

Kandidatnummer 10013 og 10002

"Født i full fart"

Jordmødres opplevelser med uplanlagte fødsler
utenfor institusjon

Masteroppgave i Jordmorfag
Januar 2022

Kandidatnummer 10013 og 10002

"Født i full fart"

Jordmødres opplevelser med uplanlagte fødsler
utenfor institusjon

Masteroppgave i Jordmorfag
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for klinisk og molekylær medisin



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel

«Født i full fart»- Jordmødres opplevelser med uplanlagte fødsler utenfor institusjon

Hensikt

Bidra til økt kunnskap rundt jordmødres opplevelser og erfaringer med å bistå ved uplanlagte fødsler utenfor institusjon, og undersøke hvordan dette påvirker jordmødres arbeidshverdag.

Problemstilling

Hvordan opplever jordmor å bistå med uplanlagte fødsler utenfor institusjon?

Metode

Kvalitativt, induktivt studiedesign. Det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervju med seks jordmødre. Gjennom analyseprosessen ble Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering benyttet.

Resultat

Jordmødre opplevde stort ansvar og følelse av å stå alene i vurderinger og beslutninger, men også mestring og lykkefølelse. Jordmødrene beskrev en sterk tro på normal fødsel, og benyttet dette som mestringsstrategi for å redusere stress. Jordmødrene opplevde vaktordningen som en belastning som påvirket familie- og fritid. Debrifing ble beskrevet som svært viktig i etterkant av uforutsette hendelser.

Konklusjon

Jordmødre opplever ulik grad av stress i møte med uplanlagte fødsler utenfor institusjon. Ansvar oppleveres som tyngende, og vaktordningen medfører en belastning. Jordmødre har behov for kollegastøtte og debrifing for å mestre arbeidshverdagen.

Nøkkelord

Jordmor, følgetjeneste, transportfødsel, stress, mestring.

Abstract

Title

«Born in a hurry» - Midwives experiences with unplanned out-of-hospital- births.

Aim

Increase knowledge about midwives experiences assisting in unplanned out-of-hospital births, and investigate to which degree this affects midwives everyday work life.

Research question

How does midwives experience assisting in unplanned out-of-hospital-births?

Methodology

A qualitative study using semi-structured in depth-interviews with six midwives. Systematic text condensation was used to analyze the data.

Results

Midwives felt huge responsibility and a sense of being alone in decision-making and evaluation of the situation. They also felt a sense of mastery and joy when everything went well. The midwives described a strong belief in normal birth and used this as a coping strategy to reduce stress. The midwives experienced the shift arrangement as a burden that influenced family life and leisure. Debriefing was described as very important following unexpected events.

Conclusion

Midwives experience varied degree of stress in events of unplanned out-of-hospital-births. The responsibility and being on-call is perceived as burdensome. Midwives need collegial support and debriefing in order to cope with everyday work life.

Keywords

Midwife, pre-hospital birth, out-of-hospital-births, stress, coping.

Forord

Studien er gjennomført som en Masteroppgave ved Master i Jordmorfag, ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.

Gjennom to år med masterstudier har vi virkelig erfart betydningen av å legge "brikke for brikke". Arbeidet har vært som et stort og uoverkommelig puslespill, der hver enkelt brikke har representert utfordringer og hindringer som vi etterhvert har klart å komme oss gjennom. Det hadde vi kanskje ikke tro på til å begynne med.

Vi vil med dette takke alle informanter som har bidratt. Uten engasjerte jordmødre som har gitt av sin tid hadde det blitt vanskelig å gjennomføre studien. Vi håper vi har klart å presentere alle de spennende og utfordrende hendelsene dere har stått i på en god måte.

Vi vil også rette en stor takk til våre to veiledere, [REDACTED] og [REDACTED] ved NTNU. Takk for støtte, veiledning og oppmuntrende ord, og troen på at dette var gjennomførbart. Dere har vært uvurderlige, motiverende og tilgjengelige.

I tillegg vil vi takke familie og venner som har trodd på oss, og vært tålmodige i perioden med masterstudiet. Takk for korrekturlesing, teknisk rådgivning og gode tilbakemeldinger.

Helt til slutt vil vi også takke hverandre for godt samarbeid og gode diskusjoner.

Innhold

Sammendrag	v
Abstract	vi
Forord	vii
Begrepsavklaring	x
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Differensiert fødselsomsorg	11
1.3 Gjeldende lovverk	12
1.4 Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre	13
1.5 Bakgrunn for forskrift om følgetjeneste	13
1.6 Reisetid og risiko	14
1.7 Fødeparets opplevelse	15
1.8 Hensikten med studien og problemstilling	15
1.9 Oppgavens struktur	16
2 Teoretisk referanseramme	17
2.1 Stressbegrepet	17
2.2 Sammenhengen mellom stress og følelser	18
2.3 Mestring	18
3 Metode	21
3.1 Kvalitativ metode	21
3.1.1 Fenomenologi i kvalitativ metode	21
3.2 Utvalg	22
3.2.1 Rekrutteringsprosessen	23
3.2.2 Datasamling	24
3.2.3 Transkribering	25
3.2.4 Systematisk tekstkondensering	26
3.3 Forforståelse	27
3.4 Forskningsetiske hensyn	28
4 Resultater	29
4.1 Et bredt følelsesregister	29
4.2 Å stå i situasjonen	31
4.3 En uforutsigbar arbeidshverdag	32
4.4 Å stole på seg selv og vurderingene som tas	34
4.5 Å søke råd og veiledning	35
5 Diskusjon av metode	38
6 Diskusjon av resultater	41

6.1	Å skape en god relasjon til fødekvinnen	41
6.2	Å forholde seg rolig i krevende situasjoner	41
6.3	Trygghet i prosedyrer og retningslinjer	42
6.4	Vei, vær og kjøreforhold	43
6.5	Personlige ressurser	44
6.6	En belastende vaktordning	44
6.7	Arbeidsforhold og ergonomi	45
6.8	Tillit til egne vurderinger	45
6.9	Kollegastøtte og debriefing	46
7	Avslutning og konklusjon	48
	Referanser	49

Begrepsavklaring

Med *institusjon* menes fødeavdelinger, fødestuer, og kvinneklinikker.

Å *bistå* betyr i denne sammenhengen at jordmor er fysisk til stede under deler av, eller hele fødselen, fra aktiv fase til barnet er født.

Fosterlyd/lyd - Fosterets hjerterefrekvens, normal fosterlyd skal ligge mellom 110-150 slag/minutt.

Sectio – Barnet fødes ved hjelp av et kirurgisk inngrep

Skulderdystoci – Barnets skuldre sitter fast etter at hodet er født. Alvorlig tilstand som kan medføre oksygenmangel og død.

Uterus - Livmor

Postpartumblødning/Atoniblødning – Stor blødning etter fødsel, enten fra livmor eller fødselsrift. Kan medføre stort blodtap. Normal blødning etter fødsel er opp til 500 ml.

Normal fødsel: Normal fødsel defineres her som at barnet fødes spontant, uten hjelpemidler i fødselen.

Mortalitet: Dødelighet

Morbiditet: Sykelighet

Intrapartum: Tiden fra fødselens start til etter morkaken er forløst.

Perinatal: Perioden fra svangerskapsuke 22 til syv dager etter fødsel.

Neonatal: Nyfødt. Neonatalperioden er de første fire leveuker.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Tall fra Medisinsk Fødselsregister (1) viser at det i 2020 ble født 344 barn utenfor fødeinstitusjon av totalt 53626 fødte. Dette inkluderer ikke-planlagt hjemmefødsel, transportfødsler, samt fødsler ved nedlagte institusjoner. Totalt ble det i 2020 født 107 barn ved planlagt hjemmefødsel (1). Disse tallene viser at de fleste barn i Norge blir født ved en fødeinstitusjon.

Ifølge Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud (2) foreligger det i dag god dokumentasjon for at fødende bør følges opp av en person som er til stede i aktiv fødsel. Dette vil ha en rekke positive effekter for kvinner både med og uten risikofaktorer. Veilederen (2) anbefaler at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i den aktive delen av fødselen og til fødselen er over. Dette gjelder både syke og friske kvinner. Veilederen trekker også frem at Norge har flere fødeinstitusjoner enn våre naboland i forhold til fødselstallet, og at noe av forklaringen til dette er relatert til geografi, klima og spredt bosettingsmønster (2).

I henhold til veilederen (2) har ansvaret for følgetjeneste og beredskap ligget hos de regionale helseforetakene siden 2010. Veilederen (2) peker på at det vil være en trygghet for fødekvinne i distriktet å få en faglig vurdering før de reiser til fødested, og at vaktberedskap med tilbud om vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller ikke vil kunne forhindre unødvendige transportfødsler. Ved halvannen times reisevei til fødestedet er det satt en veiledende grense for døgnkontinuerlig beredskap og følgetjeneste (2). Denne beredskapen kan etter avtale med helseforetak ligge hos den kommunale jordmortjenesten. Veilederen (2) beskriver også at tjenesten kan være behovsprøvd i kommuner med få gravide. Organiseringen av tjenesten skal være et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, prehospitale tjenester som legevakt, ambulanse og kommunal jordmortjeneste (2)

1.2 Differensiert fødselsomsorg

Fødeinstitusjonene er i Norge inndelt i tre kompetansenivåer:

- Kvinneklinikker: Tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege. Jordmødre og operasjonspersonale, og intensivavdeling for nyfødte.
- Fødeavdelinger: Jordmødre. Vaktberedskap av fødsels- og barnelege, samt operasjonspersonale og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.
- Fødestuer: Jordmødre (ikke gynekolog) på vakt, og avklarte medisinske forhold (3)

Helsedirektoratets veileder "Et trygt fødetilbud" (2) påpeker at hensikten med et differensiert fødetilbud er å sikre kvinnen et variert fødetilbud basert på kvinnens egne ønsker og en seleksjon ut fra en risikovurdering etter gitte kriterier i denne veilederen.

Kvinner som i svangerskapet vurderes til å inneha risikofaktorer må påregne lenger reisevei til fødeinstitusjon for å føde enn kvinner som ikke har risikofaktorer og med forventet normal fødsel (2)

Seleksjonskriteriene er beskrevet i en tabell hentet fra Norsk veileder i fødselshjelp, og er en anbefaling til helseforetakene når de skal selektere hvilke kvinner som skal føde hvor (4)

Fødestue	Fødeavdeling uten neonatalavdeling	Fødeavdeling med neonatalavdeling	Kvinneklinnikk (KK)
Frisk første- eller flergangs-fødende	Hypertensiv sykdom, mild og moderat preeklampsi	Insulinkrevende diabetes etter vurdering/samråd med KK	Diabetes mellitus (insulinkrevende) Preeklampsi (alvorlig)
Normalt svangerskap	Overvektige pasienter	Preterm fødsel ned til uke 35+0	Foster med påvist utviklingsavvik (med behov for intervensjon)
Foster i hodeleie	Undervektige pasienter	ved fødeavdeling uten neonatal-avdeling, ved fødeavdeling med	Vekstretardasjon
Ingen kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner	Estimert fostervekt > 4500 g	neonatalavdeling vil grensen være	Flerlinger/vaginale tvillingfødsler
Tidligere normale svangerskap og fødsler	Tidligere alvorlig komplikasjon under svangerskap eller fødsel	noe lavere, avhengig av neonatalavdelingens kompetanse	Vaginale setefødsler, ytre vending
Spontan fødselsstart mellom uke 36+0 og 41+3 dager	Induksjoner	Oligohydramnion	Immunisering med betydning for barnet
	Kvinner som er omskåret	Polyhydramnion	Alvorlig hjerte/kar/lunge/nyre eller alvorlige revmatiske sykdommer eller kollagenoser
	Førstegangsfødende > 35 år	Planlagt vaginal fødsel etter tidligere operasjoner på livmoren (individuell vurdering)	Tidligere født barn med alvorlig GBS infeksjon
	Overtidig svangerskap		Rusmiddelbruk under svangerskap
	Lite liv		LAR-behandling
	Langvarig vannavgang uten klar risiko for infeksjon		HIV
	Kostregulert diabetes		Trombofili med stor risiko for trombose eller tilstander med blødningsrisiko
	Preterm fødsel ned til uke 35+0		Svært overvektige kvinner

1.3 Gjeldende lovverk

Jordmødre, som annet helsepersonell, har flere lovverk og retningslinjer å forholde seg til i sin yrkesutøvelse, blant annet Helsepersonelloven, Pasient og brukerrettighetsloven og Spesialisthelsetjenesteloven (3-5)

Helsepersonellovens §4 omhandler kravet til forsvarlighet i arbeidet.

“Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (3)

1.4 Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre

Den internasjonale jordmororganisasjonen «The International Confederation of Midwives» (ICM) jobber for at myndigheter verden over skal anerkjenne og støtte tilgjengelige og effektive jordmortjenester som en menneskerett for alle kvinner, babyer og jordmødre (6). ICM har en målsetning om en verden hvor alle gravide kvinner har tilgang til en jordmors omsorg for seg selv og sitt nyfødte barn. ICM jobber for å styrke jordmoryrket globalt ved å fremme selvstendige jordmødre som de best egnede til å ta seg av gravide kvinner, samt å fremme normal fødsel, for å ivareta kvinners reproduktive helse, deres nyfødte barn og deres familier (6).

ICMs (6) mål er å forbedre standarden på den omsorg som gis til kvinner, spedbarn og familier overalt i verden gjennom utvikling, utdanning og hensiktsmessig bruk av den profesjonelle jordmoren. I tråd med dette målet har ICM presentert disse retningslinjene for å veilede jordmoren i sin utdannelse, yrkesutøvelse og forskning (6).

«Retningslinjene tar opp det etiske mandat i samsvar med jordmors profesjonelle yrkesutøvelse, den internasjonale definisjon av jordmor og ICMs standard for å fremme helse og velvære til kvinner og nyfødte i familiene og i samfunnet. Omsorgen kan omfatte kvinnens reproduktive livssyklus gjennom hele livet. Retningslinjene omfatter hvordan jordmødre forholder seg til andre, hvordan de praktiserer jordmorfaget, hvordan de overholder det profesjonelle ansvaret og plikter, og hvordan de arbeider for å sikre profesjonens jordmorfaglige integritet» (6).

De yrkesetiske retningslinjene for jordmødre beskriver spesifikt jordmors ansvar for å henvise kvinnene videre til andre instanser dersom jordmors kompetanse ikke er tilstrekkelig (7).

1.5 Bakgrunn for forskrift om følgetjeneste

En norsk studie utført i 2008 (8) viste at 79 % av norske kommuner manglet en formalisert følgetjeneste for fødekvinne. Studien så på alle uplanlagte fødsler utenfor sykehus i 2008, og innhentet informasjon via spørreskjema fra fødeavdelinger, kommuner og AMK-sentraler angående den praktiske og formelle organisering av tjenesten. Studien (8) fant at kun 5 av 53 kommuner hadde en formell avtale om følgetjeneste. 247 kommuner rapporterte at de ikke hadde en slik tjeneste, og 33 av disse var minst 90 minutter unna fødeavdeling.

Enkelte områder hadde imidlertid velorganisert følgetjeneste med 24 timers vaktordning, mens noen kommuner hadde behovsprøvd vaktordning 3-7 dager før den gravide hadde termin.

