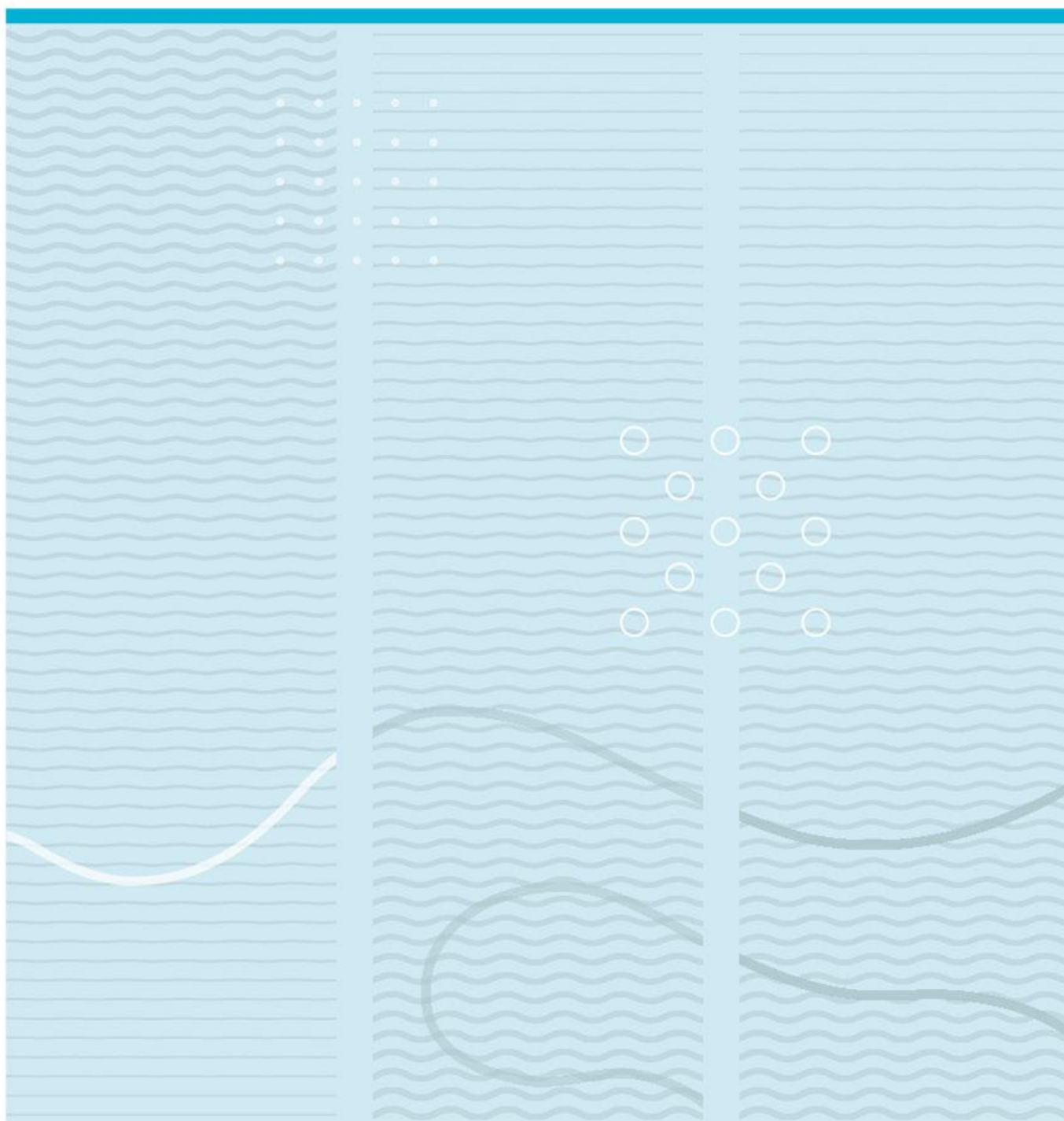


Kandidatnr 6005 og 6030

«Å sette læren ut i livet»

Jordmødres erfaringer med å fremme normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet.

En kvalitativ studie.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse – og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie – og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Studentnr 106513 og 884292

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng.

Forord

Interessen for den normale fødselen hadde vi med oss da vi startet på jordmorstudiet, og den ble ikke mindre underveis i studieforløpet. Arbeidet med masteroppgaven har i perioder vært preget av både langsom fremgang, feilinnstilling og frykt for intervensjoner. Men det viste seg at det vi trengte var tålmodighet, trygg veiledning og god informasjon underveis. På denne måten fikk vi økt kunnskap og tillit til egne skrivekrefter. Arbeidet har i perioder vært intensivt og det har krevd mye arbeid. Vi er takknemlige for å endelig være i mål.

Tusen takk til de flotte jordmødrene som stilte opp! Dere har vært en stor inspirasjon gjennom prosessen.

En stor takk til veilederne våre, Bente Dahl og Hannah Elisabet Fonkalsrud, for kunnskapsrik og effektiv hjelp.

Til slutt må vi takke familiene våre, og spesielt barna, for tålmodig støtte og oppmuntring, og for at dere har holdt hjulene i gang på hjemmebane.

Asker og Tjøme, april 2022

Innhold

Forord	2
Innhold	3

Del 1 - Artikkel

Jordmødres erfaringer med å ivareta normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet.

En kvalitativ studie.	6
Abstract	7
Introduksjon	8
Metode	9
Resultater	13
Referanser	20

Del 2 - Fordypningsdel

1 Introduksjon til fordypningsdel	27
1.1 Artikkelsammendrag.....	27
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	28
2 Metode og metodediskusjon	29
2.1 Forforståelse.....	29
2.1.1 Gyldighet.....	29
2.1.2 Pålitelighet.....	30
2.1.3 Overførbarhet.....	31
3 Teoretisk bakgrunn	32
3.1 Gunnhild Blåka- det tradisjonelle i møte med det moderne.....	32
3.2 Nicky Leap - kvinnesentrert omsorg.....	32
4 Resultatdiskusjon	34
5 Konklusjon	39
5.1 Kliniske implikasjoner.....	39
Referanser	40
Vedlegg 1: Godkjenning NSD	45
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	48
Vedlegg 3: Forfatterveiledning	51

Antall ord artikkel: 3960

Antall ord fordypning: 4513

Del 1
Artikkel

Jordmødres erfaringer med å ivareta normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet. En kvalitativ studie.

Løpetittel: Erfaringer med ivaretagelse av normal fødsel

Forfattere:

Liv Remvik-Larsen, sykepleier, jordmorstudent

Email: livremlar@gmail.com

Universitetet i Sørøst - Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Pb 235, N-3603 Kongsberg, Norway

Anne Marte Wahl Gran, sykepleier, jordmorstudent

Email: marte.wg@gmail.com

Universitetet i Sørøst - Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Pb 235, N-3603 Kongsberg, Norway

Korresponderende forfatter:

Bente Dahl, Professor

Email: bente.dahl@usn.no

Universitetet i Sørøst - Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Pb 235, N-3603 Kongsberg, Norway

Abstract

Introduction: The advancement of technology has led to increased medicalization of childbirths. Normal birth has significant benefits for mothers and infants, still normal birth is in decline. Midwives have a pivotal role in promoting normal birth and positive outcomes are seen in births led by a midwife. The purpose of the study is to gain a deeper understanding of midwives' experience facilitating normal birth in a midwifery unit.

Methods: The study has a qualitative design. It was conducted in 2022 and included semi-structured interviews with 7 midwives living throughout Norway. They were all working, or had experience from work, in midwifery units. The data material was analysed using systematic text condensation.

Results: The analysis resulted in three themes. The first theme was the relational interaction, related to feeling safe, continuity and the environment. The second theme concerned midwifery practical and intuitive skills. The third theme related to believing the woman's ability to give birth and the midwife's confidence in normal birth regarding autonomy and a common ideology.

Conclusions: The study points to several elements which may help promote normal birth in midwifery units. Relationships, midwifery skills and confidence in normal births, in a supportive collegial environment which empower midwife autonomy, are prominent factors. The elements were seen by the subjects as central to their ability to promote normal births in midwifery units, and limitations to the same a challenge when working in larger more technology-oriented units.

Keywords: Normal birth, midwifery unit, midwife, experience, qualitative method, systematic text condensation.

Introduksjon

Normal fødsel har flere positive konsekvenser for både mor og barn, som for eksempel en bedret fødselsopplevelse for mor, tidligere etablert amming og bedre tilknytning mellom mor og barn [1-3]. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer normal fødsel som: «... spontan i sin start, lavrisiko ved start og fortsatt lavrisiko til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodeinnstilling mellom 37 og 42 fullgåtte svangerskapsuker. Etter fødselen er både morens og barnets tilstand gode» [4, s. 4]. Bruk av medisinsk teknologi innenfor fødselsomsorgen har ført til at friske kvinner som forventer en normal fødsel, i stor grad opplever intervensjoner i fødselen [5-7]. Intervensjoner som gjøres rutinemessig eller uten indikasjon, kan i verste fall føre til uheldige utfall for mor og barn [5, 8].

I Norge er anbefalingene at omsorgen for gravide skal være kontinuerlig og differensiert [9]. Differensieringen skal sikre at kvinners behov for et variert fødetilbud ivaretas, og er basert på seleksjon ut fra en risikovurdering etter gitte kriterier og kvinnens ønsker [10]. Fødeinstitusjonene er inndelt i tre nivå etter risiko hos den fødende. Kvinneklinner og fødeavdelinger skal i tillegg til å gi et tilbud til kvinner med lav risiko, ivareta omsorgen for kvinner med høy og middels risiko for komplikasjoner. Fødestuene og jordmorstyrte enheter tilknyttet sykehus gir et tilbud til kvinner med lav risiko. Norsk fødselsomsorg er av høy kvalitet i internasjonal sammenheng, men det er likevel behov for forbedringer [10]. Tall fra 2020 viser at 27,3 % av fødslene ble induisert, 47,3 % av førstegangsfødende og 9,7 % av flergangsfødende, fikk riene stimulert med kunstig oksytocin, mens 50,1 % av kvinnene fikk epidural eller spinal under fødselen [11].

