitat. Der jeg velger å ikke splitte opp utsagnene gjøres dette fordi helheten viser til hele bildet og utsagnene henger sammen for å kunne se helheten. Valgene jeg har gjort mht. hvilket hovedfunn hvert enkelt sitat ble plassert i, vil i tolknings og analyseprosessen være basert på dette fenomenet.

## 7.1 Meningsfullhet og OAS

*Forskningsspørsmål 4) Hva gir deg som jordmor mening i samhandlingen med kvinnen og paret?*

De fire temaene som stod fram var:

- 1) **Støtte:** EN STØTTENDE JORDMOR
- 2) **Tilstedeværelse:** RO I FØDSELSARBEIDET
- 3) **Omsorg:** KONTINUITET I OMSORGEN – EN TIL EN – OMSORG

### 7.1.1 Støtte

#### EN STØTTENDE JORDMOR

Antonovsky (1987) forfektet at meningsfullhet er den viktigste motivasjonsdimensjonen og selve drivkraften i livet (Antonovsky 1987). Ut fra dette kan man si at jordmor er i en heldig posisjon, fordi motivasjonsfaktorene til de fleste gravide og fødende er høy og belønningen er både lønnsom og betydningsfull. Dessverre er det også slik at smertene og redselen for at noe skal gå galt, kan overskygge dette. Underveis i fødselsforløpet er det ikke uvanlig at kvinnen mangler motivasjon til å fortsette arbeidet. Her har jordmor et viktig arbeid å gjøre sett ut fra et helsefremmende og et salutogent perspektiv, slik at kvinnen kan komme gjennom fødselen slik at det gir positiv helseeffekt for framtiden.

I følge Antonovsky dreier OAS seg først og fremst om psykisk, sosial og åndelig styrke til å takle livet, men forfatterne påpeker at Antonovsky ikke undervurderte den fysiske helsens dimensjon som også er innlemmet i definisjonen av kontinuumet mellom helse og uhelse (Antonovsky 1979 i Lindström & Eriksson 2015).

I sitatet under beskriver jordmor hvordan hun støtter, arbeider og tenker for at fødekvinnen skal komme gjennom fødselen med en positiv opplevelse.

#### Støttende omsorg

**Jm 2:** *”Og hvis du i tillegg kan gjøre en god jobb, slik at de drar herfra og føler seg styrket, både i jobben de gjorde under fødselen og med ammingen, men også når det gjelder tilknytning til barnet, så tenker jeg at det ikke er noe som gir meg mer glede enn det. Og det å ha fått en førstegangsfødende, kanskje en som er litt utfordrende i utgangspunktet, gjennom en normal fødsel og at hun er lykkelig og fornøyd etterpå, så er det absolutt det beste, og også det mest slitsomme, fordi vi begge ofte har holdt på i timesvis. Du prøver alt og du gjør alt, og du virkelig jobber for å få det til, da blir også jordmor ”tappet” etterpå, men samtidig så vet du at nå har du ”reddet” en person fra å ikke ville føde flere ganger, eller forlange keisersnitt ved neste fødsel”.*



En annen jordmor forteller hvor viktig det er å støtte kvinnen gjennom fødselsarbeidet, slik at begge blir fornøyde i etterkant.

**Jm 1:** *”De gangene paret, helst hun da, sier det eller at du bare vet det at her fikk vi til noe sammen som både fødekvinne og jeg kan være stolte av i etterkant, og at de opplevde at det ikke var noe skremmende med fødselen, da vet jeg at jeg har gjort en god jobb. De gangene er jeg overbevist om at paret ikke sitter igjen med at jeg var en god jordmor. De sitter igjen med at de selv gjorde en veldig god jobb. Det synes jeg er veldig givende”.*

### Støtte kvinnens valg

I neste sitat forteller samme jordmor at det nødvendigvis ikke må være ”normale” vaginale fødsler for at hun skal oppleve at hun har støttet paret og bidratt til at de fikk en fin fødselsopplevelse.

**Jm1:** *”Klart en fin fødsel er jo veldig moro, det er jo ikke det, men jeg har jo også vært på både akutte og elektive sectio som har gitt meg samme følelsen, fordi det ble så fint som det kunne bli for dem”*

Jordmor gir uttrykk for at det er opplevelsen paret sitter igjen med etter forløsningen som er viktigst for henne. At fødselen ble fin for dem. I et salutogent perspektiv er det å støtte kvinnens valg i forbindelse med forløsningsmetode, både når det gjelder induksjon<sup>11</sup> og elektiv sectio<sup>12</sup> viktig jordmorarbeid. Psykologen Carl Rogers (1092-1987) hevdet at den grunnleggende holdningen blant helsearbeidere må være å respektere at brukeren er spesialist på seg selv (Rogers 1957 i Tveiten, Gammersvik & Larsen 2012).

Når jordmor viser respekt for kvinnens valg viser hun samtidig at hun har tillit til kvinnens forståelse og opplevelse av seg selv. Sett ut fra et salutogent perspektiv og ideal skal kvinnens historie vektlegges og omsorgen skreddersys henne (Lindstrøm & Eriksson 2015).

### Empatisk støtte

Noen ganger er det ekstra viktig at jordmor fungerer som en god empatisk støttespiller for at paret skal mestre de utfordringer de står overfor. Dette er spesielt viktig der par har opplevd fødsler og prognosen for å få et friskt barn er dårlig, eller der par er involvert i en dødfødsel. For par og pårørende i en slik situasjon kan det både virke meningsløst og vanskelig å komme gjennom en fødsel fordi hardt fødselsarbeid ikke belønnes. Enda vanskeligere kan det være å

---

<sup>11</sup> *”Indusere, det å sette i gang, det å bruke induksjon. Eks. induisert fødsel, fødsel igangsatt ved bruk av medikamenter”* (Store medisinske leksikon).

<sup>12</sup> *”Sectio, operativ forløsning, er et kirurgisk inngrep gjennom livmorveggen for å forløse en gravid kvinne”* (Store medisinske leksikon).

forstå at de, etter en slik opplevelse, kan være i stand til å gå videre og samtidig bevare god helse. Eksempelet nedenfor beskriver en fødselsopplevelse der kvinnen ga uttrykk for at hun opplevde mestring, til tross for den vanskelige situasjonen hun befant seg i.

**Jm 1:** *”Det beste er de gangene du får til en fin fødselsopplevelse for paret, spesielt for de kvinnene som har vært redde i forkant. Når du får til et samspill og kan støtte dem emosjonelt på en slik måte at de i etterkant sier at de er stolt over jobben de selv har gjort. Det er en fantastisk opplevelse, og det er veldig givende. Jeg husker spesielt en gang jeg fikk gode tilbakemeldinger mindre enn en halv time etter at jeg hadde hatt fødselen til en kvinne som fødte et dødt barn i uke 36. Det var noe med det sterkeste jeg har vært med på. Det ga henne slik mestring at hun klarte det vaginalt. Det er utrolig givende de gangene du har dødfødsler eller termineringer<sup>13</sup>, der jeg klarer å få dem til å sitte igjen med, særlig der de har valgt barnet bort, at det er et valg de kan leve med i etterkant, og at de samtidig klarer å se noe vakkert i barnet. Jeg synes det er veldig godt de gangene jeg får disse parene til å tørre å ta tak i sorgen, for det er noe av det vanskeligste som finnes, da føler jeg at jeg har lyktes som jordmor”.*

**”Kan du fortelle hva du gjør i tilfeller som dette for at det skal få et slikt utfall?”**

#### Bruk av intuisjon i det støttende arbeidet

**Jm 1:** *”Jeg er veldig intuitiv, jo lenger jeg arbeider som jordmor, jo mer intuitiv blir jeg. Jeg vet at det ikke er målbar vitenskap, men intuisjonen har jeg med meg hele tiden i arbeidet mitt. Det betyr ikke at jeg legger faget til side, det bare brukes i tillegg til det jeg har av kunnskap, både som jordmor, som medmenneske, som privatperson og som sykepleier. Det er jo ganske konkret det jeg gjør, uten at jeg tenker over det. Hvis de allerede er på et rom før jeg går inn for første gang, så er det ”å være” stemningen. Prøve å finne ut av hvem de er, se om jeg får kontakt. Det er veldig mye i det uskrevne. Jeg håndhilser alltid når jeg presenterer meg, og jeg er veldig bevisst på at jeg alltid håndhilser på fødekvinnen først. De kommer jo med veldig forskjellige ressurser, og der må jeg møte dem. Det er veldig forskjellig hvordan jeg tilnærmer meg paret. Målet mitt er alltid når jeg gir informasjon at jeg kan forenkle og forklare, slik at alle forstår. Fagkunnskap er uinteressant hvis jeg ikke kan formidle det på en måte som de forstår. Dette gjør jeg til alle par jeg møter, uavhengig av situasjonen, men så klart er man ekstra vår i en slik setting”.*

Her kommer det tydelig fram at jordmor verdsetter at hun har fått til et godt jordmorarbeid til tross for den vanskelige situasjonen. Hun forteller om bruk av intuisjon i arbeidet. Intuisjon er en del av den erfaringsbaserte kunnskapen. Noen vil kalle begrepet taus kunnskap, andre skjønn, klinisk blikk eller intuisjon. I følge Dreyfus’ og Dreyfus’ (1981) teori er det den manglende erfaringsbaserte kunnskapen som skiller novisen fra eksperten (Dreyfus & Dreyfus i Benner 1995). Her ser vi hvordan hun vektlegger å møte paret der de er. Hun bruker både det å nærme seg med forsiktighet, kunnskap, empati og medmenneskelighet. Når jordmor bruker sin intuisjon i møte med paret er det lettere å fange opp parets behov. Slik kan

---

<sup>13</sup> Terminering, valg om å avslutte svangerskap, ofte i forbindelse med ultralydfunn (Egen beskrivelse).

hun tilrettelegge for individuell støtte og omsorg. Ut fra et helsefremmende perspektiv er det i vanskelige møter ekstra viktig å gi tilpasset informasjon og støtte, slik at omsorgen kan bli så begripelig og håndterbar som mulig.

### Sosial støtte

I sitatet under viser jordmor hvordan hun støtter og involverer begge i fødselen. For å hjelpe begge til en felles opplevelse involverer jordmor begge i fødselsarbeidet. Slik kan de ta kontroll over situasjonen og komme gjennom fødselen i felleskap.

**Jm 1:** *”Videre så er det viktig å støtte dem i selve fødselsarbeidet med å lære begge hvordan hun skal puste for å holde panikk borte og spille på lag med riene i stedet for å stritte imot, og på den måten involverer jeg også han i fødselen. Klarer jeg å få dem til å spille på lag som et par, så er det utrolig hvor mye som allerede er gjort. Vi vet at både latens<sup>14</sup>- og den aktive<sup>15</sup> fasen går raskere når de spiller på lag med kroppen. Jeg er veldig opptatt av at de tar ansvar for egen fødsel”.*

Antonovsky beskriver sosial støtte som en av de to viktigste generelle motstandsressursene (GMR) for å fremme mestring av spenning i vanskelige og ressurskrevende situasjoner. Følelsesmessig nærhet og emosjonelle bånd til andre personer, samt vissheten om at en får støtte når utfordrende hendelser oppstår, er et viktig kriterium for å fungere som GMR (Lindström & Eriksson 2015).

Hos enkelte kvinner, spesielt helt unge kvinner og kvinner med psykisk sykdom, kan jordmor observere at GMR er dårlig utviklet og/eller stagnert. Kvinner med psykisk sykdom har ofte vært utsatt for store påkjenninger som verken har vært begripelig eller håndterbart for dem. I boken *”Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis”* (2012) beskriver Langeland i kapittelet *”Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid”* betydningen av helsearbeiderens forståelse for at positiv psykisk helse og GMR kan være tilstede i samme tidsrom som psykisk sykdom. I et salutogent perspektiv er det ekstra viktig å ta tak i personens ressurser, slik at mental styrke fortsterkes i stedet for å reduseres. (Langeland i Gammersvik & Larsen 2012).

Hos disse kvinnene kan jordmor ofte se at de enten er blitt overbeskyttet eller har beskyttet seg selv ved å sjelden utsette seg for stressorer. Slik har muligheten for dannelse av GMR blitt begrenset. Noen har mindre generell erfaring med å ta ansvar pga. sin unge alder eller sin

---

<sup>14</sup> *”Latensfase, åpningsfasens modningsfase kan defineres som tiden fra kvinnen merker at fødselen er i gang, til livmortalappen er avflatet og livmorhalsen åpen for 3-4 cm. Tidsperspektiv varierer fra kvinne til kvinne”* (Brunstad & Tegnander 2010 s. 401).

<sup>15</sup> *”Åpningsfasens aktive fase, er fra livmorhalsen er 3-4 cm og det er tiltagende rier til den er åpen til 10 cm”* (Brunstad & Tegnander 2010 s. 405)

psyke. Det kan f.eks gjelde ansvar for egen hygiene og helse. Det er heller ikke uvanlig at de har mindre innsikt i egen tålegrense og vanskelig for grensesetting. En ressurs på det emosjonelle nivået som omhandler opplevelsen personen har av seg selv beskrives av Langeland som egoidentitet (ibid). Her er det særdeles viktig at jordmor observerer og støtter kvinnen med individuell omsorg. Informasjonen bør være tilpasset og vektlegge forutsigbarhet, slik at kvinnen har mulighet til å oppleve kontroll i situasjonen.

I et salugent perspektiv er betydningen av sosial støtte viktig, men bare dersom kvinnen evner å nyttiggjøre seg denne ressursen (Lindström & Eriksson 2015). Barnefar eller en annen som står kvinnen nær kan være den ”betydningsfulle annen”. Jordmor må ta høyde for at personer som fungerer som ressurs for kvinnen i andre sammenhenger, ikke behøver å gjøre det i denne situasjonen. Den norske studien ”*Promoting a normal birth and a positive birth experience- Norwegian women’s perspectives*” (2015) viste at den mest betydningsfulle sosiale støttespilleren er kvinnens foreldre, og da i hovedsak kvinnens mor. Nest etter kvinnens mor ble kvinnens mann sett på som en betydelig ressurs (Aune, Torvik, Selboe, Skogås, Persen, & Dahlberg 2015).

På en annen side kan jordmor i tilfeller der mor er tilstede under fødselen observere at fødekvinnen trer tilbake til stadium som hjelpeløst barn. Det kan virke som om hun ikke tar ansvar for egen fødsel på samme måte som hun ville gjort uten mors tilstedeværelse.

Aune, Dahlberg og Ingebrigtsen (2012) løfter fram at en opprettholdelse av personens status som ”betydningsfull annen” overfor kvinnen krever at jordmor også tilrettelegger og styrker personens rolle på fødestuen (Aune et al. 2012). En måte å gjøre dette på er å involvere personen i fødselsarbeidet. Studien nedenfor viser at jordmor både i svangerskaps, fødsels og barselsomsorgen kan være mer bevist det å involvere far.

En studie om fars tilfredshet i svangerskaps og fødselsomsorgen viser at 46 prosent av fedrene er mindre fornøyde med svangerskaps- og fødselsomsorgens ivaretagelse av dem. De føler seg ikke ivaretatt og medregnet på lik linje med kvinnen. Undersøkelse viser at 78 prosent av alle vordene fedre leser for å få informasjon om svangerskap, fødsel og barseltid (Holter 2003). I et salutogent perspektiv ligger det en ubrukt ressurs og et stort potensial i det å kunne involvere og bruke far som den ”betydningsfulle annen”. En jordmor som tilrettelegger for sosial støtte ved å bidra til felles opplevelse vil, slik jeg ser det, ha en helsefremmende tilnærming i omsorgen som er styrkende for parets framtid.

På den andre siden er det i følge Madsen, Lind og Munck (2002) lite forskning som omhandler mannens modningsprosess mot det å bli far. I følge forfatterne opplever også han eksistensiell angst og utilstrekkelighet eller hjelpeløshet i forbindelse med den nye rollen (Madsen et al. 2002). Det er derfor ut fra et helsefremmende perspektiv viktig å se på fars opplevelse og behov, for å styrke far både i ventetiden og inn i den nye rollen.

### 7.1.2 Tilstedeværelse

#### RO I FØDSELSARBEIDET

I følge Dahlberg, Persen, Skogås, Selboe, Torvik og Aune (2015) er det jordmors tilstedeværelse som er selve middelet for at angst og fortvilelse ikke skal ta overhånd. Med sin tilstedeværelse vil jordmor hjelpe kvinnen både til å finne tro og håp om at hun kan mestre utfordringen (Dahlberg et al. 2015). I de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre vektlegges det at jordmor må opptre rolig, vennlig og hensynsfullt i sin tilnærming (ICM 1999). I sitatene under forteller jordmor om erfaringer hun har i forbindelse med vannfødsel og hun vektlegger at stemningen rundt selve fødselen oppleves roligere.

**Jm 6:** ”Jeg merker også at partneren blir mer rolig, fordi de opplever at den fødende er mer rolig. Det er fedre som sitter på krakken inne på badet, litt målløse og bare følger småforelsket med egentlig, eller de kan sitte der med en hånd og bare være tilstede. Så jeg føler at det er en mer helhetlig ro over det og at det gir dem noen ting å ta med seg videre. Likeledes når barnet kommer til, hvor mye roligere det er. Det første møtet, de virker så mye mer til stede, de får med seg så mye mer i den biten der, både barnet og foreldrene. De fleste fedrene har gitt utrykk etterpå for at det var supert, at det var kjempebra. De er også langt mer fornøyde, virker det som ”.

En studie av Tveiten og Meier (2009) viser at eksterne faktorer har mye og si for hvordan personer som er i en mottakerrolle evner å gjøre krav på og ta kontroll over egen helseutvikling. Slike eksterne faktorer kan være organisering av tjenesten og antall personer tilgjengelig på jobb (Tveiten i Gammersvik & Larsen 2012). Føderommets utseende har også stor betydning for det å finne seg til rette og føle seg fri i fødsel. Mange kvinner opplever at badeværelse på en ellers så sykehuspreget fødestue kan bidra til mer intimitet enn selve fødestuen. Ofte slås elektrisk lys av og levende lys tennes. Dette fører med seg roligere stemning der både stemmer og tempo dempes. Forstyrrende faktorer reduseres og opplevelse av stress synker. Slik kan kvinnen og paret ha mer fokus på selve fødselsprosessen.

**Jm 6:** ”Det som er spesielt med å føde i vann er jo den smertelindringen vannet gir. Det gir både smertelindring og det gir en spesiell ro for kvinnen. De får også en ro til å hente fram egen fødekraft. Det er ikke sikkert de er klar over det selv, men jeg ser det veldig tydelig der jeg får til å skape denne roen. Det er vanskelig å snakke om det, for det er ikke alt en kan forklare egentlig i det. Jeg bryter ikke inn så mye i en vannfødsel. Jeg lar kvinnen få

*føde selv, mye godt. Jeg er der og støtter ja, og jeg kommer med noen små innspill og gir dem litt styrke underveis. Kanskje sier jeg noen velvalgte ord, slik at de opplever at de mestrer smertene. Jeg opplever at de får mer kontakt med seg selv”.*

Når jordmors tilstedeværelse er slik at hun implisitt forteller kvinnen og paret at hun har tro på kvinnens egne evner til å mestre fødselsarbeidet, tar kvinnen ofte selv kontroll over situasjonen. Den tiden kvinnen befinner seg i badekaret gir jordmor implisitt en indikasjon om at fødselen går som planlagt og at det ikke er behov for inngripen. Jordmor ser at kvinnen oftere gir klarere beskjeder og hun kommer sjeldnere i en situasjon der hun mister kontroll eller opplever at hun mister kontakt med seg selv. Det salutogene perspektivet er jordmors tilstedeværelse. Når hun er diskret til stede føler kvinnen seg trygg og ivaretatt. Slik gir hun rom for kvinnens mulighet til å ta fram egne ressurser. Samtidig gir hun kvinnen og paret kontroll over egen fødsel og tro på egne krefter. I følge prof. i jordmorfag Soo Downe vil jordmors tilstedeværelse føre til en økt OAS. Dersom paret blir overlatt til seg selv vil en opplevelse av utrygghet og engstelse føre til redusert OAS (Downe 2008).

**Jm 5:** *”Ofte så er det når de føder hjemme at det gir meg en opplevelse av mening i arbeidet mitt, men jeg vet jo at jeg har hatt fødsler på sykehus også, der både jeg og paret har opplevd fødselen som god. Det er fordi jeg har vært inne hos dem og vært sammen med dem hele tiden. Og det har ikke blitt så mye innblanding fra andre. Ingen som har kommet og forstyrret fødselen. Vi har fått ro til å gjøre det vi holder på med, f. eks. om det har dreid seg om varme kluter eller at hun har fått stå i dusjen”.*

I sitatet over beskriver jordmor innblandinger underveis som et forstyrrende element i fødselsarbeidet. Ro er en viktig faktor i opplevelsen av en god fødsel. Hubert og Sandall (2009) viser til det samme. Det er sannsynlig at jordmødre som arbeider i mindre enheter og hjemmefødselsjordmødrene har mer fokus på dette enn jordmødre som praktiserer i store fødeenheter. Det kan være flere grunner til det. En opplagt faktor er at det er færre fødekvinne som skal ivaretas, en annen sannsynlig faktor er at jordmødre i sykehus arbeider under andre forhold, der en del av arbeidet går ut på å kommunisere og dele erfaringer med kollegaer og studenter i opplæring. I mange sykehus er det også rutine med tilstedeværelse av jordmor to mot slutten av utdrivningstiden.