Under denne perioden var det ingen dødsfall knyttet til disse fødslene, men flere setefødsler, samt en fødsel med barn med fødselsvekt under 1500 g. I studien (8) ble det funnet at jordmor var tilstede ved ca. 75 % av disse fødslene, og studien stiller spørsmål ved om dette kan være årsaken til at resultatene var såpass gode til tross. Studien (8) bemerket at den prehospitalt fødselsomsorgen og organiseringen av den fremstod som uoversiktlig og lite enhetlig. Studien (8) trakk også frem jordmor som den best kvalifiserte til å yte fødselshjelp i situasjoner med behov for vurdering av hvor langt en fødsel er kommet, og om behovet for følgetjeneste er tilstede. Andre

samarbeidspartnere som legevaktleger og ambulansearbeidere ble også trukket frem som kvalifiserte til å assistere jordmor, og bør være forberedt på å måtte yte nødvendig fødselshjelp i jordmors fravær (8).

Denne studien (8) ble publisert før forskriften om følgetjeneste trådte i kraft i 2010, og man kan derfor stille spørsmål ved om funnene i denne studien er like relevante i dag, 14 år etter den ble publisert. Viktigheten av denne studien blir imidlertid også påpekt i en annen studie fra Norge (9) som fant at studien var avgjørende for at forskriften om følgetjeneste fra 2010 ble iverksatt.

1.6 Reisetid og risiko

En norsk kohort-studie fra 2017 (10) undersøkte sammenhengen mellom perinatal mortalitet og reisetid til fødeinstitusjon. Studien innhentet data fra Medisinsk Fødselsregister og Statistisk Sentralbyrå fra alle fødsler i Norge mellom 1.januar 1999 til 31.desember 2009. Inklusjonskriterier for studien var fødsler med gestasjonsalder over 22 fullgatte uker, eller fødselsvekt over 500 g (10).

Perinatal mortalitet ble definert som intrapartum død eller neonatal død innen 24 timer. Føtal død før fødsel ble ekskludert fra studien.

Uplanlagt fødsel utenfor institusjon ble definert som en fødsel hjemme, under transport, eller ved en ikke-obstetrisk institusjon, for eksempel legesenter, hos en kvinne som planla fødsel ved fødeinstitusjon. Mødrenes personnummer ble brukt for å linke fødslene i Medisinsk Fødselsregister opp mot folkeregistrert adresse, og dermed avstand til fødeinstitusjon (10).

Studien (10) viste at det var høyere sannsynlighet for uplanlagte fødsler utenfor institusjon, ved fødestue eller ved fødeavdelinger med lavt fødevolum, der mødre hadde lang reisevei til fødeinstitusjon. Majoriteten av de uplanlagte fødslene utenfor institusjon var hos lavrisikofødende. Det ble også funnet sesongvariasjoner i mortalitet, hvor mortaliteten var høyere i vintersesongen hos kvinnene som bodde over to timer fra institusjon, sammenlignet med kvinnene som bodde innenfor en times reisevei fra institusjon(10).

Risikoen for uplanlagte fødsler utenfor institusjon var sterkt assosiert med reisevei til nærmeste obstetriske institusjon. Få høyrisiko-fødsler ved de minste institusjonene og sammenlignbare mortalitetstall ved fødeinstitusjoner indikerte at rutinene for differensiering og seleksjon av høyrisikokvinner var velfungerende(10).

Studien (10) fant en klar sammenheng mellom uplanlagte fødsler utenfor institusjon og mortalitet. Økningen i mortalitet var ikke begrunnet i preterm fødsel eller risikosvangerskap slik tidligere studier hadde vist.

Reisetidsanalysene tok ikke høyde for sesongvariasjoner med tanke på kjøreforhold, men høyere perinatal mortalitet om vinteren kunne sees på som en potensiell konsekvens av økt reisetid på bakgrunn av vanskeligere kjøreforhold (10). Resultatene i studien viser viktigheten av kompetent fødselsassistanse, og oppmerksomhet rundt negative konsekvenser av redusert tilgjengelighet til fødeinstitusjon (10).

Det er gjort flere studier på risikoen for fødsel utenfor institusjon, og sammenhengen mellom reisetid til fødeinstitusjon og komplikasjoner for mor og barn (10, 11).

En studie publisert i 2013 (11) hadde som mål å vurdere sammenhengen mellom tilgjengelighet til fødeklinner, risikoen for uplanlagte fødsler utenfor institusjon, og sykkelighet hos mødrene i Norge i tidsrommet 1979-2009 (11). I det samme tidsrommet ble antallet fødeenheter på landsbasis gradvis redusert fra 95-41. Forfatterens hypotese var at sentraliseringen av fødetilbud førte til redusert tilgjengelighet til fødeinstitusjoner, men en redusert risiko for maternell morbiditet. Studien inkluderte kvinner som bodde mer enn 1 til 2 timer unna nærmeste fødeinstitusjon (11)

Studien (11) viste at risikoen for uplanlagt fødsel utenfor institusjon fordoblet seg i årene fra 2004–2009, sammenlignet med 1979-1983. Risikoen for maternell morbiditet økte også i årene fra 2000-2009. Dette var i samsvar med en økende andel fertile kvinner som bodde lenger unna fødeinstitusjoner, og reduksjonen av fødetilbudet til et nivå under det estimerte behovet. Studien (11) pekte imidlertid på at økningen i maternell morbiditet kunne være relatert til et økt antall gravide med risikofaktorer. Perinatal mortalitet var vedvarende lav og studien indikerte at kvaliteten på helsetilbudet ved institusjonene var god (11). Tall fra Medisinsk Fødselsregister (1) mellom 2010-2020 viser at antall uplanlagte fødsler har holdt seg nokså stabile de siste ti år.

1.7 Fødeparets opplevelse

Flere studier har sett på fødekvinnes opplevelser ved å føde uplanlagt utenfor institusjon med bistand fra ambulanspersonell, men uten jordmors tilstedeværelse (12, 13). En av studiene fant at kvinnene opplevde styrket selvfølelse, autonomi og selvtillit, men også frykt og bekymring for hva som kunne oppstå ved en fødsel utenfor institusjon (12). En studie fra 2020 (14) som er gjort på fedres opplevelse av fødsler utenfor institusjon, viser at i de tilfellene hvor jordmor var til stede under fødselen følte fedrene en større grad av trygghet. Studien konkluderte med at fedre ofte hadde stor tiltro til jordmødrene (14).

1.8 Hensikten med studien og problemstilling

Hensikten med vår studie var å undersøke hvilke opplevelser jordmødre hadde med uplanlagte fødsler utenfor institusjon. Det finnes noe forskning på kvinners opplevelse av uplanlagte fødsler utenfor institusjon, en studie på fedres opplevelse, samt flere studier på ambulansarbeideres erfaringer med fødsler utenfor institusjon (12-15). Til tross for omfattende litteratursøk i anerkjente medisinske databaser har vi ikke klart å finne studier som fokuserte på jordmødres perspektiv og erfaringer med slike fødsler. Vi anser det som et viktig funn at det finnes lite eller ingen forskning på temaet. Med dette som utgangspunkt argumenterer vi for at denne studien er viktig for å tette et kunnskapshull. Vår studie vil være relevant både for å styrke svangerskapsomsorgen for mor og det ufødte barnet, samt å undersøke jordmødres arbeidsvilkår som følge- og beredskapsjordmødre. Med denne studien ønsket vi å avdekke hvordan jordmødrene opplevde egen arbeidshverdag, både i møte med uplanlagte fødsler utenfor institusjon, og å ha døgnkontinuerlig vaktberedskap. I tillegg ønsket vi å få kunnskap om hvilke tanker og følelser jordmødrene satt igjen med etter slike fødsler, og hvilke utfordringer de opplevde underveis. Vi ønsket også å få innsikt i hvilke faktorer som hadde betydning for jordmødrene for at de skulle ha en god arbeidshverdag, og hva som skulle til for at de skulle klare å stå i jobben over tid. Problemstillingen som ble formulert for studien var med hensikt forholdsvis åpen, og ga rom for at jordmødrene kunne dele forskjellige aspekter rundt opplevelsen av uplanlagte fødsler utenfor institusjon.

Vi valgte bevisst å ikke konkretisere denne mer, da kvalitative metoder beskriver subjektive erfaringer, og disse beskrives ut fra ulike perspektiv (16).

På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling valgt:

«Hvordan opplever jordmor å bistå med uplanlagte fødsler utenfor institusjon?»

1.9 Oppgavens struktur

Oppgaven er inndelt i 7 kapitler.

I kapittel 1 presenteres bakgrunn for studien, tema, hensikten med studien og problemstilling. I kapittel 2 gjør vi rede for den teoretiske referanserammen som er benyttet i oppgaven. I kapittel 3 presenteres studiens metode og studiedesign, datasamling og analyseprosessen. I kapittel 4 presenteres studiens resultater. I kapittel 5 diskuteres studiens metode. I kapittel 6 drøftes studiens resultater opp mot aktuell forskning og teoretisk referanseramme. I kapittel 7 presenteres studiens konklusjon og dens kliniske betydning for praksis.

2 Teoretisk referanseramme

Aadland (17) beskriver en teori som en forenkling av virkeligheten, og vitenskapsteori som et forenklet mønster eller abstrakt skjema for hvordan man kan drive vitenskap. I lys av vår problemstilling som omhandler jordmødres følelser i møte med uplanlagte hendelser, valgte vi å inkludere Richard Lazarus og Susan Folkmans teori om stress og mestring (18, 19). Bakgrunnen for valg av teoretisk referanseramme var den forforståelsen vi gikk inn i forskningsprosessen med. Gjennom prosessen med datasamling så vi også at denne teorien var svært relevant for vår studie. I det følgende kapittelet presenteres stress og mestringsteori som vil bidra til å belyse vår problemstilling. Vi har valgt å benytte oss av både Richard Lazarus oppdaterte syntese om stress og mestring (18) samt Lazarus og Folkmans samlede arbeid (19). Malterud (16) beskriver teorien som en integrert del av forskningsmetoden, som skal bidra til økt forståelse av empirien i en større sammenheng (16).

2.1 Stressbegrepet

I følge Lazarus (18) ble begrepet stress først omtalt i det fjortende århundre, men da som et begrep som omfattet noe annet enn det vi bruker det som i dag. Den gangen ble begrepet brukt om vanskeligheter, trengsler, motgang eller plage. På slutten av det syttende århundre fikk fysikeren og biologen Robert Hooke sin tolkning av stressbegrepet stor innflytelse på det tjuende århundres stressmodeller, som lot seg inspirere av ham. På slutten av det syttende århundre fikk fysikeren og biologen Robert Hooke sin tolkning av stressbegrepet stor innflytelse på det tjuende århundres stressmodeller, som lot seg inspirere av ham (18). Han hadde lansert en stressmodell for å finne ut hvordan menneskeskapte strukturer, for eksempel broer, skulle designes for å kunne motstå store belastninger. Han beskrev begrepene belastning, stress og deformasjon. Belastning refererte til ytre krefter, som for eksempel vekt. Stress betegner området av broens struktur hvor belastningen hviler, og deformasjonen er forandring i strukturen som produseres mellom belastning og stress. Det tjuende århundres stressmodeller ble inspirert av denne stressmodellen, og forestillingen om belastning som en ytre kraft som innvirket på et sosialt, fysiologisk eller psykologisk system. Belastning ble sett på som en parallell til et ytre stresstimuli, og deformasjonen som en parallell til stressresponsen eller stressreaksjonen (18)

Da denne stressmodellen ble overført til samfunnet, kroppen og menneskets sinn, endret begrepet stress seg. Det ble nå brukt om en ytre påvirkning, en stresstimulus eller en stressor. Man snakket om en stressrespons eller stressreaksjon som resultatet (18)

Lazarus og Folkman (19) beskriver mange mindre og udramatiske hendelser i dagliglivet som også kan fungere som stressorer, for eksempel diskusjoner med ens ektefelle, at ens hund kaster opp på gulvteppet, og følelsen av å ha for mye ansvar og så videre.

Lazarus (18) forsøkte å skille psykologisk stress inn i tre kategorier; skade/tap, trussel og utfordring. *Skade/tap* handler om en skade eller et tap som er inntruffet. *Trussel* har å gjøre med en skade/tap som enda ikke er inntruffet, men som mulig kan eller mest sannsynlig vil inntreffe i nærmeste fremtid. *Utfordring* beskriver den følelsen av at

oppnåelsen av en spesiell gevinst er forbundet med vanskeligheter, men at disse vanskelighetene kan overvinnes ved hjelp av iherdighet og selvtillit. Videre sier Lazarus at hver av disse formene for stress håndteres forskjellig og har forskjellige psykofysiologiske og performative konsekvenser (18). Lazarus og Folkman (19) beskriver psykologisk stress som et forhold mellom person og miljø der kravene overgår ens ressurser, og dermed truer helse og velvære.

2.2 Sammenhengen mellom stress og følelser

Lazarus (18) mener at et av dilemmaene med å skrive om stress, er at det henger nært sammen med følelser. Der det er stress vil det også være følelser. Også der det er positive følelser kan det være stress. Lazarus (18) beskriver videre at man ikke kan se på stress og mestring uten at følelser er inne i bildet. Han framhever at de teoretikerne og forskerne som beskjeftiger seg med stress- og mestringsteorier sjeldent bruker følelsesforskning, og omvendt. Lazarus (18) peker på denne adskillelsen av feltene som absurd fordi man i dag anerkjenner at følelsene faktisk har stor betydning for vår psykiske og fysiske trivsel og for våre sosiale funksjoner. Videre mener Lazarus (18) at det burde være åpenbart at følelser som sinne, misunnelse, sjalusi, angst, frykt, skyld, skam og sorg kan oppfattes som stressfølelser da de normalt er forårsaket av stressende, altså skadelige, truende eller utfordrende omstendigheter. Lazarus (18) mener at selv om man også kan være tilbøyelig til å oppfatte mange følelser som positive, på grunn av at de er gunstige for oppnåelsen av viktige mål, betyr ikke det at de ikke ofte er knyttet opp mot skade eller trussel. Lettelse er for eksempel resultatet av en situasjon som har vært sett på som truende eller skadelig, men som har blitt mindre skadelig/truende, eller ikke i det hele tatt (18). Håp vil som oftest være et resultat av en situasjon som gjør at det er nødvendig å forberede seg på det verste, men håpe på det beste (18).

2.3 Mestring

Lazarus anser mestring som en integrert del av følelsesprosessen. Han beskriver mestring som den måte man administrerer stressende livsbetingelser på (18). Når mestringen er ineffektiv vil stressnivået være høyt, og når mestringen er effektiv vil stressnivået typisk være lavt (18)

Lazarus og Folkman har følgende definisjon på mestring:

«Vi definerer mestring som kognitive og adferdsmessige bestrebelser, som er under konstant forandring og søker å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav, som vurderes til å være plagsomme eller overskride personens ressurser» (19)

Med mestringsbegrepet menes altså måten man forsøker å håndtere psykologisk stress.