En helhetlig omsorg innenfor svangerskap, fødsel og barsel skal være i samsvar med WHO sine prinsipper for fødselsomsorgen. Blant annet skal omsorgen for normale fødsler være demedikalisert og basert på hensiktsmessig og nødvendig teknologi [12]. Jordmor har en avgjørende rolle i å fremme den normale fødselen; hun evner å ivareta den fysiologiske fødselsprosessen og å begrense unødvendige intervensjoner, samtidig som hun har en helhetlig omsorg for fødekvinnen [13-15]. Likevel kan jordmor oppleve det som utfordrende å fremme den normale fødselen i en høyteknologisk fødeavdeling [16,17], noe som begrunnes blant annet i manglende kunnskapsbasert praksis, et overstyrende fokus på prosedyrer, og seleksjonskriterier og teknologi som erstatter bruk av jordmorferdigheter. En systematisk oversikt fra 2021 viser at bortfall av jordmorkunnskap - og ferdigheter, er en av barrierene for implementeringen av en fysiologisk tilnærming til fødsel [18].

Det finnes få studier på jordmors erfaringer med å fremme normal fødsel. Vi ønsker med denne studien å få større innsikt i hvilke erfaringer jordmor i fødestue og jordmorstyrte enheter har med å ivareta den normale fødselen.

Metode

Studien har et kvalitativt design, da hensikten med studien er å få forståelse for karakteristiske egenskaper og kvaliteter ved jordmødres erfaringer med å ivareta normal fødsel [19].

Rekruttering og utvalg

Vi rekrutterte et tilgjengelighetsutvalg [19] ved å poste innlegg med informasjon om studien på Facebook-sidene «Jordmødre i Norge» og «Hjemmefødsel i Norge». I tillegg hadde vi telefonkontakt med flere fødestuer, og sendte deretter epost med informasjonsskriv.

Inklusjonskriteriene var at jordmødrene hadde nåværende eller tidligere erfaring med arbeid i fødestue eller jordmorstyrt enhet. 8 jordmødre meldte sin interesse for å delta, én av disse trakk seg. Tre av jordmødrene arbeidet ved jordmorstyrt enhet tilknyttet sykehus, og tre ved frittstående fødestuer. Én av jordmødrene jobbet ved fødeavdeling, men ble inkludert på grunn av 33 års erfaring fra fødestue. Seks av jordmødrene hadde tidligere erfaring fra fødeavdeling. Alle jordmødrene var over 45 år, og samtlige er aktive yrkesutøvere med 20 - 40 års erfaring som jordmor. Den geografiske spredningen var fra Nord-Norge til Østlandet. Jordmødrene er anonymisert med fiktive navn.

Datainnsamling

Semistrukturerte individuelle intervju ble gjennomført for å innhente data. Seks av intervjuene har forfatterne gjort sammen, det siste gjorde én av forfatterne. Intervjuene ble gjennomført i perioden januar til februar 2022 og de hadde en varighet på 40 – 75 minutter. Fem av intervjuene foregikk digitalt, via Zoom. To av intervjuene foregikk fysisk, henholdsvis på et offentlig bibliotek og hjemme hos en informant. En intervjuguide (tabell 1) ble utarbeidet med et fenomenologisk perspektiv på forskningsintervjuet [20]. Denne besto av fire åpne spørsmål knyttet til studiens hensikt. Informantene snakket fritt omkring hovedtemaene og det ble stilt oppfølgingsspørsmål ved behov.

Tabell 1: Intervjuguide (7 norske jordmødres erfaringer med å ivareta normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet i 2022)

Introduksjonsspørsmål. Her var hensikten å få frem spontane assosiasjoner, “å sette tonen” for intervjuet.
<ul style="list-style-type: none">• Hva tenker du når du hører “normal fødsel” - hva betyr det for deg?
Inngående spørsmål. Her ønsket vi mer konkrete eksempler for å kunne utforske begrepet og erfaringer.
<ul style="list-style-type: none">• Kan du fortelle oss om en situasjon hvor du opplevde at du fremmet og bevarte den normale fødselen på en god måte?• Kan du utdype hvordan du vil håndtere for eksempel en langsom fremgang?
Direkte spørsmål. Informanten ble oppfordret til refleksjon rundt arbeidsplass og egen yrkesutførelse.
<ul style="list-style-type: none">• Hva vil du si at å arbeide ved jordmorstyrt enhet gir deg tilbake som jordmor?• Hva vil du si er de største utfordringene ved å jobbe ved jordmorstyrt enhet?

Analyse

Intervjuene ble tatt opp via Diktafon (app) og ble transkribert ordrett etter hvert intervju. Forfatterne transkriberte tre intervju hver, det siste intervjuet transkriberte forfatteren som ikke var med på intervjuet. Den transkriberte teksten ble analysert av begge forfattere ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC), en tverrgående tematisk analysemetode utviklet av Malterud [19]. Metoden består av fire trinn, og har som mål å belyse egenskaper som kan utfordre eller nyansere

det eksisterende kunnskapsfeltet. I det første trinnet leste forfatterne gjennom den transkriberte teksten for å få et helhetsbilde og for å få inntrykk av foreløpige temaer i teksten, som for eksempel fødselsforberedelse, tid og hormoner. Andre trinn bestod av en systematisk gjennomgang av teksten, hvor vi linje for linje identifiserte meningsbærende enheter som sa noe om problemstillingen. Disse meningsbærende enhetene ble sortert i kodegrupper. I neste trinn tok vi for oss en og en kodegruppe, hvorpå vi organiserte innholdet i hver enkelt kodegruppe i forskjellige subgrupper, som alle belyste ulike sider av tema. Innholdet i hver subgruppe ble omskrevet til kondensater, med hensikt å sammenfatte og å gjengi innholdet i de aktuelle subgruppene [19]. I analysens fjerde trinn ble materialet omformulert til analytisk tekst. Analysen resulterte i tre resultat kategorier. Dekkende sitater er inkludert for å best mulig illustrere hver av kategoriene. Kodegrupper og subgrupper er vist i tabell 2, og eksempel fra analyseprosessen i tabell 3.

Tabell 2: Oversikt over kodegrupper og subgrupper (7 norske jordmødres erfaringer med å ivareta normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet i 2022)

Kodegrupper	Subgrupper
Relasjonelt samspill	Betydningen av å føle seg trygg og ivaretatt Kontinuitet/Å være kjent Miljø og omgivelser; føderommet
Praktiske og intuitive jordmorferdigheter	Å bruke seg selv som verktøy Ivaretagelse av basale behov/konkrete tiltak
Tillit og autonomi	Betydningen av tillit til fødsel som fysiologisk prosess Autonomi Felles ideologi/kollegial støtte

Tabell 3: Eksempel på analyseprosessen (7 norske jordmødres erfaringer med å ivareta normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet i 2022)

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Resultat-kategori
<p>“Det viktigste er at kvinnen føler seg trygg. Så må jeg sørge for at hun føler seg trygg da. Og bli litt kjent med henne i forhold til hva hun ønsker og trenger.” Grethe</p> <p>«Bare det å invitere paret inn på en fødestue som du kan stå inne for er nydelig og koselig, bare der kan du liksom cashe inn mange prosent, med dempet lys og fine farger på veggene. Altså, det er hjemlig i utgangspunktet. Dette er et sted de har lyst til å være.» Anne</p> <p>“Jeg tror jo at mye av cluet i det her, er jo faktisk det at vi følger alle de gravide i kommunene her i svangerskapet.» Marit</p> <p>“Også er vi mye til stede, vi har jo muligheten til det. Og går vi ut av rommet, så er vi i nærheten.” Ingrid</p>	<p>Relasjon</p>	<p>Å føle seg trygg og ivaretatt</p> <p>Kontinuitet</p> <p>Miljø og omgivelser</p>	<p>Relasjonelt samspill; trygghet, kontinuitet og miljø</p>

Etikk

Prosjektet er utført i henhold til Helsinkideklarasjonens retningslinjer [21], og er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, ref.: 431412). Datamaterialet ble behandlet konfidensielt, i tråd med Retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskningsprosjekt ved Universitetet i Sørøst-Norge [22]. I forkant av intervjuene fikk deltakerne tilsendt et informasjonsskriv. Deltakerne ble informert om at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid kan trekke seg fra prosjektet uten at det ville få konsekvenser. Samtykke til å delta ble gitt skriftlig eller ved å godkjenne deltakelse i Zoom- møte. Anonymisering er ivaretatt ved at informantene har fiktive navn.

Resultater

Analysen resulterte i tre resultat kategorier. Den første omhandlet det relasjonelle aspektet og betydningen av en trygg relasjon mellom jordmor og kvinnen. Den andre omhandlet jordmors praktiske og intuitive ferdigheter, og den tredje omhandlet autonomi og viktigheten av en felles, kollegial tro på den fysiologiske fødselsprosessen.

Relasjonelt samspill - trygghet, kontinuitet og miljø

Jordmødrene understreket alle viktigheten av å oppnå en god relasjon med fødekvinnen. Dersom kvinnene følte seg trygge under fødselen og det ble etablert en nærhet mellom jordmor og kvinnen, bidro dette til at kvinnen ville få en bedre fødselsopplevelse. Mange la vekt på viktigheten av å være til stede, uten å forstyrre, slik at kvinnen kunne få gå i “boblen” sin. En jordmor fortalte hvordan de nærmest umerkelig overlappet hverandre i et vaktskifte, uten voldsom banking på dører eller forstyrrende elementer. Flere snakket om fordelene med at kvinnene skrev fødebrev. Brevet skal illustrere hva som er viktig for kvinnen under fødselen og hva hun trenger for å føle seg trygg og ivaretatt. For jordmor kunne dette være en snarvei inn i relasjonen.

Det første jeg tenker, som jeg alltid har med meg i bakhodet mitt, er hva kan jeg som jordmor gjøre for at denne kvinnen skal føle seg trygg og ivaretatt? Hvordan kan jeg legge til rette for at hun kan få lov til å være den hun er når hun skal føde sitt barn, og at hun så langt som det lar seg gjøre blir møtt på det hun trenger og ønsker? Da må jeg tune inn på denne damen, på fødedamen. (Hilde)

Et fellestrekk hos jordmødrene var at de alle vektla ivaretagelse av kontinuitet. Det at kvinnen var kjent med jordmor og kjent i avdelingen, bidro til opplevelsen av trygghet og kunne øke motivasjonen i forkant av og under fødselen. Flere anerkjente at dette ikke handlet om dem personlig, men det faktum at det allerede var en etablert relasjon. Dette var ifølge jordmødrene en viktig faktor for å ivareta normal fødsel. I den etablerte relasjonen lå også kunnskapen om den enkelte kvinnen; hva bor i henne, hvilke ressurser har hun og hvor går de personlige grensene hennes.