### Mental tilstedeværelse

**Jm 1:** *”For meg så er det det at vi kan gi paret eller damene en god opplevelse eller en følelse av mestring som er viktig, og for å gi dem den følelsen må de kunne være trygge på at jeg ser dem”.*

**Jm 4** beskriver samme fenomen slik: *”Noen ganger kan det være ting som de ikke ser så godt selv, men som jeg ser blir bra til slutt. Det hender jo at de sier at de ble glad for den hjelpen og den oppfølgingen de har fått”.*

Slik jeg oppfatter det, gir begge jordmødre uttrykk for samme fenomen. Her velger jeg å forklare begrepet *ser* ut fra jordmors mentale tilstedeværelse. Uten mental tilstedeværelse vil jordmor ha mindre mulighet til å fange opp parets behov. Når hun vier paret oppmerksomhet evner hun å sette seg inn i deres ønsker og behov, samtidig vil hennes ønske om å gi empatisk omsorg styrkes. Forfatteren av boken *”Empatisk kommunikasjon”* (2014), prof. Lisbeth H. Brudal beskriver empati som evnen til å gjenkjenne andre menneskers følelser og intensjoner. Hun hevder at dette er en medfødt evne. Videre beskriver hun det å søke kontakt og være i samspill med andre mennesker som et medfødt behov. Det å utvikle empati handler om å sette seg i en posisjon hvor behovene kan komme til uttrykk og få spillerom. Evne til gjenkjennelse av andres følelser og intensjoner skyldes i følge forskerne speilnevroner i hjernen. Disse muliggjør også evne til selvrefleksjon (Brudal 2014).

Selv om hvert enkelt menneske er unikt og har sine egne preferanserammer for hvilket behov de har for omsorg vil ofte basisomsorgsbehovet for kvinner i fødsel være lik. En erfaren helsearbeider har i følge Benner (1995) både den teoretiske kunnskapen og den praksisen som skal til for å møte dette behovet. I Patricia Benners bok *”Fra novise til ekspert”* (1995) beskriver hun hvordan og hvorfor den erfaringsbaserte kunnskapen og praksisen er grunnleggende i utøvelsen av omsorgen (Benner 1995).

Eksperten vet pga. sin lange erfaring hvilke grunnbehov kvinnen har i denne situasjonen, samtidig som hun også har erfart at hver enkelt kvinne og par har sin egen ”historie”, som de må få anledning til å kommunisere. Jeg forstår både Benner (1995) og informantene slik at jordmor må være ”lydhør” både for den verbale, men også for den non verbale kommunikasjonen. I denne sammenhengen betyr det at jordmor må evne å forholde seg til ansikts- og kroppsuttrykk, tolke stemningsleie og utbrudd som alle er uttrykk for ønsker, behov, velbehag eller ubehag. Samtidig må hun lytte aktivt til det paret formidler underveis i dialogen.

Spesialist i klinisk psykologi Otto Vevatne (1987) beskriver det å være lydhør som *”å lytte til selve livet i hele dets bredde”*. Han vektlegger at det å undre seg over og å være tålmodig er en del av det å være lydhør. I samme artikkel viser han til den danske filosofen Søren Kierkegaard som framhever det å være taus og lyttede som vesentlig for menneskelig utvikling (Vevatne 1987). Flere forfattere beskriver viktigheten av at jordmødre er lydhøre for positiv fødselsopplevelse (Downe & McCourt 2008, Leap, Sandall, Buckland & Huber 2010, Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala 2013).

### 7.1.3 Omsorg

#### KONTINUITET I OMSORGEN – EN TIL EN -OMSORG

I de Nasjonale faglige retningslinjene for svangerskapsomsorgen (2005) vektlegges viktigheten av kontinuitet og trygghet gjennom både svangerskaps og fødselsomsorgen. En slik omsorg karakteriseres som en omsorg av høy kvalitet (Helsedirektoratet 2005).

Kontinuitet kan ses på som makrososiokulturelle motstandsressurser. Hvordan den kommer personen til gode bestemmes av personen selv og kulturen personen er en del av (Langeland i Gammersvik & Larsen 2012).

Det er gjennom svangerskapsomsorgen og gjennom fødselsforberedende kurs at kommunejordmødrene har en unik mulighet til å kartlegge kvinnens og familiens ressurser (Helsedirektoratet 2005). Den fragmenterte perinatal omsorgen gjør at jordmødre i fødselsomsorgen sjelden har samme mulighet til å bli kjent med eller danne seg et inntrykk av hvem fødekvinnen og paret er før de blir lagt inn og er i fødsel. Det betyr at fødeavdelingens jordmødre og fødekvinner ikke har hatt den fordelaktige effekten av å bli kjent. Ut fra et optimalt perspektiv vil muligheten for tillitsbygging være større om kvinnen og paret hadde hatt færrest mulig jordmødre og forholde seg til både i svangerskaps, fødsels og barselsperioden. Begrepet relasjonell kontinuitet<sup>16</sup> er dekkende for en slik sammenhengende omsorg, og kan ifølge forfatterne ses på som en helsefremmende tilnærming til omsorgen (Hunter, Berg, Lundgren, Olafsdottir & Kirkham 2008, Aune & Olufsen i Haugan & Rannestad 2014).

I neste sitat vektlegger jordmor viktigheten av kjent jordmor og kontinuitet i omsorgen selv om hun må avslutte den planlagte hjemmefødselen på sykehus.

**Jm 5:** *”Det at de får en god fødselsopplevelse er også meningsfullt for meg. Og det kan være at vi har overflyttet til sykehus også, men det at de kan føle seg trygg på at jeg er med dem hele veien, at de føler at det er noen som virkelig bryr seg om dem og er til stede for dem gjennom hele prosessen. Så selv om jeg har vært med dem inn til sykehus, så føler jeg at jeg har klart å gi dem en god fødselsopplevelse, fordi jeg har vært der for dem hele veien”*

Hun sier: *”selv om.. , så føler jeg at jeg har klart å gi dem en god fødselsopplevelse”*. Hun forteller at hun er opptatt av at den som gir paret omsorg bryr seg. Når hun sier at hun føler at hun har klart å gi dem en god fødselsopplevelse tolker jeg det slik at hun ikke ønsker å framsnakke seg selv, men at hun fremhever viktigheten av individuell omsorg med kjent

---

<sup>16</sup>”Relasjonell kontinuitet, terapeutisk relasjon som pågår over tid” (Aune & Olufsen i Haugan & Rannestad 2014).



jordmor og en til en -omsorg. Flere forfattere vektlegger disse faktorene som betydningsfulle for en god opplevelse både i svangerskaps- og fødselsomsorgen (Thomson & Downe 2010, Wilde-Larsson, Sandin-Bojö, Starrin, 2011, Dahlberg et al. 2015).

For å overkomme kompleksiteten i det ukjente og for å redusere risikoen for dårlig utfall er kontinuitet i omsorgen en av faktorene kvinner selv nevner som viktige for å bygge tillit i samhandlingen (Downe 2008). I forbindelse med et fødselsseminar i Norge i 2014 sier jordmor Ina May Gaskin at kvinner i dag er blitt redde for å føde og at de må begynne å stole på sin egen kropp igjen. Grunnen til at de er blitt engstelige sier hun er at det har vært for mange advarsler innen fødselsomsorgen, slik at naturen har blitt undertrykt. Videre sier hun at et viktig forhold for å trygge kvinner i fødsel er at jordmor kjenner kvinnen godt. Det bidrar til at kvinnen kan føle seg sikker, styrket og oppmuntret. I følge henne er kjent jordmor viktig for at hun kan gjennomføre en god fødsel (Nilsen 2014).

Ved hjelp av kontinuitet gjennom hele forløpet er muligheten større for å gi kvinnene en bedre og mer helsefremmende omsorg. Med få og små stillingsandeler i svangerskapsomsorgen og travle vakter i fødselsomsorgen kan det være fare for at det fysiske aspektet får større plass enn det psykologiske.

Jordmor har ansvar for å kartlegge kvinnens behov for omsorg. I jordmors etiske retningslinjer påpekes det at jordmødre selv er ansvarlige for beslutninger og handlinger og i utfallene av dem. Det betyr at jordmødre er tillagt vurderingsansvar ut fra hvilke behov hver enkelt kvinne har for omsorg (Nice 1999).

Jordmødre som utfører svangerskapskonsultasjoner gjør en kontinuerlig vurdering ut fra hvilket behov for omsorg kvinnen har og på hvilket omsorgsnivå kvinnen skal føde.

Hjemmefødselsjordmoren tar til orde for en mer tilrettelagt omsorg med kjent jordmor. Det gir henne mening i samhandlingen.

**Jm 5:** *”Jeg ser jo at å få en så god oppfølging og få en kjent jordmor, det å ha noen som de kan ringe til, at de føler at det er noen som virkelig bryr seg om dem. Bare det at jeg kommer på besøk etterpå, det betyr så mye for hele familien, ikke bare for kvinnen, men for hele familien”*

I neste sitat fremhever læreren ved jordmorutdanningen viktigheten av å gi en til en -omsorg.

**Lærer:** *”Når det gjelder helsefremmende virksomheten må vi starte med en til en -omsorg, fordi vi må starte allerede der. Vi må starte med den friske befolkningen, og gi de en god omsorg, slik at de som kommer inn ”grønn” kommer ut ”grønn”. Da må vi starte med de*

*friske. Men så er det noen gynekologer som synes at hovedfokuset skal være på den røde gruppen. Selvfølgelig trenger de også en til en -omsorg, men hvis vi har et slikt fokus, blir det feil, fordi det da blir flere som blir rød. Vi må gå på de friske, de som det ikke er noe med, og så må vi gi dem så god omsorg og støtte som mulig. For dette handler om støtte, å sørge for at de kommer seg gjennom fødselen på en god måte, da blir det mindre fødselsangst. I stedet for at det lages psykososiale team, bare navnet er feil. Det er ikke helsefremmende å kalle det noe slikt. Vi må sørge for at folk ikke kommer i situasjoner som gjør at det må opprettes team for å reparere i etterkant.*

*Gruppen som er redd for å føde vokser og det settes inn mye ressurser der. Det må vi gjøre for de har et reelt behov, men så lenge vi ikke setter inn ressurser på den rette siden, på de som er friske, så får vi ikke bukt med dette. Det er dette som er helsefremmende arbeid. Nå snakker vi om kjernen i jordmorjobben”.*

Slik jeg tolker denne informantens sidestiller hun en til en -omsorg med en helsefremmende omsorg. Nices clinical guideline 190 (2014) betegner en til en - omsorg som den omsorgen som anbefales når kvinnen er i aktiv fase i fødselsarbeidet (Nices clinical guideline 190 2014).

I neste sitat beskriver jordmor hvordan hun opplever at helhetlig omsorg gir mening til hennes arbeid.

**Jm 7:** *”De fantastiske dagene er jo når du har fått lov til å gi den helhetlige jordmoromsorgen, selvfølgelig. Jeg tenker Yes, når jeg har hatt en ”grønn” fin fødsel, spesielt vannfødsel, da har jeg aldri opplevd at noen er misfornøyde. Jeg har vel ikke opplevd at kvinnene er misfornøyde, men både de og jeg er spesielt fornøyde etter en vannfødsel”.*

Jeg forstår denne jordmoren slik at det å gi helhetlig omsorg for henne, er en grunnleggende oppfatning av hvilken omsorg hun anser som riktig og god nok. Videre er det ved å gi helhetlig omsorg at hun opplever at hun gjør et godt jordmorarbeid.

**Jm 6:** *”Jeg tenker at i forhold til å være på føden f. eks., så er det jo litt mer forutsigbart på barsel. I går hadde vi en reinnleggelse. Hun lå med 40,5 i feber og frøs i sengen, og da var det å få henne til å forstå at vi kunne ta ut barnet og passe på det, slik at hun kunne konsentrere seg om bare seg selv. Gi henne noen varme tepper, og passe på barnet og hjelpe henne så hun fikk drikke, ja.. gi henne omsorg. Det er jo det vi holder på med hele tiden”.*

Jordmor beskriver en vanlig arbeidsdag på barsel der det å gi omsorg både til mor og barn er en viktig del av tilbudet ved avdelingen. I dag praktiserer de fleste barselavdelinger ”mor-barn”-vennlig initiativ (MBVI), der prinsippet er at mor og barn skal være minst mulig adskilt i barseltiden (Nasjonalt kompetansesenter for amming 2007).

**Jm 7:** *”En ser gleden når en møter de igjen etterpå og de bekrefter at det ble bra og at de kan si at dette gjør vi gjerne igjen. Det er jo veldig viktig med tanke på at de skal møte et nytt svangerskap og en ny fødsel. Vi må hegne om den normale fødselen. Det er spesielt viktig for førstegangsfødende, at de får en slik debut. Det er dette jeg kjenner på, som gir*

*meg den gode jordmorfølelsen. Det er når jeg får til slike fødsler at jeg kjenner at jeg har gjort et godt stykke jordmorarbeid”.*

En av jordmors viktigste oppgaver er å ”*hegne om den normale fødselen*”. Utrykket ”*hegne om*” er et mye brukt uttrykk blant jordmødre. Synonymer til uttrykket er; begunstige, beskytte, forsvare, holde sin hånd over, ta under sine vinger (Store norske leksikon).

Slik jeg oppatter det å ”*hegne om*” omfatter det at jordmors hovedfokus er best mulig omsorg for kvinnen og barnet. For å gi en slik omsorg må hun være villig til å gå i dialog med seg selv i valg av arbeidsmetoder. Hun må diskutere med andre aktører, med forskjellig kunnskap, om deres forslag til løsning er til det beste for kvinnen og barnet. Ved uenighet må hun formidle hvilke konsekvenser hun, ut fra egen kunnskap, ser at dette kan få for kvinnen og barnet. Det betyr at jordmor må være kvinnen og barnets talskvinne. Hensikten er å finne den beste måten å utføre omsorgen på, slik at den kan fremme helse både for mor og barn.

## 7.2 Begripelighet og OAS

**Forskningsspørsmål 4) ”Hva gir deg som jordmor mening i samhandlingen med kvinnen og paret?”**

De seks temaene som stod fram var:

**1) Informasjon:** FORBEREDELSE TIL FØDSEL – FØDSELSFORBEREDENDE KURS

**2) Kommunikasjon:** DIALOG VERSUS MONOLOG – JORDMORS UTREISESAMTALE

**3) Medbestemmelse:** IVARETAKELSE AV PARETS ØNSKER/BEHOV – INFORMERT VALG

### 7.2.1 Informasjon

FORBEREDELSE TIL FØDSEL - FØDSELSFORBEREDENDE KURS

Det er en spennende og omfattende prosess å bli mor. Det krever både fokus og ressurser hos kvinnene. Jordmor har et viktig arbeid i veilednings- og undervisningsfunksjonen ved å forberede de gravide, slik at forandringer gjennom graviditeten, både den psykologiske og den fysiologiske prosessen, skal bli mer forutsigbar, forståelig og meningsfull.

Helsemyndighetene anbefaler foreldreforberedende kurs både for å minske angst og for å forberede kvinnene til amming. Det anbefales at myter og forestillinger blir korrigert, at ”Mor-barn-vennlig”<sup>17</sup> initiativ samt ammeteknikker i tråd med WHO’s anbefalinger ”10 trinn for vellykket amming”<sup>18</sup> blir gjort kjent (Helsedirektoratet 2005).

I noen tilfeller ser jordmor at kvinnens opplevelse av egen helse og evne til å gi uttrykk for egne behov, ikke samsvarer. Det å identifisere på egen hånd både hvordan den fysiske og den psykologiske forandringen påvirker en kan være vanskelig. Det å be om støtte og veiledning er ikke alltid enkelt. Spesielt førstegangsgravide kvinner kan være usikre på hva som er normale fysiske og psykiske forandringer i svangerskapet. Noen av forandringene kan oppleves unormale for enkelte og da i særdeleshet for førstegang gravide. I sitatet under gir jordmor et eksempel på hvordan hun informerer og veileder de gravide under konsultasjonene.

**Jm 8:** ”Jeg prøver å normalisere hele tiden, men det blir også individuelt, fordi jeg bruker magefølelsen i ting som blir sagt, eller ting som ligger mellom linjene. Det handler ofte om

---

<sup>17</sup> ”*rooming-in-systemet*: på barselavdelinger, at barnet ligger i en barneseng på morens rom hele døgnet. Moren venner seg på denne måten raskere til barnet, får mer kontakt med det og lærer seg raskere å stelle det” (Store medisinske leksikon).

<sup>18</sup> *Ammeprosedyre skal i tråd med WHO/UNICEF’s 10 trinn for vellykket amming* (Egen beskrivelse).

*å forklare at det f. eks. er naturlig at de får hudirritasjoner, at det hører med til svangerskapet, at de får luftveisinfeksjoner og kan føle seg tette, fordi slimhinnene er tynnere. At det er lettere for å få urinveisinfeksjon fordi immunforsvaret er litt mer utsatt. Det handler om å være i forkant også, slik at de forstår og kan gjøre tiltak, for at ting ikke skal utvikle seg og bli verre. Det blir en form for undervisning. Vi må huske at for mange som kommer til svangerskapskontrollen, så er det første gang de har kontakt med helsevesenet. Da har vi en enorm påvirkningsmulighet. De er veldig åpne og mottagelig for informasjon og det å gjøre endringer i deres egen livssituasjon. Det er jo fordi de er i en sårbar fase og tenker mye på at de skal få ansvar for et nytt liv, og at de vil at det skal gå bra. Vi vil jo begge at de skal få en så god start som mulig, både de og jeg”.*

I et salutogent perspektiv skal personens friskhetsfaktorer settes i fokus (Lindstrøm & Eriksson 2015). I følge Martinsen (2005) kan sykepleieren, (i denne studien jordmoren), som viser en genuin interesse for kvinnen være med å inspirere, oppmuntre og bekrefte positiv atferd. Dette fører til at alle aktører trives og fungerer bra i samhandlingen (Martinsen 2005). I følge Spurkeland (2011) er dette en forutsetning for at innlæring skal finne sted (Spurkeland 2011). Jeg tolker det dit hen at jordmor må være lydhør for og gi informasjon og veiledning, slik at sammenhengen blir begripelig, håndterbar og meningsfull for de involverte. Jo bedre jordmor lykkes med dette, desto bedre trivsel i samhandlingen.

I sitatet under ser vi at jordmoren prioriterer utenlandske kvinner. I intervjuet sier hun at hun må prioritere førstegangsfødende, fordi stillingsandelen hennes er for liten. Mange jordmødre har ikke mulighet til å tilby kurs. Et viktig arbeid i integreringen av nye landsmenn er at helsemyndigheten legger til rette slik at jordmødre kan bidra i det viktige integreringsarbeidet. Når mødre og fedre fra flere nasjoner møtes på svangerskapsforberedende kurs, er sannsynligheten stor for at bånd knyttes mellom dem. Parene vil senere møtes sammen med barna fra samme kull både i barnehage og på skole. Slik bidrar jordmor til lettere integrering også for barna. Ved gjentatte sammenkomster både mellom barn og voksne økes muligheten for bedre trivsel og anerkjennelse. Ut fra et salutogent perspektiv bidrar jordmor på denne måten med positiv helseutvikling for hele familien.

*Jm 8: ”Jeg prioriterer veldig førstegangsfødende fordi det er viktig at de er godt forberedt til fødselen. Jeg informerer dem om det allerede på første konsultasjon. Jeg er innom en del tema som går på selve fødselen hver gang hun er til konsultasjon, som et ledd i forberedelse til fødsel. Vi snakker om nettverk, besteforeldre, og slike ting, og dette gjelder spesielt for innflyttere, for at jeg skal få et bilde av hvor de er i kommunen og hvordan de har det. Det blir flere og flere utenlandske kvinner, også kvinner som gifter seg med norske menn. De kommer fra en helt annen kultur, kanskje fra en storby for den saks skyld. Når de kommer hit, så blir det nærmest et slags ”kulturkræsje”. Ikke snakker de språket, eller de snakker dårlig engelsk. Jeg vurderer fra gang til gang om de har behov for tolk, og har alltid det hvis språket er så dårlig at vi ikke kan kommunisere. Jeg gir de tilbud om det, men noen ønsker ikke tolk. Jeg tror kanskje at de ikke opplever at det blir den fortroligheten som de ønsker, men er språket så dårlig at vi overhodet ikke forstår*

*hverandre, så sier jeg at vi må ha tolk, for at jeg skal få gitt dem den informasjonen som jeg skal, og også for at jeg skal forstå hva hun sier. Jeg ser jo at ofte så har de ikke noe nettverk, de har ingen i familien sin her og mange av dem er deprimerte. Da kan det bli lange dager. Kanskje mannen er på jobb og de er her alene. Og ikke har de så lett for å skaffe seg sosiale arenaer der de kan få venner. Det kan være utfordrende med disse kvinnene”.*

I rapporten om utviklingsstrategi for jordmørtjenesten ”Tjenestekvalitet og kapasitet” (2010) står det at svangerskapsomsorgen bør gi færre konsultasjoner til gravide med normale svangerskap. Der anbefales det å finne nye metoder for å gi informasjon og veiledning. Videre står det at generell informasjon, som f. eks. sosiale rettigheter, livsstil, svangerskap, fødsel, amming og forberedelse til å bli foreldre egner seg for gruppekonsultasjoner og at temaene med fordel kan tas opp i forbindelse med fødsels- og foreldreforberedende kurs. Rapporten sier videre at kun 50 prosent av førstegangsfødende kvinner deltar på fødselsforberedende kurs. Deltagelsen viser seg å være knyttet opp mot sosial status, der kvinner med lav inntekt og utdanning deltar i mindre grad. Erfaringen er at kvinner med språklig og kulturell minoritetsbakgrunn ikke deltar på tilbudet. Videre beskrives det at det er forsøkt å tilpasse tilbudet til denne gruppen kvinner, men at målgruppen er vanskelig å nå med den tradisjonelle tilnærmingen (Helsedirektoratet 2010).