Lazarus beskriver at mestringen har to hovedfunksjoner, en problemfokuset og en følelsesfokuset funksjon (18)

Gjennom den problemfokusede funksjonen tilegner personen seg informasjon om hva som må gjøres, og foretar handlinger som endrer den problematiske relasjonen mellom person og miljø. Mestringshandlingene her kan enten rette seg mot miljøet, eller personen selv. Et godt eksempel på det er når et menneske får kreft, må personen sette

seg inn i behandlingsmetoder og muligheter, velge den beste fremgangsmåten, og deretter foreta nødvendige tiltak (18).

ak (18).

Den følelsesfokuserede funksjonen er rettet mot en regulering av følelsene som knyttes til den stressende situasjonen, ved for eksempel å unngå å tenke på trusselen, eller revurdere den (18).

Når vi revurderer en trussel, endrer vi våre følelser ved å erstatte den stressende konfrontasjonen med en ny relasjonell mening. Lazarus (18) trekker frem eksempelet med å få konstatert kreft, som kan være angstfremkallende. Men etter hvert vil man som pasient kunne berolige seg med at alle undersøkelser som er tatt tyder på at kreften ikke har spredd seg, som igjen betyr at det er gode muligheter for helbredelse. Slike revurderinger kan redusere noe av angsten som er forbundet med konstatering av en livstruende sykdom (18). Lazarus beskriver revurdering som en svært effektiv mestringsform av stressende situasjoner, men at det kan være vanskelig å skille revurdering fra andre forsvarsmekanismer som for eksempel fortrenning (18).

Som nevnt i Lazarus (18) gjennomførte Lazarus og Folkman i 1988 et forskningsprosjekt som gikk ut på å utvikle målingsskalaer med formål om å måle mestring. Prosjektet var basert på spørreskjema og intervju med studenter. Materialet ble oversatt til mange språk. Lazarus og Folkman (18) kom gjennom prosjektet frem til åtte mestringsstrategier (Figur 1).

Gjennom møte med ulike stressende konfrontasjoner mener Lazarus (18) at man vil benytte nærmest alle mestringsstrategiene, til tross for at enkelte personer vil kunne foretrekke bestemte strategier fremfor andre. Lazarus (18) beskriver også at dette kan forklare med at stressende konfrontasjoner er komplekse, og at det tar lang tid å utforske alternative mestringsstrategier. Man kan heller ikke gå ut fra at den enkelte vil benytte samme form for mestring overfor ulike trusler, men at valget av mestringsstrategi vil avhenge av den enkelte trussel, og de krav trusselen stiller, og at dette vil endre seg over tid (18).

Figur 1: Forskjellige faktorer og eksempler fra mestringsspørreskjemaet

FAKTOR

1. Konfronterende mestrings

- 46. Nektet å gi opp og kjempet for å oppnå det jeg ville
- 7. Forsøkte å få den ansvarlige til å endre mening
- 17. Ga uttrykk for vrede overfor den eller de personer som var årsak til problemet

2. Distansering

- 44. Tok lett på situasjonen og nektet å gjøre for mye ut av det
- 41. Ville ikke la det gå inn på meg og slo det fra meg
- 21. Forsøkte å glemme det igjen

3. Selvkontroll

- 14. Forsøkte å holde mine følelser skjult
- 43. Sørget for at andre ikke fant ut hvor ille det var
- 35. Prøvde å unngå å reagere forhastet og fulgte ikke min første innskyttelse

4. Oppsøke sosial støtte

- 8. Snakket med andre for å finne ut av mer om situasjonen
- 31. Henvendte meg til andre som kunne gjøre noe konkret med problemet
- 42. Spurte et familiemedlem eller venn til råds

5. Akseptere ansvar

- 9. Kritiserte eller irettesatte meg selv
- 29. Det gikk opp for meg at jeg selv hadde skapt problemet
- 51. Lovte meg selv at det ikke skulle skje igjen

6. Flukt/Unngåelse

- 58. Ønsket at problemet skulle forsvinne eller opphøre på en eller annen måte
- 11. Håpte på et mirakel
- 40. Unngikk andre mennesker

7. Planlagt problemløsning

- 49. Jeg visste hva som skulle gjøres, og fordoblet min innsats for å få tingene til å fungere
- 26. Jeg laget en handlingsplan og fulgte den
- 39. Foretok noen endringer som gjorde at det hele allikevel endte godt

8. Positiv revurdering

- 23. Endret meg eller vokste som menneske på en god måte
- 30. Opplevelsen gjorde meg til et bedre og sterkere menneske
- 36. Fant nytt mot

Fra Lazarus (2006)

3 Metode

I dette kapitlet vil det redegjøres for valg av metode, studiens design og begrunnelse av de valg som er tatt i arbeidet med oppgaven. Med denne studien ville vi undersøke jordmødres levde erfaringer med uplanlagte fødsler utenfor institusjon, som igjen kunne gi bedre forståelse for jordmødrenes arbeidshverdag, erfaringer og opplevelser. Dette mente vi kunne gi et godt bilde av jordmødres arbeidsvilkår i Følge- og beredskapstjeneste.

3.1 Kvalitativ metode

Da vi i denne studien ville undersøke jordmødres opplevelser og erfaringer med uplanlagte fødsler utenfor institusjon fant vi at et kvalitativt studiedesign var best egnet. Kirsti Malterud er en kjent norsk forsker som har vært sterkt bidragsgivende til å gjøre kvalitative forskningsmetoder kjent og anerkjent i nordisk og internasjonal sammenheng (16). Kvalitative studier er ifølge Malterud (16) godt egnet om man ønsker å beskrive, analysere og fortolke egenskaper eller kvaliteter ved det fenomenet som skal studeres. Man kan benytte kvalitative metoder til å få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger (16) Vi kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Ulike akademiske tradisjoner har bidratt til å skape ulike kvalitative metoder med hvert sitt særpreg. Fenomenologi er en av disse tradisjonene, og ble brukt av psykologer og antropologer for å analysere livsverden ut fra dybdeintervju eller deltagende observasjon (16).

Utfordringer med kvalitativ metode vil ifølge Malterud (16) kunne henge sammen med det å bruke seg selv som forskningsverktøy, forskeren kan påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne. Videre skriver Malterud (16) at man skal være bevisst egne holdninger til temaet, og frembringe intervjuobjektens utsagn og meninger i forskningen. Samtidig kan man ikke fornekte sin egen rolle, men man må gjøre rede for sin egen innvirkning på studien (16). Vi vil komme tilbake til dette senere i metodekapitlet, hvor vi går nærmere inn på vår forforståelse.

3.1.1 Fenomenologi i kvalitativ metode

Prosjektet plasseres innenfor den fenomenologiske forskningstradisjonen, hvor forståelse henger nært sammen med den konteksten den tolkes i. Fenomenologi innebærer forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet (16).

Psykologen Amadeo Giorgi omtaler fenomenologi som bevissthet rundt levde erfaringer og fenomen hos enkeltmennesket (20) . Fenomenologi gir forståelse for menneskers måte å tenke på, og dette gir ifølge Giorgi forståelse for menneskers bevissthet rundt levde erfaringer (21). Fenomenologisk forskning baserer seg ifølge Giorgi på beskrivelser av levde erfaringer, som fortelles gjennom et førstepersonsperspektiv (21). Fenomenologi har hatt stor betydning for tankegangen i det 20. århundre, ikke bare på

grunn av dens beskrivende tilnærming, men også fordi det er en metode for å få tilgang til menneskelige erfaringer, og forståelse av disse (20).

Hensikten med å gjøre en fenomenologisk studie innen medisinsk og helsefaglig forskning beskrives som å utvikle gode, nyanserte beskrivelser av levde erfaringer med fenomener som for eksempel sykdom, relasjoner og tilfriskning (22). Dette kan gi bedre forståelse for pasienters, pårørende og helsepersonells situasjon og behov (22).

Metoden som ble benyttet i denne studien er et kvalitativt studiedesign hvor man har gjennomført semistrukturerte dybdeintervju, basert på en induktiv tilnærming, hvor slutninger trekkes fra det enkeltstående til det allmenne (16). Empiriske data fra enkeltpersoner og enkelthendelser bidrar til å belyse forskningsspørsmålet og gjennom fortolkning abstraherer vi funnene slik at de kan utsi noe mer allment (16).

Psykologen Amadeo Giorgi utviklet en fenomenologisk analysemetode, med utspring i fenomenologisk filosofi, vitenskap og psykologi (20). Giorgi ønsket å utvikle en metode som kunne være til hjelp for å studere mennesket, erfaringer og relasjoner. Giorgi utviklet en analysemetode i fem trinn, som igjen ble videreutviklet av Kirsti Malterud til å passe godt innenfor kvalitativ forskning (16). Som ferske masterstudenter var vi å regne som helt uerfarne forskere, og vi så det derfor som gunstig å benytte oss av systematisk tekstkondensering som analysemetode, da dette er en metode som er utviklet med tanke på nybegynnere innenfor kvalitativ forskning (16). Malterud har en god beskrivelse av hvordan prosessen fungerer, som vi besluttet å følge gjennom analyseprosessen.

3.2 Utvalg

Vi utarbeidet et strategisk utvalg for vår studie, for best å belyse den problemstillingen vi kom frem til. Vi kom frem til følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier for studien:

Tabell 1.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">Jordmødre med mer enn to års erfaring	<ul style="list-style-type: none">Jordmødre med mindre enn to års erfaring, inklusive jordmorstudenter
<ul style="list-style-type: none">Bistått ved uplanlagte fødsler utenfor institusjon de siste ti år	<ul style="list-style-type: none">Ikke bistått ved uplanlagte fødsler utenfor institusjon de ti siste år
<ul style="list-style-type: none">Jobber eller har jobbet i kommune med følgetjeneste eller fødeavdeling med beredskapsfunksjon	<ul style="list-style-type: none">Jobber ikke eller har ikke jobbet i kommune med følgetjeneste eller fødeavdeling med beredskapsfunksjon

Vi ønsket kun å inkludere jordmødre som hadde mer enn to års erfaring som jordmor. Bakgrunnen for at vi ikke ønsket å inkludere jordmødre med liten erfaring var at vi da kunne anta at deres opplevelse av slike fødsler ville være påvirket av å ha

begrenset yrkeserfaring som jordmor. I tillegg ønsket vi kun å inkludere jordmødre som hadde opplevd uplanlagte fødsler utenfor institusjon i løpet av de ti siste år, for å sikre oss at erfaringene ikke var for langt tilbake i tid.

Et strategisk utvalg kan ifølge Malterud (16) representere bedre informasjonsstyrke og vil gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen.

Informasjonsstyrke beskrives av Malterud (16) som sammenhengen mellom studiens problemstilling, utvalgets spesifisitet angående problemstillingen, studiens grad av teoretisk forankring, kvalitet i dialogene, samt valgt analysestrategi (16). Alle disse faktorene har innvirkning på hvor mange informanter man bør velge å inkludere (16). Videre beskriver Malterud at data fra et lavt antall deltakere kan være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale dersom informasjonsstyrken er høy (16).

Malterud (16) beskriver også begrepet metning, som i den kvalitative metodelitteraturen har vært benyttet når man vurderer at ytterligere datasamling ikke tilfører ny kunnskap. Malterud beskriver imidlertid dette som et problematisk kriterie for å avgrense utvalget, da det kan være ulike årsaker til at man ikke lenger finner ny kunnskap (16).

Da vi ønsket å finne svar på erfaringer og opplevelser blant jordmødre som hadde bistått med uplanlagte fødsler utenfor institusjon ble utvalget gjort blant jordmødre som hadde erfaring med slike fødsler. Jordmødrene vi rekrutterte til studien hadde variert erfaringsgrunnlag. De hadde fra 9-28 års erfaring fra jordmoryrket, og fra 6-27 års erfaring som jordmødre i følgetjeneste. Jordmødrene var i aldersgruppen 40-56 år. Det var stor variasjon i hvilke hendelser de hadde erfaring med fra Følge- og beredskapstjenesten, men samtlige hadde erfaring med uplanlagte fødsler utenfor institusjon. Dette kan derfor kategoriseres som et strategisk utvalg, med målsetting om å belyse problemstillingen best mulig (16).

I arbeidet med intervjuene valgte vi å gi informantene fiktive navn for å beskytte deres identitet, men også for å gjøre det enklere for oss å sortere datamaterialet.

3.2.1 Rekrutteringsprosessen

I første omgang ble det sendt ut forespørsler til aktuelle helseforetak/helsestasjoner for å finne jordmødre som hadde erfaring på dette området. E-postene ble sendt til postmottak ved hver enkelt helsestasjon. Helsestasjonene vi valgte å sende e-post til ble valgt ut på bakgrunn av vår kjennskap til den aktuelle kommunen, og om de hadde en fungerende følge og beredskapstjeneste. I tillegg ble også reisevei vurdert, for å kunne gjennomføre fysiske intervju. Det ble totalt sendt ut forespørsel til 11 ulike kommuner, og seks enkeltjordmødre. Åtte av disse svarte ikke på henvendelsen, og tre møtte ikke inklusjonskriteriene. Vi fikk svar fra seks jordmødre som ønsket å delta i studien. Tid og sted for intervjuene ble deretter avtalt med disse.

Vår største utfordring i denne prosessen var at flertallet av våre forespørsler ikke ble besvart. Vi har som jordmorstudenter stor forståelse for jordmødres hektiske hverdag. Ved hjelp av bekjente jordmødre fikk vi informasjon om enkeltjordmødre som kunne være aktuelle. Vi valgte derfor å henvende oss direkte til disse. Da vi hadde rekruttert seks informanter så vi at vi kunne avvente videre rekruttering.

Det var ønskelig å intervju nok jordmødre til å sikre et rikt datamateriale. Vi så på rekrutteringsprosessen som en fortløpende prosess, og at vi muligens måtte inkludere flere informanter underveis i studien.

3.2.2 Datasamling

Datasamlingen ble utført gjennom semistrukturerte dybdeintervju. Vi hadde i utgangspunktet som mål at intervjuene skulle gjennomføres fysisk. Da studien ble gjennomført under en pågående pandemi var dette også noe man måtte ta hensyn til. Vi la opp til at jordmødrene selv fikk avgjøre om de ville intervjues fysisk eller digitalt. Etter å ha gjennomført ett digitalt intervju opplevde vi at dette fungerte godt. I løpet av pandemien var de fleste jordmødre blitt godt vant med å gjennomføre digitale møter, så dette ble ikke sett på som en stor ulempe i de tilfellene der dette ble gjort. Vi opplevde ikke at digitale møter var et hinder for god kommunikasjon. Imidlertid kunne den fysiske avstanden til intervjuobjektet ha påvirket resultatene, da man ikke har mulighet til å observere kroppsspråk og stemning i lokalet når man har digitale møter (16). Det ble totalt gjennomført fire fysiske, og to digitale intervju. Jordmødrene fikk selv bestemme hvilken digital plattform som skulle benyttes. Det var ulik erfaring hos jordmødrene rundt digitale møter på ulike plattformer, men vi opplevde at de fleste var godt kjent med digitale møter som et arbeidsverktøy. De fysiske intervjuene krevde at vi måtte reise kortere eller lengre strekninger for å møte intervjuobjektet på sted valgt av informantene.