Er vi heldige, så er det mange av damene som har gått til kontroll hos akkurat meg. Så da har vi jo ivaretatt kontinuiteten. Så trygghet og tillit er liksom i boks fra starten av. (Anne)

Miljøet ble trukket frem som viktig i arbeidet med å ivareta den normale fødselen. Flere informanter beskrev detaljert og engasjert om omgivelsene de inviterer fødekvinne inn i. Det å invitere fødende inn i et rom der man selv trives, med fine farger, dempet belysning, rolig og trygg stemning, er med på å fremme normal fødsel. Jordmødrene snakket også om viktigheten av å ha nok plass til å bevege seg på, hvor de kunne ta i bruk badekar, fødeballer, matter og dobbeltseng. En jordmor fortalte om hvordan kvinner som tidligere hadde født i tradisjonell fødeavdeling, opplevde at de senket skuldrene og ble tryggere på fødestuen. Her var ledninger og teknologisk utstyr fraværende, og jordmora hadde tid og var til stede.

Så bare det at jeg kan tilby en fødestue som jeg kan stå inne for er nydelig og koselig, gjør at jeg føler at jeg har fremmet den normale fødselen et godt stykke på vei (Anne).

Jordmor i hånden, i hjertet og i hodet

Jordmødrene beskrev faget sitt, og sine praktiske ferdigheter, med et levende engasjement. Flere omtalte det å være jordmor som en kunstform, et håndverk, eller et talent. Alle kan lære seg tekniske ferdigheter og prosedyrer, men det er ikke det alene som gjør en jordmor faglig god. Noen beskrev en nærmest en intuitiv ferdighet som er vanskelig å konkretisere; det "å bruke seg selv" til å lese kvinnen, partner og atmosfæren i føderommet.

Jeg hører hvordan folk puster, og jeg hører når riene starter og stopper og jeg ser hvordan kvinnen beveger seg, sånn at det er mitt viktigste instrument. Jeg trenger ikke å lytte så mye på denne fosterlyden når jeg vet at hun har gode pauser mellom riene. For da vet jeg at denne babyen får i seg oksygen imellom. (Grethe)

Samtlige jordmødre beskrev en ro og tilstedeværelse som står i sterk kontrast til det høye tempoet i en høyteknologisk fødeavdeling. Flere fremhevet en balansegang mellom en nærmest umerkelig tilstedeværelse og stor handlekraft når det kreves. Erfaring med normal fødsel i klinisk praksis gjennom mange år, hadde gitt dem en trygghet på at de ville oppdage eventuelle avvik fra normalen. Flere forklarte at i deres selvstendige arbeid lå også en konstant bevissthet om sårbarheten ved uønskede hendelser. Evnen til å tenke i forkant var, ifølge dem, en forutsetning for å sikre forsvarlighet. Kvinnene ble overflyttet til fødeavdeling dersom hun uttrykte ønske om det selv, eller ved behov for medisinske intervensjoner.

Vi står aldri i situasjoner hvis vi blir usikre. Hvis jordmor sin magefølelse sier at dette ikke er bra, så overflytter vi. Men, nei vi holder ikke damene lenger her, i håp om å pine dem til fødsel. Og mister hun motet, og jordmor begynner å miste motet, så er det jo en dårlig sirkel. (Ingrid)

Jordmødrene beskrev hvordan de la til rette for å spille på lag med kvinnekroppens iboende ressurser og naturlige hormonproduksjon. Det er viktig at kvinnen får nok tid, at hun føler seg trygg og at kroppens reservelagre kan fylles med væske og næring. Hvilke tiltak som settes i gang når, er avhengig av hvor i forløpet kvinnen er. Flere av jordmødrene sammenliknet fødsel med ekstremsport eller å være i krig, der de basale behov skal være dekket for et godt utfall. Alle trakk frem viktigheten av balansegang mellom hvile og søvn, aktivitet og stillingsendringer. De fremhevet også naturlige smertelindringsmetoder, som for eksempel akupunktur, massasje, varme omslag, rennende vann og badekar. Samtlige jordmødre vektla at de jobber etter en hands off – tankegang. Ingen gjorde intervensjoner, for eksempel kateterisering, vaginalundersøkelser eller amniotomi, uten klar indikasjon.

Men det med stillingsendringer, spesielt i åpningsfasen, prøve ulike stillinger, stående, på knær, noen vil hvile seg, på saccosekk, sideleie, alt det her som ... altså, fødsel er bevegelse. Og det er viktig, og det er viktig å være i bevegelse. (Marit)

Tillit til at kvinner kan føde- autonomi og felles ideologi

Alle jordmødrene hadde en sterk tro på den fysiologiske fødselen. Noen vektla at dersom jordmor ikke har denne troen, så overføres det til kvinnen. God fødselsforberedelse ble vektlagt av flere. Det handlet om å ufarliggjøre fødselsprosessen, og å trygge kvinner, og menn, i at det å føde er en naturlig prosess som kvinnekroppen klarer. En av jordmødrene omtalte evnen til å få kvinnene til å se og tro på at de kan klare det selv, som kunst. Noen fortalte om arbeidet de la ned i å opprettholde kvinnenens tro på egen kropp og til å lytte til sine instinkter. De visste når de skulle skryte av og oppmuntre kvinnene.

Det er jo en kunst, tenker jeg, å hjelpe kvinnen til å se at de klarer dette selv, og å tro på det. [...] «Når du tror du er utslitt, da er du halvveis. Da klarer kroppen din hvert fall det dobbelte. Og du tror det ikke, men jeg tror det.» Da ser du at dem blir med deg på en måte. (Bente)

Jordmødrene fortalte at de opplever at deres fag og deres jordmoridentitet til en viss grad er truet av invasive prosedyrer og teknologiens inntog i fødestuene. De beskrev en følelse av trygghet i å vite at deres kollegaer i fødestuen har en felles ideologi, hvor fag, forskning og filosofi ble diskutert dem imellom. En av jordmødrene understreket viktigheten av å vite at ved vaktskifte ville neste jordmor ta over ansvaret for fødekvinne i samme ånd, med tro på ivaretagelse av den normale fødselen. Jordmødrene hadde stor bevissthet rundt føringen av partogram, for eksempel ved å ikke starte det for tidlig. De sa at dette er en av flere faktorer som bidrar til å optimalisere mulighetene for at kvinnene kan føde mest mulig uforstyrret.

Man jukser rett og slett litt på partogrammet, man gjør jo det. Og det er jo man nødt til å gjøre, for hvis ikke så hadde det nesten ikke vært noen som hadde født, fått føde i fred. Og ikke åpne partogrammet for tidlig. Man kan selvfølgelig har flaks dersom man har gjort det, men det er veldig trist at det skal være sånn. (Nina)

Jordmødrene vektla viktigheten av at faglig forsvarlighet ble ivaretatt. De anså seg selv som en sårbar gruppe, og det var viktig for dem at de ikke kunne bli anklaget for noe. Dette gjaldt også ivaretagelse av kvinnenes medbestemmelsesrett. Kvinnene ble oppfordret til å ta sin del av ansvaret for egen fødsel, og det er jordmors oppgave å gi henne trygghet på at kroppen hennes kan føde barn. Ble man selektert til å føde i fødestue, så var det forventet et normalt fødselsforløp. De fleste jordmødrene hadde opplevd utfordringer med å bevare et normalt fødselsforløp da de tidligere var ansatt i fødeavdeling. Flere nevnte en overstyrende risikotenkning og frykt for at det ufødte barnet er i fare, og at denne utryggheten smitter over på kvinnene. Noen beskrev det som om at de ikke snakker samme språk som jordmødrene i fødeavdelingene, eller at de føler seg misforstått av dem. I sin ytterste konsekvens opplevdes det som to motpoler. Trygghet er et viktig aspekt for å bevare fremgang i fødsel, men teknologiens plass i denne prosessen opplevdes ulikt. Om hospitering i fødeavdeling sa en av jordmødrene:

Det er jo hospitering en gang i året, ikke sant, det ligger i kriteriene våre. Og jeg tenker alltid at det skal bli godt å komme hjem til tryggheten. [...] Vi er jo ikke inne og styrer en fødsel, vi har tid, ikke minst, tid er kjempeviktig. Gi damene tid og trygghet. Det er utrolig viktig.
(Marit)

Diskusjon

En trygg relasjon hadde sentral plassering i jordmødrenes arbeid med å ivareta normal fødsel. Betydningen av gode relasjoner i fødselsomsorgen har tidligere blitt fremhevet. Hunter et.al. [23] peker på at i tillegg til andre forhold som bidrar til å fremme normal fødsel, må spesielt den omsorgsfulle relasjonens betydning erkjennes og tas hensyn til. For å oppnå en trygg relasjon vektla jordmødrene kontinuitet. De var organisert slik at de fulgte opp kvinnene både i svangerskapet, fødsel og i barsel. En slik kontinuerlig omsorg kan øke sannsynligheten for spontan vaginal fødsel, samt bidra til at færre kvinner får epidural, episiotomi og instrumentell forløsning [24]. I Norge er det en målsetting å ha en helhetlig fødselsomsorg [9], men det kan være vanskelig å innfri da ansvaret for omsorgen er fordelt mellom kommunehelsetjenesten og regionale foretak [10]. Samtidig følges mange gravide kvinner opp av en, eller få, jordmødre i svangerskapet, og opplever på denne måten kontinuitet. Gjennom svangerskapsomsorgen fikk jordmødrene vi snakket med, kunnskap om den enkelte kvinnen og hennes ressurser, parallelt med fødselsforberedende arbeid og motivasjon. På denne måten var relasjonen alt etablert da fødselen startet, noe som kan gjøre det enklere for kvinnen å komme inn i fødeboblen sin. Vedeler et al. [25] viser til at kvinner ønsker

trygghet under fødselen, uten unødvendig stress og inngrep. Jordmødrene i fødestuene hadde tid til å være til stede under kvinnenens fødsel. Gjennom kontinuerlig tilstedeværelse under fødselen, fikk jordmødrene større mulighet til å støtte kvinnen og hennes partner, og til å gjøre observasjoner. En slik tilstedeværelse kan være med på å ivareta den normale fødselen, og kan bidra til at fødselen har kortere varighet, færre keisersnitt, færre instrumentelle forløsninger, mindre bruk av epidural og det kan gi en bedret fødselsopplevelse for mor [26, 27].

Miljøet ble trukket frem i å ha en viktig rolle i den trygge relasjonen. Miljøets betydning fremheves også i tidligere studier [28, 29]. Jordmødrene fortalte om hvordan kvinner som tidligere hadde født i fødeavdeling, senket skuldrene da de kom til fødestuen, fordi de følte en større ro ved at ledninger og teknisk utstyr var fraværende. Vedeler et al.[25] peker på at å «følelsen av trygghet» innebærer mer enn å «være trygg». For noen innebærer følelsen av trygghet å være der teknologien er, mens for andre er det fraværet av den.