Helsedirektoratet påpeker at et økende antall kvinner i sentrale deler av landet utgjør en betydelig andel av fødepopulasjonen. Mange trenger individuell hjelp og støtte. Behov for tolkesamtaler krever bedre planlegging og fører til at konsultasjonene tar lengre tid. Videre står det at det vil være betydningsfullt og fordelaktig både for kulturforståelsen og kommunikasjonen at et lite team av jordmødre følger opp kvinnene og familiene i svangerskap, fødsel og barseltid. Til tross for denne erkjennelsen har det til nå ikke vært mulig, verken pga. kapasiteten i jordmørtjenesten eller i organiseringen av det helhetlige tilbudet. De påpeker at det ligger et stort forbedringspotensial her (Helsedirektoratet 2010). Slik jeg ser det, også ut fra et helsefremmende perspektiv, må i særlig grad det første svangerskapet ses i sammenheng med kvinnens framtidige liv. Rapporten tilsier at jordmødre må ha større fokus mot par med minoritetsbakgrunn ved å legge til rette og involvere dem i fødselsforberedende kurs. Ved en forelesning ved Nordic School of Public Health i Gøteborg i 1993 adresserte Antonovsky ikke bare enkeltindividets, men hele samfunnets ansvar for å legge til rette for utvikling av mestringsressurser som OAS (Lindström & Eriksson 2015). Dette kan blant annet gjøres ved at jordmødre har større fokus og øker sin innsats mot førstegangsfødende og gravide med minoritetsbakgrunn.

Svangerskapsomsorgen er et tilbud til gravide og dens familie og innbefatter både psykologisk og emosjonell omsorg fra jordmor. Veiledning og støtte er en viktig del av omsorgen mot det å bli ansvarlige og friske foreldre (Helsedirektoratet 2005).

I denne perioden er muligheten for utvikling, refleksjon og vekst stor, men det er også en sårbar periode som fordrer veiledning og støtte (Brudal 2010). Jordmors rolle er å være profesjonell støttespiller i denne prosessen.

Det er også i denne perioden kvinnens identitet og henne rolle som mor blir formet og utfordret. I følge salutogen tankegang er sårbare perioder en forutsetning for dannelsen av generelle mestringsressurser (GMN). Det er også en unik mulighet til positiv helseutvikling (Lindström & Eriksson 2015).

## 7.2.2 kommunikasjon

### DIALOG VERSUS MONOLOG – JORDMORS UTREISESAMTALE

Gjennom god kommunikasjon og samhandling vil det oppstå et tillitsforhold mellom jordmor og kvinnen. Spurkeland beskriver i sin bok *”Relasjonspedagogikk”* (2011) komponenter som må være til stede for å bygge relasjonskompetanse. Slik jeg tolker det kan det overføres til den kompetansen jordmor må ha for å kunne være en god og konstruktiv veileder og samtalepartner. Videre sier Spurkeland at det å ha opparbeidet seg tillit er selve bærebjelken i relasjonen, og at denne igjen er bygd på vårt demokrati, der gjensidighet i stedet for autoritet er den viktigste faktoren i tillitsbygging. Han påpeker at tillit er en sårbar dimensjon som er vanskelig å gjenoppbygge hvis den først har blitt brutt (Spurkeland 2011). Sitatet under kan være en beskrivelse av det Spurkeland betegner som det å bygge relasjonskompetanse.

**Jm 3:** *”Det er jo hvis jeg føler at jeg får god kontakt, at jeg føler at jeg er nyttig, at de har fått vite det som var viktig for dem. Når jeg skjønner at jeg har gjort en god jobb, eller har snudd noe som var vanskelig til noe som ble positivt, eller bra. Et eksempel kan være når jeg har en dame på kontoret, og jeg skjønner at her er det noe, men at jeg ikke klarer å sette fingeren på hva det er. Jeg kan ha de inne gang etter gang og jeg spør om det er noe, men de sier at ”alt er bra”, selv om jeg aner at her er det noe. Så plutselig åpner det seg en mulighet, av en eller annen grunn, og så får vi ”stukket hull” på det, eller ”nappet i tråden”, og det viser seg at det var en viktig brikke for dem å få på plass. Da føler jeg at jeg er en ressurs for kvinnen, og at jeg har gitt henne noe tilbake som ble verdifullt for henne. Det er i møte med folk som man klarer å bygge en relasjon til at de kan stole på deg, at de liker deg, eller at du har gitt de svar på noe de trenger eller har behov for. Kanskje noe som gir dem mestringsfølelse og trygghet og kunnskap, slik at de er forberedt til å kunne gi barnet og familien en best mulig start”.*

Det første møtet mellom jordmor og kvinnen er av avgjørende betydning, og danner grunnlaget for den videre relasjonen. Dette kommer også fram under samtaler med kvinner som har et dårlig forhold til helsepersonell fra tidligere møter med helsevesenet. Det å føle seg velkommen og ikke bli avvist av travle jordmødre er starten på den relasjonen som skal bygges (Brunstad et al. 2007). Spurkeland (2011) sier at det er gjennom den nære relasjonen at grunnlaget for empati dannes. Videre beskriver han viktigheten av balanse og likeverdighet mellom partene ved å gi rom for begge i kommunikasjonen (Spurkeland 2011). I sitatet under forteller jordmor om en følelse av å gjøre en god jobb og setter det i sammenheng med å ha det hyggelig på rommet, eller det å ha god kjemi med kvinnen og paret.

**Jm 1:** *”Det er at vi får til en dialog, ikke at det er en monolog. De gangene du merker at du sier ting til damene som de trekker til seg som fornuftig. At de tar det til seg og gjør det til sin egen kunnskap. At vi skaper rom for dialog, det oppleves meningsfullt”.*

**Jm 6:** *”Det å føle at jeg gjør en god jobb. At vi har det hyggelig inne på rommet. At det er en toveis kommunikasjon hvor begge føler de gir noe til hverandre, og at det virker som om de trives og har det bra. Hvis jeg opplever at jeg kan svare på det de lurer på og hjelpe til så hun mestrer ammingen. Det er den der mestringsfølelsen, når den kommer, fordi jeg har gjort noe smart, eller lurt, eller sagt noe, eller vist noe. Det er det som oppleves bra”!*

Her snakker jordmoren om å få til en dialog i stedet for en monolog. I Helge Svares *”Den gode samtalen. Kunsten å skape dialog”* (2008) beskrives monologen som det motsatte av en dialog. En tale er et eksempel på en monolog der taleren kun ønsker å formidle noe. Hun er ikke interessert i kommentarer, utdypninger eller å bli utfordret. Hun ser på mottakeren som en som skal ta i mot budskapet. Faren er at mottakeren kan bli passiv og trekke seg unna. I monologens natur snakker man ikke med, men taler, og budskapet er å få andre til og tenke slik en selv gjør (Svare 2008). Et sitat fra neste jordmor kan beskrive en opplevelse jordmødre i undervisnings- og veilederfunksjonen møter på.

**”Du sier at utreisesamtalen er viktig for deg, kan du utdype det?”**

**Jm 4:** *”Jeg prøver å følge retningslinjene vi har, men det viktigste er å høre på damene. Det kjenner jeg at jeg må ta meg i selv, og oppfordre dem til å snakke. Det er jo viktig at jeg ikke bare sitter her og ”messer”. Det viktigste er jo å høre hva hun tenker og svare på de spørsmålene hun har. Det er jo ikke bare å ”bøtte” på med informasjon, jeg må jo se hva som er relevant, kanskje de trenger lang tid å snakke om fødselen sin, f. eks. Det hender at jeg føler på at det ikke bare er en utfordring, men et problem når vi har innsparinger og nedskjæringer og færre liggedøgn, at vi skal kjøre alle sammen gjennom samme kvern, og de skal ha samme informasjon alle. De skal jo egentlig ha tilrettelagt informasjon, og når det bli mindre tid å gjøre ting på, så blir det vanskelig noen ganger. Det hender at jeg gir utreisesamtale som et tilbud, for hva skal jeg fortelle til en erfaren tredje eller fjerde gangs fødende, som har god ammeerfaring og alt er normalt? Vi skal jo*



*ikke ha denne samtalen for jordmors del eller for sykehusets del. Vi skal ha den for kvinnens del. Det blir vanskeligere og vanskeligere dess mer vi presser inn i arbeidsdagen vår”.*

Her forteller jordmor hvordan hun selv må ”ta seg i” at utreisesamtalen ikke blir en monolog. Hun sier at hun må få dem til å fortelle hva de har opplevd og hva de har behov for. En dialog er i følge Svare (2008) basert på krav om åpenhet og samarbeid der samtalepartnerne lytter frivillig og er åpne for andres innspill. Dette gjør at en også kan endre oppfatning underveis i dialogen. I dialogens vesen ligger det at usikkerhet er en del av prosessen, mens en monolog ikke aksepterer usikkerhet. I forholdet mellom monolog og dialog er det et spørsmål om makt, mens i dialogen er det ingen som søker makt. Her gir man fra seg makt. Målet i dialogen er at begge parter skal komme styrket ut av samtalen (Svare 2008).

**Jm 4:** *”Videre synes jeg utreisesamtalen er viktig, for at de ikke skal reise hjem med spørsmål som de ikke har fått svar på, eller ting i forbindelse med fødselen eller barseltiden som de grunner på og ikke har fått satt i sammenheng. Jeg bruker å si til dem at vi har alle fakta fra fødselen, men at vi ikke har deres subjektive opplevelse. Så hensikten med utreisesamtalen og jordmorsamtalen er blant annet å prøve å få samkjørt det, for å se om de har spørsmål de trenger å få svar på, eller ting de ikke har klart å få satt i sammenheng. Jeg bruker å forklare at det er vanlig at fødekvinner får mer innadvent blikk, spesielt i utdrivningstiden, at hun mister en del perspektiver da, blant annet kan tidsdimensjonen forsvinne noe. Vi vet også at hun kan fange opp detaljer, ting som blir sagt og som ligger i underbevisstheten, fordi de ikke forstår hva som har skjedd. Da er det vår jobb å trekke sammen ”trådene”, slik at hun skal se rette bildet. At de ikke reiser hjem med ubesvarte spørsmål, for det som ligger og kverner i underbevisstheten, det vil gjerne ikke forsvinne før de ser hele sammenhengen”.*

**”Hvorfor mener du at det er viktig å sette ting i sammenheng?”**

**Jm 4:** *”Jo, både når det gjelder mestring, men også i forhold til trygghet, tenker jeg. Kanskje de skal føde flere ganger og så skal de oppleve at de ble ivaretatt. Det er en av grunnene til at jeg er uenig i at andre yrkesgrupper skal ha jordmorsamtalen eller fødselsamtalen, for de kan ikke sette ting i sammenheng på samme måte som oss, de kan liksom ikke si ”ah.., det var derfor det skjedde ja, da skjønner jeg”. Ofte ser vi at det kan være et problem som virker veldig stort for dem, som ble til en liten bagatell når de fikk satt det i sammenheng. For det er nå en gang slik, at det er bare den som er på fødestuen som har alle disse detaljene klart for seg, og kan svare på alle spørsmål, det kan ikke andre yrkesgrupper gjøre. Så det synes jeg er viktig fordi at noen vakter på barsel kun er bemannet med sykepleiere. Så er det også dette med om de har fått hjelp til det de har behov for, og ikke minst det de har krav på å få hjelp til”.*

**”Du sier at utreisesamtalen har en viktig funksjon, kan du si litt mer om det?”**

**Jm 7:** *”Ja helt klart, det har jo noe å si for paret. Jeg har snakket med nok fedre som sitter igjen med traumatiserte opplevelser etter en fødsel. Jeg synes at uansett hvor jeg er, så er det en far som begynner å snakke om at de ikke skjønnte hva som skjedde. At det plutselig var mange leger der og at det ble veldig mye folk på fødestuen. At det ble vacuum eller at*

*det plutselig ble et keisersnitt. Og at de selv ble skjøvet til siden og at de ikke synes det var okay. Det er nok av de fedrene som sitter igjen med mange spørsmål, og heller ikke har den gode opplevelsen etterpå, og kanskje heller ikke har fått den samtalen de trengte underveis eller i etterkant. Det også tenker jeg har mye å si videre for et par da. Det er ikke så lett å kommunisere om ting verken hun eller han helt har skjønt. Jeg tror det er bedre å få til en felles forståelse og en felles opplevelse, der det har vært normale rolige fødsler, der ting har vært ukomplisert”.*

En helsefremmende orientering i utreisesamtalen er å tilrettelegge for at far er tilstede under samtalen. Slik får jordmor sikret seg at mannen også forteller om sin opplevelse både i forbindelse med fødselen og under barselsoppholdet. Persson, Fridlund, Kvist og Dykes (2012) beskriver fars rolle som ny og ukjent med behov for bearbeidelse på lik linje med mor og i særlig grad dersom fødselsprosessen har vært langvarig og/eller komplisert (Persson et al. 2012). Antonovsky (1987) beskriver hvordan både indre og ytre ressurser må være til stede for opplevelse av sammenheng (Antonovsky 1987). Når kvinnen opplever smerte er det ikke uvanlig at far føler seg engstelig og lite i stand til å være til hjelp. Han kan i mange tilfeller oppleve å bli avvist, slik at opplevelsen av å ikke strekke til forsterkes. Fordi han er i en ny og ukjent situasjon gjør dette også han ekstra sårbar (Persson et al. 2012).

Slik jeg forstår Antonovsky vil far i en slik situasjon stå i fare for å utvikle negativ helseopplevelse. Når far opplever at både hans tilstedeværelse, hans iboende mestringsressurser og hans bidrag til løsning ikke har positiv innvirkning på mor kan dette gi negativt utfall både mot moren og barnet. Et helsefremmende tiltak fra jordmor er å bidra til at far får gått gjennom opplevelsen sammen med mor. Slik kan de begge få innsikt i og forståelse for hverandres opplevelse, samtidig får de hjelp til å bearbeide hendelsen.

I neste sitat forteller jordmor hvordan hun forbereder paret til deres felles samliv etter fødselen ved å ta opp temaer som har med seksualitet og samliv å gjøre.

**Jm 7:** *”Jeg pleier å snakke om samlivet videre. Det er ikke alle som velger å gå inn i det, men samlivet er viktig å si noe om, slik at de blir klar over at det kan være utfordrende. Jeg vektlegger det at det kan oppstå følelser, slik at de er forberedt på det. Følelser en ikke var klar over. En kan kjenne misunnelse i fordi barnet tar mye plass. Det at foreldrene tar seg tid til å være nær og ligge inntil hverandre, ha forståelse for hverandre. Det med den seksuelle biten, velger jeg å si noe om. At mor trenger tid etterpå, alt avhenger jo av hvordan fødselen har forløpt både når det gjelder sting og renselse etterpå, om lyst og ikke lyst. Det gjelder også hans lyst. Det er ting jeg velger å si noe om, for videre i livet da, for det er viktig den biten der også, at de ikke skal føle forpliktelser, og ikke minst at de skal kommunisere med hverandre”.*

Det er en stor overgang i livet å bli foreldre. Psykolog og familieterapeut Øystein Mortensen støtter opplevelsen til mange småbarnsforeldre. Han sier at det er en enorm omstilling og at

mange småbarnsforeldre sliter i forholdet. I 2005 bestemte Bondevik 2-regjeringen at staten skulle legge til rette for at nybakte foreldre fikk tilbud om kurset ”Godt samliv”. Mortensens doktorgradforskning *”The transition to parenthood – couple relationships put to the test”* (2013) baserer seg på data fra den norske ”mor–barn”- undersøkelsen og ble gjennomført av Folkehelseinstituttet. Undersøkelsen viser at par som deltok på ”Godt samliv” -kurset ikke utviklet et bedre forhold i etterkant av kurset. Forskningen viste også til at alder, utdanning, kulturelle og økonomiske forskjeller ikke var betydningsfulle i forhold til resultatet, men at mindre frihet, tid til selvrealisering og økt ansvar var betydelige faktorer som førte til negativ utvikling i parforholdet. Videre sier Mortensen at det kan tyde på at problemene starter allerede før barnet er født, og at det bør være tilbud om kurs allerede i svangerskapet med påfølgende kurs etter at de er blitt foreldre. I 2008 ble imidlertid midlene til kurset fjernet og ansvaret for forbedring ble lagt over på hver enkelt kommune (Nordahl 2013).

Mortensens studie er en av flere der forskere ser på sammenhengen mellom tilfredshet og foreldrerolle. I Hansens litteraturstudie om *”Myter og fakta om foreldrelykke”* (2012) viser Hansen til den amerikanske psykologen Roy Baumeister (1991) som sier at folk har en tendens til å forveksle lykke med mening i livet og at det å få barn er en dårlig strategi hvis man ønsker å være lykkelige. Videre sier forfatteren at det derimot er en god strategi dersom man ønsker å oppnå et meningsfylt liv. Hansen refererer til Steger, Kashdan og Oishi (2008) i samme studie som mener at det å få barn handler om en opplevelse av at livet har mål og mening, som videre vil gi foreldrenes aktiviteter og innsats en opplevelse av meningsfullhet. På denne måten blir foreldrenes rolle en del av noe større enn dem selv. Hansen sier at studien viser at det er stor kontrast mellom det folk mener og empirisk<sup>19</sup> forskning når det gjelder foreldrelykke. Tendensen er at folk er lykkeligere uten barn. En av grunnene til at dette kan være at foreldre blir utsatte for ulike stressorer som balanserer eller overstiger gevinstene ved foreldrerollen, men det kan også skyldes kognitiv bias<sup>20</sup> der gevinsten med foreldrerollen feiltolkes som lykke når det egentlig handler om mening (Hansen 2012).

I et helsefremmende perspektiv viser undersøkelser som dette at fokuset i fremtidens undervisning også må rettes mot selve forberedelsen til foreldre/oppdragerrollen. Det fordrer kunnskap å bli gode foreldre og det ligger et stort helsefremmende potensial i at foreldrene får

---

<sup>19</sup> *Empirisk, erfaringsmessig, som bunner i eller stemmer med erfaringen, empirien (erfaringsvitenskapene kalles ofte empiriske vitenskaper* (Store medisinske leksikon).

<sup>20</sup> *Bias i forskning, når resultater eller slutninger systematisk avviker fra det egentlig rette. Bias kan oppstå pga. feil eller unøyaktigheter ved utvalg av undersøkelsesobjekter, valg av undersøkelsesmetode eller vurdering av resultater* (Store medisinske leksikon).

økt sin kompetanse, slik at de opplever at de er forberedt til foreldrerollen. Det betyr i praksis at jordmødre har en unik sjanse til helsefremmende innsats på området ved å komme inn med tidlig undervisning og veiledning til foreldrene. Men skal Mortensens avhandling tas til etterretning må det legges opp til mer utvidet og spesifikk undervisning og forberedning, der hensikten er å øke foreldrenes kunnskap. I prosessen må fremtidige foreldre komme til en erkjennelse av at det vil bli mindre frihet, mindre tid til selvrealisering og økt ansvar i deres fremtidige liv. Her er det mange aktører som kan bistå foreldrene i modningsprosessen til foreldreskap. Det viktigste er at behovet kommuniseres ut til samfunnet, slik at det får økt fokus og bidrar til fremtidig undervisning. På denne måten kan behovet for økt kunnskap bli inkorporert og anerkjent i samfunnet.

I sitatet under åpner jordmor opp for at paret lettere skal snakke sammen om seksualitet og nærhet etter fødsel. Hun vektlegger det å normalisere når hun snakker om det seksuelle samlivet etter fødsel. I et salutogent perspektiv vil jordmor når hun normaliserer legge til rette for at det er legitimt for paret å prate sammen om det de føler for og lurer på.

**Jm 7:** "For det er noe av det viktigste i et parforhold også, den seksuelle biten. For at en skal kunne leve videre sammen, og en vet at det er et problem generelt. Hos mennesker så er dette et stort problem, dette med den seksuelle biten etter fødsel, fordi hun blant annet endrer seg følelsesmessig. Jeg vet at det er kvinner som forteller at de ikke har hatt samleie på et år etter en fødsel. Det er et problem hos veldig mange, unge også. Mye av problemet er vel at de heller ikke snakker om det. Så tenker jeg at hvis jeg sier noe om det, så kanskje bryter jeg en liten grense der, ved å fortelle at det faktisk er normalt. At det er mange som føler det slik. Hvis de kjenner at det blir et problem, så finnes det hjelp få. Jeg snakker jo ikke om det til alle, noen sier nei og det respekterer jeg, men jeg opplever også at veldig mange, når jeg begynner å snakke om det, lytter og stiller en del spørsmål. Fungerer ikke parforholdet på det punktet, så er det mye annet som ikke fungerer også. Jeg tenker også videre for barna sin del, i forhold til oppveksten og hvordan det er i hjemmet, så er det kjempeviktig".

En kohort studie utført av Murdoch Child Research Institute i Australia ble 1507 førstegangs - fødende mødre ble spurt om tidspunktet for gjenopptakelse av vaginal sex. Det viste at 41 prosent har gjenopptatt seksuallivet etter 6 uker, 65 prosent etter 8 uker og 94 prosent etter 6 mnd. Videre viste studien at kvinner som ble forløst med operative inngrep, slike som sectio, vacuum, fødsels - tang, episiotomi<sup>21</sup>, samt kvinner med store rifter og kvinner over 30-34 år ventet lengre enn 6-8 uker. Det viktigste funnet i studien var den store variasjonen i tidsintervallet. Dette sier de er nyttig for paret å ha kunnskap om før barnet er født, fordi det kan bidra til å redusere utviklingen av angst og skyldfølelse. Australia har i likhet med Norge

---

<sup>21</sup> "Klipp i mellomkjøttet fra skjeden mot endetarmen. Dette gjøres hos fødende idet barnets hode sprenger på, for å hindre at vevet revner ukontrollert" (Store medisinske leksikon).

rutine for å anbefale kvinnene etterkontroll hos jordmor eller fastlege innen 6-8 uke etter fødsel. Dette tror de kan være en av grunnene til at gjennomsnittet for gjenopptakelse av det seksuelle samlivet ligger rundt 6-8 uker (Mc Donald & Brown 2013).