På forhånd ble det utarbeidet en intervjuguide som ville fungere som en huskeliste for hva vi ønsket å få svar på (Vedlegg 2). Intervjuguiden ble gjennomgått og godkjent av veiledere. Vi la vekt på at spørsmålene i intervjuguiden skulle være lette å forstå, samt være såpass åpne at de ga grunnlag for fri samtale mellom intervjuer og intervjuobjekt. Intervjuguiden bidro til å standardisere intervjuene. I tillegg ble den tilpasset møtet med den enkelte deltager. Vi ønsket først å «varme opp» informantene ved å stille forholdsvis enkle spørsmål om arbeidserfaring, alder og organiseringen av følgetjenesten i deres kommune, før vi etter hvert gikk over til selve opplevelsene og erfaringene med fødsler utenfor institusjon. Denne innledende samtalen ble ikke tatt opp, og sånn sett ikke inkludert i selve analysen av materialet. Dette ble kun notert ned og brukt som bakgrunnsinformasjon om informantene. Etter at vi hadde gjennomført det første intervjuet ble intervjuguiden revidert noe, på bakgrunn av hvilke funn som kom frem. Vi opplevde noen utfordringer rundt de spørsmålene vi hadde utformet i intervjuguiden, og kom raskt frem til at vi måtte revidere den. I tillegg opplevde vi at intervjuguiden begrenset jordmors mulighet til å snakke fritt fordi vi fokuserte mye på å følge denne slavisk. Intervjuguiden ble på bakgrunn av dette endret, og vi la derfor mer vekt på tema enn på konkrete spørsmål. Vi laget oppfølgingsspørsmål som ble benyttet dersom samtalen stoppet opp. Vi kom sammen frem til spørsmål som vi mente kunne bidra til å svare på problemstillingen, samt at vi laget tilleggsspørsmål som bidro til at jordmødrene kunne utdype mer det de allerede hadde snakket om. Malterud (16) mener at intervjuguiden bør revideres underveis som forskeren lærer mer om hvor fokus bør konsentreres, og tilpasses møtet med den enkelte deltaker (16).

Vi opplevde det første intervjuet som det mest utfordrende, med bakgrunn i vår manglende erfaring med forskning og intervju. Vi ser i ettertid at vi her kunne ha stilt flere oppfølgingsspørsmål, og vi erfarte at informanten ikke formidlet opplevde situasjoner like utfyllende som i de neste intervjuene. Vi ser at det kunne vært hensiktsmessig å foreta pilotintervju i forkant, for å være bedre forberedt på intervjusituasjonen.

Et intervju varte mellom 40 og 60 minutter, og intervjuobjektene fikk selv bestemme tid og sted. Dette ble gjort for å sikre deltagelse, og for at stedet de valgte lettere kunne bidra til at de følte seg «på hjemmebane», og derfor var mer komfortable under intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett, slik at man i etterkant kunne bearbeide informasjonen på en god måte. Opptakene ble lagret i NICE-1, som er NTNUs sikre datalagringsområde.

Den største utfordringen var å få jordmødre til å peile inn på sine opplevelser, hvilke tanker og følelser de gjorde seg i situasjonen, og å ikke kun snakke om diagnoser, følgetjenesten og organiseringen av den. Vi opplevde at vi måtte stille flere oppfølgingsspørsmål, samt at samtalen lett skled ut og omhandlet andre ting enn det vi i utgangspunktet var på jakt etter. Vi valgte i hvert enkelt intervju å bygge videre på det jordmødrene var opptatt av å snakke om innenfor temaet.

Vi opplevde at temaet for studien engasjerte jordmødrene, særlig på et politisk nivå. Vi opplevde dette som tidvis utfordrende da det gikk på siden av vår problemstilling, og det bidro til at vi av og til måtte veilede informantene tilbake til temaet vi ønsket å snakke om. Imidlertid bidro jordmødrenes engasjement til at de var positive til studien, og de mente at studien kunne være nyttig for deres arbeidshverdag. Dette engasjementet gjorde også at jordmødrene var villige til å dele av sin erfaring og kunnskap.

Da vi var to uerfarne forskere så vi det som mest hensiktsmessig å være sammen om intervjuene, men intervjuet annenhver gang. I tillegg så vi det som nyttig at den som ikke intervjuet observerte kroppsspråk og stemning, og eventuelt gjorde noen notater rundt det, slik at en lettere kunne huske intervjuet i sin helhet i etterkant. Vi opplevde imidlertid at stemningen ble godt fanget opp på lydopptaket, slik at vi kunne fokusere på å være til stede i intervjusituasjonen, og unngå å distansere oss ved å sitte med penn og papir.

Etter at intervjuene var gjennomført reflekterte vi uformelt sammen over intervjuet og hvilke tanker vi hadde gjort oss underveis. Dette bidro også til at vi hadde knagger å henge de enkelte intervjuene på i prosessen med transkribering og tekstkondensering.

Vi opplevde at flere av deltakerne snakket om de samme temaene, og at vi allerede etter noen få intervju opplevde å få lite ny informasjon. Vi inkluderte ytterligere en informant for å kvalitetssikre at datamaterialet var tilstrekkelig, og hadde høy informasjonsstyrke. Deretter valgte vi å avslutte prosessen med datasamling, for så å gå videre til transkribering, og analyse av materialet.

3.2.3 Transkribering

Etter gjennomførte intervju transkriberte vi materialet ordrett fra lydopptak til skriftlig materiale. Transkripsjon skal ifølge Malterud ivareta det opprinnelige materialet slik deltagerens erfaringer ble formidlet og oppfattet under datasamlingen (16). Arbeidet med transkribering ble fordelt på begge studentene. Transkriberingen ble gjort fortløpende etter gjennomført intervju. Dette ble gjort for å ikke miste verdifull informasjon vi hadde tilegnet oss ved hjelp av observasjon.

3.2.4 Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering er en metode for analyse av kvalitative data utviklet av Kirsti Malterud, med utgangspunkt i fenomenologisk forskningstradisjon (16). Metoden er utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres. Analysetrinnene utgjør hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering (16). De fleste kvalitative studier innen medisin og helsefag analyseres ifølge Malterud (16) ved hjelp av en tverrgående analyse. Det vil si at erfaringer fra flere deltagere skal fortolkes og sammenfattes for å finne likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i følelser, erfaringer eller holdninger. Systematisk tekstkondensering er en tverrgående analysemetode (16).

Analyseprosessen beskrives som en prosess i fire trinn; 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, 4) å sammenfatte betydningen av dette (16).

I første trinn startet vi med å lese gjennom det transkriberte materialet gjentatte ganger hver for oss, for å få overblikk over datamaterialet, og å danne oss et helhetsinntrykk (16). Siden transkriberingen ble fordelt på begge studentene var det nødvendig å også sette seg godt inn i de intervjuene man ikke hadde transkribert selv. Ved å lytte til lydopptakene gjentatte ganger fikk man også med seg endring av toneleie, pauser, latter, og mye av stemningen i intervjuet. Vi forsøkte bevisst å ta høyde for vår forforståelse i arbeidet med analysen, til tross for at det i en slik prosess ville være tilnærmet umulig å legge denne helt til side (16).

Vi noterte fortløpende ned foreløpige "tema" og fraser som vi fant passende for funnene i det transkriberte materialet. Dette ble gjort som en slags huskeliste til oss selv, men også som en del av prosessen med å danne et helhetsinntrykk.

I andre trinn leste vi gjennom materialet igjen for så å finne meningsbærende enheter. Disse ble fargekodet, for så å bli systematisert i ulike grupper. Kodearbeidet tar sikte på å identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten (16). Vi identifiserte fem kodegrupper; Følelser, arbeidsområde, arbeidsforhold, støtte og ansvar. Deretter sorterte vi de meningsbærende enhetene inn under passende kodegruppe. På denne måten fikk vi skilt irrelevant tekst fra det som var relevant, og sortert den teksten som kunne tenkes å belyse vår problemstilling (16). I denne prosessen gikk vi hele tiden tilbake til datamaterialet for å sikre at vi hadde fått med oss alt, og eventuelt fange opp nye ting. Det var gunstig å være to om dette arbeidet for å belyse flere sider av et tema, vi hadde hele tiden diskusjoner og meningsutvekslinger i prosessen, og vi leste datamaterialet gjentatte ganger både hver for oss, og sammen.

Tredje trinn av analyseprosessen medfører å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (16).

Her organiserte vi de meningsbærende enhetene i hver enkelt kodegruppe inn i subgrupper. Eksempel på subgrupper var *uro*, *spenning*, *mestring*. Disse tilhørte kodegruppen *Følelser*. Vi var bevisste på å hele tiden søke tilbake til originalmaterialet, slik at vi gjennom hele prosessen kunne belyse materialet systematisk. Vi forsøkte å hele tiden spørre oss selv hvordan teksten kunne svare på vår problemstilling. I tillegg måtte vi spørre oss selv hva jordmor egentlig sa, hva lå mellom linjene? Hva kom frem av følelser i utsagnene?

Deretter lagde vi et kondensat for hver av subgruppene. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen, med tydelige spor av deltagernes ord og begreper fra de meningsbærende enhetene (16).

I fjerde trinn i analyseprosessen foretok vi en rekontekstualisering, vi satte sammen alle de løse fragmentene til en analytisk tekst med bakgrunn i de aktuelle subgruppene, sitater og den kondenserte teksten (16). Ut fra de ulike kodegruppene fant vi fem ulike kategorier som vi mente kunne belyse hver enkelt analytisk tekst, og som dermed utgjorde overskriftene for resultatdelen av oppgaven. Vi gikk i dette trinnet tilbake til empirien for å validere funnene, og for å kontrollere at vi ikke hadde operert med tolkninger eller vurderinger basert på egen forforståelse.

3.3 Forforståelse

Forforståelse er i Malterud (16) beskrevet som «en ryggsekk vi har med oss inn i forskningsprosjektet», som kan bidra til å forme prosjektet og som også er pådriveren til at vi ønsket å finne ut mer om akkurat dette temaet (16).

Bakgrunnen for at vi ønsket å gjennomføre akkurat denne studien var vår personlige erfaring som sykepleiere innenfor akuttmedisin og prehospital tjeneste. Vi har begge jobbet tett opp mot ambulansetjenesten og legevaktstjenesten som også rykker ut eller kjører ut jordmor i situasjoner der det er hensiktsmessig. Egen forforståelse bar imidlertid preg av liten erfaring med fødselshjelp. Dette kunne medføre at vi lett fokuserte på patologi og risikofaktorer, til tross for at svangerskap, fødsel og barseltid i utgangspunktet er å anse som en naturlig hendelse i en kvinnes liv. Som jordmorstudenter hadde vi også en tanke om at slike situasjoner kunne oppleves stressende, især for de jordmødrene som hadde liten erfaring med fødselshjelp. Å legge forforståelsen til side i et prosjekt som dette er vanskelig, men det er viktig å være klar over det erfaringsgrunnlaget og utgangspunktet man har med seg inn i utførelsen av en studie, og vise evne til kritisk å vurdere egen forforståelse (16).

Amadeo Giorgi (21) beskriver at han gjennom analyseprosessen forsøker å legge alle lærte teorier og personlige erfaringer til side, og betrakte beskrivelsene som utelukkende noe informanten beskrev. Giorgi (21) påpeker også betydningen av at forskeren analyserer beskrivelsene med en spesiell sensitivitet i forhold til eget fagfelt. Avhengig av hvilken disiplin forskeren tilhører må forskeren innta en faglig holdning i analyseprosessen. Forskeren må også innta en særlig sensitiv holdning i forhold til fenomenet som blir undersøkt. Giorgi beskriver dette som "forskerens rette holdning" (20, 21). Giorgi mener at for å oppdage ny mening i datamaterialet må en innta en åpen holdning for at uventede aspekter skal kunne tre frem (21).

Tall fra Medisinsk Fødselsregister (1) viser at de fleste kvinner i Norge føder ved en institusjon. Til tross for dette skal man ikke glemme at fødsel anses som en naturlig prosess som enhver kvinne i utgangspunktet er i stand til å håndtere. Dette var et viktig aspekt å ha med seg inn i dette prosjektet, da egen forforståelse kunne bidra til at man utelukkende definerte uplanlagte fødsler utenfor institusjon som en stressende, dramatisk og unaturlig hendelse.

3.4 Forskningsetiske hensyn

I følge Malterud (16) stiller kvalitative data strenge krav til informert samtykke. Deltakeren skal kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om hun eller han ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke. Som forskere har man et ansvar for at deltakerne sikres anonymitet (16).

Da intervjuene skulle tas opp på båndopptaker var det nødvendig å innhente godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Ifølge NSD er personopplysninger enhver opplysning som kan knyttes til en person. Stemme på lydopptak regnes som personopplysning (23).

Vi søkte inn prosjektet til NSD i juni og fikk godkjenning for studien (Vedlegg 3). Da studien ikke inkluderte pasientdata var det ikke nødvendig å søke om godkjenning fra Regional Etisk Komite. Det ble utarbeidet et standardisert informasjonsskriv med samtykkeskjema, basert på mal fra NSD (23). Informantene ble tilsendt informasjonsskrivet via e-post. Informasjonsskrivet beskrev hensikten med studien, og forskningsspørsmålet. Det ble også presisert at man når som helst i studien stod fritt til å trekke sin deltakelse. Før intervjuet signerte jordmødrene samtykkeskjema som deretter ble oppbevart på sikkert sted. Datamaterialet som ble samlet inn ble tatt opp på båndopptaker, og deretter lagret i NICE-1, som er NTNUs fillagringsområde for skjerming av data. Informantenes personvern ble ivaretatt ved å anonymisere navn, steder, arbeidsforhold og lignende i oppgaven.

4 Resultater

I dette kapitlet vil vi redegjøre for funnene våre. Vi kom frem til fem kategorier i analyseprosessen; «Et bredt følelsesregister», «å stå i situasjonen», «en uforutsigbar arbeidshverdag», «å stole på seg selv og vurderingene som tas» og «å søke råd og veiledning».

4.1 Et bredt følelsesregister

I arbeidshverdagen som følgejordmor, og i møtet med slike fødsler kjente samtlige jordmødre på ulike følelser. Samtlige av jordmødrene beskrev betydningen av å fremstå rolige og trygge overfor fødeparet. Flere av jordmødrene opplevde at de kunne kjenne på følelsen av å være urolige. Likevel beskrev jordmødrene at de klarte å fremstå rolige og trygge utad, og det var av stor betydning for fødekvinnen. Flere beskrev situasjoner der de selv hadde følt seg engstelige, men at kvinnene ikke hadde oppfattet dem slik. Dette kom frem i samtaler mellom jordmor og kvinnene i etterkant av fødselen.

«Og der økte riene på skikkelig ille etter ferja da, og jeg tenkte at hjelpes.. Her blir det sikkert fødsel. Men jeg fikk liksom på en måte pustet henne gjennom.. Hvis du er rolig selv, det har egentlig nesten alt å si, i alle fall fryktelig mye å si for hvordan mor takler det ...»

«Tone»

Flere av jordmødrene erfarte at de følte seg stort sett veldig trygge i slike situasjoner, men at de samtidig hadde en stor respekt for fødsler utenfor institusjon, og hvilke komplikasjoner som kan oppstå. En av jordmødrene nevnte spesielt viktigheten av å skille mellom det normale og det som er patologisk i fødsel, og at det gjorde at hun følte seg tryggere i situasjonen.