Jordmødrene fortalte med stort engasjement om at det å være jordmor handler om mer enn praktiske ferdigheter. Det var vanskelig å konkretisere hvordan de arbeider, og begreper som «jordmorkunst», «å bruke hele seg selv», «tune inn» og «jordmortalent» ble nevnt. Jordmoryrket representerer et gammelt håndverk og tradisjoner, som til dels oppleves å være truet av gradvis innføring av teknologi, også i lavrisiko-enheter. Fysisk avstand til dette utstyret, gjør noe med terskelen for å ta det i bruk. Avansert medisinsk – teknologisk utstyr er livsviktig for noen. Samtidig kan det bidra til unødige inngrep eller kontinuerlig overvåkning som kan medføre uheldige utfall hos friske fødende [30, 31]. Fraværet av medisinsk teknologi utfordrer jordmødrene til å bruke egne sanser som verktøy, og de finner i trygghet i kontinuerlig tilstedeværelse med tiden som en viktig ressurs. Dette handler ikke om å ekskludere teknologi, men å kunne identifisere når det er nødvendig å bruke det. Dette er i tråd med WHO's evidensbaserte anbefalinger for fødsel [6].

Jordmødrene i denne studien er bevisste på at de av og til tar i bruk strategier som strekker rammene innenfor visse prosedyrer, uten at dette innebærer økt risiko for kvinnene. Bevisstgjøring av handlingsvalg under fødsel kan bidra til å redusere bruk av unødvendige intervensjoner, og på den måten bidra til å optimalisere mulighetene for normal fødsel [16, 32]. Et eksempel er bevisst bruk av partogrammet. Det forventes ikke nødvendigvis at fødsel skjer innenfor en lineær tidsramme, slik dette dokumentasjonsprogrammet legger opp til. En normal fødsel kan ta tid. Dersom mor og barn har det bra, er ro og tålmodighet en ressurs [33]. Hvis partogrammet startes for tidlig, kan det bidra til å begrense muligheten til å føde uforstyrret. Det finnes lite evidens for partogrammets selvstendige betydning for utfallet av fødsel [34]. Flere studier bekrefter at jordmødre som jobber med en fysiologisk tilnærming i en risikostyrt avdeling tilpasser handlingsvalg på tilsvarende måte [17, 18]. At kvinnene får nok tid og ro til å føde mest mulig

uforstyrret, ble fremhevet. I dette oppstår dilemmaet mellom å være i forkant, å identifisere akutte situasjoner og å handle deretter, men samtidig være avventende. Noen fremhever ønsket om å være jordmor. I dette ligger et behov for å praktisere sitt fag, uten spenningsnivået og knappe tidsrammer som finnes i akuttsykepleie eller obstetrikken.

Jordmors tillit til fødselen som en fysiologisk prosess, er avgjørende for å fremme normal fødsel [13, 16, 23, 35], og det er også medvirkende i valg av arbeidssted. Det å arbeide i fødestue krevde ikke bare tillit til at kvinner kan føde, men også til seg selv og egen kunnskap. Hunter [23] sier at tillit til fødselen som fysiologisk prosess krever en trygg og pålitelig relasjon mellom kollegaene i jordmor-teamet. Jordmødrene vi intervjuet trakk frem felles ideologi som en viktig årsak til å bevare den normale fødselen. Tryggheten i å vite at kollegaer delte samme tilnærming til fødselen og muligheten til faglig diskusjon, ble høyt verdsatt. Kunsten å overføre denne troen til kvinnene, ble sterkt vektlagt. Både WHO [4] og ICM [36] understreker at jordmor skal arbeide for å fremme normal fødsel, noe jordmødrene gjorde ved å følge kvinnene gjennom svangerskapet. Dette ga jordmødrene muligheten til å gi informasjon, forberedelse og motivasjon på den normale fødsel, og de hadde stor glede av å se kvinnenes utvikling gjennom svangerskapet.

Felles kollegial tro og godt samarbeid kan stå i kontrast til hvordan det beskrives å være i fødeavdeling, hvor jordmødre kan oppleve at utålmodige kollegaer ødelegger for tiden og tålmodigheten, som det er behov for i en normal fødsel [17, 32]. Flere hadde opplevd motstridigheter mellom jordmorteori og - praksis i tidligere arbeid ved fødeavdeling. De fortalte om opplevelsen av å være i klem mellom teknologiske prosedyrer, og faglig autonomi. Det opplevdes skremmende når tillit til teknologi går på bekostning av klinisk blick og kunnskap ervervet gjennom mange års praksis. Avdelingens rammer kan være styrende for hvordan jordmødrene kan ivareta normal fødsel. Tidligere erfaringer knyttet til motstand mot fysiologisk tilnærming til fødsel har komplekse årsaker. Rigide tidsrammer og mangel på kontinuitet er en av årsakene til dette [37]. Det handler også om sentralisering på organisasjonsnivå, og risikotenkning som styrende innad i avdelinger på profesjonelt nivå [18]. Overstyrende risikotenking i fødeavdeling er en kjent faktor som hemmer ivaretagelse av normal fødsel i sykehus [17, 35]. På kvinnenivå er manglende kunnskap, manglende autonomi og eierskap til egen fødsel en barriere for å fremme den fysiologiske fødselen [18]. Kvinner som føder i jordmorstyrt enhet, har derimot foretatt et bevisst valg knyttet til egen fødsel.

Styrker og svakheter

Kvalitativ metode med tematisk analyse var velegnet til denne studien, fordi vi ønsket mer kunnskap om erfaringene til en liten gruppe jordmødre i Norge. Samtlige jordmødre har positive erfaringer med å fremme normal fødsel. De har lang erfaring fra jordmorstyrt enhet og et sterkt faglig engasjement. Dette har gitt rikelig datamateriale, på tross av et lite utvalg basert på tilgjengelighet. Tett forfattersamarbeid gjennom hele prosessen er en styrke. Dette kan bidra til å forhindre at egne meninger eller forforståelse skinner gjennom [19]. Flere av resultatene i studien er dokumentert i tidligere publikasjoner. Likevel bidrar studien til utvidet dybdeforståelse for jordmødrenes erfaringer i feltet.

Konklusjon

Denne studien belyser flere aspekter som bidrar til å ivareta normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet. Trygge relasjoner, jordmorferdigheter og betydningen av å ha tro på fødselsprosessen i et støttende arbeidsmiljø som ivaretar jordmors autonomi, er fremtredende faktorer. Jordmødrene hadde positive erfaringer med å fremme normal fødsel. Samtidig belyser de utfordringer med å jobbe på tilsvarende måte i større avdelinger.

Interessekonflikter

Ingen.

Finansiering

Ingen.

Anerkjennelse

Vi vil gjerne takke jordmødrene som deltok i denne studien og delte sine erfaringer med oss.

Referanser

1. Bossano CM, Townsend KM, Walton, AC, Blomquist JL, Handa VL. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. American Journal of Obstetrics and

Gynecology. 2017;217(3): 342.e1-342.e8. 10.1016/j.ajog.2017.04.027

2. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, et al. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Wiley-Maternal & Child Nutrition*. 2018;14 (1):1-11. doi.org/10.1111/mcn.12492
3. Moore ER, Bergman N, Anderson G, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; 11 (11):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4
4. World Health Organization. Care in normal birth. A practical guide. https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf. Published 1996. Accessed October 21, 2021.
5. Miller SE, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176-2192. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6
6. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care for women and babies for improved health and well-being. <file:///C:/Users/livre/Downloads/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>. Published February 2018. Accessed October 25, 2021.
7. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *eClinicalMedicine*. 2020;21(100319):1-10. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100319
8. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, et al. Countdown to 2015-decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *The Lancet*. 2010;375 (9730):2032-2044. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60678-2

9. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. St. mld. nr. 12. En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>. Published February 13, 2009. Accessed December 16, 2021.
10. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf> /attachment/inline/13edf7e-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf. Published December, 2010. Accessed October 25, 2021.
11. Helsedirektoratet. Fødsel og abort. Fødsel og abort - Helsedirektoratet. Accessed April, 2022.
12. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Wiley Online Library. 2001;28(3):202-207. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x
13. 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(July):21-26. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.020
14. Buckley SJ. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of Perinatal Education*. 2015;24(3):145-153. doi: 10.1891/1058-1243.24.3.145
15. Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2016;7(3):2-7. doi: 10.1016/j.srhc.2015.08.001

16. Martin-Arribas A, Canet-Velez O, Casañas Sanchez R, et al. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low-risk women in public hospitals in Catalonia (Spain). *Midwifery*. 2020;88(September):102752. doi: 10.1016/j.midw.2020.102752
17. Aanensen E, Skjoldal K, Sommerseth E, Dahl B. Easy to Believe in, But Difficult to Carry Out—Norwegian Midwives' Experiences of Promoting Normal Birth in an Obstetric-Led Maternity Unit. *International Journal of Childbirth*. 2018;8(3):167-176. doi: 10.1891/2156-5287.8.3.167
18. Darling F, McCourt PF, Cartwright DM. Facilitators and barriers to the implementation of a physiological approach during labour and birth: A systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*. 2021;92(January):102861. doi: 10.1016/j.midw.2020.102861
19. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
20. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
21. The World Medical Association. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. Published 2013. Accessed October 27, 2021.
22. Universitetet i Sørøst-Norge. Innsamling, lagring og arkivering av forskningsdata. <https://bibliotek.usn.no/forskerstotte/forskningsdata/innsamling-lagring-og-arkivering-av-forskningsdata/>. Accessed October 2021.
23. Hunter M, Smythe E, Spence D. Confidence: Fundamental to midwives providing labour care in freestanding midwifery-led units. *Midwifery*. 2018;66(11):176-181. doi: 10.1016/j.midw.2018.08.016

24. Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*. 2018;392(October):1349-1357. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5
25. Vedeler C, Nilsen A, Blix E, Downe S, Eri T. What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2021;129(4):647-655. doi: 10.1111/1471-0528.16926
26. Bohren M, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;6(July):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
27. Prosser S, Barnett A, Miller YD. Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2018;18(1):1871-75. doi: 10.1186/s12884-018-1871-5
28. Andrèn A, Begley C, Dahlberg H, Berg M. The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth - a qualitative interview study with midwives in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2021;16(1):1939937. doi: 10.1080/17482631.2021.1939937
29. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;8(August):CD000012. doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4. PMID: 22895914; PMCID: PMC7061256.
30. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;9 (September):CD000352. doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2. Accessed April 18, 2022.
31. Lothian JA. Healthy birth practice #4: Avoid interventions unless they are medically necessary. *Journal of perinatal Education*. 2014;23(4):198-206. doi:10.1891/1058-1243.23.4.198