I et helsefremmende perspektiv vil jordmor ved hjelp av informasjon og samtaler, der hun vektlegger å normalisere, være med å gi kunnskap om tema samtidig som hun begrenser parets opplevelse av at de kan være utenfor normen.

De fleste kommunejordmødre arbeider i samme lokaler som helsesøster. Her ligger det til rette for å fange opp problemer gjennom tverrfaglig samhandling og åpenhet om tema. Flere jordmødre har tilleggsutdanning som sexologer. Deres spesialkompetanse i temaet knyttet opp mot fødsel og samliv kan unyttes og gi en forbedret jordmorpraksis. Større stillingsandeler for jordmødre i kommunene vil gi økt mulighet til å bidra med hjelp og kunnskap. Det vil være ytterligere med på å tilrettelegge for et mer helsefremmende samliv for parene.

I sitatet under beskriver jordmor en situasjon som de ved jevne mellomrom kommer opp i. Dette er samtaler som denne jordmoren ønsker å vektlegge viktigheten av å imøtekomme kvinnene og parene på.

**Jm 1:** ”Om de har født og den forrige fødselen var skremmende, så er det å sette denne fødselen i et mer riktig perspektiv, for veldig ofte så er det dårlig kommunikasjon som har gjort at ting har låst seg. Når du har jobbet noen år, så skjønner du ut fra hvordan ting ble gjort, veldig mye hvordan kollegaer har tenkt, og hvorfor det ble gjort slik det ble gjort. Det aller meste kan ordne seg med en forklaring, og ikke minst ved å si, beklager at det ble slik, på vegne av andre. Virkningen av ordet ”unnskyld” er undervurdert. Hadde vi vært flinkere til å si unnskyld når ting har blitt feil, så tror jeg mange kunne hatt det veldig mye bedre, og jeg har hatt noen slike samtaler. Så det er det at kvinnen har fått satt ord på det hun føler på eller har opplevd, ikke det å ha tatt i mot barn hver dag som gir den gode jordmorfølelsen. Det er mer det der med å ha fått til en dialog som gir frukter, hvis jeg kan si det slik.”

Fordi opplevelsen er så emosjonell og grensesprengende vil det alltid være noen som har blitt såret eller har opplevd noe i forbindelse med fødselen som har vært vanskelig. Jordmødre hører med jevne mellomrom kvinner fortelle at fødselen ikke ble slik de hadde ønsket eller sett for seg. Informasjonsflommen til de gravide er anselig og det finnes et stort antall aktører som mener de er kompetente til å gi tilbud, informasjon og behandling til de gravide. Med dette øker sjansen for feilinformasjon og feilbehandling. Det er mange faktorer som spiller inn når et fødselsforløp har endt med dårlig opplevelse eller i verste fall traume for paret. Det denne jordmoren påpeker og vektlegger er at helsepersonell generelt bør være mer ydmyke. Hun sier at ”virkningen av ordet unnskyld er undervurdert”. For å belyse hvilket potensial

ordet unnskyld har i seg, velger jeg å se på hvordan forfatteren Jon Risdal beskriver dette i boken *"Unnskyld! Legge seg flat eller stå oppreist"* (2011).

Ordet unnskyld inneholder noen hovedelementer i et ritual, der man innrømmer at en har påført skade og tar personlig ansvar. Det handler om en balanse på en moralsk linje. Hvis skaden er for stor er det noen ganger ikke mulig for den fornærmede å godta unnskyldningen. I andre tilfeller er det *bare* et unnskyld som skal til, noe jordmoren beskriver i sitatet ovenfor. Videre sier forfatteren at en kan se på det å si unnskyld som en slags symbolsk og moralsk handling der både tilbakebetaling og en slags forhandling finner sted. En prosess der man kommer til enighet om et felles ståsted. Et ekte unnskyld viser både mental styrke og ærlighet, samtidig som den viser til at noen tok feil. Dermed kan man si at begge parter har forhandlet seg fram til enighet og ingen har "mistet ansikt" (Risdal 2011).

Her viser den erfarne og ydmyke jordmoren til hvordan hun møter par i slike situasjoner. Ut fra et helsefremmende perspektiv kan man si at skyld fordeles eller legges over fra fødekvinnen til jordmor. Effekten vil muligens være at fødekvinnen kan gå neste fødsel i møte med håp om et bedre utfall. Når jordmor møter kvinnen og paret på denne måten bidrar hun med sin emosjonelle styrke til at samtalen blir positiv og håp tennes for en bedre opplevelse neste gang.

Mayer og Salovey (1997) sier at det å inneha emosjonell styrke kan sidestilles med emosjonell intelligens. Den emosjonelle intelligensen kan deles inn i fire relaterte områder:

*1) Evne til å registrere og utrykke egne følelser. 2) Evne til å bruke følelser til å tenke bedre. 3) Evne til å forstå egne og andres følelser og 4) Evne til å håndtere følelser, egne og andres.*

Det å inneha disse egenskapene skiller i følge forfatterne de framragende utøverne fra de andre (Mayer & Salovey 1997).

Denne måten å møte kvinnen og paret på kan lede fram til en helsefremmende opplevelse. Samtalen med gjennomgang av parets opplevelse av fødselen samt et unnskyld kan ofte være det som skal til, eller det kan være en start i en prosess som gjør at paret kan legge hendelsen bak seg og gå videre i livet.

### 7.2.3 Medbestemmelse

#### IVARETAKELSE AV PARETS ØNSKER/BEHOV – INFORMERT VALG

I dagens praksis er det ikke uvanlig at kvinnen har med ønskebrev i forbindelse med fødselen. Det kan være ønsker eller annen informasjon kvinnen vil at jordmor skal ta hensyn til. Ofte handler det om tidligere hendelser og traumatiske opplevelser i forbindelse med fødsler eller levd liv, men det kan også være enkle ting som ønske om informasjon og medbestemmelse. Det å vise hensyn til kvinnens ønsker og samtidig evne å sette seg inn i hennes livsverden kan sidestilles med å møte henne med respekt og empati. Flere forfattere har beskrevet hvordan dette ofte kan være det som utgjør den store forskjellen, både i opplevelsen og for utfallet av fødselen (Røkenes & Hanssen 2006, Eide & Eide 2007, Aune & Dahlberg i Haugan & Rannestad 2016). Sitatet under viser et eksempel på hvordan jordmor kan ivareta kvinnens ønske.

***”Du sier at det å gi dem muligheten til å gjøre valg er viktig for deg, kan du si litt om det?”***

**Jm 8:** *”Ja, det er veldig viktig for at de skal kunne ha grunnlaget for å ta valg. Hvis de ikke har kunnskap nok, eller forutsetning for å ta valg, så er det jo veldig vanskelig å gjøre rett valg, tenker jeg. Det er jo derfor fødselsforberedende kurs er viktig. Det er jo nettopp for at de skal bli satt i stand til å ta de rette valgene ut fra deres behov og ønsker. Det er viktig hele veien egentlig, både i svangerskapet, fødselen og i barseltiden”.*

Et viktig prinsipp i jordmoretiske retningslinjer (ICM 1999) handler om medbestemmelse. Under ”Relasjoner” i jordmortjenesten står det at: *”Jordmødre respekterer en kvinnes rett til informert valg og arbeider for at kvinnen godtar ansvaret for utfallene av sine egne valg”* (ICM 1999). Ved å gi kvinnen evidensbasert og nyansert informasjon uten at jordmor tillegger personlige meninger til informasjonen, legger hun til rette for at kvinnen settes i stand til å kunne gjøre informerte valg (Aune & Dahlberg i Haugan & Rannestad 2016).

**Jm 5:** *”Jeg husker en gang kvinnen sto i dusjen og barnet skulle til å komme, så sa barnepleieren, ”nei, men vi må jo bort til sengen”, og jeg sa, ”nei, det er ikke det hun ønsker”. Hun fødte i dusjen med mannen bak seg, det var helt fantastisk. Hun var så lykkelig etterpå, hun var helt i ekstase, slik at det må ikke være hjemme for at mors eller parets ønske skal bli ivaretatt. Det å gi dem muligheten til å velge, og støtte dem på det, så langt det er mulig og medisinsk forsvarlig, det er veldig viktig både for dem og for meg”.*

Gjennom den tosidige kommunikasjonen opparbeider jordmor seg tillit eller mistillit hos kvinnen. Det er gjennom denne prosessen at kvinnen danner seg et bilde av om hun kan føle seg trygg på at hun blir sett, hørt og godt ivaretatt. Kari Martinsen (2005) beskriver hvordan både den som gir og den som mottar omsorg utleverer seg selv. Hun sier at ved å overse og

ikke imøtekomme kvinnens ønsker og valg kan dette oppleves som avvisning, krenkelse og ydmykelse (Martinsen 2005).

Slik jeg forstår Martinsen må jordmor gi noe av seg selv og samtidig vise respekt i møte med kvinnen. Respekt viser jordmor ved å lytte og ta hensyn til kvinnens historie og ved å utvise varsomhet, både fysisk og psykisk, i måten hun møter kvinnen på. Jordmor kan være uenig uten å være respektløs. I neste sitat forteller jordmor hvordan hun informerer paret om deres valgmuligheter underveis i fødselen.

**Jm 1:** *”Når jeg har forklart på et folkelig språk, hva som skjer, og hvorfor det skjer, og ikke gitt dem urealistiske forhåpninger, for det blir alltid avslørt i løpet av fødselen. Men at vi sammen har fått sett på hvilke alternativer de har, for at de skal få den hjelpen de trenger. Men også at jeg kan få de til å forstå at de kan kreve å få oppmerksomhet og hjelp. Ikke at jeg skal love at de skal få en tidlig epidural eller keisersnitt, hvis de ikke føder innen et gitt tidspunkt, men at de kan forlange og få en jordmor som ser og hører dem. Det samme gjelder hvis de har en jordmor de føler de ikke kommuniserer bra med, at de kan be om å få en ny, og at det er greit, liksom. Gi dem legitimitet og selvsikkerhet på at de kan stille krav på slike ting, for det er ikke urealistisk”.*

Det å informere og samtidig legitimere at paret har valgmuligheter når det gjelder jordmor eller annen hjelper, er en del av jordmors informasjonsplikt. Denne er nedfelt under ”Relasjoner” i jordmors etiske veileder og baserer seg på WHO’s etiske retningslinjer (ICM 1999). Et annet viktig element i jordmors samhandling med paret er å både orientere og orientere paret ut fra muligheter og valg. Dette viser informantene til når hun sier at det ikke handler om å love tidlig epidural eller keisersnitt, men å gi dem informasjon om at de har mulighet til å gjøre valg. Det å orientere paret kan sies å være en av mange måter å vise paret omsorg og respekt på. Noen kvinner eller par har en forestilling om hvordan situasjonen skal takles og noen har ønsker som ikke lar seg imøtekomme. Det er også en del av jordmors ansvar å realitetsorientere paret i forhold til dette.

Goodwin (1997) sier at det å bry seg ikke betyr at en ikke kan være realistisk. Tillit i samhandlingen bygges selv om man sier nei. Det å ha klare begrensninger både til forventinger og grenser er en del av helsearbeiderens plikt i utøvelsen av arbeidet (Goodwin 1997).

Sett ut fra et helsefremmende perspektiv vil jordmor når hun informerer og orienterer paret om hvordan situasjonen er og hva de videre kan forvente seg, gjøre paret i stand til å ta tak i



egen situasjon. I neste omgang vil de kunne gjøre valg ut fra det de selv synes er best for seg selv. Slik blir fødekvinne og paret ansvarlige for egen helseutvikling.

Neste informant er klar på at kvinnen skal ta avgjørelser selv, men hun fraskriver seg ikke ansvaret for kvinnens ve og vel, selv om hun lar kvinnen gjøre egne valg.

**Jm 5:** *”Det med informert valg det må de få, men jeg forklarer ikke alt som kan gå galt, det blir helt feil. For det er jeg som har det medisinske ansvaret, så jeg forlanger ikke at det er de som skal ta de avgjørelsene. Det er det jeg som gjør”.*

I følge Heath (1995) er den moralske kvaliteten og de personlige egenskapene vesentlige i samhandlingen, men de kan ikke komme foran profesjonell kompetanse, sier han. Brukeren forventer kyndighet og tilliten mellom aktørene i samhandlingen baserer seg også på det (Heath 1995). Videre sier samme jordmor:

**Jm 5:** *”Det optimale ville være at de som har normale svangerskap og er friske får gode valgmuligheter og en nøytral informasjon om hvor de kan føde. At det er en reell mulighet for alle med normale svangerskap, å kunne føde hjemme og at det er nøytral informasjon, og ikke minst skulle pengene det koster å føde på sykehus følge kvinnene, uansett hvor hun valgte å føde”.*

I Nices clinical guideline 190 (2014) *”Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth”* påpekes det at gravide kvinner har krav på å få informasjon om alle tilbud og muligheter som er tilgjengelig for at hun skal kunne gjøre valg av fødested. Det står videre at kvinnen skal ha informasjon om risiko og utkomme av fødselen opp mot valg av fødested. Det anbefales at både førstegangs- og flergangsfødende lavrisiko kvinner får informasjon om at det er trygt å velge jordmorstyrt hjemmefødsel sammenlignet med fødsel på fødestuer eller i høyteknologiske fødeavdelinger. Dette begrunnes med at sjansen for spontan vaginal fødsel er større og risikoen for intervensjon mindre enn ved større fødeavdelinger, men det påpekes at det må være mulig å komme raskt til sykehus og at dette må være utredet på forhånd. Videre løftes det fram at jordmor må bidra med å støtte kvinnene i deres valg av fødested (Nice clinical guideline 190 2014).

Ca. 0,5 prosent av alle fødsler i Norge er planlagte hjemmefødsler, dvs. ca. 300 fødsler per år (Helsedirektoratet 2012). I Norge er hjemmefødsel ikke en del av det offentlige tilbudet, men det er noen få privatpraktiserende jordmødre som gir et slikt tilbud. Kvinnene selv må betale for kostnadene i forbindelse med jordmors utgifter. For å sikre de som ønsker å føde i hjemmet samt å ivareta kvinnenes medbestemmelsesrett har helsedirektoratet utarbeidet

Nasjonale Retningslinjer for hjemmefødsel ”Svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender” (Helsedirektoratet 2012).

En norsk studie av prof. og jordmor Ellen Blix (2014) viser til at det for lavrisikokvinner er tryggere å føde hjemme enn for samme gruppe kvinner som velger å føde på sykehus. Hun hevder at god differensiering og riktig bruk av retningslinjene gjør at hjemmefødslene er tryggere enn på sykehus. Blix har samlet fakta om hjemmefødsler i Norge gjennom flere tiår. Lavere risiko for komplikasjoner og mindre intervensjoner er hovedfunnene. Mindre komplikasjoner med blødninger og fødselsrifter er noen av funnene i studien (Fossum 2015). I sitatene under beskriver to jordmødre hvordan de opplever at myter og oppfatninger både blant kollegaer og i samfunnet generelt ikke er i overensstemmelse med forskningsresultatene.

**Jm 5:** ”Det er så mange myter om hjemmefødsler og de fleste av dem er ikke sanne. Informasjonen som blir gitt om dem er ofte feil. Det er så mange egne meninger som kommer til kvinnene som skal føde hjemme som ikke er helsefremmende. Det kan være til de kvinnene som har født hjemme også. Når de kommer på en barselgruppe på helsestasjonen, så er det slik at de nesten ikke tør fortelle at de har hatt en fantastisk fødsel, for de ser og hører så mange som har hatt tragiske fødsler. Det er mange som sitter der og gråter. Det har jeg blitt fortalt flere ganger, at de nesten ikke turte å si at de hadde hatt en fin fødsel og at de var veldig fornøyde”.

**Jm 4:** ”Det er veldig gledelig å se at lederen fra Jordmorforbundet sammen med en gynekolog fra Rikshospitalet stod fram i frokost-tv og sa at nå må vi ha mer fokus på at de som har lyst til å føde hjemme kan gjøre det. Dokumentasjonen viser at det er trygt, når det selekteres riktig, men da går dessverre noen gynekologer i den fellen at de lar følelsene styre. Jeg leste i et legetidsskrift der det ble referert til komplikasjoner i forbindelse med hjemmefødsler i Nederland at nå måtte man en gang for alle få konstatert at det var farlig å føde hjemme og at hjemmefødsler måtte avskaffes. For det første hvis vi skal se på Norge og Nederland, så må vi se om vi er en sammenlignbar gruppe. Det er vi ikke. Der har de mange hjemmefødsler, det er vanligst å føde hjemme, så de har overarbeidede jordmødre. Når jordmødrene blir avvist på sykehus og må ta med seg fødekvinne til hjemmet igjen som ikke bør føde hjemme, så blir det ofte komplikasjoner. Dette må både beskrives og tas hensyn til når studier og rapporter utformes, og også når de leses. Og så er det det med å bli styrt av følelser, vi må handle etter fakta og kunnskap, tenker jeg. Skal vi forholde oss til forskning, så må vi ta konsekvensene av det. Vi kan ikke bare velge hvilken kunnskap og hvilke forskningsresultater vi skal forholde oss til”.

Slik jeg ser det kan Blixes (2014) studie og Helsedirektoratets Nasjonale Retningslinjer for hjemmefødsler ”svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender” (2012) være med på å gjøre det enklere for norske kvinner og velge hjemmefødsel. Det vil om mulig også gjøre det enklere for jordmødre å tilby kvinner som ønsker det hjemmefødsel. Ut fra et helsefremmende perspektiv vil dette bidra med å sikre kvinnens- og parets rett, samtidig som det setter dem i stand til å ta ansvar for egne valg og egen helseutvikling.

I en norsk kohort studie av Kringeland, Dahltveit og Møller (2010) ønsket man å finne ut av hvilke faktorer som taler for kvinnens ønske om naturlig fødsel. De to viktigste enkeltfunnene var tidligere positiv fødselsopplevelse og ikke opplevelse av fødselsangst (Kringeland et al. 2010). Ut fra et helsefremmende perspektiv viser resultatet hvor viktig det er at førstegangsfødende kvinner, føder uten komplikasjoner og traumer enten de velger å føde hjemme eller i sykehus.

## 7.3 Håndterbarhet og OAS

*Forskningsspørsmål 4) Hva gir deg som jordmor mening i samhandlingen med kvinnen og paret?*

De fem temaene som stod fram var:

1) **Mestring:** TRYGGHET OG TILLIT – TILRETTELEGGE FOR IBOENDE FØDEKREFTER

2) **Selvtillit:** DEN GODE STARTEN

3) **Empowerment:** TA KONTROLL OVER – KOMME STYRKET UT

### 7.3.1 Mestring

TRYGGHET OG TILLIT – TILRETTELEGGE FOR IBOENDE FØDEKREFTER

Begrepet ”coping” kan oversettes til mestringsevne og forteller noe om hvilke ressurser mennesket evner å sette inn for å kunne håndtere indre og ytre utfordringer som usikkerhet, uvisshet og uro. Videre kan det å mestre være det ”å klare noe på egen hånd”, eller at personen har tilgang til ressurser som kunnskap, ferdigheter og hjelpere, samt at personen evner å ta disse i bruk i situasjoner der det er behov for dem (Gammersvik & Larsen 2012).

*”Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg til den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre” (Vifladd & Hopen 2004 s.61).*

Det er flere forhold jordmødre kan bidra med i omsorgen for å opparbeide trygghet og tillit og for å tilrettelegge for kvinnenes iboende fødekrefter. I situasjonene som følger vil faktorene som vektlegges være et uttrykk for hva jordmødre mener er viktige for at kvinnene skal få en god fødsels- og mestringsopplevelse.

#### Omsorg som trygghets-, tillits- og mestringsbygger

I følge Martinsen (2005) handler selve bærebjelken i mestringsbegrepet om opparbeidelse av trygghet og tillit. Det er en forutsetning for å oppnå mestring. Slik jeg forstår Martinsen vil kvinnen når hun opplever tillit, overføre makt til jordmor slik at hun kan handle på kvinnens vegne og til hennes beste. Jordmors evne til omsorg, nærhet og empati er det beste

instrumentet i omsorgen, og den må bygge på respekt for mottakerens livsverden og dømmekraft (Martinsen 2005).

Det å bry seg og vise ekte interesse og medfølelse, det engelskmennene kaller ”moderated love”, er viktige faktorer for å skape tillit. Det skaper også grunnlaget for profesjonell autonomi (Gilligan & Raffin 1997). I følge Martinsen (2005) handler autonomi om å dele makt og om å bry seg. Jeg forstår Martinsen slik at når kvinnen stoler på jordmors moralske integritet og jordmorfaglige kompetanse skapes det grunnlag for profesjonell autonomi.