«Det er klart at den indre roa, eller uroa, den har en jo.. Men at man utad klarer å formidle at en er trygg da ...»

«Trine»

Alle jordmødrene beskrev en følelse av mestring i jobben, og spesielt i situasjoner de håndterte på en god måte. Flere beskrev også en slags euforisk lykkefølelse etter at barnet var født, og alt stod bra til med mor og barn. Flere av jordmødrene beskrev en form for mental utmattelse etter at fødselen var over. De beskrev denne følelsen som nært knyttet opp mot den spenningen situasjonen hadde utløst.

«Det er en sånn glede, man kjenner på at det gikk jo bra jo! Det er jo en fantastisk jobb da ... Det å være jordmor er jo helt topp ...»

«Trine»

Til tross for at noen av jordmødrene ikke opplevde uplanlagte fødsler så ofte, beskrev de at grunnkunnskapen og fødselshjelpen var noe de hadde i ryggmargen. De fleste beskrev at den kunnskapen og erfaringen de hadde med seg inn i arbeidet var med på å gjøre dem tryggere i jobben, og at de etter å ha bistått ved uplanlagte fødsler utenfor institusjon fikk en fornyet tro på at dette var noe de mestret. En av jordmødrene beskrev at nettopp det å mestre jobben var avgjørende for at man orket å stå i en sånn jobb over tid.

«Jeg tenker vel på det hver gang jeg skjønner at jeg får en fødsel i en bil, at det er en stund siden jeg har gjort dette.. Men så sitter jo det i fingrene, støttinga og alt det der»

«Marte»

De fleste jordmødrene beskrev en voldsom spenningsfølelse rundt det å forløse barn utenfor institusjon. En av jordmødrene beskrev det som en form for selvoppfyllende profeti, hvor hun gjentok for seg selv at utfallet for mor og barn måtte bli bra.

«Det er nesten sånn at jeg har tenkt noen ganger at, herregud er jeg religiøs eller, for jeg står sånn og tenker at «det her skal gå bra», det er sånn tankens kraft»

«Gro»

Flere av jordmødrene nevnte en lignende tankegang, og erfarte at de inntok en veldig optimistisk holdning i situasjonen. Mange jordmødre beskrev også en frykt for akutte hendelser i fødsel. Skulderdystoci, atoniblødning og dårlige barn ble nevnt av flere av jordmødrene som det de fryktet mest av komplikasjoner. Noen av jordmødrene nevnte spesifikt forskning som viste forhøyet risiko for komplikasjoner ved transportfødsler, og de beskrev at dette preget deres holdning til slike fødsler.

«Det tror jeg nesten er største skrekken min, tror nesten det er det jeg har minst kontroll på, hvis jeg får en skulderdystoci alene som jeg ikke får fiksa ...»

«Marte»

Mange beskrev en utrygghet rundt det å håndtere det nyfødte barnet, og hvilke behov det nyfødte barnet hadde når det kom. Flere av jordmødrene hadde kompetanse på dårlige barn, men beskrev at de kunne føle seg litt alene i arbeidet og vurderingene rundt barnet etter fødselen. En av jordmødrene hadde erfaring fra nyfødt intensiv, og opplevde det som en trygghet hun tok med seg inn i arbeidet.

«Så idet da det barnet kommer så kjenner en jo på hvordan har den ungen her det. Og hva trenger den når den kommer ut, og har vi kompetanse til å stå i det, det nyfødte barnet»

«Helene»

«Det er jo den store skrekken da, å få en livløs unge bak i ambulansen. Du vet jo det at det du driver med er litt risiko ... ekstremt på en måte.»

«Tone»

4.2 Å stå i situasjonen

Noen jordmødre fremhevet troen på det normale som en sentral del av sin tankegang. De la vekt på at fødsel er en naturlig hendelse, og at det var viktig for dem som jordmødre å tenke på dette i møtet med fødsler utenfor institusjon. En jordmor sa at hun hadde så sterk tro på normal fødsel at ingen som ikke er i stand til det, føder utenfor institusjon. Jordmøren beskrev at hennes opplevelse av de kvinnene som fødte utenfor institusjon var at de var veldig avslappet i kroppen, og dermed lot barnet få komme uten å holde igjen. Hennes opplevelse var at kvinner som hadde risikofaktorer i svangerskapet ikke fødte i ambulansen, men rakk å komme inn til sykehuset, og fødte først når de kom dit.

«Og så kan de (damene) i ettertid komme og si, "det var godt det ikke skjedde i bilen (fødselen), i og med at hun var så slapp" ... Hvor jeg da har veldig lyst å påpeke at det skjer ikke i bilen når det skjer naturlig.. Og det virker kanskje litt for lite medisinskfaglig begrunnet når man sier sånn ... Men det er jo en sånn tro på menneskeheten og tro på at dette er fullt mulig å få til. Og vi er der for å støtte kvinnen, vi er ikke der for å gjøre noe, vi er der for å støtte deg og støtte det barnet ut som du gjør på lik linje som du gjør hvor som helst i verden»

«Helene»

Mange av jordmødrene syntes det var godt å ha mindre utstyr og tekniske ting å forholde seg til enn hva man har på sykehus. De mente at de hadde det mest nødvendige utstyret, og at det var befriende å ikke måtte ha kontroll på absolutt alt hele tiden. Flere beskrev en tanke om at de kun fikk gjort det som var mulig under de omstendighetene de befant seg i, og de så ikke på dette som noe utelukkende negativt. Slik kunne de sette fødekvinnen og paret i fokus.

«Egentlig så er det ganske snedig å ta imot unge i ambulansen, for da slipper du alt det styret med alt rundt.. Kan bare fokusere på dama liksom, og se hvordan mor jobber og reagerer, i stedet for alle de der ledningene.. Jeg lytter av og til da, det gjør jeg ...»

«Marte»

En av jordmødrene beskrev at hun følte seg kompetent på å ta imot barn, men manglet kompetanse på teknisk utstyr som finnes på sykehus. Hun beskrev at hun følte seg ikke kompetent nok til å ta vakter ved fødeavdeling fordi hun ikke var oppdatert på medisinsk utstyr.

«Jeg får ikke gjort noe mer enn det jeg kan få gjort ... Det er på en måte tanken min at, jeg kan gjøre det jeg kan gjøre. Jeg får ikke gjort noe mer. Jeg har ikke de der medikamentene, og alt det styret de har på sykehuset. Vi kan gjøre det vi kan gjøre.»

«Trine»

Mange av jordmødrene beskrev at de trivdes med spenning i arbeidshverdagen. De så på akutte og uforutsette hendelser som noe som bidro til deres personlige og faglige utvikling. Alle vi intervjuet fremhevet det med å være i forkant, å planlegge hva man skal gjøre dersom ulike situasjoner oppstår, som essensielt. Alle nevnte at det var viktig å ha en plan for hver enkel uforutsett hendelse. De opplevde planleggingen som en tryggere måte å stå i situasjonene på. Flere av jordmødrene sa at de forsøkte å holde seg oppdatert på prosedyrer og retningslinjer.

«Så begynner vi nå bare å forberede oss, forberede alt av utstyr, lage en plan. Så det kverner ganske godt i hodet ja, prøver å gå gjennom prosedyrer på blødning og litt forskjellig sånt»

«Marte»

«Og da ser du jo liksom for deg skulderdystoci i den trange ambulansen da, eller blødning sant ja. Så du lager deg jo litt sånn ... hva gjør jeg nå hvis det skjer det, og hvis det skjer det. Er det lurt å få henne på knær når hun føder for eksempel? Eller ja... Du lager deg litt sånn ...»

«Ida»

4.3 En uforutsigbar arbeidshverdag

Jordmødrene nevnte vær og føreforhold som en svært utfordrende og uforutsigbar faktor som bidro til å påvirke arbeidshverdagen deres. Flere beskrev at dette var utfordrende både for fødekvinnen, men også for jordmor. De fleste av jordmødrene opplevde i

enkelte tilfeller at de var langt fra sykehus. Flere nevnte også veistandard og fysiske hindringer langs veien som uforutsigbart, og dermed utfordrende.

«Så jeg tenker at vi er langt unna sykehus når det haster. Og særlig i all slags vær og vind. Vi har dårlig vær over (...) der dere kom over nå.. Blankis, snøstorm. Jeg har vært med på flere runder, følger til sykehus der vi egentlig skulle bare kjørt strake vegen, og bare sust inn i 120, også kan vi kjøre i 40-50 over (...) og ser ingenting.. Det skal være forsvarlig kjøring for meg og ambulansespersonellet.. Vi skal jo hjem igjen ...»

«Tone»

«Tunellene kan jo også være stengt, det har vi jo vært borti.. Som regel får vi kjøre likevel da... Men det er dårlig føre utover der, helt forferdelig.. De holder på å gjøre om veien også nå da... Men det er humpete og forferdelig å kjøre.. I alle fall når du har ei med rier ...»

«Ida»

En av jordmødrene beskrev imidlertid forholdet til avstand litt annerledes, vedkommende opplevde ikke at hun befant seg langt fra sykehus, og valgte å ikke fokusere på dette som en utfordring.

«Jeg tenker ikke at jeg er langt fra sykehuset. Jeg er vokst opp litt annerledes ... Jeg tror ikke vi kan sutre her. Vi skal være sjeleglad at vi har følge- og beredskapstjeneste.»

«Helene»

Samtlige av jordmødrene beskrev utfordrende arbeidsforhold i ambulansen. De beskrev ambulansen som trang og smal, og at det var vanskelig både for jordmor å arbeide under slike forhold, men også svært krevende for fødekvinne å ligge fastbundet på en smal bære med sterke, tette rier. En av jordmødrene beskrev spesielt de fysiske arbeidsforholdene i en trang ambulanse.

«Det er upraktisk å føde i ambulansen. Det er så smalt som bare det. Arbeidsforholdene er helt elendig for å få det til ordentlig da ... Det er dårlige arbeidsforhold og det er dårlig fødeplass. Det er dårlig for damene også.. så du kjenner når du har hatt en ambulansfødsel at, ja.. En dag blir jeg sikkert sittende fast inni der. Man må åpne bakluken så jeg får dette ut.»

«Tone»

Flere av jordmødrene nevnte belastningen med å ha beredskapsvakt som utfordrende. Noen opplevde at de sov dårligere når de visste at de hadde vakt, og kunne kjenne på at det å ha beredskapsvakt var stressende. Andre så på dette som en livsstil, og noe de var blitt vant med gjennom år i jobben. Noen kunne kjenne på uro når telefonen ringte, og ikke vite hva eller hvem som ventet. Flere beskrev det som en belastning med tanke på egen familiesituasjon, og enkelte opplevde det som en byrde å gå med beredskapstelefon døgnet rundt. Noen av jordmødrene beskrev det som utfordrende å ha beredskapsvakt når de hadde små barn, fordi de måtte planlegge hverdagen ut fra at telefonen kunne ringe når som helst på døgnet.

«Jeg har veska mi i bilen, og klærne mine, og jeg må hele tiden ha en plan på hvem som henter ungene når jeg drar liksom ...»

«Marte»

Samtlige jordmødre understreket at utrykningene stort sett foregikk om natten. Flere av jordmødrene nevnte også at det å kombinere en jobb i svangerskapsomsorgen på dagtid med en jobb som følge- og beredskapsjordmor med utrykninger på natta kunne være svært krevende.

«Så klart, det er jo en belastning, det er jo ikke noen tvil om det, for du står jo parat for kommunen døgnet rundt, og så kombinerer vi det med svangerskapsomsorg, eller en annen type jobb, også skal du virke. Du jobber på dagen, og så skal du jobbe på natta ...»

«Helene»

4.4 Å stole på seg selv og vurderingene som tas

Alle jordmødrene trakk frem følelsen av å være alene om vurderinger, selv om de i de fleste tilfellene hadde kolleger fra ambulansen sammen med seg. De opplevde at de ble sett på som overordnet i forhold til samarbeidspartnerne, og derfor sto med alle vurderingene alene. Jordmødrene nevnte også at det føltes ensomt å være den som sto sammen med fødekvinnen, selv om de konfererte med fagfolk på telefon. De følte seg av og til usikre på sine egne vurderinger, samtidig som de fremholdt viktigheten av at de vurderingene som ble gjort var riktige.

«Sånn at, det kverner sånn at, venta jeg for lenge eller satt jeg i gang ting for fort? Du er søkk alene om de vurderingene der.. Og selv om jeg ringte inn til føden og konfererte og sånn, så klarte ikke de å se henne og vurdere henne sånn som jeg gjorde ...»

«Marte»

En av jordmødrene som ble intervjuet hadde en frykt for at vurderingene hun gjorde kunne få etterspill for henne som yrkesutøver. Hun opplevde at dette hele tiden lå i bakhodet når hun vurderte en situasjon. Jordmoren nevnte en spesifikk hendelse som

hadde oppstått hvor hennes vurderinger ble gransket i etterkant. Denne hendelsen ble beskrevet av jordmoren som noe hun tok med seg videre i sin yrkesutøvelse.

«Så plutselig står du i sånne settinger da, der du tenker «ryker autorisasjonen min nå? Har jeg gjort en feil vurdering her?» Og du må hele tiden ha det i bakhodet at de vurderingene du gjør kan få noen etterspill ...»

«Gro»

Noen jordmødre trakk frem at de kanskje hadde gjort ting annerledes dersom de hadde vært på sykehus og hatt tilgang til mer og/eller andre hjelpemidler. Alle jordmødrene ga uttrykk for at de måtte gjøre det de kunne der og da, ut ifra de vurderingene de tok i øyeblikket.

«Men hun da, hun var omskjært, og hadde en sånn fin sånn lomme over. Hodet var på en måte ute, og så da måtte jeg finne en sløv saks og bare rett og slett klippe opp. Vi hadde dårlig lyd og da kom det en slapp unge ut som jeg måtte massere ganske kraftig for å få liv i den.»

«Ida»

4.5 Å søke råd og veiledning

Flere av jordmødrene kjente på en trygghet og støtte i å hospitere ved fødeavdeling med jevne mellomrom. Flere krevde hospitering minst en gang i året, og de trakk spesielt frem viktigheten av å være i et miljø, og å trene på hendelser som kan oppstå innen fødselshjelp.

«Jeg kjenner veldig godt at jeg synes det er veldig godt å være inne på sykehuset og hospitere ... For der er jeg to ganger i året, og da kjører jeg dobbelvakt, altså dag/aftenvakt, bare for å være i miljøet, og få være med på å trene på ting som da skulle skje ...»

«Trine»

En av jordmødrene fortalte at hun tok vakter ved fødeavdeling ved et sykehus et annet sted i landet, for å holde seg oppdatert og føle seg tryggere.