32. Butler, MM Exploring the strategies that midwives in British Columbia use to promote normal birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(June):168. doi.org/10.1186/s12884-017-1323-7
33. Blix E, Kumle M, Øian P. Hvor lenge kan en normal fødsel vare? *Tidsskriftet Norsk Legeforening*. 2008; 128(6): 686-9. URL: (PDF) What is the duration of normal labour? (researchgate.net). Published March 2008. Accessed December 2007.
34. Lavender T, Cuthbert A, Smyth RMD. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 8. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub5. Accessed 18 April 2022.
35. Thompson S, Nieuwenhuijze M, Low LK, de Vries R. Exploring Dutch midwives' attitudes to promoting physiological childbirth: A qualitative study. *Midwifery*. 2016;42(11):67-73. doi: 10.1016/j.midw.2016.09.019
36. International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Midwifery Practice, 2018. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf . Accessed October 2021.
37. Carolan-Olah M, Kruger G, Garvey-Graham A. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low-risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*. 2015;31(1):112-121. doi: 10.1016/j.midw.2014.07.003

Del 2

Fordypningsdel

1 Introduksjon til fordypningsdel

Denne delen av masteroppgaven er en fordypning som bygger videre på artikkelen “Jordmødres erfaringer med å ivareta normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet. En kvalitativ studie”.

Fordypningsdelen anbefales lest i forlengelse av artikkelen, som er presentert i sin helhet med referanseliste innledningsvis i oppgaven. Artikkelen er skrevet etter forfatterveiledningen til European Journal of Midwifery. Forfatterveiledningen ligger som vedlegg til oppgaven.

Vi vil innlede fordypningsdelen med introduksjon og sammendrag av artikkelen, for så å beskrive bakgrunnen for valg av tema. I kapittel 2 vil vi diskutere metoden vi har brukt, for å synliggjøre prosessen og å se nærmere på styrker og svakheter i denne. I kapittel 3 vil vi presentere vårt teorigrunnlag. Dette er Gunnhild Blåkas perspektiver på møtet mellom håndverk og teknologi i jordmorfaget, og kvinnesentrert omsorg slik det forklares av Nicky Leap. I kapittel 4 vil vi diskutere resultatene og se nærmere på noen av funnene våre som peker på dilemmaer som utspiller seg i skjæringspunktet mellom natur og kultur. Avslutningsvis vil vi vise noen kliniske implikasjoner.

1.1 Artikkelsammendrag

Teknologiens inntog har ført til økt medikalisering i fødselsomsorgen, også blant friske fødende. Normal fødsel har helsemessige fordeler for mor og barn, men antall normale fødsler går ned. Jordmødre har en sentral rolle i å fremme normal fødsel, og fødsler ved jordmorstyrte enheter og fødestuer har positive utfall. Vi ønsket større kunnskap om ivaretagelse av normal fødsel, og utarbeidet følgende problemstilling: Hvilke erfaringer har jordmødre i fødestue og jordmorstyrt enhet med å ivareta normal fødsel?

Studien har et kvalitativt design. Det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer med 7 norske jordmødre i januar til februar 2022. Samtlige jordmødre arbeider, eller har arbeidet, ved fødestue eller jordmorstyrt enhet. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC), en tverrgående tematisk analysemetode utviklet av Malterud. Analysen resulterte i tre temaer. Det første temaet handlet om relasjonelt samspill knyttet til trygghet, kontinuitet og miljø. Det andre temaet handlet om praktiske og intuitive jordmorferdigheter. Det tredje temaet handlet om tro på den fysiologiske fødselsprosessen, og betydningen av autonomi og felles ideologi blant personalet. Målet med denne studien var å få mer kunnskap om jordmødres erfaringer med å ivareta normal fødsel i fødestue og jordmorstyrt enhet. Jordmødrene hadde positive erfaringer med dette og trakk frem flere faktorer som spiller inn. Samtidig belyses

utfordringer med å fremme normal fødsel på tilsvarende måte i større foretak. De vektla betydningen av tid til å danne trygge relasjoner, å få brukt sine jordmorferdigheter, autonom yrkesutøvelse og betydningen av felles ideologi blant personalet. En sterk tro på fødsel som en normal, fysiologisk prosess var viktig for dem.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Antall fødesteder i Norge har blitt redusert fra nærmere 200 i 1970 til 45 i 2021, delvis på grunn av sentralisering (Folkehelseinstituttet, 2022; Nilsen et al., 2001). Av disse 45, er det i dag 5 fødestuer, og 4 jordmorstyrte enheter i sykehus (Helsenorge, 2019). I forbindelse med endring av sykehusstruktur, og planlegging av flere nye stor – sykehus, er det forventet en ytterligere nedskalering av fødesteder (Helse Sør-Øst, 2022a, 2022b).

Vi skiller mellom fødestue som ligger utenfor sykehus, og jordmorstyrt enhet i direkte tilknytning til sykehuset (Helsenorge, 2019). Både fødestuer og jordmorstyrte enheter er bemannet av jordmødre, og den fødende må overflyttes til sykehus dersom det oppstår behov for medikamentell smertelindring eller komplikasjoner som krever legetilsyn. Fødestuer og jordmorstyrte enheter er et tilbud til lav-risikofødende, som fritt kan velge fødested etter selektering i svangerskapet. Hjemmefødsel er ikke en del av det offentlige tilbudet (Helsedirektoratet, 2010). Valget av fødested kan være styrt av tilgjengelig jordmor, geografi, eller hvorvidt kvinnen føler seg tryggest hjemme, i, eller i nærhet til sykehus.

Professional Framework for Midwifery er et verktøy utviklet av International Confederation of Midwives (ICM). Som medlemsland, er Norge anbefalt å følge ICMs krav til jordmorkompetanse. ICM anerkjenner at jordmødre innehar kunnskap og omsorg som bidrar til å muliggjøre en trygg, fysiologisk fødselsprosess for kvinnen, og å gi god omsorg for det nyfødte barnet. I tillegg skal eventuelle komplikasjoner og risikofaktorer hos mor og barn avdekkes (ICM, 2018).

Hva en normal fødsel er, er delvis kulturelt betinget og kan forklares med ulike tilnærminger. Begrepene «normal fødsel», «naturlig fødsel» og «fysiologisk fødsel» brukes ofte om hverandre. I denne oppgaven bruker vi normal fødsel slik det er definert av WHO (1996, s. 4), og som det står beskrevet i artikkelen. Med fysiologi vises til læren om funksjonen til levende celler og organismer (Blix, 2017, s. 51), og fysiologisk fødsel refererer til den normale fødselsprosessen, som i utgangspunktet har lav risiko og ikke behov for medisinske intervensjoner.

2 Metode og metodediskusjon

Forskningsprosjektets troverdighet kan sikres gjennom å trinnvis evaluere prosessen som er brukt for å komme frem til resultatene. Målet er å kunne se en rød tråd gjennom hele studien, samt forsikre seg om at det er informantenes stemme som blir hørt, uten preg av forfatterens eventuelle forutinntatthet. I kvalitativ forskning bruker Graneheim & Lundman (2004) begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i denne prosessen. I dette kapitlet vil vi med hjelp av disse begrepene vurdere denne studiens troverdighet. Vi vil også synliggjøre vår forforståelse.

2.1 Forforståelse

Bevissthet rundt forforståelsen er viktig for at forskningsprosessen skal resultere i noe annet enn det som på forhånd var forventet (Malterud, 2017, s. 19, 44). Ved å dele forforståelse og motivasjon for å starte prosjektet, er det mulig for forskeren å se seg selv utenifra (Malterud, 2002).

Vi som forfatter denne oppgaven er jordmorstudenter, med et personlig engasjement for normal fødsel, og med en sterk tro på de kreftene kvinnekroppen innehar. Vi mener at kvinner som ønsker en normal fødsel uten intervensjoner, skal få den støtten som de trenger til nettopp det. I klinisk praksis i fødeavdeling har vi erfart at terskelen for intervensjoner kan være lav, og dette har vekket nysgjerrighet på hvordan jordmødre ved andre fødeenheter jobber. Dette personlige engasjementet skal ikke skinne gjennom i form av ledende spørsmål gjennom intervjuet. Det var derfor viktig at vi holdt oss selv i bakgrunnen gjennom intervjuene, og ga informantene mulighet til å snakke fritt ut ifra åpne spørsmål. På den måten var vi lojal mot informantenes stemme. Er forskerens stemme for tydelig blir gyldighet og pålitelighet begrenset. I en slik prosess er det en fordel å være flere enn én, slik at man eventuelt justerer hverandre underveis (Malterud, 2017, s. 142). At vi er jordmorstudenter kan i noen grad være med på å prege forskningsprosessen. Vi har derfor vært bevisste i å se etter nyanser som kan lede til ny kunnskap, uten å kun bekrefte egne erfaringer og forforståelse (Malterud, 2017, s. 155).

2.1.1 Gyldighet

Gyldighet handler om fokuset i studien, og viser til tillit til hvor godt data og analyseprosesser adresserer dette tiltenkte fokuset (Graneheim & Lundman, 2004). Vi rekrutterte deltakere via sosiale medier og ved å ta direkte kontakt med fødestuer. Vi hadde et tilgjengelighetsutvalg, det vil si at vi inkluderte deltakere som det var mulig å få tak i (Malterud, 2017, s. 59). Inklusjonskriteriene var at jordmødrene er, eller har vært, ansatt i jordmorstyrt enhet eller fødestue. Rekrutteringen av

deltakere var en mer krevende prosess enn forventet. Åtte jordmødre tok kontakt med oss og ønsket å delta i studien, én av disse trakk seg, og vi hadde da et utvalg bestående av syv jordmødre. Jordmødrene som meldte seg hadde alle lang yrkeserfaring, fra 20 til 40 år, og var av nordisk opprinnelse. De var i alderen 45 til 65 år. Det å velge deltakere med ulike erfaringer, kan bidra til å belyse problemstillingen fra ulike aspekter (Graneheim & Lundman, 2004). Variasjonen i utvalget var ikke så bred som vi hadde ønsket. Gjennom et strategisk utvalg med vektlegging av mangfold, kunne problemstillingen vår ha blitt bedre belyst (Malterud, 2017, s. 58–59). At utvalget var basert på tilgjengelighet kan også ha bidratt til at vi fikk deltakere som var spesielt interesserte i å dele sine erfaringer om dette temaet.