Kvinnens opplevelse av å ha krefter mot slutten av svangerskapet kan være vidt forskjellig. De fleste opplever at de er sliten og trett de siste ukene og dagene av svangerskapet. Mindre søvn og en generell følelse av at svangerskapet er fysisk tungt, står i kontrast til opplevelsen av å ha krefter. Dette gjelder også når kvinner er i fødselens latensfase og i særdeleshet for kvinner med lang latensfase. Det er ikke uvanlig at den fysiske kapasiteten blir ytterligere forringet pga. smerte, kvalme og oppkast, som igjen fører til mangel på næring og energi. En god jordmoromsorg der kvinnen føler seg ivaretatt, avhenger av at jordmødrene klarer å skille ut fødekvinne med lang latens og prioritere å legge disse inn, framfor å sende dem hjem i påvente av aktiv fødsel. I tillegg til jordmoromsorg trenger disse kvinnene ro, hvile og tilgang til mat. Ut fra et salutogent perspektiv bidrar en slik form for omsorg til at jordmor bygger tillit til kvinnene som trenger ekstra omsorg og støtte i denne fasen.

Garthus-Niegel, Knoph, von Soest, Nielsen og Eberhard-Gran (2014) beskriver hvordan kvinner som har hatt ukompliserte fødsler, likevel har hatt en negativ fødselsopplevelse, fordi de ikke følte seg godt ivaretatt og/eller trygg under fødselsforløpet (Garthus-Niegel et al. 2014).

Svangerskaps- og fødselsomsorgen skal i tillegg til den fysiske oppfølgingen også legge til rette for den mentale forberedelsen til fødsel og foreldreskap (Helsedirektoratet 2012). Slik jeg tolker Walsh, El-Nemer og Downe i Soo Downes bok ”*Normal Childbirth-evidence and debate*” (2004) påvirker fødselsprosess kvinnen både fysisk og emosjonelt, derfor er en viktig del av omsorgen rundt fødselen knyttet opp mot ivaretagelse av kvinnens psykiske helse. Kvinnens evne til å bygge tillit til jordmor baserer seg på at hennes subjektive opplevelse og erfaring får komme til uttrykk (Walsh et al. i Downe 2004).

Personens mentale styrke baserer seg i følge Antonovsky på personens iboende ressurser. I følge Antonovsky er personens iboende ressurser under kontinuerlig påvirkning og prøvelse og dannes gjennom personens fortløpende opplevelse av å lykkes eller mislykkes

(Antonovsky 1987). I følge samme forfatter er det de generelle motstandsressursene i personen selv og i nettverket rundt personen som ligger i bunnen for utvikling av OAS. En annen viktig forutsetning er at personen evner å benytte seg av GMR. Videre påpeker han at OAS ikke må betraktes som mestringsstrategi eller et personlighetstrekk, men som en livsinnstilling (Antonovsky 1993 i Lindström & Eriksson 2015).

Dette er en viktig spesifisering som har betydning for hvordan jordmødre ser og møter slitne fødekvinner med smertefulle rier. Jordmødre opplever ofte en forandring i kvinnens mentale måte å møte omverden på etter at hun har fått omsorg og hjelp til å mestre smertene. Hun kan da stå fram som en person med mer ressurser enn det som kom til uttrykk tidlig i fødselsarbeidet. Slik jeg tolker Antonovsky er det ikke hendelsen i seg selv, men på hvilken måte den håndteres i nuet og kommer til uttrykk på i etterkant som forteller om opplevelsen har gitt positiv eller negativ helseutvikling (Lindström & Eriksson 2015).

I følge Brudal (2000) har gravide kvinner og kvinner i fødsel behov for å føle at de har tillit til jordmor for å kunne mestre den eksistensielle og naturlige angsten i forbindelse med ny situasjon og opplevelse (Brudal 2000). Martinsen (2003) sier at tillit og tålmodighet er to faktorer som hører sammen (Martinsen 2003). En kan si at ved hjelp av tid og tålmodighet legger jordmor grunnlaget for sitt terapeutiske arbeid, samtidig legger hun grunnlaget for tillit hos kvinnen. I et salutogent perspektiv vil en slik omsorg øke kvinnens opplevelse av å bli ivaretatt og videre styrke hennes mestringsfølelse.

### Evne til å mestre stress

I følge Brudal (2000) er svangerskap, fødsel og barseltid en sårbar periode, fordi det skjer store forandringer i kvinnens indre liv og i hennes fysiologiske kropp. I forbindelse med store eksistensielle forandringer er det ikke uvanlig at det oppstår eksistensiell angst. Brudal betegner dette som normalt og sier videre at det vil føre til vekst, dersom personen mestrer forandringen og den nye livssituasjonen (Brudal 2000).

Det er normalt å oppleve stress i forbindelse med nærstående fødsel og i særdeleshet dersom kvinnen har hatt en traumatisk opplevelse fra tidligere fødsel.

**Jm 1:** "Det kan være at du har hatt noen til angstsamtale, enten etter en traumatisk fødsel eller i forbindelse med en nærstående fødsel. Det å få dem til å enten ha kommet så langt etter den forrige fødselen at de tør å gi barnet et søsken, eller at de tør å gå fødselen i møte med det barnet de venter på en slik måte at de ser at dette vil de klare, det er også utrolig givende. Det å klare å gi dem troen eller en mestringsfølelse".

Stress er i følge Bolles (1972), Ursin & Hytten (1992) ikke alltid negativt. Det er en fysiologisk reaksjon på hendelser som setter oss i stand til å flykte fra farlige situasjoner, og kan også være positivt, fordi den fører til økt våkenhet. I følge forskerne filtreres stimuli vi utsetter oss for gjennom to filtre i hjernen, ett er knyttet opp mot stimuliforventning og et opp mot responsforventning. Ved stimuliforventning vil personen stille spørsmål ved, og prøve å finne ut av, hvilken betydning og hvilke konsekvenser stimulien vil få. En forvrengt stimuliforventning betegnes som forsvar. Ved responsforventning vil personen prøve å finne ut av hvordan han skal reagere på og håndtere situasjonen og utfallet av den (Gammersvik & Larsen 2012, Haugen & Rannestad 2014).

CATS teorien (kognitiv aktiveringsteori om stress) er utviklet innenfor kognitiv adferdsteori (Bolles 1972) og stressforskning (Ursin & Hytten 1992). Den skiller mellom tre forskjellige respons-forventninger: Positiv responsforventning oppleves som mestring fordi personen ser at valgte strategi er riktig. Ingen responsforventning oppleves som hjelpeløshet fordi personen ikke ser sammenheng mellom strategi og resultatet. Negativ responsforventning oppleves som håpløshet fordi personen opplever at han ikke har noen påvirkning på resultatet. Videre sier forfatterne at skyldfølelse ikke er uvanlig i denne sammenhengen (Gammersvik & Larsen 2012, Haugen & Rannestad 2014).

Felles for alle tre responsforventningene er at de kan generaliseres. Mestrer man på et område i livet kan dette generaliseres over til mange andre områder. Det samme gjelder også for hjelpeløshet og håpløshet (ibid). Mestring kan ses på som en strategi og CATS-teorien kan brukes som et hjelpemiddel for jordmor for å forstå hvordan kvinner og par håndterer utfordringer.

Det sentrale her er om mennesket tror at strategien de velger fører til mestring, hjelpeløshet eller håpløshet (ibid). I de to neste sitatene beskriver jordmødrene hvorfor de mener en god fødselsopplevelse er viktig for utviklingen av god mestringsstrategi.

**Jm 2:** *”Det har så mye å si i forhold til det psykiske, det å ha gjennomgått en fødsel på en ok måte, det gir deg en slik mestringsfølelse som jeg tror du kan overføre til mange andre områder i livet. Jeg tror egentlig du kan kurere en del angst med det, og da tenker jeg ikke spesielt på fødselsangst, men man kan ha angst for andre ting i livet, så hvis man har klart å gjennomgå en fødsel, så kan man fort tenke ”når jeg kom gjennom fødselen så skal jeg ikke være redd for dette eller dette”, at de har styrket seg selv såpass at de kan overvinne andre problemer i livet også, tenker jeg”.*

**Jm 7** gir uttrykk for dette slik: *”Vi vet jo at forskning viser at kvinner som har hatt traumatisk fødselsopplevelse eller dårlig oppfølging i barsel eller i tiden etter at de kom*

*hjem, ammer mindre enn de som har hatt en god fødselsopplevelse og noen de har fått råd og hjelp hos etter hjemkomsten. Det er jo ikke så enkelt når det ikke er noen der til å spørre eller få hjelp av i den tida man f. eks. er mest sår, for det blir jo de fleste, - litt sår, og mange opplever jo at de i perioder har lite melk. Da er det lett å dra innom butikken for å være på den sikre siden, liksom. Og så finnes det så mange myter om det å ikke ha "nok" melk som er så vanskelig å komme til livs, derfor er det så viktig med jordmor tidlig hjem etter at de har dratt fra oss".*

Disse sitatene viser til jordmors forståelse av at tidligere erfaringer, både gode og dårlige, er med å danne grunnlaget for hvordan kvinnene møter generelle utfordringer, men i særdeleshet hvordan hun møter fødsel og amming ved senere anledninger. Ursins definisjon av "generell positiv respons utfallsforventning" innebærer at personen innehar en generell indre og ytre følelse av å ha kontroll. Begrepet kan relateres til Antonovskys "Sense of coherence" (Antonovsky 1987). CATS teorien kan brukes som et hjelpemiddel for jordmor, både i forståelsen av kvinnens reaksjon, i forbindelse med fødsel og ammeutfordringer og i håndteringen av disse. Jordmors innsikt og forståelse vil øke muligheten for at kvinnen blir møtt ut fra eget ståsted. Den helsefremmende vinklingen er at jordmor ut fra denne forståelsen tilrettelegger for en individuell og forutsigbar omsorg på en slik måte at kvinnen får tro på og hjelp til å mestre både fødselsarbeidet og ammingen.

#### Forutsigbarhet som trygghets, tillits- og mestringsbygger

I neste sitat viser jordmor hvordan hun legger til rette for mer forutsigbarhet, slik at hun kan bygge tillit og mestringsevne hos kvinnen.

**Jm1:** *"Under fødselen så er det at jeg merker på hennes væremåte at hun har tillit til meg. Jeg bruker å si i fra i god tid slik at hun mestrer å henge med når vi kommer til dit. Det sier jeg bevisst tidlig, fordi at de skal ha hørt om det på forhånd. Da husker de etter det vi snakket om tidligere, og klarer å gjøre det vi ble enige om. Det gjør meg stolt hver gang når de klarer å samle seg og få til dette. Da føler jeg at de har tillit til at det jeg sa tidligere er fornuftig å gjøre".*

Her forteller jordmor at det å forberede kvinnen på hva som kommer er viktig i tillit og mestringsbyggingen. På denne måten klarer fødekvinnen, når tiden er inne, å ta i bruk informasjonen hun fikk tidligere. Enhver fødsel har en uforutsigbarhet i seg som jordmor kan bidra til å redusere ved hjelp av hennes kjennskap til selve fødselsprosessen og ved at hun i seg selv er forutsigbar. Det salutogene perspektivet ved tidlig informasjon og forutsigbarhet er at dette øker kvinnens evne til å møte og være i situasjonen når den kommer.



## Ærlighet som trygghets, tillits- og mestringsbygger

**Jm 1:** *„men så er det å tørre å stille direkte spørsmål og få til en dialog ut fra det. Jeg har veldig tro på det med ærlighet, og med ærlighet mener jeg ikke at en skal fortelle alt, men jeg svarer alltid på det de spør om, alltid. Det er ikke sikkert at jeg kan gi dem de svarene de ønsker, men de skal være trygg på at jeg snakker sant, det er viktig for meg. For at de skal få tillit til meg så må de kunne stole på at det jeg sier er sant. Jeg tror det er noe av det viktigste for å ha grunnlag for et videre samarbeid. Jeg bruker mye tid på å være sammen med dem, det er også viktig for meg for å gi mening til mitt arbeid”.*

Martinsen (2003) sier at for å opparbeide seg tillit må man vise godhet, ærlighet og dyktighet og man må være til å stole på. Tillit vises ved at den som mottar omsorg stoler på hjelperens moralske integritet og kompetanse. Når den som gir omsorg viser moralsk integritet inkluderer det ærlighet, åpenhet og konfidensialitet (Martinsen 2003).

I et helsefremmende perspektiv er det å opparbeide trygghet og tillit for gravide kvinner og kvinner i fødsel viktig. Det er gjennom trygghet og tillit at jordmor kan styrke kvinnens tro på egne fødekrefter. I Coates, Ayers og De Vissers studie *”Women’s experiences of postnatal distress”* (2014) kom det fram at flere kvinner opplevde betydelig stressfaktor underveis og i etterkant av fødselen pga. urealistisk og manglende informasjon om hva de kunne forvente. Dette gjaldt både i forbindelse med fødselen og ammingen (Coates et al. 2014).

### Generell tillit til helsevesenet

I neste sitat tar jordmor opp viktigheten av å ha generell tillit til helsevesenet. I ICMs etiske retningslinjer (1999) for jordmødre under utøvelsen av jordmorfaget, punkt c) står det: *”Jordmødre skal bruke sin faglige kunnskap til å utøve trygg fødepraksis..”* (ICM 1999).

Trygg fødepraksis er for meg ensbetydende med at sikkerhet skal ha første prioritet. Ut fra et helsefremmende perspektiv er det viktig at jordmødre framstår som dyktige og seriøse fagarbeidere. Når liv går tapt vil jordmors arbeid bli gransket. Ofte blir det oppmerksomhet fra media. Dette skaper frykt og fører til mindre tillit til fødeavdelingens aktører generelt. Gjennom media og andre sosiale arenaer vil samfunnet, og da spesielt gravide kvinner, foreta en ubevisst og bevisst evaluering av hvordan tjenesten framstår. Dette forplikter jordmor og andre aktører i perinatalomsorgen til å være ansvarsfulle og ydmyke. Jordmor må stille krav og være kritisk til hvordan hun utøver arbeidet. På den måten bygger jordmor tillit både i og utenfor tjenesten.

**Jm 4:** ”Jeg tror blant annet at det er viktig å ha tillit til helsevesenet, å ha tillit til de yrkesgruppene som man vil møte senere i livet. Jeg tror at hvis de opplever trygghet hos oss, så kanskje de får trygghet i seg selv også. Det med tillit er grunnleggende, og det at de er fornøyde, gir meg glede i arbeidet”.

Mechanic og Schlesinger (1996) hevder at fagets vitale funksjon svikter uten tillit. Videre sier de at tillit gjør det mulig for helsearbeideren å fungere og trives i arbeidet. Det gjør det også mulig å være en nær og god støttespiller og er selve grunnlaget for å gjøre en god jobb (Mechanic & Schlesinger 1996).

### 7.3.2 Selvtillit

#### DEN GODE STARTEN

Rosenberg (1979), prof. i sosiologi beskriver betydningen av selvoppfatningen vår som referanserammen i livene våre, der positiv selvoppfatning ses på som en styrkende faktor for selvbildet vårt (Rosenberg 1979). I Ottawa- charteret slås det fast at det å ha kontroll over eget liv er sentralt for selvbildet og mestringssevnen (Ottawa Charter 1986).

**”Du vektlegger den gode starten, kan du si hvorfor du gjør det?”**

**Jm 2:** ”Jeg tenker at det handler om resten av livet det, egentlig. Det betyr alt. Det handler kanskje også om hvilken måte du ser på barnet ditt på. Det handler om hvordan du blir kjent med barnet. Har du en negativ fødselsopplevelse kan jeg se for meg at det kan gå ut over barnet også, at du kanskje er sint på barnet og utålmodig fordi det har vært delaktig i det som har skjedd med deg. Og du føler deg helt sikkert mislykket, du føler deg kanskje mislykket overfor mannen din som har vært vitne til alt, og du begynner kanskje å se annerledes både på deg selv, på mannen din, på omgivelsene dine og på barnet ditt. Og da regner jeg kanskje med at du får et dårlig selvbilde også. Vi vet jo at alt dette gjør at hun får problem med ammingen også. Og at det også handler om å føle seg mislykket eller å ha lyktes. Så når jeg kan unngå dette, så gjør det meg veldig glad”.

**Jm 2:** Videre sier samme jordmor: ”Og det å gi dem denne gode starten, for det kan jo være nok av sorger og gleder med det å ha fått barn, det vet vi jo er et livslangt prosjekt, for å si det sånn. Men det å ha gitt dem den optimale starten i en veldig sårbar periode, både i fødselen og i barseltiden, med både barseltårer og det som hører med av hormonell påvirkning på kroppen, det er jo i seg selv mer enn nok, om de ikke skal ha en negativ fødselsopplevelse å slite med i tillegg”.

Flere forfattere hevder at en positiv fødselsopplevelse har den effekt at kvinnen føler seg styrket som kvinne. Hun vil få en økt selvfølelse og en dypere innsikt og kjennskap til seg selv både som kvinne og som mor. Videre sier forfatterne at den positive fødselsopplevelsen vil være starten inn i en ny og bedre dimensjon i livet for kvinnen (Walderstrøm, Rudman &

Hildingsson 2006, Thomson & Downe 2008, Thomson & Downe 2010, Thomson & Downe 2012). Traumatisk fødselsopplevelse derimot beskrives i flere studier som en viktig årsak til dårlig selvbilde, i tillegg til at det kan føre til at mor utvikler dårlig tilknytning til barnet. Det kan også få negativ konsekvens for framtidig samliv og nærhet til partner (Lundgren 2005, Ayers, Eagle & Waring 2006, Thomson & Downe 2008).

Her beskriver en av jordmødrene hvordan en positiv fødselsopplevelse er med på å styrke kvinnenes selvbilde også i andre sammenhenger i livet.

**Jm 7:** ”Jeg tenker at det har veldig mye å si videre. For det å ha en flott fødselsopplevelse, det gir deg en god selvfølelse videre i livet. Det at hun har mestret den biten, det er jo voldsomme krefter som settes i sving, og det å ha følelse av å ha mestret smertene og oppleve kroppsbeherskelse, det gir noe videre både for hvordan kvinnene ser på seg selv, hvordan paret føler seg og hva de har å gi til barnet og til parforholdet i etterkant. Det er en styrke å ha med seg videre. Både i motgang og i andre sammenhenger videre i livet så har den gode fødselsopplevelsen mye å si. Det er jo ikke slik at de går plettfrøtt gjennom resten av livet fordi de har hatt en bra fødselsopplevelse, det trenger ikke å være slik, men jeg tror det har mye å si for mestring videre i livet. Det å oppleve disse smertene og klare å mestre dem også sammen som par, det betyr mye videre”.

I den norske studien ”How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers“ (2015) trakk flere mødre fram viktigheten av å bli oppmuntret og få positive tilbakemeldinger for en positiv fødselsopplevelse og et normalt fødselsforløp. Dette resulterte i at flere greide å gjennomføre fødselen uten epidural anestesi. Videre framhevet kvinnene at jordmors oppmuntrende støtte hadde ført til økt selvfølelse og tilfredshet. Flere oppga at de var stolte over å ha født på egen hånd og uten inngripen i den normale fødselen (Dahlberg et al. 2015).

Psykoanalytikerens Heinz Kohut er en av de fremste ekspertene på ”Selvet”. Han beskriver ”selvet” som selve senteret i en persons psykologiske univers. Mennesker er avhengig av å bli bekreftet og speilet. ”Selvet” må også kunne relatere seg til empatiske omsorgspersoner for at personen skal utvikle et godt og stabilt ”selv”. Hvis disse faktorene blir oppfylt vil man kunne oppleve indre trygghet og et sammenhengende selvbilde, og man vil klare å organisere tanker, følelser og opplevelser på en adekvat måte. Dette fører til at man får oversikt og opplever en følelse av sammenheng og helhet. Videre sier han at et skadet ”selv” ikke vil klare å integrere nye opplevelser på samme måte som et friskt ”selv”. For disse personene vil manglende opplevelse av sammenheng og dårlig følelsesregulering føre til at personen kan utvikle problemer i relasjonen til andre mennesker og i forbindelse med mestring av nye situasjoner og opplevelser (Kohut 1990).

I sitatet under forteller jordmor hvordan hun nærmer seg barselkvinnen slik at hun får styrket sin tro på egne evner og eget selvbilde. Jordmor sier at hun leder kvinnen med ”omsorgsfull overtalelse”, slik at hun opplever at hun mestrer på egen hånd.

**Jm 6:** ”Og det er jo også veldig tilfredsstillende når en dame som er relativt nyoperert ligger i sengen og tror at hun ikke klarer å komme seg ut på badet, og så gjør hun det, og hun skjønner selv at det går helt kjempefint. Det er en kjempe mestringsfølelse for henne, når hun sitter der nydusjet etterpå og ammer. Jeg tenker det er en del som er hyggelig med å jobbe på barsel. Når jeg får med meg at de får til ting, og det gjør de jo, med litt omsorgsfull overtalelse slik at de får troen på det selv. Det er det å oppleve at de føler at de får det til selv. Og det er jo det de skal når de reiser hjem - føle at de får det til selv. Og opplever de det, fordi jeg har vist dem eller veiledet dem, så er det kjempebra!”.

Jordmors tilnæringsmåte styrker kvinnens selvbilde ved at hun lettere kan mestre neste utfordring. Jordmor Ina May Gaskin hevdet under konferansen ”Menneskerettigheter i fødsel” (2014) at en av de viktigste faktorene jordmødre kan bidra med er å gi kvinnen selvtillit. Ved å være rolig og bruke positive ord mener hun at jordmor kan snu redselen til tro på egen fødeevne (Nilsen 2014).