«Plutselig står du helt alene hjemme hos noen. Det er ikke sikkert at ambulansen er der heller. Så du må på en måte vite litt hva du gjør da... Og det er derfor jeg har drevet og tatt litt vakter på fødeavdelinger, bare for min egen del. For at jeg skal føle meg trygg»

«Gro»

Alle jordmødrene trakk frem viktigheten av å ha kolleger å konferere med, og de fleste beskrev at de benyttet seg av dette hyppig. Flere beskrev dette som en slags trygghet for seg selv, at de kunne ringe sykehuset og enten få snakke med erfarne jordmødre, gynekologer eller barneleger. De fleste nevnte imidlertid at det kunne være stor forskjell på å være til stede sammen med fødekvinnen, og å være i trygge omgivelser inne på sykehus. Enkelte av jordmødrene beskrev seg selv nærmest som fødekvinnens «advokat», en som skulle tale kvinnens sak under fødselen.

«Men så prøver jeg å fokusere på at vi har ambulansen, vi har fødekoordinator, vi har sykehuset, vi har AMK.. Men likevel, så er det du som står der, nærmest kvinnen ...»

«Helene»

«Men det som er da, at hvis jeg kjenner at okay, her er jeg ikke så komfortabel med det, så er det veldig greit å ha gynekologen fra sykehuset på øret. Ikke sant. Og det er en kjempetrygghet»

«Gro»

Samtlige jordmødre beskrev ambulanspersonell som en viktig støtte, og opplevde et veldig godt samarbeid på tvers av yrkesgruppene. Flere av jordmødrene beskrev at de kjente ambulanspersonellet godt, og opplevde at de var lærevillige og ydmyke i forhold til jordmors arbeidsområde. Jordmødrene fortalte at de benyttet seg av ambulanspersonellet til ulike arbeidsoppgaver som skulle utføres, og de var gode til å delegere arbeidsoppgavene til dem. Noen av jordmødrene beskrev også at de så på ambulanspersonellet som "spesialister" i å håndtere syke barn, og opplevde derfor en stor trygghet i deres fagkompetanse.

«Ambulanspersonell er jo kolleger av akkurat den her delen av omsorgen vår, hvis det er noe så snakker jeg gjerne med de etterpå.. De spør jo alltid hvis det er noe, hvorfor gjorde jeg det og, spør om det er noe de skal hjelpe meg med. De spør før vi starter, vil du ha venflon eller vil du ikke? Hva vil du ha? De anser oss som leder i bilen når vi først starter ...»

«Helene»

Alle jordmødrene presiserte også viktigheten av kollegastøtte i etterkant av situasjonen, og at dette var viktig for dem personlig, for å klare å legge fra seg hendelsen. Flere av jordmødrene beskrev bekreftelse fra kolleger som en svært viktig faktor for bearbeidelse av ulike situasjoner. Jordmødrene beskrev ulike retningslinjer for organisert debrifing i de ulike kommunene. Noen kommuner hadde ukentlige møter der alle uttrykkninger ble gjennomgått, mens andre ikke hadde noen form for organisert debrifing.

«Men det er viktig da, at man har noen å prate med etterpå. For du spør deg jo selv «gjorde jeg rett?» eller «skulle jeg ha gjort noe annerledes?» eller ... bare det å få bekreftet da, når du kommer inn på sykehuset, at du har faktisk gjort en grei jobb da. Ja, det er viktig altså, at du har noen kolleger som klapper deg på skuldra og: «godt jobba!».

«Gro»

5 Diskusjon av metode

I dette kapittelet vil vi drøfte studiens metode i lys av begrepene validitet, refleksivitet og reliabilitet.

Innen kvalitativ forskning finnes ulike metodetradisjoner med hver sine særpreg som har inspirasjon fra ulike akademiske disipliner (16). I metodelitteraturen finnes mange eksempler på at et og samme begrep ikke betyr det samme hos ulike forfattere (16). Vi har i dette kapittelet brukt begrep benyttet av Malterud (16) og Kvale & Brinkmann (24) for å diskutere vår metode med bakgrunn i fenomenologisk metodetradisjon.

Validitet beskrives av Malterud (16) som aktivt å stille spørsmål ved kunnskapen, og dens gyldighet, samt under hvilke betingelser kunnskapen er gyldig (16). Malterud (16) deler begrepet validitet i *intern validitet*, og *ekstern validitet*.

Intern validitet omtales i Malterud (16) som å stille spørsmål om formulering av problemstilling, utvalg, teoretisk referanseramme, analysestrategi og presentasjonsform er relevant for å finne gyldige svar på problemstillingen (16).

En styrke ved studien var at vi benyttet oss av semistrukturerte intervju, hvor tid og sted ble valgt av informantene, da dette bidro til at informantene fikk snakke fritt rundt temaet (16). Kvale & Brinkmann beskriver forskningsintervjuet som en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse (24). Vi opplevde at temaet vi undersøkte vekket stort engasjement hos informantene, og dette kan anses som en styrke ved vår studie.

Malterud (16, 25) skiller mellom metning og informasjonsstyrke. Malterud mener at metning oppnås når ytterligere data ikke tilfører ny kunnskap, og at det vil være villedende å hevde at metningspunktet er oppnådd, da dette vil avhenge av den enkelte forskers vurdering (25). Malterud mener det er viktigere å etablere et adekvat og informasjonsrikt utvalg med samsvarende historier (25)

Malterud (16, 25) hevder at informasjonsstyrken i utvalget bestemmer hvor mange deltakere vi har behov for. Med høy informasjonsstyrke i utvalget trenger vi færre intervjuer (16). Vi mener at vårt utvalg har høy informasjonsstyrke, og dermed anser vi studiens validitet som høy.

Med bakgrunn i vår manglende erfaring med forskning og datasamling så vi i ettertid at et pilotintervju kunne vært hensiktsmessig for å sikre god kvalitet i det aller første intervjuet, og vi anser det som en svakhet ved studien. Kvale & Brinkmann (24) hevder at kvaliteten på det originale intervjuet er avgjørende for kvaliteten på prosessen videre, og beskriver intervjueren som forskningsinstrumentet som bør inneha en rekke kvalifikasjoner for å sikre et intervju med god kvalitet (24). Kvale & Brinkmann skriver imidlertid også at intervju utført av mindre erfarne intervjuere i noen tilfeller kan gi verdifull kunnskap (24).

Den teoretiske referanserammen har bidratt til økt forståelse av begrepene stress og stresshåndtering, og i hvilken grad jordmødrenes personlige egenskaper og erfaringer kan ha innvirkning på opplevelsen av stress. Malterud (26) mener at teorien ofte får for liten plass i kvalitativ forskning, og at dette igjen kan påvirke tolkningen av resultatene (26).

Vi opplevde at det teoretiske rammeverket var svært relevant for vår studie og bidro til å belyse studiens resultater på en hensiktsmessig måte, og vi vurderer dette til å være en styrke ved studien.

Ekstern validitet kartlegger i hvilken grad funnene kan være gyldige i andre sammenhenger enn undersøkt kontekst, altså den sammenhengen vi har undersøkt det i. Overførbarhet betegnes i Malterud (16) som måten funnene kan gi ny innsikt til nytte for andre, i andre sammenhenger. Dersom den eksterne validiteten skal være god, må vi ta høyde for overførbarhet av funnene, og overførbarhet er en forutsetning for at kunnskapen skal kunne deles (16). Med et kvalitativt studiedesign vil vi ikke få et fasitsvar, da designet er bedre egnet for å tilegne seg kunnskap om erfaringer og opplevelser, noe som vil variere ut i fra den livsverden informantene befinner seg i (16).

Kommunikativ validitet innebærer ifølge Kvale & Brinkmann (24) å overprøve kunnskapskrav i en dialog (24). Kommunikativ validitet sikres ved valideringsfellesskap, hvor andre enn forskerne ser på materialet for å komme frem til konsensus (24). Konsensus betegnes som en grunnleggende enighet blant kompetente andre om at beskrivelsen, evalueringen, tematikken og fortolkningen er riktig (24).

Malterud (16) stiller imidlertid spørsmål ved om konsensus kan benyttes som gyldighetskriterie i kvalitative studier, da kulturelle fordommer hos et flertall kan stenge for ny innsikt. Malterud mener at et analysepanel bør være strategisk sammensatt, for å inneha mangfold (16).

Gjennom hele prosjektet har medstudenter og veiledere fått lese oppgaven og deretter gitt konstruktive tilbakemeldinger. Denne typen veiledning har bidratt til kontinuerlig vurdering og revidering av oppgavens språk, for å sikre et forståelig budskap for leseren, og dermed også konsensus. Vi mener på bakgrunn av dette at oppgaven innehar høy kommunikativ validitet (24).

Refleksivitet beskrives i Malterud som en aktiv holdning som forskeren må innta, hvor målet er å lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og fordommer (16). I kvalitativ forskning kan forskernes forforståelse påvirke studiens resultat. En refleksiv holdning til prosessen er derfor vesentlig (16). Vi erfarte at det kunne være utfordrende å tolke datamaterialet på grunn av den nærheten vi fikk til tematikken og materialet underveis i arbeidet (16). Dette var med på å vanskeliggjøre refleksivitet, og kan ha vært en svakhet ved studien. Imidlertid har vi hele tiden vært svært bevisst vår egen forforståelse, og forsøkt å betrakte empirien fra et så nøytralt ståsted som mulig. Vår ulike bakgrunn og erfaringsgrunnlag har bidratt til ulike syn på datamaterialet og analyseprosessen, og dette mener vi er med på å styrke studien. Å være to forskere i arbeidet med analyse av datamaterialet gjorde at vi lettere kunne fange opp ulike aspekter ved materialet, og hadde mulighet til å reflektere og diskutere sammen underveis i prosessen.

Reliabilitet har ifølge Kvale & Brinkmann (24) sammenheng med om resultatet kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere, altså om intervjuobjektet ville ha endret sitt svar i et intervju med en annen forsker (24). Den felles forståelsen av faget mellom informanter og forskere i vår studie bidro til å styrke studiens reliabilitet. Informantene kunne formidle opplevelser uten å legge vekt på forklaring av medisinsk terminologi og jordmorfaglig kunnskap. På den andre siden kunne dette også gi rom for misforståelser, da erfaringsgrunnlaget var ulikt mellom forskere og informanter, og de kunne derfor ha utelatt å beskrive noe de anså som innlysende. Vår forforståelse og den felles faglige forståelsen mellom oss som forskere, og jordmødrene kan ha bidratt til at vi stilte ledende spørsmål i intervjuene, som igjen kan være en svakhet ved studien.

Pragmatisk validitet beskrives i Kvale og Brinkmann (24) som å "gjøre sant". Pragmatisk validitet betegnes som å gjøre kunnskapen som er innhentet relevant i praktisk betydning, at kunnskapen kan brukes til noe eller forbedre noe i samfunnet (16, 24).

Vår studie har satt fokus på jordmødres opplevelse av fysiske og psykososiale arbeidsforhold. Vi har gjennom grundige litteratursøk så langt ikke funnet annen forskning som besvarer vår problemstilling. Vi mener på bakgrunn av dette at det er behov for forskning på området, og at kunnskapen er svært relevant for jordmødre og deres overordnede, samt andre yrkesgrupper med beredskapsvakt og høy arbeidsbelastning. Generaliserbarhet beskrives av Malterud som et problematisk begrep, fordi ingen kunnskap er allmenngyldig (18). Funnene fra studien vil derfor ikke være generaliserbare for alle jordmødre som jobber i følge- og beredskapstjeneste, og resultatene fra studien bør derfor tolkes med forsiktighet. Vi mener likevel at studien har overførbarhet i enkelte situasjoner.

6 Diskusjon av resultater

I dette kapittelet vil vi drøfte studiens resultater opp mot aktuell forskning, samt teoretisk referanseramme.

6.1 Å skape en god relasjon til fødekvinnen

Flere av jordmødrene beskrev viktigheten av å fremstå rolige og trygge i møtet med fødekvinnen, og at dette var essensielt for å bygge tillit og skape trygge rammer, og dermed sørge for en god fødselsopplevelse for kvinnen. Jordmødrene beskrev at de jobbet mye for å skape en god relasjon til kvinnen, og at dette også bidro til et bedre samarbeid mellom jordmor og fødekvinnen.

En britisk studie fra 2016 konkluderte med at et godt forhold til jordmor var viktigere for kvinnens fødselsopplevelse enn hvor hun fødte (27). Studien trakk frem individuelt tilpasset oppfølging, fysisk nærvær av jordmor og at jordmor ga informasjon og veiledning underveis som hovedfaktorer for at kvinnene fikk en god fødselsopplevelse, uavhengig av fødested (27).

I vår studie beskrev jordmødrene spesifikt hvordan de opplevde at deres væremåte under fødselen bidro til å trygge kvinnene, og dermed en god relasjon og et godt samarbeid mellom jordmor og fødekvinnen.

Dette støttes også av andre studier, som peker på viktigheten av et gjensidig tillitsforhold og støtte fra jordmor under fødselen (28, 29).

Lazarus (18) beskriver medfølelse som en emosjonell reaksjon på andres lidelse, hvor en må balansere mellom medfølelse for den andre parten, og å distansere seg emosjonelt for å kunne mestre situasjonen og faktisk være til hjelp (18). Lazarus (18) trekker frem helsepersonell som en særskilt gruppe som må balansere dette i sitt arbeid. Lazarus og Folkman (19) beskriver i tillegg sosiale ferdigheter som en viktig mestringsressurs. De beskriver at evnen til å kommunisere og interagere med andre på en sosialt akseptert måte øker sannsynligheten for problemløsning og samarbeid (19).

6.2 Å forholde seg rolig i krevende situasjoner

Erfaringsgrunnlaget blant jordmødrene var variert. Enkelte hadde jobbet ved fødeavdeling og hadde lang erfaring som jordmødre, mens andre ikke hadde like lang erfaring i yrket. Jordmødrene opplevde likevel utrygghet og uro i arbeidet i varierende grad, og de hadde en dyp respekt for fødsler utenfor institusjon. Samtlige av jordmødrene i vår studie beskrev at de til tross for følelse av utrygghet og indre uro likevel klarte å fremstå rolige og trygge utad i møte med kvinnen.

Flere av jordmødrene beskrev følelser som uro, engstelse og frykt. Disse følelsene ga seg utslag i fysiske reaksjoner som økt hjerterefrekvens, og at de følte at «adrenalinet pumpet». Få benyttet begrepet stress når de snakket om disse reaksjonene, men beskrev disse på en mer abstrakt måte, med uttrykk som «hjertet pumpa godt», og «da kjente jeg litt på det». Samtlige av jordmødrene i studien beskrev viktigheten av å skjule

det faktum at de følte seg usikre og urolige, for å ikke påføre fødekvinnen unødig bekymring. Dette underbygges av Lazarus og Folkman som en mestringsstrategi, hvor en forsøker å holde sine følelser skjult for å ikke la andre se hvor ille situasjonen oppleves (19).

En studie fra Taiwan (30) fant at den hyppigste årsaken til opplevelse av stress blant sykepleiere var truet pasientsikkerhet. En annen studie (31) undersøkte graden av stress blant sykepleiere ved sykehus. Studien (31) fant lave nivåer av opplevd stress hos informantene. Studien (31) konkluderte med at graden av opplevd stress påvirkes av antall års erfaring hos den enkelte sykepleier, da arbeidserfaring gir mer selvtillit i komplekse situasjoner, og en høyere grad av problemløsning (31).