Vi utførte individuelle dybdeintervjuer. På grunn av pågående pandemi i perioden hvor intervjuene ble gjennomført, ble fem av syv intervju gjort digitalt. Dette innebærer noen begrensinger knyttet til kroppsspråk og gester (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 180). Samtidig ga dette oss mulighet til å snakke med informanter hvor den geografiske avstanden var stor. Vi fikk også mulighet til å intervju jordmødre som var ansatt i avdelinger som var stengt for besøk på grunn av pandemien. Den økte bruken av digitale løsninger gjennom pandemien, kan ha bidratt til å gjøre det enklere for jordmødrene å bruke dette i intervjusammenheng. At intervjuene foregikk individuelt, kan ha gjort det enklere for jordmødrene å snakke åpent og å dele informasjon de ellers ikke ville ha gjort. Gruppeintervju kunne ha ført til en kollektiv ordveksling som kunne gitt flere spontane synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 180), men det at intervjuene ble gjennomført digitalt kunne igjen vært til hinder for dette. Vi brukte en semistrukturert intervjuguide, for å sikre at alle informantene ble stilt de samme hovedspørsmålene. Vi ble underveis i prosessen flinkere til å stille oppfølgingsspørsmål og til å styre samtalen tilbake til tema dersom den sporet av. Likevel ser vi i etterkant at vi kunne vært flinkere til å stille relevante oppfølgingsspørsmål. Jordmødrene hadde et rikt erfaringsgrunnlag. Dette ble en styrke for oss i at det bidro til at intervjuene resulterte i rikelig datamateriale, noe som kan være viktigere enn antall informanter (Graneheim & Lundman, 2004).

2.1.2 Pålitelighet

Studiens pålitelighet sees gjennom forfatterens evne til å synliggjøre prosessen fra analyse til resultater, og handler om i hvilken grad dataene endrer seg underveis i studien, eller i hvilken grad forfatteren påvirker resultatene (Graneheim & Lundman, 2004). Forfatterne samarbeidet tett gjennom analyseprosessen. I denne prosessen var det viktig å ikke sensurere data etter egen forforståelse, men å inkludere alt som var relevant for å besvare studiens problemstilling. Vi gikk sammen om å bryte ned teksten i meningsbærende enheter, for deretter å sortere i tema,

kodegrupper og subgrupper. Arbeidet med å bestemme koder og beskrivende sitater dreier seg ifølge Graneheim et.al. (2017) om pålitelighet. Vi var enige om sorteringen av meningsbærende enheter og utarbeiding av kodegrupper, selv om innholdet i noen av gruppene var av likhet. Vi opplevde det som en stor fordel å gå gjennom denne prosessen sammen, slik som det også anbefales i litteraturen (Malterud, 2017, s. 100). Sitatene i resultatkapittelet er gjengitt ordrett. Direkte sitater, sammen med forklaring av analyseprosessen og eksempler fra denne i tabell, er vist i artikkelen, noe som kan styrke studiens pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004).

2.1.3 Overførbarhet

I denne studien intervjuet vi jordmødre som hadde udelt positive erfaringer med å fremme normal fødsel ved fødestuer og jordmorstyrt enhet. Alle hadde mange års erfaring fra praksisfeltet. Vi kunne fått flere nyanser ved å ha et strategisk utvalg, kanskje spesielt ved å inkludere nyutdannede jordmødre. Samtidig er det eksisterende utvalget relevant for å besvare studiens problemstilling. Vi har fått innsikt i jordmødrenes erfaringer og meninger, noe som kan gi økt forståelse rundt temaet. Når det gjelder å vurdere overførbarhet av funn til andre settinger, vil det ifølge Granheim & Lundman (2004) være opp til leseren å vurdere dette, basert på vår beskrivelse av kontekst, utvalg, datainnsamling og analyseprosess.

3 Teoretisk bakgrunn

3.1 Gunnhild Blåka- det tradisjonelle i møte med det moderne

Gunnhild Blåka, den første norske jordmor som har disputert til en filosofisk doktorgrad, har gjennom å se på jordmødres handlinger og de strukturene de handler innenfor, vist hvordan disse får en avgjørende betydning for utformingen av yrkesgruppens normer og verdier (Blåka, 2002). Gjennom å følge jordmoryrkets utvikling fra 1880 og frem til 1990-årene, har Blåka identifisert særtrekk og mønstre ved den hjelpen som oppstod innenfor de forskjellige systemene, og hun viser hvordan «rommene» med deres arkitektoniske løsninger er med på å utforme denne hjelpen (Blåka, 2002, s. 10).

Blåka (2002) viser til inntoget av moderne vitenskap og teknologi på 1970- til 1980- tallet, og hvordan denne utfordret jordmoryrket og dets håndverkskunnskap. Innholdet i og organiseringen av fødselsomsorgen endret seg. Enhver fødsel og fødekvinne ble nå betraktet som en mulig risiko, mens den store og spesialiserte fødeavdelingen ble betegnet som det trygge, effektive og minst risikofylte rommet. Fra en enhetlig og helhetlig fødselsomsorg, ble den nå oppstykket og differensiert, rutiner og prosedyrer ble formalisert og det ble utviklet strenge kriterier for hva som var «normal» versus «unormal fødsel» (Blåka, 2002, s. 156–157). Kunnskapsutvikling og spesialisering tok plass, og med dette fulgte fremskaffing av ny teknologi og apparater, som igjen erstattet sanselig erfaring. Blåka (2002, s. 52) omtaler jordmors sanselige oppfatning som «den langsomme kunnskapen», mens medisinsk fagkunnskap omtales som «den hurtige kunnskapen». Utfordringen for jordmoren ble nå å kombinere disse og bruke begge på hensiktsmessig vis. Moderne fødselsvitenskap endret hvordan språket ble brukt og ga fødekvinne status som pasient istedenfor frisk kvinne og fødselsakten gikk fra å være en naturlig hendelse i kvinnens liv til å bli en medisinsk begivenhet. Med dette ble jordmors syn på fødekroppens potensiale og muligheter, endret til å se manglene og de mulige farene. Blåka (2002, s. 52) mener at medikalisering og teknologisering er mekanismer som kan ta fra kvinner muligheten til medbestemmelse og naturlig fødsel.

3.2 Nicky Leap - kvinnesentrert omsorg

Professor Nicky Leap har over 25 års erfaring fra jordmorfaglig forskning. Et viktig fokus i hennes arbeid har vært kvinnesentrert omsorg (woman - centred care) og jordmorstyrt kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Med begrepet kvinnesentrert omsorg refererer hun til kvinnen som

individ, ikke kjønn. Denne omsorgsmodellen handler om at å føde er en normal prosess, og fordrer et fokusskifte fra biomedisinsk modell hvor oppfatningen av fødsel er at den er en medisinsk hendelse som krever intervensjoner og overvåking. Med et feministisk perspektiv beskrives kvinnen som den aktive part i fødselsprosessen, og jordmor skal støtte henne der det er behov for det (Leap, 2009).

Den individuelt tilpassede omsorgen er essensiell, og også fremmede for den fysiologiske fødselen. Omsorgen tilpasses ikke bare kvinnekroppen, men også sosiale, emosjonelle, fysiske, psykiske, åndelige og kulturelle behov og forventninger (Leap, 2009). Enhver kvinne er unik, med unike forutsetninger, erfaringer og ønsker. Barnet og eventuell partner skal også ivaretas. En slik omsorg forutsetter at en relasjon er etablert.

Leap (2009) legger vekt på at jordmor bør tilrettelegge for at kvinnen kan ta eierskap over sin egen fødsel. Denne bemyndigelsen er ikke en evne jordmor gir kvinnen, men noe hun tilrettelegger for at kvinnen kan ta (Leap, 2010, s. 19). Kvinnen anerkjennes som eksperten i beslutninger som gjelder egen fødsel. Forutsetningene for dette ivaretas når hun får ta informerte valg basert på informasjon gitt av kjente omsorgspersoner. Jordmor skal kunne veilede og støtte kvinnen til å føde sitt barn mest mulig uforstyrret, uten at institusjonens prosedyrer er førende, eller at jordmor selv styrer og kontrollerer unødig. Jordmor skal kunne ha en umerkelig, men ikke uoppmerksom tilstedeværelse i fødselen:

Our expertise as midwives rests in our ability to watch, to listen, and to respond to any given situation with all our senses. This will include the conscious and subconscious `knowing` that has been generated from our experience and learning. [...] The skill lies in knowing when to inform, suggest, act, seek help and, most importantly, when to be still or when to withdraw and remove ourselves (Kennedy et al., 2010, s. 110).

4 Resultatdiskusjon

Fødselen kan være et av de mest avgjørende øyeblikk i en kvinnes liv. På den ene siden er den personlig og nært knyttet til naturens krefter, på den andre siden er den en offentlig hendelse ved at den er regulert av samfunnets verdier og normer. Jordmødrene vi snakket med fortalte om ulike ferdigheter som de tok i bruk for å ivareta og å fremme normal fødsel. I tillegg ble det vektlagt hvordan organisatoriske faktorer påvirker deres arbeidshverdag. I dette kapittelet vil vi drøfte dilemmaer rundt dette i lys av presentert teori og tidligere forskning.