Jeg har tidligere vist til at det å mestre gir bekreftelse og fungerer som en dominoeffekt slik at eget selvbilde styrkes hver gang personen mestrer nye utfordringer. I sitatet ovenfor forteller jordmor om en kvinne som er forløst med sectio. Ut fra et helsefremmende perspektiv er det ekstra viktig å være observant og lydhør for de positive egenskapene til de gravide og fødende som er selektert til ”rød” gruppe. Omsorgen overfor disse kvinnene skal være individuell på lik linje med kvinnene i den ”grønne” gruppen. Jordmor må være påpasselig slik at det ikke gjøres urett overfor kvinnene med prosedyrestyrt omsorg i forbindelse med selektering til høyere behandlingsnivå. I et salutogent perspektiv må de personlige egenskapene ikke overses og jordmor må tilstrebe en individuell omsorg som inneholder tilbakemeldinger og bekreftelse på kvinnens mestringssevne. En slik holistisk omsorg må inneholde positive, individuelle og oppmuntrende tilbakemeldinger på kvinnens mestringssevne, og er særdeles viktig for å forsterke kvinnens bilde på det hun mestrer i stedet for at det fokuseres på hennes diagnose.

### 7.3.3 Empowerment

#### TA KONTROLL OVER - KOMME STYRKET UT

I følge Helse- og omsorgsdepartementet bør framtidige utfordringer i folkehelsearbeidet styrkes ved hjelp av helsefremmende arbeid som baserer seg på empowerment- ideologien (Sosial og helsedepartementet 2012). Empowerment kan oversettes med "bemyndiggjøring", "gi fullmakt", eller "gjøre det mulig for" (Walseth & Malterud 2004).

WHO beskriver empowerment slik: "*Empowerment for Health is a process in Health Promotion through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health*" (WHO 1986).

I følge Tveiten i Haugan og Rannestad (2016) er det engelske begrepet vanskelig å oversette til norsk. Det kan være fordi det engelske språket er rikere enn vårt. Oversettelser kan i følge henne bli for reduksjonistiske<sup>22</sup>. Videre sier hun at i et vitenskapelig perspektiv anses det som umodent og uten konsensusdefinisjon<sup>23</sup>. Faren er at validiteten svekkes fordi begrepet defineres for vidt, slik at en i vitenskapelige undersøkelser egentlig ikke undersøker det en tror en undersøker (Tveiten i Haugan & Rannestad 2016).

I Lindströms og Erikssons bok "*Haikerens guide til salutogenese*" (2015) støttes denne oppfatningen av begrepet myndiggjøring. De viser til drøftinger i Koelen og Lindströms "*Making healthy choices easy Choices: the role of empowerment*" (2005) der de sier at forskningen rundt begrepet myndiggjøring og OAS er begrenset. Videre sier de at dens rolle i det helsefremmende arbeidet opp mot det salutogene rammeverket er vanskelig å måle, fordi begrepet fremdeles betraktes som et prinsipp eller en ide, mer enn en helhetlig teori.

I følge Koelen og Lindström kan individuell myndiggjøring som er basert på elementene i den salutogene tankegangen defineres slik:

*"et forløp hvor folk tar styring (kontroll) i eget liv, som gjør at de ser en nærere sammenheng mellom egne mål og forstår hvordan disse målene kan oppnås, og også sammenhengen mellom egen innsats og utfallet av den"* (Koelen & Lindström 2005:512 i Lindström & Eriksson 2015).

I de kommende sitatene viser flere jordmødre hvordan de styrker kvinnen og paret ved å forberede, veilede, støtte og involvere slik at de kan påvirke egen livssituasjon.

---

<sup>22</sup> "Reduksjonistiske, her i betydningen av at vesentlige dimensjoner ved begrepets meningsinnhold kan bli borte ved oversetting" (Tveiten i Haugan & Rannestad 2016).

<sup>23</sup> "Konsensus betyr enighet om et begrepsinnhold i et fagfellesskap" (Tveiten i Haugan & Rannestad 2016).

### Jordmors tilnæringsmåte som styrkende faktor

Jordmors tilnæringsmåte vil styrke relasjonen mellom henne og kvinnen og legge grunnlag for et godt samarbeide med gjensidig respekt, samtidig som den vil gi kvinnen den tryggheten hun trenger for å ta i bruk egne fødekrefter. Om relasjoner i jordmortjenesten sier ICMs (1999) retningslinjer for jordmødre at jordmor skal bidra til å myndiggjøre kvinnen til å snakke for seg selv i spørsmål som berører hennes egen og hennes families helse (ICM 1999). I følge Gammersvik og Larsen (2012) er relasjonen mellom partene av avgjørende betydning for om helsearbeideren kan være samarbeidspartner i empowerment-prosessen. Resultatet av empowerment-prosessen er i følge forfatteren at mottageren opplever mestring eller at empowerment-prosessen i seg selv fører til at mottageren blir ”empowered” (Gammersvik & Larsen 2012). Eller som Nutbeth (1998:6) hevder at myndiggjøring, både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå, er en løpende prosess der bevisstgjøring og effektive strategier er med på å tilrettelegge for god helseutvikling (Nutbeth 1998:6 i Lindström & Eriksson 2015).

### Jordmors kunnskap som styrkende faktor

Sitatet under beskriver hva jordmor vektlegger i samhandlingen mellom seg og den gravide.

**Jm 8:** ”Min jobb er at de skal mestre. At de skal bli sett, og at de, så godt som det lar seg gjøre, skal få det slik de ønsker det, samtidig som det skal føre dem til mål. Du merker om det er god samhandling, om de føler seg trygg sammen med deg. De er i en sårbar, usikker fase i livet, der alt er nytt, at de gjennom min kunnskap kan bli i stand til å sette ord på ting som de før ikke kunne eller visste noe om. Det synes jeg er helt fantastisk. Du ser når de har forstått ting, at de har mere velvære i seg selv. Det at de opplever at jeg forstår hvordan de har det, må jo også for dem oppleves veldig okey. Det er viktig for meg å få dem til å forstå at det er en naturlig prosess. Både endringene i kroppen og den psykiske prosessen er naturlig og skal være der for at ting skal skje. Det er ikke en sykdom å være gravid, og det å føde er også en rimelig normal prosess. Fødsel er jo bare desserten, men jeg skal forberede damene og gi dem innsikt i hva en fødsel er, og sette dem i stand til å møte den nye situasjonen og tilværelsen. Det er det som er jordmorarbeid. Klart at det ikke er noe problem for meg det, jeg er både engasjert og synes at det er det mest spennende som finnes, og når du er engasjert, så klarer du å formidle det også, tror jeg”.

Hennes jobb er at de skal mestre, sier denne jordmoren. Det å mestre handler i følge Heggen (2007) om å ha tilgang til en rekke ressurser. En av dem er å ha tilgang til kunnskap. Gjennom jordmor får kvinnen tilgang til relevant kunnskap. En annen forutsetning er at kvinnen må evne å nyttiggjøre seg kunnskapen (Heggen 2007).

Vi ser at jordmoren vektlegger både det å normalisere svangerskapsrelaterte plager og framsnakke fødselen som en naturlig prosess. På denne måten gir hun kvinnene både innsikt i

hva de kan forvente og hva som er normalt i svangerskapet. Ved å forberede kvinnene styrker hun dem og som hun selv sier, setter hun dem i stand til å møte fødselen og ny tilværelse. Videre sier jordmor at hun er opptatt av at kvinnene skal bli sett og at de, ”så godt som det lar seg gjøre, skal få det slik de ønsker det”. Ved å sette seg inn i deres ståsted og vise at hun forstår dem bidrar hun til opplevelsen av å bli sett og hørt. Jordmors grunnleggende ønske om å imøtekomme den gravides ønsker er en forutsetning for at jordmor skal kunne styrke kvinnen med sin kunnskap slik at hun blir i stand til å møte den nye situasjonen.

I et av sitatene over presiserer jordmor at hun ikke legger faget til side, men at det kommer i tillegg til andre former for kunnskap som hun bruker i møte med paret. En norsk studie av Anne Brunstad (2010) viser til hvilken kompetanse norske jordmødre ved høyteknologiske fødeavdelinger og kvinneklinikker mener er viktig å inneha i fødselsarbeidet. Det å ivareta den normale fødselen i spenningsfeltet mellom kontinuerlig risikovurdering og minst mulig bruk av teknologi mener Brunstad kan være en utfordring. Jordmødrene i studien vektla det å tilstrebe et normalt forløp, enten kvinnene var selektert som lavrisiko- eller høyrisikofødende. Videre var det å forebygge risikofaktorer eller redusere effekten av risiko under fødselen viktig, men alle fremhevet likevel betydningen av å beherske teknisk utstyr til fulle. Et godt samarbeid med kvinnen mente de var en viktig forutsetning for å kunne gjøre en god jobb. De vektla også viktigheten av å holde seg faglig oppdaterte (Brunstad 2010).

### Veiledning av jordmor som styrkende faktor

En annen jordmor forteller at veilederrollen oppleves som viktig og meningsfull for henne i samhandlingen med kvinnen og paret. I følge Martinsen (2003) vil en god relasjon mellom jordmor og kvinnen føre til at jordmor inntar en annen rolle enn den tradisjonelle helsearbeiderens. Hun vil da innta rollen som veileder (Martinsen 2003).

**Jm 1:** ”Meningsfullt for meg, det er f. eks. de gangene jeg får paret.. sånn som en gang jeg hadde et par fra..., de var inne mange ganger i latens, og nå lå hun på gangen utenfor ekspedisjonen. Hun var tydelig oppgitt og gråt av smerte. Da jeg fikk paret inn på undersøkelsesrommet kom det en ny ri og hun var på nytt på vei til å gi seg helt over. Da starter jeg med å få blikkontakt og så får jeg henne til å puste ordentlig med hele magen. Etter noen øvinger tar hun til slutt kontroll over riene og han sier hvorfor har ingen lært oss dette før. Da så han at hun hadde full kontroll på fødselen. Før det var gått fire timer var barnet født. Uten smertelindring, bare ved at hun fikk kontroll på pustingene, og fikk til å slappe av, så åpnet det seg mye lettere, du så det var et helt annet kroppsspråk”.

Her tar jordmor i bruk både psykologisk og fysiologisk kunnskap for å få kvinnen til å beherske både den fysiske smerten og den psykologiske påkjenningen det er å være i fødsel.

Spreitzer (1995) kaller empowerment på individnivå for psykologisk empowerment. Det å befinne seg i en slik situasjon, som kvinnen i sitatet over gjorde, er etter mange timer i latensfase ikke uvanlig. I den forbindelse kan sterke smerter gi frykt og utmattelse og føre til opplevelse av avmakt (Tveiten i Haugan & Rannestad 2015). Her viser jordmor hvordan hun møter kvinnen når smertene overskygger alt og hun opplever at hun er urasjonell eller ute av kontroll. Jordmor veileder og formidler kunnskap på en måte og med et språk som paret forstår. Først etablerer hun blikk-kontakt slik at kvinnen observerer det hun både forteller og viser henne. Videre veileder hun kvinnen gjennom riene til hun til slutt tar kontroll over og opplever at hun mestrer fødselsarbeidet.

I Dahlbergs og Aunes studie *"The woman's birth experience - The effect of interpersonal relationships and continuity of care"* (2013) vises det til at nærhet til jordmor gjennom blikkontakt, kroppsspråk og berøring er viktig for kvinnens fødselsopplevelse (Dahlberg & Aune 2013).

I følge Askheim (2012) har empowerment-begrepet en emosjonell dimensjon i seg. Når kvinnen som det her vises til er kommet i en situasjon der hun ikke er rasjonell, kan opplevelsen både underveis og i etterkant bli knyttet opp mot motløshet og skam (Tveiten i Haugan & Rannestad 2015). Jordmor forteller at kvinnen gjentatte ganger ble sendt hjem, fordi hun var i latensfase. Slik jeg ser det er det å komme i en situasjon der kvinnen opplever motløshet og skam motpol til det å bygge empowerment og selvtillit.

En studie av Alquis (2006) viser at kun halvparten av mødrene opplevde veiledningen i føde- og barselavdelingen som tilfredsstillende (Alquist 2006). I et salutogent perspektiv vil jordmor ved hjelp av veiledning hjelpe kvinnen til å ta kontroll, før hun kommer i en situasjon der hun mister tro og selvrespekt.

### Jordmors tilstedeværelse som styrkende faktor

For å ha mulighet til å mestre smertene er det for mange kvinner viktig at jordmor kommer til så tidlig som mulig. Det å sende kvinner hjem i latens er et dilemma jordmødre ofte står overfor, fordi det er travelt og kan være dårlig romkapasitet. Den fysiologiske og hormonelle prosessen kvinnen er i under fødselsforløpet kan lett bli forstyrret og også stoppe opp når hun opplever å ikke bli ivaretatt. Aune og Dahlberg (2016) beskriver den fysiologiske fødselsprosessen i kapittelet *"En helsefremmende fødselsomsorg"* som en prosess styrt av



hormoner, sårbar for angst og utrygghet. Ved utskillelse av stresshormoner (katekolaminer)<sup>24</sup> kan fødselen, i en tidlig fase, hemmes eller stoppe opp (Aune & Dahlberg i Haugan & Rannestad 2016). Samtidig vil smerter over lengre tid, uten særlig progresjon i fødselsarbeidet, gi grobunn for tvil om egen evne. Konsekvensen av å sende kvinner hjem i latensfase kan være, som i dette tilfellet, at fasen forlenges. Sett opp mot CATS-teorien kan en slik manglende omsorg sette kvinnene i en situasjon der de utvikler negativ responsforventning. Dette skjer fordi de opplever at strategier de har lagt opp til, ikke virker.

### Kvinnens opplevelse av kontroll som styrkende faktor

Jordmoren beskriver her hva hun vektlegger som viktig for at hun skal gi styrke til kvinnen.

**Jm 5:** *”Det er viktig for meg at de skal sitte igjen med noe som de føler at de har mestret, at de eier, på en måte, fødselen, at de har klart det. Det kan også være om det ble vacuum f. eks. så det at de er fornøyde, er viktig for meg og det tror jeg samfunnet hadde tjent mye på. Hvis mange hadde fått denne muligheten, så hadde det vært mye mindre misfornøyde mødre og kanskje mange flere trygge mødre også. Jeg tror også at mange flere hadde ammet, også mye lenger enn de gjør nå”.*

Som jordmor over beskriver handler det nødvendigvis ikke om en ”naturlig” fødsel uten intervensjon<sup>25</sup>. Det å ”eie fødselen” handler, slik jeg ser det, om at fødekvinnen selv har en opplevelse av at hun har kontroll eller medbestemmelse underveis i fødselen. Videre setter jordmoren en god fødselsopplevelse i sammenheng med god ammestart og lengde på ammeperioden. I den tidligere nevnte studien av Coates et al. (2014) vises det til at det er sammenheng mellom dårlig fødsels- og ammeopplevelse og fødselsdepresjon<sup>26</sup>. Kvinnens stressrelaterte problemer i prosessen med det å bli mor var i denne studien sterk knyttet opp mot ammestart og en opplevelse av å ikke få den hjelpen de hadde behov for (Coates et al. 2014). Amming er i følge Statens ernæringsråd (2003) det mest effektive tiltaket for å fremme helse og forebygge sykdom hos nyfødte barn (Statens ernæringsråd 2003). Nylander (2008) bifaller dette i hennes bok ”Amme- ABC” (Nylander 2008).

I Norge går ammefrekvensen ned for første gang på 40 år. Det er færre barn som fullammes ved to ukers alder nå enn i 2006 (Helsedirektoratet 2014). Ca 88 prosent av barselkvinnene

---

<sup>24</sup> ”Katekolaminer er en fellesbetegnelse for hormoner og neurotransmittere som dannes ved kjemiske modifikasjoner av aminosyren tyrosin til dopamin, noradrenalin og adrenalin” (Store medisinske leksikon).

<sup>25</sup> Intervensjon: ”innblanding, inngripen” (Store medisinske leksikon).

<sup>26</sup> ”Fødselsdepresjon, betegner en depresjon som oppstår i kjølvannet av en fødsel. En lett form for nedtrykt stemningsleiet etter en fødsel (post-partum blues) er relativt vanlig (anslagsvis 10 prosent), men depresjoner i klinisk forstand er betydelig sjeldnere (<1 prosent). Hos en undergruppe, anslagsvis 1–2 promille av fødende kvinner, kan det oppstå psykotiske depresjoner (fødselspsykose) (Store medisinske leksikon).

strever med ammingen og da spesielt førstegangsfødende (Tufte 2005). Kunnskapssenteret foretok en nasjonal brukerundersøkelse (2013) blant mødre som beskrev at de opplever at det er lite fokus på den psykologiske forberedelsen til foreldrerollen i svangerskapet. De fant en overvekt av kvinner som opplevde seg overlatt til seg selv i barseltiden (Kunnskapssenteret 2013). Sue Downe påpeker at selv om svangerskap og fødsel er en naturlig prosess må kvinnene ut fra et salutogent perspektiv, ikke betraktes som en gruppe som ikke har behov for støtte og veiledning inn i den nye og sårbare rollen (Downe 2008).

Engelske studier viser til lignende observasjoner. I følge McAndrew, Thompson, Fellows, Large, Speed og Renfrew (2010) ammer kun 42 prosent mer enn 6 mnd. En opplevelse av manglende eller liten praktisk eller emosjonell støtte til å komme i gang med og/eller opprettholde ammingen er en av hovedgrunnene til den lave ammeprosenten. Videre var det mangel på etablert kontakt med jordmor eller annet støtteapparat i barselperioden som i hovedsak var grunnen til at ammeprosenten sank fra 81 prosent til 42 prosent i løpet av de første månedene. Videre viser studien at lav opplevelse av kontroll under fødselen assosieres med mindre tilfredshet, fødsels- og barselsdepresjon og en opplevelse av at fødselen var traumatisk (McAndrew et al. 2010). I følge Alquist (2006) er det de som ikke mestrer tidlig etablering av amming, som ammer kortest tid (Alquist 2006).

Ut fra både et jordmor- og et helsefremmende perspektiv er det fordelaktig at kvinner får hjelp i startfasen av ammingen. Ved å styrke jordmortjenesten i kommunene, slik helsedirektoratet (2012) anbefaler, vil tidlig hjemmebesøk med informasjon og veiledning, i den tidlige og viktige fasen i ammeperioden, gi kvinnene en økt opplevelse av kontroll og mestring.

Jordmor har gjennom sin grunnlagstekning og utdanning en holistisk<sup>27</sup> tilnærming i møte med kvinner, likevel kreves det at hun er bevisst, også i forhold til økt intervensjon ut over behov. Mange kvinner i rød gruppe skal ha ekstra oppmerksomhet og medisinsk oppfølging av forskjellig art både i svangerskapet, under fødselen og i post- partum perioden<sup>28</sup>. I møte med disse kvinnene må jordmor tilrettelegge slik at de kan ta mest mulig ansvar for egen helse og velvære slik jordmor beskriver i sitatet under.

**Jm 3:** *”At kvinnen og familien skal ha det bra helhetlig, det er grunntanken min hele veien, at de skal sitte igjen med en god opplevelse som de skal ta med seg videre i alt de foretar*

---

<sup>27</sup> ”Jordmors holistiske omsorg er basert på en forståelse av kvinnens sosiale, emosjonelle, kulturelle, spirituelle, psykologiske og fysiske behov” (Aune & Dahlberg i Haugan & Rannestad 2016).

<sup>28</sup>”post partum perioden, de første 24 timene etter fødselen. Betegnelsen brukes ofte i forbindelse med morens tilstand” (Store norske leksikon).

*seg. Vi må aldri slutte å tenke og arbeide helsefremmende. Det er veldig viktig for at de, enten de er selekterte til rød eller grønn gruppe, skal ha et fullverdig liv, derfor må vi være bevisste i måten vi arbeider på, slik at folk får bruke ressursene sine og på den måten mestre livene sine, det er min tanke”.*

I fødselsomsorgen i dag blir ca 40 prosent av alle fødekviner selektert til rød gruppe. Likevel er det ikke motsetning mellom dette og det å ha en helsefremmende tilnærming til denne gruppen kvinner, slik jordmor i sitatet overfor påpeker.

Ut fra gammel biomedisinsk tradisjon er det lett å ansvarsfraskrive kvinnens egen innvirkning på helse. Ved å sykelliggjøre denne gruppen kan helsepersonell komme i skade for å ta fra kvinnen makten over egen kropp og helse og også utsette dem for lært hjelpeløshet. Som tidligere nevnt erkjenner den salutogene teorien at det finnes sykdom og patologi,<sup>29</sup> men fokuset skal være vendt mot det som kan føre til helse og velvære (Lindström & Eriksson 2015, Perez-Potella et al. 2015).

---

<sup>29</sup> ”Patologien beskjeftiger seg med hvordan ulike sykdommer og skader forandrer celler og vev og dermed også funksjonen til vevet, organene og kroppen. Patologisk anatomi er fellesbetegnelse på læren om alle de anatomiske forandringene som sykdom og skade kan forårsake” (Store medisinske leksikon).

#### **7.4 Sammendrag og konklusjon av forskningsspørsmål 4) *Hva gir deg som jordmor mening i samhandlingen med kvinnen og paret?***

##### **Meningsfullhet og OAS**

Under **Støtte** var det funnet ”En støttende jordmor ”som stod fram.

Under **Tilstedeværelse** var det ”Ro i fødselsarbeidet”.

Under **Omsorg** var det ”Kontinuitet i omsorgen” og en til en -omsorg som pekte seg ut. Til sammen var det disse faktorene jordmødrene selv pekte på som deres viktigste bidrag til at kvinnen og paret skulle oppleve meningsfullhet i omsorgen.

I intervjuene kom det fram at jordmødrene vektla 1) Støttende omsorg, 2) Støtte av kvinnens valg, 3) Empatisk støtte 4) Bruk av intuisjon i det støttende arbeidet og 5) Sosial støtte som de viktigste faktorene for å trygge og gi mestring til kvinnene i den nye situasjonen.