De fleste jordmødrene opplevde at de klarte å forholde seg rolige i selve situasjonen, men at følelsen av adrenalin og en form for utmattelse kom først etter at situasjonen var overstått. Lazarus (18) beskriver lettelse som noe som kan følge enhver stressfølelse, når konsekvensene viser seg å være mindre enn fryktet. Lazarus mener at lettelsen vil innfinne seg nesten øyeblikkelig etter at man har funnet ut at det er mindre, eller ingen grunn til bekymring (18).

Flere av jordmødrene beskrev at de likte spenning i arbeidshverdagen, og trivdes godt når uventede ting skjedde, men at dette var helt avhengig av om de mestret situasjonen godt eller ikke. De fleste jordmødrene beskrev en følelse av lettelse dersom de følte at de hadde mestret situasjonen. Dette støttes av en studie fra Nederland (32) som fant at mestrings av uforutsette hendelser virket betryggende for jordmødrenes videre yrkesutøvelse (32). Noen av jordmødrene i vår studie påpekte at stressende situasjoner med følelse av mestrings bidro til en økt tro på egne vurderinger og ferdigheter. Flere av jordmødrene beskrev følelser som lykke og lettelse etter at barnet var forløst. Jordmødrene satt igjen med en god følelse når de hadde vurdert situasjonen riktig, og at de vurderingene som ble tatt var til det beste for mor og barn. Alle jordmødrene hospiterte ved fødeavdelinger, og ga uttrykk for at dette ga dem oppdatert kunnskap og trening på akutte situasjoner. Dette er et godt eksempel på det Lazarus beskriver som problemfokuseret mestringsfunksjon, som innebærer at man tilegner seg informasjon om hva som må gjøres, og foretar handlinger som endrer den problematiske relasjonen mellom person og miljø (18). Jordmødrene tilegnet seg informasjon om situasjonen og de handlinger som måtte iverksettes, og løste dette på en god måte, som igjen fører til opplevelse av mestrings. Lazarus beskriver lettelse som en følelse som oppstår fordi en negativ omstendighet endrer seg til det bedre, eller at en større trussel viser seg å ikke bli til noe (18). Lazarus skiller imidlertid mellom lettelse og lykke, som beskrives som en positiv sinnstilstand som frembringes i kraft av noe ønskelig, og ikke i form av opphør av angst eller en plage (18).

6.3 Trygghet i prosedyrer og retningslinjer

Å planlegge den forestående situasjonen var et tema alle informantene var opptatt av. Det ga dem trygghet å ha klart for seg hva de skulle gjøre dersom gitte situasjoner skulle oppstå underveis i forløpet. Å lage en handlingsplan som følges, beskrives av Lazarus og Folkman som en av mestringsfaktorene (Figur 1). Dette er en form for planlagt problemløsning (19).

Flere jordmødre nevnte spesifikt interne prosedyrer som en støtte. En av jordmødrene hadde alltid prosedyrene med seg i veska slik at hun lett kunne få tak i dem dersom det var behov. Dette er i samsvar med en studie som konkluderte med viktigheten av klare

retningslinjer og prosedyrer ved sykehus (30). En annen studie fant høy grad av planlagt problemløsning som mestringsstrategi blant sykepleiere på sykehus (31). Studien konkluderte med at når mestringsstrategien ble benyttet effektivt førte dette til lavere nivå av stress (31). Studien konkluderte med at når mestringsstrategien ble benyttet effektivt førte dette til lavere nivå av stress (31).

I følge Lazarus (18) vil det være den problemfokuserende mestringsstrategi som er fremtredende i situasjoner der stressbetingelsene vurderes som kontrollerbare (18).

Noen jordmødre i vår studie fremhevet troen på det normale, og at slike fødsler stort sett gikk bra. En av jordmødrene fremholdt en særlig sterk tro på dette, og at jordmor var til stede primært for å støtte mor i fødsel. Dette synet beskrives også i en norsk studie fra 2017, som undersøkte hvordan jordmødre fremmer normal fødsel ved planlagte hjemmefødsler (33). Studien konkluderte med at jordmødrene hadde en fundamental tro på at normal fødsel var en hendelse kvinnen var i stand til å håndtere (33). Flere av jordmødrene i vår studie beskrev troen på normal fødsel som en form for mestringsstrategi som ga dem trygghet i situasjonen. Dette er et godt eksempel på følelsesfokuserende mestringsstrategi, som beskrives i Lazarus som å forsøke å regulere følelsene som knytter seg til den stressende situasjonen ved å unngå å tenke på trusselen, eller revurdere den (18).

Mange av jordmødrene i vår studie syntes det var godt å ha mindre utstyr og hjelpemidler å forholde seg til i slike situasjoner, slik at fokuset var på kvinnen og hennes fødselsprosess. Flere studier (34, 35) peker på at det å ha mindre utstyr å forholde seg til gir jordmor større mulighet til å jobbe med kvinnen og i tråd med sin egen ideologi om normal fødsel (34, 35).

Jordmødrene beskrev at mulighetene for å intervensjonere i uplanlagte fødsler utenfor institusjon var få eller ingen. Noen av jordmødrene beskrev imidlertid situasjoner der de skulle ønske de hadde muligheter til å gjøre forskjellige tiltak i fødselen, og dette førte til stress fordi betingelsene var uforanderlige. Jordmødrene beskrev at den begrensede tilgangen på utstyr og ressurser gjorde at de kunne fokusere kun på de arbeidsoppgavene de hadde forutsetninger for å gjøre. Samtidig kan det betraktes som et paradoks at dette også kunne gjøre dem utrygge og medføre stress. Her vil det i henhold til Lazarus være den følelsesfokuserende mestringsstrategi som er gjeldende (18).

6.4 Vei, vær og kjøreforhold

Jordmødrene beskrev uforutsette faktorer som vær, føre og kjøreforhold som en del av hverdagen som preget dem i arbeidet. De opplevde dette som en del av jobben de ikke kunne kontrollere. Her vil det være den følelsesfokuserende funksjon som er gjeldende, det vil si en regulering av de følelsene som knytter seg til en stressende situasjon (18). I en slik situasjon vil en for eksempel unngå å tenke på trusselen, eller revurdere den (18). Flere av jordmødrene beskrev følelsen av uro og stress når de opplevde dårlig vær og føre, både for fødekvinnen og det ufødte barnet, men også for seg selv og sin egen helse og trygghet. Flere av jordmødrene beskrev utfordrende kjøreforhold som en tilleggsbelastning, og de opplevde et stort ansvar for å ivareta sin egen og kollegers trygghet. Funnene fra vår studie sammenfaller med funn fra en norsk studie fra 2004 (36) som presenterte en ny teori om hvordan stress påvirker kroppen. Teorien skiller mellom hjelpeløshet og håpløshet, hvor hjelpeløshet beskrives som en opplevelse av ingen sammenheng mellom hva individet kan foreta seg, og utfallet av situasjonen (36).

Dette er i tråd med funn fra vår studie, hvor jordmødrene beskrev en form for hjelpeløshet.

6.5 Personlige ressurser og egenskaper

Flere av jordmødrene beskrev avstanden til sykehus som problematisk, og noe de reflekterte en del over i situasjoner de opplevde som vanskelige. De kunne ofte tenke at de ønsket å få kvinnen raskt inn til sykehus, men avstand, vær og føre gjorde dette krevende.

En av jordmødrene beskrev sitt forhold til sykehus litt annerledes. Hun så ikke på dette som like utfordrende, og tenkte ikke at hun befant seg langt fra sykehus. Vedkommende beskrev at hun hadde vokst opp med lange avstander, og dermed hadde et annet syn på dette. Jordmoren beskrev seg selv som en optimistisk mennesketype, som ble motivert av utfordringer og akutte situasjoner, og opplevde liten grad av stress og uro i arbeidssituasjonen. Lazarus og Folkman (19) hevder at måten et menneske mestrer en situasjon på er avhengig av hvilke ressurser det enkelte individet innehar, og hvordan en er i stand til å benytte seg av disse ressursene i den enkelte truende situasjon eller hendelse. Lazarus og Folkman (19) beskriver positive ressurser som god helse, et positivt livssyn, evne til å løse problemer, sosiale ferdigheter, støtte, samt økonomiske og materielle ressurser. Lazarus (18) mener at vi er født med mange av disse ressursene, mens andre ressurser tilegner vi oss. Disse personvariablene har innvirkning på hvordan vi håndterer stress (18). Lazarus og Folkman (19) beskriver en optimistisk holdning som en veldig viktig psykologisk mestringsstrategi. De ser denne holdningen i sammenheng med håp, som bare kan eksistere dersom man tror at man kan endre utfallet i en situasjon (19).

6.6 En belastende vaktordning

Jordmødrene opplevde å ha beredskapsvakt som utfordrende. Noen av jordmødrene beskrev dårligere søvn når de hadde vakt, og en slags uro for hva som møtte dem når telefonen ringte og de måtte rykke ut. Flere av jordmødrene bekymret seg for at telefonen skulle ringe, og at de ikke skulle våkne når telefonen ringte.

Jordmødrene beskrev en belastning ved å jobbe til alle døgnets tider, da de ofte måtte på jobb dagen etter å ha hatt beredskapsvakt.

Dette støttes av flere studier som konkluderte med dårligere søvnkvalitet, samt redusert kognitiv kapasitet etter å ha hatt beredskapsvakt (37, 38)

Flere beskrev en belastning med tanke på egen familiesituasjon, og mange opplevde at de ofret mye ved å ha vakt, og ha beredskap døgnet rundt. Dette støttes av Lazarus (18) som beskriver sammenhengen mellom arbeidsstress og familiestress. Lazarus (18) mener at arbeidet ikke kan isoleres fra andre aspekter ved den enkelte arbeidstakers liv, og hvis en ikke ser på den totale belastningen hos et individ vil en ikke forstå det stress og følelser hvert enkelt menneske opplever. Lazarus beskriver arbeid og familie som de to viktigste kilder til stress i det moderne voksenliv (18). Lazarus og Folkman snakker om sosiale krav som kan føre til stress når kravene overgår personens egne ressurser, og peker spesifikt på familiestress hos kvinnelige arbeidstakere som også er omsorgspersoner (19).

I følge Lazarus vil familiesituasjon ha stor betydning for en arbeidstakers hverdag, ut fra den totale belastning de opplever (18). Noen av jordmødrene beskrev imidlertid at beredskap hadde blitt en form for livsstil, og at dette ikke hadde betydning for søvn, stressnivå og deres totale belastning. Dette kan igjen sees opp mot Lazarus og Folkmans teori om personlige ressurser for å mestre gitte stressende situasjoner (19).

6.7 Arbeidsforhold og ergonomi

Alle jordmødrene i vår studie beskrev utfordrende arbeidsforhold i ambulansen, og at dette medførte vanskelige ergonomiske arbeidsforhold. Jordmødrene beskrev også en krevende situasjon for fødekvinnen, som måtte ligge på en smal bære og ha smertefulle rier. De så på det som uhensiktsmessig og ufordelaktig for kvinnene å være fastspent uten mulighet for å bevege seg, men beskrev dette som eneste mulighet for å få kvinnene fraktet til sykehus på en forsvarlig måte. Dette sammenfaller med funn fra en norsk studie publisert i 2019 (15) som undersøkte ambulanspersonells opplevelser med uplanlagte fødsler utenfor institusjon. I denne studien (15) beskrev ambulanspersonalet ambulansen som trang og utfordrende å arbeide i, samtidig som man skulle sikre at mor og barn var fastspent under kjøring. Imidlertid beskrev de at ved å føde i ambulansen var de nærmere sykehus i tilfelle en akutt situasjon skulle oppstå (15).

Jordmødrene beskrev også en bekymring rundt egen helse og fysiske arbeidsforhold. En av jordmødrene beskrev at hun kjente det i hele kroppen etter en ambulansfødsel.

To ulike studier undersøkte ambulanspersonells fysiske arbeidsforhold (39, 40). Studiene viste at deltagerne opplevde fysiske plager og skader som følge av dårlige ergonomiske arbeidsforhold (39, 40).

Verdens helseorganisasjon (WHO) publiserte i 2022 i samarbeid med International Labour Organization en guide til nasjonale programmer for trygt arbeidsmiljø for helsepersonell (41). WHO peker på at helsepersonell, som har som mål å forbedre menneskers helse, også kan utvikle helseutfordringer på grunn av deres jobbsituasjon. Programmet har til hensikt å forebygge sykdom og skade som oppstår som følge av arbeidssituasjon. Dette gjelder både psykiske, fysiske og ergonomiske arbeidsforhold. Å sikre trygge arbeidsplasser innenfor helsesektoren bidrar ifølge WHO til å forbedre kvalitet innenfor helsesektoren, samt økt pasientsikkerhet, og ivaretagelse av helsearbeidere (41). Dette kan bidra til å belyse funn fra vår studie. WHO's arbeid med utvikling av et slikt nasjonalt program viser at ivaretagelse av helsepersonells arbeidsforhold er et viktig fokusområde, også internasjonalt.

I følge Lazarus (18) kan ikke arbeidet isoleres fra andre aspekter av den enkeltes liv. Det vil si at den psykiske, fysiske og ergonomiske arbeidsbelastningen vil påvirke jordmødrenes helse, og dermed også fritid.

6.8 Tillit til egne vurderinger

Alle jordmødrene i vår studie beskrev følelsen av å være alene med vurderinger og beslutninger som skulle tas. De opplevde at det var ensomt å stå langt unna sykehus med en fødekvinn, og skulle være den som tar vurderinger og iverksetter tiltak. I vår studie fant vi at mange av jordmødrene likevel beskrev stor tillit til egne vurderinger. Dette sammenfaller med funn fra en nederlandsk studie som undersøkte jordmødres opplevelser av traumatiske hendelser (32). Studien fant at jordmødrene hadde lært

å stole på sine erfaringsbaserte vurderinger (32). Dette er i tråd med en studie publisert i 2012 (42) som undersøkte sammenhengen mellom situasjonsbevissthet og klinisk beslutningstaking hos sykepleiere. Studien fant at situasjonsbevissthet var en essensiell ferdighet for alt helsepersonell for å mestre komplekse situasjoner hvor beslutninger skal tas raskt og under stressende forhold. Studien konkluderte med at økt situasjonsbevissthet kunne bidra til økt pasientsikkerhet (42).

Samtlige jordmødre i vår studie nevnte følelsen av å være alene om vurderinger, og en frykt for å ta feil avgjørelse. En jordmor la spesielt vekt på at hun var opptatt av at de avgjørelsene som ble tatt var riktige. En annen jordmor nevnte at hun tenkte på eventuelle etterspill hennes vurderinger kunne få. En dansk studie fra 2016 (43) undersøkte jordmødres og legers opplevelser med traumatiske fødsler. Studien fant at en stor del av jordmødrene og legene opplevde skyldfølelse som de måtte leve videre med. Studien fant også at de fleste informantene følte at den traumatiske situasjonen de hadde stått i hadde gjort dem til bedre jordmødre eller leger (43). Dette er i tråd med funn fra vår studie hvor flere av jordmødrene beskrev mestring etter hendelser de hadde opplevd som stressende og utfordrende. Lazarus (18) beskriver positiv revurdering som en mestringsfaktor som går ut på at man endres eller vokser i møte med hendelser man har mestret, og opplevelsen bidrar til at man blir et bedre og sterkere menneske (18).