WHO sine 10 perinatale prinsipper fremmer at svangerskapsomsorgen skal være demedikalisert (Chalmers et al., 2001). Jordmødrene vi snakket med arbeider etter en hands-off tilnærming i et miljø hvor medisinsk - tekniske hjelpemidler har liten eller ingen plass. Eksempelvis var det ingen av dem som tok CTG ved normal fødsel. Dette er i tråd med forskning på feltet (Devane et al., 2017) og nasjonale retningslinjer (Branka et al., 2020). Det er også kjent at ukritisk bruk av CTG kan føre til uhensiktsmessige intervensjoner (Jepsen et al., 2022). Jordmødrene vi snakket med opplever at flere prosedyrer og strengere kriterier gradvis innføres, på tross av at de tilhører lavrisiko-enheter. En årsak til dette kan være en generell tendens til at kulturen i fødselsomsorgen er preget av risikoaversjon. En australsk studie viser hvordan jordmødre opplever at økt overvåking og det at flere kvinner blir ansett som høyrisiko-fødende, er en årsak til tidlig intervensjon, og som også fører til et behov for jordmødrene for å holde egen rygg fri (Carolan - Olah et al., 2015). Jordmødrene vi snakket med hadde god erfaring med å fremme den normale fødselen uten å ta i bruk teknologiske hjelpemidler. Medisinsk teknologi har ført til at gravide med sykdom, eller andre risikofaktorer, i større grad enn tidligere, kan bli gravide og føde barn. Samtidig kan unødvendige inngrep og avansert overvåking hos friske fødende bidra til uheldig utfall (Helsedirektoratet, 2010). Blåka (2002) skriver at da teknologien og apparatene inntok føderommet, ble dette ansett som tryggheten. Vi ser at det er forskjeller i hva som oppleves som trygt (Vedeler et al., 2021), både for fødekvinnen og for jordmor. En av jordmødrene vi snakket med sier dette:

Men jeg vet jo, har jo kollegaer på andre fødeavdelinger som sier at kvinnene må jo bli trygge når de kommer inn her, for de ser jo at vi har alt utstyr tilgjengelig. Så sier jeg ... - OK, hva tror du de tenker da? Når du skal ha så mye utstyr når du skal føde barn? Men de har en annen oppfatning av det. Og det er kanskje deres egen trygghet det handler om, ikke kvinnes trygghet. Så jeg blir veldig overrasket når jeg opplever at jeg har kollegaer som tror at denne babyen i magen kan dø når som helst. For sånn er det jo på de store

fødeavdelingene. De må ha den fosterlyden overvåket hele tiden og de tror at det er det som redder barnet. Og det er skremmende. (Grethe).

Flere studier viser at det er trygt for lavrisikofødende å føde i jordmorstyrt enhet (Sandall et al., 2016). Dette forutsetter god selektering og at kvinnen ønsker det selv. Hensikten med et differensiert fødetilbud, er å gi kvinnen mulighet til å ta det beste valget for seg selv, og å kunne gi god omsorg på rett nivå (Helsedirektoratet, 2010). Dette betyr at lavrisikofødende skal ha muligheter for normal fødsel uten unødvendige intervensjoner, på samme måte som høyrisikofødende skal ha tilgang til spesialkompetanse. For noen kvinner oppleves det tryggest å føde så nært hjemmet som mulig, mens for andre veier det tyngre at fødestedet kan håndtere en eventuelt uventet komplikasjon, med beredskap og medisinsk - teknisk utstyr lett tilgjengelig (Vedeler et al., 2021).

Mens flere av jordmødrene understreker viktigheten av å fremme det normale allerede i svangerskapsomsorgen, påpekes det også at det er vanskeligere enn noen gang å føde uforstyrret i sykehus. Flere kvinners fødsels erfaringer peker på uoverensstemmelser mellom ønsket om normal fødsel og hva de erfarer i sykehus (Cole et al., 2019). Kvinner som forventet, og ønsket, en normal fødsel, ble utsatt for intervensjoner. Intervensjonene ble begrunnet i å være rutinemessig prosedyre eller til det beste for mor og barn, ofte uten nærmere forklaring. Slike erfaringer beskriver hvordan medikalisering kan bidra til at kvinnen mister selvbestemmelsen og muligheten til å gjennomføre en fysiologisk fødsel (Blåka, 2002). Hvilken fødeenhet jordmor er knyttet til påvirker hennes tilnærming til faget og måten hun jobber på. Blåka (2002) beskriver hvordan jordmor bevisst bruker sansene sine for å definere hvor kvinnen er i fødsel, og dermed frastår fra å bruke teknologiske hjelpemidler rutinemessig. Den filosofiske tilnærmingen til fysiologisk fødselsprosess som vi ser hos Blåka (2002) og Leap (2010), kan være utfordrende å gjennomføre slik dagens organisering av fødselsomsorgen er. Derimot kjenner vi igjen den oppmerksomme tilstedeværelsen slik jordmødrene i denne studien beskrev det:

Men det er viktig å ikke stresse. Som jordmor, at man prøver å være ... signalisere ro. Å tenke at dette er normalt. Å gå ut på vaktrommet, mange ganger når det går langsomt i fødselen, så må vi ut også må vi tenke oss om, ikke se på partogrammet, tenke oss om, vente, man må vente, fødsler tar tid, en normal fødsel tar tid. Tålmodighet og vente. Og så

lenge dama er motivert og man ikke finner noe annet, at barnet har det bra, så må man prøve og vente. (Ingrid)

I retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefales det at kvinner skal få kunnskapsbasert informasjon og på dette grunnlaget skal kunne ta informerte valg og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2019). Det er helsepersonell sitt ansvar å sikre seg at kvinnen forstår informasjonen som blir gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det å informere, motivere og fremme det normale underveis i svangerskapet ble vektlagt av jordmødrene vi snakket med. God fødselsforberedelse kan være av betydning for en positiv fødselsopplevelse (Lothian, 2022). Samtidig ble det av enkelte uttrykt bekymring for at gravide kvinner blir gjort lite ansvarsfulle ved at de blir kontrollert, istedenfor at de får den kunnskapen de trenger for å føle seg trygge. På en annen side forteller noen om en økende bevissthet blant gravide når det gjelder medbestemmelsesrett og eierskap til egen fødsel. Dette stemmer med det inntrykket man kan få gjennom massemedier. Fødekvinner har i form av folkebevegelser som Bunadsgeriljaen, Din Fødsel og Barselopprøret (Mortensen, 2021; Solvik, 2021), samlet seg på grasrotnivå, mot ytterligere sentralisering, nedlegging av fødestuer og unødvendige intervensjoner. Dette fremmer et ideal i tråd med kvinnesentrert omsorg og Leap sin argumentasjon for at kontroll og avgjørelser skal flyttes bort fra fagpersoner og institusjonen, og over til kvinnen selv (Leap, 2009). Blåka (2002, s. 156) var tidlig ute med å problematisere muligheten for å tilrettelegge for en slik individuell omsorg etter den økende sentraliseringen med oppstykket fødselsomsorg. Hun påpekte hvordan arbeidsprosedyrene i føderommet ble styrt av den medisinske, lineære klokketiden. Med hennes ord beskrives tiden i en omsorgsorientert kultur ikke bare som en enkel tråd, men som en vev hvor mange tråder skal falle på plass og mange relasjoner skal etableres og opprettholdes (Blåka 2002, s. 170). En av faktorene som kan være med på å viske ut normalbegrepet i fødsel, er urealistiske forventninger til nettopp varigheten av denne. Det finnes ikke entydighet i fagmiljøene om hvor lenge en normal fødsel kan vare (Blix et al., 2008).

Valg av fødeenhet kan ha innvirkning på hvordan fødselen forløper (Boerma et al., 2018; Scarf et al., 2018; van der Kooy et al., 2017). På tross av likt utgangspunkt hos de gravide, hvor alle var friske og forventet en normal fødsel, finner Van der Kooy et.al. (2017) at risikoen for intervensjoner var signifikant lavere hos kvinner som valgte hjemmefødsel enn de som fødte i normalenhet i sykehus. Jordmødre som jobber for å ivareta den normale fødselen i fødeavdelinger, kan møte på utfordringer på grunn av et stort søkelys på prosedyrer og teknologi. De kan også oppleve fravær av

kunnskapsbasert praksis, med lav terskel for å gjøre medisinske intervensjoner (Martin-Arribas et al., 2020; Miller et al., 2016; Aanensen et al., 2018). Tallene på intervensjoner som gjøres under fødsel, både i Norge og andre land, er økende (Helsedirektoratet, 2020; Miller et al., 2016). Martin-Arribas et.al. (2020) viser til at jordmors mangel på bevissthet om egen profesjonelle kompetanse, kan være en av barrierene mot å fremme normal fødsel. Utdanning og praksis i høyteknologiske fødeavdelinger fører til at jordmødre ikke får tilstrekkelig kunnskap om den normale fødselen gjennom studiene, og dermed får behov for å tilegne seg mer opplæring om denne etter endt utdanning (Martin-Arribas et al., 2020).

I Norge i dag har vi kun én jordmorstyrt enhet tilknyttet sykehus som følger modell for kontinuitet i oppfølging fra graviditeten, gjennom fødselen, og i barselperioden. Dette er ABC – enheten ved Oslo Universitetssykehus. Denne enheten er ikke planlagt inkludert i nytt storsykehus (Lunde, 2022). Den jordmorstyrte modellen (midwifery led continuity of care) ved enheten legger vekt på at svangerskap og fødsel er en normal prosess som ikke nødvendigvis krever medisinsk inngripen. Dette er samme grunnholdning som vi ser ved fødestuer og andre jordmorstyrte enheter.

Det er ikke bare i Norge det kjempes for å bevare jordmorstyrt omsorg i mindre enheter. I flere europeiske land pågår kampanjer styrt av ikke bare jordmødre, men også av annet helsepersonell og kvinnebevegelser, for å igjen øke andelen normale fødsler. Tilgangen på jordmorstyrte enheter er svært variabel, og enkelte land har kun obstetriske enheter (Rayment et al., 2020). Rayment et.al (2020) konkluderer med at selv om rikelig forskning påpeker positive utfall for mor og barn ved jordmorstyrte enheter, så mangler det forskning på hvordan enhetene best kan ledes, utvikles og ivaretas på en bærekraftig måte. Det påpekes behov for ytterligere arbeid for en helhetlig forståelse av hvordan de gode resultatene best kan oppnås, slik at man kan lukke gapet mellom eksisterende tilgang og potensiale (Rayment et al., 2020). I 2010 redegjorde Helsedirektoratet for svakheter i norsk fødselsomsorg (Helsedirektoratet, 2010), og det ble påpekt hvordan omsorgen kan bli oppstykket når den er delt mellom kommune – og spesialisthelsetjeneste. Videre ble det påpekt at en jordmortjeneste som er organisert på tvers av nivåene, kan bidra til kontinuitet, kvalitetssikring og bedre samarbeid (Helsedirektoratet, 2010). Som konsekvens av dette ble det anbefalt økt jordmorkompetanse i kommunene. Det ble også fremmet forslag om at kombinasjonsstillinger mellom primær - og spesialisthelsetjeneste for jordmødre bør vurderes (Helsedirektoratet, 2020). En slik endring ville kunne bidra til en mer helhetlig og individuelt tilpasset omsorg, samt nyansere det biomedisinske paradigmet som dominerer fødselsomsorgen i dag. Uansett bør fødekvinnes stemme lyttes til, det er tross alt dem fødselsomsorgen er til for. Deres omsorgsbehov,

valgmuligheter, og psykiske helse er viktig for å føle seg trygg gjennom graviditet og fødsel (Vedeler et al., 2021).