Som tidligere nevnt vektla Antonovsky sosial støtte som en av de to viktigste generelle motstandsressursene (GMR) for å fremme mestring av spenning i vanskelige og ressurskrevende situasjoner. Følelsesmessig nærhet og emosjonelle bånd til andre personer, samt vissheten om at en får støtte når utfordrende hendelser oppstår, beskrives som et viktig kriterium for å fungere som GMR. Jordmødrene ser betydningen av sosial støtte som viktig. Ved å trekke inn ”betydningsfulle andre”, som f. eks. far i situasjonen/opplevelsen, lar hun denne personen få medansvar. Slik lar hun mannen ta del i det kvinnen går gjennom og lar det bli en felles opplevelse, samtidig legger hun opp til at kvinnen evner å nyttiggjøre seg ressursene denne personen har.

Studien viser at jordmødrene vektlegger tilstedeværelse som en vesentlig faktor for at kvinnene skal kunne føde uten traume. Ved jordmors tilstedeværelse føler kvinnen og paret seg trygg og ivaretatt. Slik gir hun rom for kvinnens og parets mulighet til å ta fram egne ressurser samtidig som hun gir dem kontroll over egen fødsel og tro på egne krefter.

Jordmødrene i denne studien forfekter at kontinuitet og en til en -omsorg gjennom hele omsorgen vil gi større mulighet for helhetlig omsorg, men det er spesielt hjemmefødselsjordmor og jordmor i distriktet som vektlegger kontinuitet som viktig faktor for å kunne gi helhetlig omsorg.

## 7.2 Begripelighet og OAS

Under **Informasjon** var det funnene ”Forberedelse til fødsel” og ”Fødselsforberedende kurs” som stod fram som viktige funn.

Under **Kommunikasjon** var det ”Dialog versus Monolog” og ”Jordmors utreisesamtale”.

Under **Medbestemmelse** var det funnene ”Ivaretagelse av parets ønsker/behov” og ”Informert valg” som pekte seg ut.

Til sammen var det disse faktorene jordmødrene selv mente var deres viktigste bidrag for at kvinnen og paret skulle oppleve begripelighet i omsorgen.

Jordmødrene i studien viser en genuin interesse for kvinnen og paret ved å inspirere og oppmuntre til positiv samhandling. Slik bidrar de til en begripelig, håndterbar og meningsfull samhandling mellom de involverte. De påpeker at det første svangerskapet og fødselen må ses i sammenheng med kvinnens framtidige liv. Derfor beskriver de kvinnenes første møte med perinatalomsorgen som ekstra viktig. En helhetlig omsorg her vil, i følge dem, føre til økt sjansje for godt utfall, med friske ammende mødre og fornøyde barn. Det er gjennom informasjon og toveis kommunikasjon at jordmødrene opplever at de får gitt omsorg som fører til opplevelse av sammenheng for foreldrene. I tillegg til svangerskapskonsultasjonene og fødselsforberedende kurs er det spesielt utreisesamtalen og tidlig hjemmebesøk jordmødrene vektlegger som viktig for å klargjøre, realitetsorientere og sette i sammenheng opplevelser og tanker. Videre ser de oppfølgingen som en viktig del i forberedelsen til foreldrerollen.

Studien viser at jordmødrene ser nødvendigheten av også å ha større fokus mot par med minoritetsbakgrunn, slik at disse utvikler mestringsstrategier de kan nyttiggjøre seg av i framtidige situasjoner. De vektlegger viktigheten av å involvere kvinner og par med minoritetsbakgrunn til fødselsforberedelse, blant annet gjennom fødselsforberedende kurs. På denne måten er jordmødrene med å ta det samfunnsansvaret Antonovsky ba om under forelesningen ved Nordic School of Public Health i Gøteborg i 1993.

I noen av sitatene ser vi eksempler på at den erfarne og ydmyke jordmoren møter par i vanskelige samtaler og situasjoner med emosjonell styrke og intelligens. Slik bidrar hun til at samtalen og eller situasjonen får en mer positiv karakter.

Videre ser vi at jordmødrene vektlegger ivaretagelse av parets behov ved å gi dem mulighet til å gjøre egne valg. Ved hjelp av informasjon setter hun dem i stand til å sikre deres rett. Samtidig fører dette til at de tar ansvar for egne valg og egen helseutvikling.

### 7.3 Håndterbarhet og OAS

Under **Mestring** var det funnene ”Trygghet og Tillit” og ”Tilretteleggelse for iboende fødekrefter” som stod fram.

Under **Selvtillit** var det ”Den gode starten” jordmødrene vektla som viktig.

Under **Empowerment** var det funnene ”Ta kontroll over” og ”komme styrket ut” som stod fram som de to viktigste funnene.

Til sammen var det disse faktorene jordmødrene selv mente var de viktigste for at kvinnen og paret skulle oppleve håndterbarhet i omsorgen:

Under Mestring vektlegger jordmødrene faktorer som 1) Omsorg, 2) Forutsigbarhet, 3) Ærlighet og 4) Generell tillit til helsevesenet som trygghets, tillits- og mestringsbyggere.

Ved hjelp av omsorg viser jordmor at hun ser betydningen av å tilby kvinnen ro, hvile og tilgang til mat. Dette er viktige bidrag i jordmors måte å styrke, bygge tillit og øke kvinnens mestringsstrategier på. Studien viser videre at jordmødrene vektlegger viktigheten av at både de og paret opparbeider seg trygghet og tillit for å sikre et godt utkomme både i svangerskap, fødsel og barsel. Det er gjennom trygghet og tillit at jordmor styrker kvinnens tro på egne fødekrefter. Forutsigbarhet øker kvinnens og parets evne til å møte og være i situasjonen når den kommer. Flere jordmødre vektlegger ærlighet som en meget viktig faktor i tillitsbyggingen mellom henne og paret. Dette er også med på å styrke tilliten til helsevesenet generelt.

En betydelig faktor for at kvinnene skal komme gjennom svangerskapet og i særdeleshet fødselen er kvinnens evne til å mestre stress. Jordmors innsikt og forståelse øker kvinnens mulighet for å bli møtt ut fra eget ståsted. Ved individuell og forutsigbar omsorg vil kvinnene få tro på og hjelp til å mestre både svangerskap, fødselsarbeid og amming. Ved mestring vil kvinnene utvikle økt selvtillit i andre situasjoner i livet. Jordmødre i studien viser til at de har innsikt i hvordan utløpet av svangerskap, fødsel og barsel får konsekvenser for kvinnens og parets og familiens framtidige liv. Antonovsky har påpekt at det å lykkes eller ikke lykkes får konsekvenser for danningen av GMR.

Under Empowerment-delen peker jordmødrene på faktorer som 1) jordmors tilnæringsmåte, 2) jordmors kunnskap, 3) jordmors veiledningsrolle, 4) jordmors tilstedeværelse, og 5) kvinnens opplevelse av kontroll, som styrkende faktor i omsorgen. Ut fra jordmors perspektiv vil hun ved hjelp av disse faktorene hjelpe kvinnen til å ta kontroll før hun kommer i situasjoner der hun mister tro og utvikler nedsatt GMR og lav selvspekt.

## Kapittel 8 PRESENTASJON AV JORDMØDRENES OPPLEVELSE AV Å ARBEIDE HELSEFREMMEDE

### 8.0 Innledning

Forskningsspørsmål fem var det siste i rekken av spørsmål. Intervjuene varte ca 1,5 time, slik at jordmødrene hadde hatt god tid til å reflektere over hvordan de arbeider. I punkt 8.1 vil jordmødrenes svar på forskningsspørsmål fem tolkes og settes opp mot faktorer de selv beskriver opp mot deres opplevelse.

### 8.1 Forskningsspørsmål 5) *Opplever du at du som jordmor arbeider helsefremmende?*

#### Jordmor 1

**Jm 1:** *”Det er en veldig bra tanke, det å jobbe helsefremmende. Det jeg synes legene ofte glemmer er at vi i Norge i dag fortsatt har 70 prosent barn født uten lege til stede. Jeg synes de skal ha mer respekt for faget vårt. Noen har det, men ikke alle. Vi har et system i Norge og generelt i Skandinavia som bygger på tillit, der jordmor tilkaller lege når det normale går over til det unormale. I den høyteknologiske avdelingen legger legene premissene, både når det gjelder prosedyrer og i vektingen av hva som er viktig. Det er lite rom for å se verdien av at ting kan gå normalt og at mesteparten gjør det. Alt skal ikke styres i hjel. Alt skal ikke være prosedyrestyrt heller. Noe skal få gå i eget tempo. Kanskje den viktigste jobben jordmor gjør er, i noen tilfeller, å ikke gjøre noen ting. Systemet, slik jeg oppfatter det, verdsetter ikke nok og klarer heller ikke godt nok å skjerme det normale. Da blir det i mange tilfeller vanskelig å jobbe helsefremmende”.*

*”Med de ressursene vi har og få å fordele arbeidet på, kommer vi litt for ofte i samtidskonflikt, der man må gjøre dårlige valg. I slike tilfeller er det slik at uansett hva man velger, så blir valgene man tar ikke optimale. Et prosjekt vi gjennomfører nå, med ”Jordmor til stede”, i den aktive fasen<sup>30</sup> av fødselen, er en berikelse, fordi ingen forventer at du går inn og ut av fødestuen for å bistå andre, i alle fall ikke i uken da prosjektet pågår. Da er det mulig å jobbe ut fra et helsefremmende perspektiv”.*

Jordmor 1 opplever at jordmorfaget er blitt for sterk styrt av gynekologene og at prosedyrene på det høyteknologiske sykehuset domineres av legestanden. Hun opplever også at enkelte gynekologer ikke har respekt for hennes autonomi og at det er vanskelig å arbeide helsefremmende pga. sykehussystemet og måten systemet drives på. Kritikken går også ut på at stadige nedskjæringer gir travle vakter med for få jordmødre på enkelte vakter. Dette går ut over hennes mulighet til å gi helhetlig omsorg og være tilstede mest mulig under kvinnens fødselsarbeid. Videre nevner hun at et pågående prosjekt der tilstedeværelse av jordmor i den aktive fasen av fødselen er en berikelse, fordi hun da kan bevilge seg den tiden hun trenger for

---

<sup>30</sup> *aktiv fase* varer fra mormunnen er cirka 4 centimeter åpning, til det er full åpning (10 centimeter). I denne fasen er riene regelmessige, øker i intensitet og varighet (45–90 sekunder), og pausene blir kortere. Ofte er det 3–4 rier i løpet av 10 minutter. Riene presser barnet nedover i fødselskanalen slik at mormunnen kan åpne seg helt, og slippe barnet forbi (babyverden.no).

å gi en helhetlig omsorg. Slik jeg forstår henne virker det som hun setter likhetstegn mellom helhetlig omsorg, tilstedeværelse og helsefremmende arbeid.

Prosjektet ”Jordmor til stede” ble innført på avdelingen som et prøveprosjekt for å utrede muligheten og omfanget av tilstedeværelse. Mange jordmødre mente at dette ville vise at jordmødre i de travleste periodene ikke hadde mulighet til å følge opp fødekvinnene på en ønskelig og god nok måte. Registreringsperioden har varighet på en uke og inkluderer alle fødende i uken prosjektet pågår. Registreringene har blitt gjennomført fire uker i 2015 og tre uker i 2016, uker med både travle og rolige perioder. Tilstedeværelse registreres i fødekvinnens partogram med antall timer og minutter per vakt til kvinnen har født, i tillegg til at det registreres i egne skjema gjennom hele perioden. Det som både var interessant og som ga ny lærdom, var at det viste seg at *det å ha fokus i seg selv* ga positive og gode resultater. I perioder der tilstedeværelse har vært registrert har variasjonen vært mellom 72-98 prosent tilstedeværelse. Noe som er et bedre resultat enn forventet.

Videre sier hun at systemet, slik hun opplever det, ikke klarer å verdsette eller skjerme det normale. På et vis stemmer dette fordi jordmødre i denne studien, med unntak av hjemmefødselsjordmor, ikke tilbyr fødsel i lavterskelenheter. I en høyteknologisk avdeling vil en start med intervensjon ofte bli etterfulgt av flere andre inngrep. Kvinnens ønske om epidural er et godt eksempel. Dette er en av de vanligste smertelindrende hjelpemidler kvinnen benytter seg av, men epidural er også et av de vanligste inngrep i den normale fødselen. For å belyse hvordan kvinner, som i utgangspunktet er friske og forventer en normal fødsel, kan ende opp med flere inngrep som forringer den naturlige fødselsprosessen vil jeg ta leseren med på de konsekvenser en vanlig epidural anestesi kan føre til.

Inngrepene starter med at venflon legges, videre følger blodtrykksmålinger fram til et stabilt trykk er stabilisert. Det er ikke uvanlig at barnets reaksjon på anestesi etterfølges av en bradycardi<sup>31</sup>-episode, der skalpelektrode og kontinuerlig Ctg<sup>32</sup>/ Stan-overvåking er vanlige tiltak i den videre oppfølgingen. Med dette brytes fostermembranen, noe som gir økt rieaktivitet og større fare for infeksjon og asfyksi<sup>33</sup>. Videre er det ikke uvanlig at kvinnen ikke

---

<sup>31</sup> Bradykardi, langsom hjerteaksjon (Store medisinske leksikon).

<sup>32</sup> CTG er et apparat som under fødselen registrerer fosterets hjertevirksomhet, rienes hyppighet og, til en viss grad, styrke. Undersøkelse ved hjelp av kardiokograf kalles kardiokografi. Undersøkelse av rienes hyppighet kalles ofte tokografi. Hjertevirksomheten kan enten registreres med en probe som festes på morens mage eller med en elektrode som festes på fosterhodet (Store medisinske leksikon).

<sup>33</sup> Asfyksi er en kvelningstilstand hos barnet som følge av utilstrekkelig oksygentilførsel, den viktigste årsak til den høye dødelighet før, under og straks etter fødselen (Store medisinske leksikon).



greier å late vannet selv, og kateterisering<sup>34</sup> blir nødvendig. Perioder med mindre rieaktivitet fører til oxytocin<sup>35</sup>-behandling. Ved økt stimulering kan barnets hode bli skjøvet i en ugunstig posisjon i fødselskanalen. Den økte riestimuleringen kan også føre til asfyksi og den påfølgende forløsningsmetoden blir ved en rekke tilfeller vacuum, tang eller sectio. Videre vil lange fødselsforløp medføre økt risiko for post- partumblødning, og konsekvensen kan være at kroppens evne til melkeproduksjon forringes. For noen vil det også være nødvendig med operative inngrep for å stoppe pågående blødninger, mens det for enkelte andre vil være aktuelt med transfusjoner<sup>36</sup> av medikamentelle eller naturlige blodprodukter.

Med slike inngrep i den normale prosessen er det derfor viktig at kvinnene gjennom sine konsultasjoner hos jordmor får individuell informasjon som setter de i stand til å vite hva de sier ja til. Det er slike fødselsforløp jordmødrene i studien viser til når de vektlegger at det er særlig de førstegangsfødende kvinnene jordmødrene må ha ekstra tid og omsorg for. Jordmødre anerkjenner at det for enkelte fødende både er tilrådelig og nødvendig med epidural for å kunne føde vaginalt.

Det er ikke vanskelig å se for seg at kvinnen i eksempelet over ble lenket til sengen i store deler av fødselen. Det er heller ikke vanskelig å tenke seg at fødselsopplevelsen hadde blitt annerledes om hun hadde valgt å føde uten epidural. Ved hjelp av jordmors kontinuerlige tilstedeværelse og støtte vil kvinnen føle seg tryggere og bedre ivaretatt. Dette vil gi økt evne til å mestre fødselsprosessen uten epidural anestesi.

## **Jordmor 2**

**Jm 2:** *"Jeg går ikke og tenker hver dag at det er det jeg gjør, nei, men hvis jeg setter meg ned og tenker over det, så vet jeg at det er akkurat det jeg gjør, hele tiden. Jeg snakker om ting som kan ligge foran dem, og prøver å lære dem hvordan de skal håndtere ting, hvordan de skal ha flest mulig verktøy, for å løse opp i det de kommer oppi".*

*"Jeg snakker kropp. Jeg snakker forebygging av betennelser. Jeg snakker om trening av bekkenbunnsmuskulatur, og prøver å unngå at det blir store rifter, som de evt. skal få problemer med senere. Og det å ha et genuint ønske om å få folk til å ha en god opplevelse av det å ha født et barn og tiden etterpå, det tror jeg kvinnene har med seg resten av livet. Til og med når du er gammel, så tenker du på fødslene dine. Det er kjempeviktig. Og jeg tror jeg tenker og jobber slik hele tiden, uten å tenke over det. Det er jo ganske konkret*

---

<sup>34</sup> Katerisering er manuell tømning av urinblæren utført av, i dette tilfellet jordmor (Egen beskrivelse).

<sup>35</sup> Oxytocin er det andre kjente baklappshormonet. Dette hormonet virker kraftig stimulerende på muskulaturen i livmoren, spesielt sent i svangerskapet og under fødsel. Frigjøringen av oxytocin stimuleres fra sensoriske reseptorer i fødselsveien under fødselen og bidrar til å opprettholde styrken på fødselsveene. Det gis også som medikament under fødsel for å styrke veene og fremskynde fødselen (Store medisinske leksikon).

<sup>36</sup> Transfusjon.. Siden man stort sett ikke overfører blod, men bare deler (komponenter) av blod, er den gamle betegnelsen "blodtransfusjon" gått ut av bruk. I stedet anvendes "transfusjon"..(Store medisinske leksikon).

*også da, mye av det jeg gjør, så det går fort an å relatere det til helsefremming. Jeg opplever at alt jeg har sagt i intervjuet handler om det”.*

*”Når de ligger på barsel i to døgn, bruker jeg mye tid på å snakke med dem, å informere dem om ting som kan skje hjemme. Hvordan de skal løse ting, slik at de ikke blir stående helt hjelpeløse når ting skjer. Så er det jo godt å vite at kroppen din fungerer da, at den er i stand til ting, at den er i stand til å gjennomgå forandringer og at den er i stand til å jobbe slik den gjør. Det vil komme til nytte senere i livet. At du har en kropp som du kan stole på, at den fungerer og at du er frisk. Mye av det her er ubevisst, men det er med i opplevelsen av hvem du er. Jeg tror kanskje at vi som yrkesgruppe jobber veldig helsefremmende. Mer enn kanskje mange andre, men hvor bevisst vi er, det vet jeg ikke, men vi vet hva som er riktig og hva som er galt, og vi vet hva vi bør gjøre”.*

Jordmor 2 opplever å jobbe helsefremmende både i fødsels- og barselomsorgen. Vi ser at hun vektlegger veilederrollen som et viktig hjelpemiddel for at kvinnene skal komme styrket ut og ha bedre mulighet til å møte utfordringene i ny situasjon. Det framstår som viktig for henne at kvinnene opplever at de har en kropp som fungerer, og at dette vil være med å gi dem en selvsikkerhet som de trenger i mange andre henseender i livet. Tankegangen og måten hun møter føde- og barselkvinnene på er både i tråd med Antonovskys lære om salutogenese, der fokuset rettes mot individets ressurser, og det helsefremmende arbeidet der enkeltpersoner både er delaktig, har ansvar for og mulighet til å kontrollere og mestre egen situasjon. Videre mener hun at jordmødre mer enn mange andre grupper arbeider helsefremmende, men hun er usikker på hvor bevisste jordmødre flest er. Det kan virke som om hun mener at det er en sammenheng mellom det å arbeide helsefremmende og det å arbeide riktig.

### **Jordmor 3**

**Jm 3:** *”Hvis jeg føler at jeg har styrket den gravide, slik at de sier at det her føler de seg trygge på at de skal klare. Hvis jeg føler at jeg kan skape litt trygghet, og at de ikke føler seg utrygge og usikre og i villrede i den nye situasjonen. Det at jeg gir de kunnskap og veiledning slik at de føler seg trygge, og at de opplever at de klarer den nye situasjonen. Da tenker jeg at jeg jobber helsefremmende. Jeg prøver å ufarliggjøre og normalisere, og gir de en grunnleggende tro på at det her skal de klare”.*

Jordmor 3 refererer fra arbeidet i kommunehelsetjenesten. I svangerskapskonsultasjonene vektlegger også hun viktigheten av å gi veiledning og kunnskap for å kunne gi trygghet i ny situasjonen. Videre sier hun at hun prøver å ufarliggjøre og normalisere, noe som oppleves for henne som en viktig del av informasjonsarbeidet. Flere jordmødre i studien viser til dette. Om hun får til å gi kunnskap og styrke gjennom dette så opplever hun å arbeide helsefremmende.

## Jordmor 4

**Jm 4:** ”Ja og nei, jeg er ikke sikker på at det er veldig bevisst til alle. Jeg synes at jeg har mye risikotekning unødvendig, der vi må kartlegge om det er normalt og friskt. Hvis vi har fått konstatert det, så trenger vi ikke i alle henseender å tenke risiko. Fødsel har jo mye risiko med seg, men med mindre det er tegn på at det er avvikende fra det normale, så må vi ikke begynne å rote borti, så der synes jeg vi har mye å gå på. Det å gå fra sykepleier til jordmor, det er å svitsje om. Som sykepleier tenker du mye mer risiko og patologi, du ser mer etter hva som er sykt, mens jordmor skal ta utgangspunkt i det friske og handle hvis det avviker fra det, men der synes jeg vi har en god vei å gå, både noe på ledelse og noe på jordmoridentitet. Jeg er ikke en slik jordmor som kun er fornøyd når jeg har hatt en normal fødsel i vann, det er ikke det, jeg er ikke der, men jeg vil gjerne holde det normalt”.

”For å få til å jobbe helsefremmende bør vi ha mer samarbeid med legene, der vi i fellesskap diskuterer ting i beslutningsprosessen. Der synes jeg vi skal være med i mye større grad enn hva vi har vært til nå, og det gagnar også fødedamene, det er jeg ikke i tvil om”.