6.9 Kollegastøtte og debrifing

Jordmødrene som ble intervjuet beskrev en stor trygghet og støtte i å søke veiledning og råd hos kolleger, og flere snakket om tryggheten ved å kunne ha kolleger ved fødeavdeling, eller gynekolog tilgjengelig i akutte situasjoner. Jordmødrene kontaktet fødeavdelingen dersom de stod i situasjoner de ikke hadde håndtert før, og de fleste opplevde at de fikk god veiledning og instruksjoner i hvordan de skulle håndtere situasjonen. En finsk studie fra 2018 fant at sosial støtte reduserte stress, økte følelsen av kontroll, forbedret den mentale helsen, og styrket profesjonsidentiteten (44). Studien viste at informantene oftest søkte støtte innen samme profesjon, men at de også søkte støtte hos andre yrkesgrupper som de samarbeidet med (44). Dette samsvarer med funn fra vår studie, da jordmødrene oppga at de også henvendte seg til andre yrkesgrupper. Jordmødrene hadde stor tillit til sine kolleger i ambulansen, og så på dem som en trygg og kunnskapsrik samarbeidspartner. De opplevde imidlertid at ambulanspersonellet så på jordmor som overordnet, og at hun delegerte oppgaver videre til dem. Dette underbygges av en norsk studie publisert i 2019 (15) hvor ambulanspersonellet beskrev seg selv som uerfarne med å assistere fødende kvinner, og hadde stor tiltro til jordmors rolle og kompetanse (15). Studien fant videre at ambulanspersonellet beskrev jordmors tilgjengelighet og rolle som svært viktig for pasientsikkerheten (15). De fleste jordmødrene i vår studie beskrev også en stor tiltro til ambulanspersonellet når det gjaldt ivaretagelse av nyfødte barn, og fant støtte i vissheten om deres høye kunnskapsnivå, som igjen beskriver det tverrfaglige tillitsforholdet og samarbeidet mellom yrkesgruppene.

Samtlige jordmødre i vår studie påpekte betydningen av debrifing. En norsk studie fra 2020 viste at det finnes forskjellige former for lederstyrt debrifing (45). Studien kom frem til at proaktive ledere som har en plan for hvordan man håndterer kritiske hendelser sørget for at jordmødrene fikk den oppfølgingen de hadde behov for (45).

Alle jordmødrene i vår studie fremholdt kolleger som en svært viktig del av bearbeidingsprosessen etter ulike hendelser. Dette støttes av en studie gjort i 2018 (32) som fant at jordmødre hadde større sannsynlighet for å dele opplevelsen med jordmorkolleger enn venner og familie, da forståelsen for hva man hadde opplevd var større blant kolleger. Hele 82 % snakket med kolleger etter hendelsen, mens kun 11 % benyttet seg av samtale med leder (32).

En annen studie påpekte viktigheten av kollegial støtte for jordmødres håndtering av stressende og traumatiske hendelser (46). Flere jordmødre i vår studie beskrev at de kunne ringe jordmorkolleger de hadde tiltro til, også midt på natten. Lazarus og Folkman (19) beskriver sosial støtte som en mestringsstrategi som kan fungere som en slags buffer for stress, og kan bidra til å forebygge stress ved å få traumatiske opplevelser til å virke mindre betydningsfullt, eller ved å fremme verdifulle ressurser for mestring når stressende situasjoner oppstår (19).

7 Avslutning og konklusjon

Gjennom vår studie fant vi at jordmødrene opplevde uplanlagte fødsler utenfor institusjon som utfordrende, både fysisk, psykisk og ergonomisk. De beskrev følelser som uro og utrygghet, men også mestring, lykkefølelse, og glede over å få ta del i en stor hendelse i parets liv. Jordmødrene var glade i jobben sin, og flere beskrev det som «verdens beste yrke».

Studien viste at de fleste jordmødrene jobbet for å ivareta og fremme normal fødsel. Jordmødrene benyttet handlingsplaner og prosedyrer aktivt, og fant trygghet i disse. De fleste jordmødrene beskrev seg selv som mennesketyper som likte det uforutsigbare og akutte, og at det var en faktor som bidro til at man kunne trives med en slik arbeidshverdag.

Jordmødrene opplevde ulik grad av stress. Enkelte ble stresset av uforutsette faktorer som vær, mens andre opplevde risikotenking som en kilde til stress. Jordmødrene beskrev følelsen av å stå alene i vurderingene som det mest utfordrende med yrket. Noen fryktet konsekvenser i etterkant.

Jordmødrene følte ansvaret som tyngende. Vaktordningen medførte stor inngripen i deres fritid og familieliv.

Studiens funn setter søkelyset på viktigheten av kollegial og sosial støtte og debrifing for å kunne stå i beredskapsyrker. Funn fra studien viser også betydningen av ivaretagelse av arbeidstaker ved arbeidsplassen. Gode rutiner for oppfølging av personale fremstår som viktig.

Funn fra studien peker på faktorer som kan ha innvirkning på jordmødrenes fysiske og psykiske helse. Vi mener studien er viktig for å rette oppmerksomheten mot den belastning det medfører for den enkelte arbeidstaker å ha følge- og beredskapstjeneste, sett fra et arbeidsmiljøperspektiv.

Vår studie viser at systematisk debrifing og oppfølging fra arbeidsgiver er avgjørende for at jordmødre skal kunne stå i yrket over tid. Med bakgrunn i dette mener vi at ytterligere forskning på debrifing og ivaretagelse av arbeidstakere innenfor helsesektoren er nødvendig.

Referanser

1. Medisinsk Fødselsregister. Medisinsk Fødselsregister Statistikkbank Oslo: Folkehelseinstituttet 2021 [cited 26.01 26.01]. Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>.
2. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen Oslo: Helsedirektoratet; 2010 [cited 2022 26.01]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/>
3. Lov om Helsepersonell (Helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64 1999 [cited 2022 27.01]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
4. Lov om Specialisthelsetjenesten (Specialisthelsetjenesteloven) LOV-1999-07-02-61 1999 [cited 2022 01.02]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.
5. Lov om Pasient og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven) LOV 1999-07-02-63 1999 [cited 2022 01.02]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>.
6. International Confederation of Midwives. Position Statement: Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period Vienna: International Confederation of Midwives 2002 [cited 2021 08.09]. Available from: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-appropriate-maternity-services-for-normal-pregnancy.pdf.pdf>.
7. Den Norske Jordmorforening. Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre Oslo Den Norske Jordmorforening 2016 [cited 2022 26.01]. Available from: <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>.
8. Egenberg S, Puntervoll SA, Øian P. Prehospital fødselsomsorg i Norge Tidsskr Nor Legeforen. 2011(131):2347-51.
9. Gunnarsson B, Fasting S, Skogvoll E, Smáráson AK, Salvesen K. Why babies die in unplanned out-of-institution births: an enquiry into perinatal deaths in Norway 1999-2013. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96(3):326-33.
10. Engjom HM, Morken NH, Høydahl E, Norheim OF, Klungsøyr K. Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(2):210.e1-.e12.
11. Engjom HM, Morken NH, Norheim OF, Klungsøyr K. Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. Bjog. 2014;121(3):290-9.
12. Erlandsson K, Lustig H, Lindgren H. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden - a phenomenological description. Sex Reprod Healthc. 2015;6(4):226-9.
13. Flanagan B, Lord B, Reed R, Crimmins G. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in paramedic care. BMC Emerg Med. 2019;19(1):54.

14. Jarneid H, Gjestad K, Røseth I, Dahl B. Fathers' Experiences of Being Present at an Unplanned Out-of-Hospital Birth: A Qualitative Study. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:1235-44.
15. Vagle H, Haukeland GT, Dahl B, Aasheim V, Vik ES. Emergency medical technicians' experiences with unplanned births outside institutions: A qualitative interview study. *Nurs Open.* 2019;6(4):1542-50.
16. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* Oslo: Universitetsforlaget 2017.
17. Aadland E. *Og eg ser på deg: Vitenskapsteori i Helse og Sosialfag.* Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
18. Lazarus R. *Stress og Følelser- En ny syntese.* København: Akademisk Forlag 2006.
19. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping* New York Springer Publishing Company Inc. ; 1984.
20. Giorgi A. *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology. A modified Husserlian Approach* Duquesne: Duquesne University Press 2009.
21. Giorgi A. The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology* . 1997;28.
22. Thoresen L, Rugseth G, Bondevik H. *Fenomenologi i helsefaglig forskning.* Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
23. Norsk Senter for forskningsdata. Fyll ut meldeskjema for personopplysninger Norsk Senter for forskningsdata 2021 [cited 2022 27.01]. Available from: www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger.
24. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju* Oslo: Gyldendal Akademisk 2009.
25. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health.* 2012;40(8):795-805.
26. Malterud K. Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health.* 2016;44(2):120-9.
27. Borrelli SE, Spiby H, Walsh D. The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery.* 2016;39:103-11.
28. Mirzaee F, Dehghan M. A Model of Trust within the Mother-Midwife Relationship: A Grounded Theory Approach. *Obstetrics and Gynecology International.* 2020;2020:9185313.
29. Sigurdardottir VL, Gamble J, Gudmundsdottir B, Kristjansdottir H, Sveinsdottir H, Gottfredsdottir H. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women Birth.* 2017;30(6):450-9.
30. Chen CK, Lin C, Wang SH, Hou TH. A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *J Nurs Res.* 2009;17(3):199-211.

31. Guido Lda, Linch GFdC, Pitthan LdO, Umann J. Stress, coping and health conditions of hospital nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:1434-9.
32. Fontein-Kuipers Y, Duivis H, Schamper V, Schmitz V, Stam A, Koster D. Reports of work-related traumatic events: A mixed-methods study. *European Journal of Midwifery*. 2018;2(December).
33. Aune I, Hoston MA, Kolshus NJ, Larsen CEG. Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery*. 2017;50:21-6.
34. Aune I, Amundsen HH, Skaget Aas LC. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*. 2014;30(1):89-95.
35. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*. 2004;20(3):261-72.
36. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29(5):567-92.
37. Sprajcer M, Jay SM, Vincent GE, Vakulin A, Lack L, Ferguson SA. How the chance of missing the alarm during an on-call shift affects pre-bed anxiety, sleep and next day cognitive performance. *Biol Psychol*. 2018;137:133-9.
38. Ziebertz CM, Beckers DGJ, Van Hooff MLM, Kompier MAJ, Geurts SAE. The effect on sleep of being on-call: an experimental field study. *J Sleep Res*. 2017;26(6):809-15.
39. Bęczkowska S, Grabarek I, Pilip S, Szpakowski L, Gałązkowski R. Road ambulances: working conditions of paramedics - pilot studies. *Int J Occup Med Environ Health*. 2020;33(1):91-105.
40. Gilad I, Byran E. Ergonomic evaluation of the ambulance interior to reduce paramedic discomfort and posture stress. *Hum Factors*. 2007;49(6):1019-32.
41. Organization WH. Caring for those who care: Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers: World Health Organization; 2022 [cited 2022 02.03.2022]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040779>.
42. Stubbings L, Chaboyer W, McMurray A. Nurses' use of situation awareness in decision-making: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2012;68(7):1443-53.
43. Schrøder K, Jørgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC. Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(7):735-45.
44. Mikkola L, Suutala E, Parviainen H. Social support in the workplace for physicians in specialization training. *Med Educ Online*. 2018;23(1):1435114.
45. Christoffersen L, Teigen J, Rønningstad C. Following-up midwives after adverse incidents: How front-line management practices help second victims. *Midwifery*. 2020;85:102669.

46. Halperin O, Goldblatt H, Noble A, Raz I, Zvulunov I, Liebergall Wischnitzer M. Stressful childbirth situations: a qualitative study of midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2011;56(4):388-94.

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Født i full fart"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge jordmødres opplevelser av uplanlagte fødsler utenfor institusjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan jordmødre opplever å fysisk bistå ved uplanlagte fødsler utenfor institusjon, og hvilke tanker jordmødre gjør seg etter å ha bistått ved slike fødsler. Vi ønsker å intervju jordmødre som har erfaring med slike fødsler. Prosjektet er en del av en Masteroppgave ved Master i Jordmorfag ved NTNU, og er en kvalitativ studie basert på semistrukturerte dybdeintervju.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU, Institutt for klinisk og molekylær medisin er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Denne henvendelsen sendes ut til deg fordi vi ønsker å undersøke hvilke opplevelser du som jordmor har etter å ha bistått ved uplanlagte fødsler utenfor institusjon. Med institusjon menes sykehus eller fødestue. Inklusjonskriteriene for deltagelse i studien er jordmødre som har mer enn to års erfaring, og som har erfaring med slike fødsler i løpet av de siste ti år.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet vil du bli invitert til et personlig intervju med varighet rundt 45 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd for deretter å bli transkribert og lagret som tekst. Ingen navn eller andre personalia vil bli inkludert, kun din stemme på lydbånd. Om nødvendig for helheten vil det i oppgaven benyttes fiktive navn på jordmor og evt. pasienter.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- *Opplysningene vil kun være tilgjengelig for to masterstudenter, samt studieveileder ved NTNU.* Transkriberingen vil gjennomføres av masterstudentene som er ansvarlige for prosjektet.
- Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Deltakerne anonymiseres og gis pseudonymer i oppgaven, og vil ikke kunne gjenkjennes hverken i oppgaven, eller i eventuell publisering.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lyddopptakene vil bli oppbevart sikkert, og vil bli slettet etter utført studie, senest 31.12.2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

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

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

- NTNU ved [REDACTED]
- Vårt personvernombud: *Thomas Helgesen, direktør organisasjon, NTNU.*
thomas.helgesen@ntnu.no

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

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

Med vennlig hilsen

██████████

(Forsker/veileder)

██

(Masterstudent)

(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*født i full fart*", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i personlig intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE

Bakgrunnsspørsmål

- Jobberfaring som jordmor? (Antall år, hvor har du jobbet)
 - Evt. antall år i følgetjeneste?
 - Alder
 - Hvor mange fødende årlig i kommunen
 - Hvordan er følgetjenesten organisert?
-
- **Kan du fortelle litt om dine opplevelser rundt uplanlagte fødsler utenfor institusjon?**
 - **Kan du fortelle om en spesifikk situasjon?**
 - Hvordan opplevde du dette?
 - Hva opplevde du som utfordrende i denne situasjonen?
 - Føler du at du kunne ha håndtert situasjonen annerledes?
 - Hva gjorde du i situasjonen som var bra?
 - Hva gjorde dette med deg?
 - Kan du fortelle litt mer om dette?
 - **Hvilke tanker gjør du deg når du skjønner at kvinnen kommer til å føde utenfor sykehus?**
 - Hvordan vil du beskrive måten du håndterer uforutsette hendelser på?
 - **Hvilke tanker/opplevelser gjør du deg i etterkant av en slik hendelse?**
 - **Hvordan opplever du at debrifing og oppfølging i etterkant fungerer?**

Vedlegg 3

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

598548

Prosjekttittel

"Født i full fart"

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for klinisk og molekylær medisin

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

[REDACTED]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

[REDACTED]

Prosjektperiode

16.08.2021 - 25.03.2022

Vurdering (1) 08.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 08.07.2021 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter/elever/brukere.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