### **”Kan du utdype det?”**

”Da tenker jeg at jordmorkunnskap og måten vi håndterer forskjellige problemstillinger på også må komme fram og ha gyldighet i beslutningsprosesser, enten det er når prosedyrer blir til eller når beslutninger tas i forbindelse med utfordringer som har å gjøre med fødselen. Det mener jeg fører til mindre inngripen og dermed også større potensial for et bedre utkomme. Jeg synes vi er alt for lite flinke til å diskutere forskjellige alternativer i forbindelse med fødselen til de som allerede er selekterte i rød gruppe. Det burde vi gjøre mer av. Det er jo tross alt jordmødrene som skal få dem i mål”.

Jordmor 4 sier at det kanskje ikke er bevisst hos alle, hun opplever at hun har mye unødig risikotekning og at det er forskjell i sykepleier og jordmors tankesett/ verdisyn og tilnæringsmåte. Dette reflekteres også i lærerens tanker, når det gjelder samme tema, i forbindelse med nyopptatte sykepleierstudenter til jordmorstudiet.

### **”Hvordan forbereder du studentene til den normale fødselen?”**

**Lærer:** ”Jeg starter med studentene når de kommer som sykepleiere. Da er de sykepleiere med stor S. Jeg bruker to år for å avlære, rett og slett, denne sykdomstenkningen, eller ”blålys” tenkningen, og noen får en oppvekker når de oppdager hva som er ”hjertet i jordmorfaget”. Fordi noen hadde forestillinger om at her skjer det mye akutte hendelser, slike som blødninger og akutte sectioer. Kjempespennende, ikke sant. Da må jeg si at jordmorarbeidet ikke først og fremst handler om det! Noen ganger så går det dessverre slik, men det er ikke det som er kjernen i det vi skal holde på med. Vi skal først og fremst hegne om den normale fødselen. Videre skal vi yte maksimalt for å holde det normalt, men det tar to år før de skjønner dette. Det er studenter som sier at de sitter og skriver oppgaver om selvfølgeligheter. Det med at de skal gi kvinnene omsorg etter individuelle behov og at de ska se hvem kvinnene er. Er det selvfølgelig, spør jeg da. De sier at det er noe de gjør til alle kvinnene, men da sier jeg at det er nettopp det klagene går ut på, at de ikke blir sett på som den unike kvinnen som trenger tilpasset støtte og omsorg, ofte fordi alt skal foregå etter prosedyrer”.

Hvis man tenker Antonovskys og den positive spiralen. Det starter i svangerskapet med friske kvinner og så skal vi få dem ut frisk. Det er hele tenkningen og det er viktig at

*jordmødre tenker over hva de holder på med, hele tiden” Det er veldig mye å ta tak i både for jordmødre ut i praksis og på skolen, og vi må gjøre det sammen. Da tenker jeg nettopp på helsefremming og den normale fødselen. For det går ikke lang tid før studenten tilpasser seg en kultur når de er ferdig utdannet. Det starter allerede i praksisperiodene. De blir formet etter hvordan veileder og praksisen er på den avdelingen de arbeider”.*

I studien vises det til at kvinner som føder i høyteknologiske avdelinger blir utsatt for evaluering ut fra risikotekning og prosedyrer. Dette skyldes først og fremst at det foregår en kontinuerlig vurdering ut fra risiko i disse avdelingene. Allerede ved innkomst vil kvinnen bli selektert inn i ”grønn” eller ”rød” gruppe, mens ved lavterskel-avdelinger er kvinnene allerede selektert i ”grønn” gruppe. Den største utfordringen er å alterere mellom ”rødt” og ”grønt”, og samtidig klare å holde fokuset på å holde den normale fødselen ”grønn”. Opprettelsen av normalenhetene Føderiket i Oslo og Storcken i Bergen har sin bakgrunn i dette.

God tilgang til utstyrtekniske hjelpemidler samt det faktum at jordmorstudentene er sykepleiere i bunnen, og dermed har en mer sykdomsrettet tenkning, kan føre til unødvendig intervensjoner i den normale fødselen. Jordmødre som arbeider i de høyteknologiske avdelingene kan utvikle en mer obstetrisk jordmortilnærming. Dette vil også bli farget av hva hver enkelt jordmor liker å arbeide med. Noen jordmødre liker best å arbeide med obstetriske utfordringer, mens andre jordmødre foretrekker å arbeide med ”grønne” fødsler. Dette har også med verdissyn å gjøre. Videre etterlyser Jordmor 4 som Jordmor 1 et bedre samarbeid med legene samt at jordmors autonomi må komme bedre fram.

### **Jordmor 5**

**Jm 5:** *”Ja, så absolutt. Jeg ser jo hvor mange færre komplikasjoner det er rundt en hjemmefødsel enn en sykehusfødsel. Jeg ser hvor bra det går med mor og barn, og jeg har kontakt med dem ofte. Ofte så har jeg kontakt med de helt inn i neste svangerskap, så jeg vet mye om hvordan det går med dem, fordi de føder flere barn sammen med meg. Og jeg følger dem ofte ganske lang tid etterpå også, om så det er bare telefonisk. I hvert fall så er jeg sammen med dem de første tre ukene, så jeg vet jo om de blødde, om de hadde rift, og de har, så å si, ikke rifter. Jeg har ca. 80 prosent uten rift, og de andre 20 prosentene er en første grads. Jeg har knapt hatt en andre grads, og det på tjue år”.*

Som hjemmefødselsjordmor opplever hun å arbeide helsefremmende, hun ser at kontinuitet og en til en -omsorg gir færre komplikasjoner. Videre vektlegger hun betydningen av kjent jordmor gjennom hele tilbudet.

**”Du har også erfaring fra sykehus, opplever du at jordmødre generelt arbeider helsefremmende, også de som praktiserer på sykehus?”**

*”Både ja og nei, vil jeg si. Og det gjelder både i forhold til holdninger og andre ting. Om de klarer å holde fødslene normale, om de er mye inne hos mor eller om de er mye ute på stasjonen og ser på CTG'er derfra som de har satt på, At de ser på kurven i stedet for å være inne hos mor. Jeg har opplevd at det er veldig viktig å få satt på STAN, selv om det har vært ut over prosedyrene. Ofte blir det gjort for sikkerhets skyld, fordi legene har en antagelse om at det kan utvikle seg til et behov”.*

*”Og så er det noe med det å ha slikt tempo som det er på sykehuset. Der det er «go, go, go», hele tiden, og man klarer ikke å gi den samme omsorgen som jeg gir, som har en kvinne jeg kan konsentrere meg om hele tiden, det er helt klart. Det skjønner jeg. Det er vanskelig å gi så mye av seg selv, dag etter dag, når man har en hundre prosent stilling. Det å møte så mange forskjellige, som man ikke blir kjent med, og som man kanskje ser kort tid underveis i fødselen gir lite rom for tillitsskapning og vanskeliggjør kanskje også jordmors engasjement dag ut og inn. Det er derfor jeg ikke har tro på at det å føde på sykehus er det beste for alle kvinnene. Jeg mener at en mindre andel kunne født på sykehus. Da hadde vi i tillegg spart mye penger”.*

Jordmor 5 har delte tanker om hvorvidt jordmødre som arbeider i det høyteknologiske sykehus evner å arbeide helsefremmende. Hun opplever at det å bruke tekniske hjelpemidler i noen grad erstatter jordmors tilstedeværelse. Videre tolker jeg det slik at terskelen for å bruke tekniske hjelpemidler er lavere på grunn av tilgangen til disse. Travle dager i fødeavdelingen, kan føre til at det settes på ctg-registreringer slik at jordmor kan se tilbake i tid, mens hun utfører andre oppgaver. Dette kan samtidig gi henne en falsk opplevelse av å ha oversikt, fordi den ved tilfeller der tiltak skulle funnet sted, ikke førte til reaksjon i rett tid. Hun mener også at det høye tempoet i kvinneklinikken gjør det vanskelig å gi god omsorg, og hun tenker at det må være lite tilfredsstillende sett ut fra jordmors perspektiv.

## **Jordmor 6**

**Jm 6:** *”Både ja og nei. Jeg tenker at hvis du hadde kommet på jobb og stilt oss det spørsmålet og snakket litt rundt det, så ville sannsynligvis alle sagt, ”å ja, det skulle jeg gjerne gjort mer av”, men i det daglige så er det mye som går i den samme tralten. Det blir ofte for overfladisk, rett og slett, fordi at det er knapt med tid og ressurser. Og så tror jeg vi er for lite bevisste den jobben vi gjør. Ja, kanskje vi er for lite bevisste hvor viktig det egentlig er, det vi jobber med. Jeg tenker at ofte er jeg alt for lite bevisst på hva jeg egentlig gjør”.*

*”Men samtidig så er jo flesteparten av familiene som er innom., de klarer jo dette, fordi de har de ressursene som skal til, rett og slett. Så det de som kanskje har større utfordringer vi burde klart å jobbe mer helsefremmende med, på en mer bevisst måte. Da må du også ha mere kontinuitet, men også ha tid og ork til å legge inn det ekstra giret som skal til”.*

Slik jeg forstår Jordmor 6 mener hun at det ofte er travle vakter og rutiner man skaper i arbeidshverdagen som fører til at jordmødre ikke har nok fokus på å arbeide helsefremmende. Videre sier hun at jordmødre generelt ville likt å kunne ha tid og ressurser slik at de kunne

prioritere å arbeide slik, og at de er for lite bevisste. Hun ser behovet for mer kontinuitet og vektlegger at jordmødre må ha tid og ork til å legge inn en ekstra innsats.

### **Jordmor 7**

**Jm 7:** *”Jeg synes ikke det kommer helt klart fram bestandig. Det er dager du føler at du ikke har gjort noe annet enn det som er forventet av deg, fordi det ikke har vært tid til noe annet. Det er en følelse, men det kan hende at de som har møtt meg eller andre jordmødre, har en annen opplevelse. Det går på ”tiden” og ”ressursene”, og på hvordan ”systemet er bygd opp”. Jeg tenker at vi ikke alltid har muligheten til å utføre helsefremmende arbeid, pga. at systemet er bygd opp slik det er. Vi blir litt begrenset”.*

*”Noen jordmødre jobber helsefremmende, men jeg opplever også å ha kolleger som ikke gjør det, eller som kanskje blir veldig prosedyrestyrt og ikke har samme tankegangen. Men de fleste jordmødre har jo et iboende grunnleggende ideal om at det er det vi jobber etter. Vi vil gjerne jobbe ut fra et helsefremmende perspektiv, vi vil jo kvinners beste hele tiden”.*

Jordmor 7 mener begge deler, noen er veldig prosedyrestyrt og har ikke samme tankegang, mens de fleste har et grunnleggende ideal og vil jobbe ut fra et helsefremmende perspektiv, noe hun oppfatter som den beste omsorgen.

### ***”Hva lærte du om helsefremming i jordmorutdanninga?”***

*”Det var ikke veldig fokus på det. Jeg følte at vi hadde mye om patologien. Jeg var heldig å få jobbet mer med helsefremming, fordi jeg valgte å skrive hovedoppgaven litt mer rettet mot den biten selv. Så sånn sett så føler jeg at jeg lærte mer om det da, men i utdanningen så var det ikke like mye fokus på det nei, det var det ikke. Jeg skulle ønske det var enda mer fokus på helsefremming, for å forsvare jordmoryrket enda mer da. Det er jo faktisk det jordmorfaget dreier seg om”.*

Det å opparbeide seg kunnskap til å oppdage når fødselsforløpet går fra å være normalt til å være patologisk er en viktig del i jordmors utdanning og kompetanse. Dette kan være en forklaring på studentens opplevelse av å ha mye fokus på patologien. Det er interessant å sammenligne dette med lærerens beskrivelse av hvilket fokus hun mener helsefremming har i hennes undervisning:

### ***”På hvilken måte er helsefremming lagt inn i undervisningen? Og i så fall er det noen forskjell fra tidligere?”***

**Lærer:** *”Jeg kan bare snakke for meg selv. Da jeg tok masteren i folkehelsevitenskap, fikk jeg det inn med morsmelken. Jeg har tatt med meg kunnskapen inn i læreryrket, men jeg har vel utviklet den mer og mer vil jeg tro, og jeg har også fått en dypere forståelse for det med helsefremming og hvor viktig det er etter hvert som jeg har lest mer og skrevet mer selv. Det er blitt bare enda mer tydelig for meg hvor viktig det er. Jeg tror at når jeg snakker om det, så blir det viktig for studentene også. Jeg håper det i hvert fall, at jeg får til å konkretisere det enda bedre med eksempler, for det kan være vanskelig for noen å forstå teorien om helsefremming”.*

***”Framsnakker du helsefremming slik at det blir en del av bevisstheten hos studentene?”***

*”Hele tiden. På fordypningsoppgaven vil jeg gjerne se på problemstillingen deres at de tenker ”Hvordan kan jeg fremme?” i stedet for ”Hvordan kan jeg forhindre?”. Jeg bruker alltid å veilede de til å tenke, ”Hva kan jeg som jordmor gjøre med det?” eller ”Hvordan kan jeg som jordmor fremme?”. Veldig mange tenker: ”Hvordan kan jordmor forebygge?” Jeg framsnakker helsefremming veldig og ønsker å se det i fordypningsoppgaven deres”.  
..”Jeg starter med elevene i første teoriperiode der jeg setter opp helsefremming og forebygging og hva er helsefremming med f. eks. ”bottom up” og ikke ”topp down” og det med ”medbestemmelse” og den salutogene tekningen med ”health in the river of life”. Jeg definerer begrepene slik at de skal forstå forskjellen mellom dem. Når fordypningsoppgavene kommer, så vil jeg gjerne se at de har forstått forskjellen.  
Det er mange jordmødre som bruker helsefremming som en slags lederstjerne, fordi vi arbeider med den friske befolkningen. De fleste er faktisk frisk når de blir gravide, selv om det er noen få som har f. eks. diabetes eller andre sykdommer. De aller fleste som blir gravide er friske unge kvinner. Og der arbeider vi.”*

***”Opplever du at helsefremming har fått bredere plass i undervisningen og klarer elevene å integrere det i måten de tenker og arbeider på?”***

*”Ja det synes jeg, men jeg ser også at den trenger å modnes, tanken hos studentene, og dess mer den modnes dess mer klarer de å formidle det”.*

***”Opplever du at studentene er engasjerte i helsefremming som egen fagretning, og i så fall, på hvilken måte? Skriver studentene avsluttende oppgaver der helsefremming er tema?”***

*”Jeg opplever at studentene er veldig engasjerte, og de blir veldig glad når jeg snakker om jordmors autonomi. Jeg tenker at autonomien og autorisasjonen vi har til å lede den normale fødselen samt forståelsen for hva jordmorfaget er, i den ligger helsefremmingen. Klarer vi ikke å holde fødselen normal, har vi ikke autonomi lenger. For meg er det klart hvordan vi må jobbe for og beholde og bruke autonomien vår. For vi må jobbe der, det må vi ikke skusle bort. Så er det også kjempeviktig at lærere er engasjerte når de snakker med studentene. Snakker de for teoretisk og ikke har engasjement, vil det ikke fungere. Du må brenne for det, for at elevene skal ta kunnskapen til seg. Jeg vil si at elevene skriver helsefremmende oppgaver i alle fordypningsoppgavene som jeg er veileder for. Hvis problemstillingen stilles slik at de kan si ”Hva kan jordmor gjøre for å fremme....”, så blir det med en gang en helsefremmende oppgave. Det skal ligge i jordmors måte å tenke på”.*

**Jordmor 8:**

**Jm 8:** *”Ja, det gjør jeg absolutt. Du ser det spesielt når du jobber med svakere grupper. De som har mindre ressurser enn enkelte andre. Noen har opplevd ting i livet og har kanskje ikke hatt rollemodeller som har gitt dem forutsetning for å komme styrket ut av mange situasjoner i livet. Det er da du ser det spesielt godt. Når jeg greier å motivere de sidene de faktisk mestrer, og fokuserer på dem, slik at de kommer bedre fram. Det er alltid noen positive sider som jeg kan ta tak i og som jeg ser de mestrer”.*

Jordmor 8 arbeider som distriktsjordmor og opplever selv å arbeide helsefremmende, og ser det ekstra godt i arbeid med svakere grupper der hun klarer å ta tak i ressurser hun ser de har.

## 8.2 Sammendrag og konklusjon av forskningsspørsmål 5) *Opplever du at du som jordmor arbeider helsefremmende?*

I studiens start ønsket jeg å få svar på om helsefremming og den salutogene tilnæringsmåten er integrert både i måten jordmødre arbeider på og i måten jordmødre videreformidler kunnskapen sin på. Studiens jordmødre viser alle til at de har en grunntanke som tilsier at de ønsker å tilby helhetlig omsorg. Det kan virke som om helhetlig omsorg og helsefremmende omsorg oppleves av jordmødrene som to sider av samme sak.

Halvparten av informantene opplever at de arbeider helsefremmende. Det er spesielt hjemmefødselsjordmor og distriktsjordmor som peker seg ut som de som opplever dette sterkest. De vektlegger kontinuitet og en til en –omsorg med færre gravide og fødende og en større mulighet for en nærmere tilknytning mellom jordmor og kvinnen som de viktigste faktorene for å kunne gi helhetlig omsorg.

Da jeg startet studien antok jeg at arbeidsstedets økonomi, travelhet og logistikkutfordringer ville gi forskjeller i hvor bevisste jordmødre var i forhold til det å arbeide helsefremmende. Studien har hatt til hensikt å finne ut av om disse faktorene nevnes som betydningsfulle i jordmødrenes opplevelse av en helsefremmende arbeidspraksis.

Den andre halvparten av informantene svarer både ja og nei på spørsmålet om de opplever å arbeide helsefremmende. De nevner manglende samarbeid med gynekologer, manglende respekt for jordmors autonomi, for mye risikotekning og travelhet som grunner til at det til tider er vanskelig å arbeide helsefremmende. Samtidig viser en pågående undersøkelse på fødeavdelingen at *fokus i seg selv* gir økt tilstedeværelse av jordmor. Studien har vist at tilstedeværelse er en av de viktigste faktorene for at jordmor skal kunne gi helhetlig omsorg.

Forforståelsen min var at nyutdannede jordmødre er mer bevisste den helsefremmende tilnærmingen enn jordmødre med eldre fagkunnskap. Jeg antok at de med eldre utdanning hadde mer undervisningen rettet mot forebygging.

Læreren bekrefter at helsefremming har fått en bredere plass i utdanningen, og at hun har stort fokus på den helsefremmende undervisningen. Den nyutdannede jordmoren i denne studien opplevde ikke at helsefremming hadde like stor plass i undervisningen som læreren. Dette kan ses i sammenheng med Dreyfus' og Dreyfus' teori om at læringsprosesser forgår over tid. Læreren opplever også at den helsefremmende tenkemåten og tilnærmingen i omsorgen er en prosess som trenger å modnes over tid.



## KAPITTEL 9 AVSLUTNING

### 9.0 Forslag til helsefremmende tiltak

Avslutningsvis ønsker jeg å komme med noen refleksjoner og vyer for framtiden.

- Jordmødre i svangerskapsomsorgen er pålagt en viktig del av kvinnens og parets forberedelse til å bli foreldre. Mitt ønske for framtiden er at gravide kvinner bruker jordmødrene i kommunene, slik at behovet for omsorg og veiledning tydeliggjøres. Krav til jordmødrene vil også i framtiden vise at konsultasjonene må omhandle forberedelse i forbindelse med svangerskap, fødsel og amming. Jordmødre må i tillegg bidra med mer utbredt helsefremmende forberedelse til foreldrerollen generelt. På denne måten kan de være med å forberede foreldrene til de forventninger og krav samfunnet stiller til framtidens ansvarlige foreldregenerasjon.
- Det er nødvendig med økte stillingsandeler i kommunene slik at kvinnene får den anbefalte hjelpen de har krav på i forbindelse med svangerskap, tidlig hjemreise og amming. Det optimale er at kvinnen opplever kontinuitet i tjenesten, slik at hun får hjemmebesøk av samme jordmor som i svangerskapskonsultasjonene.
- Sett ut fra et helsefremmende perspektiv er det ønskelig med separate fødeklinner for den naturlige fødselen. Tanken er at når kvinnen selv velger fødested er det naturlig å anta at hun vil ta større ansvar for egen fødsel. Effekten av opplevelse av mestring i fødsel og amming vil gi kvinnen og familien bedre utsikt til et friskere liv.
- Et dogmeskifte med et bredere og mer helsefremmende fokus på det normale svangerskapet og den normale fødselen fra alle aktører i perinatalomsorgen er påkrevd. Det må utøves mer varsomhet i utredninger og intervensjoner overfor friske kvinner som forventer normale forløp, også mer varsomhet i forhold til induksjoner.
- Jordmødre bør arbeide for at de i større grad skal bidra med helsefremmende undervisning på arenaer som i grunnskoleutdanninger og andre høyere utdanninger der kvinnehelse og reproduktiv helse er tema. En slik undervisning håper jeg også får ringvirkninger, slik at antallet aborter blant unge kvinner i framtiden synker.
- Jordmorutdanningen bør bli et 5-årig masterløp, i stedet for 3-årig sykepleieutdanning og 2-årig jordmorutdanning. Dette vil utdanne mer rendyrkede jordmødre uten innflytelse fra sykepleieutdanningen. Slik vil også Norske jordmødre forenes i samme forbund. To fagforeninger skaper splittelse og fører til at jordmødre ikke står sterkt og samlet i forhandlinger eller andre viktige avgjørelser som angår dem.