5 Konklusjon

Våre funn viser at jordmødre i jordmorstyrt enhet har positive erfaringer med å ivareta den normale fødselen, mye på bakgrunn av hvordan disse enhetene er organisert. I tillegg til praktiske jordmorferdigheter, så vi at faktorer som relasjonelt samspill, miljø, kontinuitet, tro og tillit er vesentlig i dette arbeidet. Dette er faktorer som påvirker det normale fødselsforløpet, men som kan komme i konflikt med dagens organisering av fødselsomsorgen i fødeavdelinger og på kvinneklinikker, hvor høyt tempo og utstrakt bruk av teknologi er dominerende.

5.1 Kliniske implikasjoner

Vår studie reflekterer tidligere forskning på temaet. Den gir et innblikk hvordan et fåtall jordmødre erfarer å ivareta normal fødsel i noen av landets fødestuer og jordmorstyrte enheter. Vi synes at resultatene bidrar til å støtte oppunder behovet for å ha søkelys på den normale fødselen, og å løfte frem tradisjonelle jordmorferdigheter. Ikke alt lar seg overføre, men bevisstgjøring og å sette temaet på agendaen, har resultert i endringer før. Den planlagte nedleggelsen av ABC – enheten, og en generell tendens til gradvis nedstenging av fødestuer og mindre fødeavdelinger de siste tiårene, fremmer viktigheten av denne studien. Uavhengig av arbeidssted, er det viktig at jordmødre er bevisste sin rolle i å ivareta normal fødsel, samt tar til orde for en differensiert fødselsomsorg hvor kvinnenes reelle valgmuligheter ivaretas.

Referanser

- Blix, E. (2017). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2.utgave, s. 51–55). Cappelen Damm Akademisk.
- Blix, E., Kumle, M., & Øian, P. (2008). What is the duration of normal labour? *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin*, 128(6), 686–689.
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag*. Fagbokforlaget.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., Neto, D. de L. R., & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Branka, Y. M., Kessler, J., Eikeland, T., Henriksen, T., Hjelle, S., Blix, E., Jettestad, E., Nygaard, B., & Tokheim, L. (2020). Fosterovervåkning under fødsel, avnavling og syre-baseprøver fra navlesnor (2014). I *Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp*. ePub. ISBN 978-82-692382-0-4. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/arkiv-utgatte-veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp-2014/26.-fosterovervakning-under-fodsels-avnavling-og-syre-baseprover-fra-navlesnor/>
- Carolan-Olah, M., Kruger, G., & Garvey-Graham, A. (2015). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*, 31(1), 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.003>
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, 28(3), 202–207. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>
- Cole, L., LeCouteur, A., Feo, R., & Dahlen, H. (2019). “Trying to give birth naturally was out of the question”: Accounting for intervention in childbirth. *Women and Birth*, 32(1), e95–e101. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.010>
- Devane, D., Llorca, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(January), CD005122. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005122.pub5>
- Folkehelseinstituttet. (2022, mars 22). *Medisinsk fødselsregister- statistikkbank*. Folkehelseinstituttet. http://statistikkbank.fhi.no/mfr/index.jsp?headers=fodsels-tidspunkt_aar&headers=fodesteds-type_2_6_kat&headers=virtual&virtualsubset=aid_value+-

+p_tplural_dim_3_value&fodestedstype_2_6_katsubset=0000&v=2&stubs=fodeinstitusjon
_hr_hf_hi&measure=common&fodeinstitusjon_hr_hf_hisubset=0000%2C1+-
+ZZZZ%2C1_110+-+4_440%2C1_110_10101+-
+4_440_12010&fodselstidspunkt_aarsubset=2021&measuretype=4&study=http%3A%2F%
2F10.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fis1.enkelt.flerfodsler&cube=http%3A%2F%2F1
0.0.3.47%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fis1.enkelt.flerfodsler_C1&mode=cube&top=yes

Graneheim, U. H., Lindgren, B., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Elsevier*, 56(September), 29–34.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Elsevier*, 24(2), 105–112.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Helse Sør-Øst. (2022a, februar 18). *Videreutvikling av sykehuset Innlandet*. Helse Sør-Øst.

<https://helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/videreutvikling-av-sykehuset-innlandet#horing-om-ny-sykehusstruktur>

Helse Sør-Øst. (2022b, mars 15). *Store utviklings- og byggeprosjekter*. Helse Sør-Øst. <https://helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter>

Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877).

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/13edf7e-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2019). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. www.helsedirektoratet.no.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/svangerskapsomsorgen-og-informasjon-til-gravide>

Helsedirektoratet. (2020). *Endringer i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og*

finansieringssystem (IS-2895). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/)

[fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/)

[finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/)

3435df20-ea13-4d9f-99ed-

f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf

- Helsenorge. (2019, oktober 30). *Fødeplass og fødetilbud- slik får du det*. Helsenorge.
<https://www.helsenorge.no/fodsel/fodested/#kvinneklinikk-f%C3%B8deavdeling-eller-f%C3%B8destue>
- Jepsen, I., Blix, E., Cooke, H., Adrian, S. W., & Maude, R. (2022). The overuse of intrapartum cardiotocography (CTG) for low-risk women: An actor-network theory analysis of data from focus groups. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.01.003>
- Kennedy, P. H., Andreson, T., & Leap, N. (2010). Midwifery presence: Philosophy, science and art. I D. Walsh & S. Down (Red.), *Essential midwifery practice. Intrapartum care*. (s. 105–125). Miley-Blackwell.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Gyldendal.
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12–16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>
- Leap, N. (2010). The Less We Do the More We Give. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-Mother Relationship* (2. utg., s. 17–36). palgrave macmillan.
- Lothian, J. (2022). Preparation for childbirth. I C. J. Lockwood & V. A. Barss (Red.), *UpToDate*. https://www-uptodate-com.ezproxy2.usn.no/contents/preparation-for-childbirth?search=consent%20%20birth%20&source=search_result&selectedTitle=16~150&usage_type=default&display_rank=16
- Lunde, A. L. (2022, februar 18). Eline ble født på ABC-enheten natt til torsdag. Men om få år skal den alternative fødeklubben legges ned. *Aftenposten*.
<https://www.aftenposten.no/oslo/i/WjW5XQ/fjerner-klinikk-for-naturlig-foedsel>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Norsk Legerforening*, 122(Oktober), 2468–2472.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utgave). Universitetsforlaget.
- Martin-Arribas, A., Canet-Velez, O., Casañas Sanchez, R., Salgado Isabel Poveda, Espada-Trespalacios Xavier, Rodriguez Coll Pablo, Montserrat, P. A., González-Blázquez Cristina, & Escuriet, R. (2020). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women in public hospitals in Catalonia (Spain). *Midwifery*, 88(September), 102752. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102752>

- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Mortensen, B. (2021). Sammenheng i jordmortjenesten gjør en forskjell – hva venter vi på i Norge? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(2), 109–115. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-10>
- Nilsen, S. T., Daltveit, A. K., & Irgens, L. M. (2001). Fødeinstitusjoner og fødsler i Norge i 1990-årene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(November), 3208–3212.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1
- Rayment, J., Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M., Thael, E., Batinelli, L., & Mcourt, C. (2020). The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*, 86(July), 102661.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102661>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(April), CD004667.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M. J., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C., & Homer, C. S. E. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62(July), 240–255. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
- Solvik, A. (2021). Norsk fødselsomsorg har mest å tape på helseforetaksmodellen. *Samfunn og økonomi*, 2. <https://www.samfunnogokonomi.no/2021/07/norsk-fodselsomsorg-har-mest-a-tape-pa-foretaksmodellen/>
- van der Kooy, J., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2017). Planned home compared with planned hospital births: Mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 177.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1348-y>

- Vedeler, C., Nilsen, A., Blix, E., Downe, S., & Eri, T. (2021). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(4), 647–655. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- WHO. (1996). *Care in normal birth: A practical guide* (96.24). https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Aanensen, E. H., Skjoldal, K., Sommerseth, E., & Dahl, B. (2018). Easy to Believe in, But Difficult to Carry Out—Norwegian Midwives' Experiences of Promoting Normal Birth in an Obstetric-Led Maternity Unit. *International Journal of Childbirth*, 8(3), 167–176. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.8.3.167>

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

Vurdering

Skriv ut

Referansenummer

431412

Prosjekttittel

Jordmors erfaringer med å fremme normal fødsel i jordmorstyrt enhet

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Bente Dahl, Bente.Dahl@usn.no, tlf: 31009451/90626991

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Liv Remvik-Larsen og Anne Marte Wahl Gran, livremlar@gmail.com, marte.wg@gmail.com, tlf: +4793096848/45017348

Prosjektperiode

01.01.2022 - 24.04.2022

Vurdering (2)

17.01.2022 - Vurdert

Personverntjenester har vurdert endringen registrert 11.01.2022. 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 17.01.2022. Behandlingen kan fortsette. ENDRINGENR Zoom er lagt til som databehandler i prosjektet. Zoom er databehandler i prosjektet. Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Videre er det planlagt å rekruttere ved hjelp fra avdelingsledere eller fagutviklere hvor jordmødre er ansatt. OPPFØLGING AV PROSJEKTET Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.. Kontaktperson: Henriette N. Munthe-Kaas Lykke til videre med prosjektet!

23.12.2021 - 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 23.12.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 24.04.2022 og personopplysninger vil bli lagret til 01.04.2023 i forbindelse med forskning og vil bli lagret internt ved behandlingsansvarlig institusjon. 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. 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). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/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!

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet «Jordmors erfaringer med å fremme normal fødsel i jordmorstyrt enhet»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få større innsikt i jordmødre sine erfaringer med å fremme, og å bevare, den normale fødselen i en jordmorstyrt enhet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Fødselsomsorgen blir stadig med medikalisert og teknologisk. På tross av at normal fødsel har flere positive konsekvenser for både mor og barn, har det vært en nedgang i antallet de siste årene. Jordmor har en avgjørende rolle i å fremme den normale fødselen og en ser positive utfall av jordmorstyrte fødsler. Hensikten med denne oppgaven er å få større innsikt i jordmødre sine erfaringer med å fremme, og å bevare, den normale fødselen i en jordmorstyrt enhet.

Problemstillingen er:

«Hvilke erfaringer har jordmødre i jordmorstyrt enhet med å ivareta den normale fødselsprosessen?»

Forskningsprosjektet er en masteroppgave som gjennomføres som del av jordmorutdanningen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju deg som arbeider, eller har arbeidet, som jordmor ved en jordmorstyrt enhet i Norge. Både fødestuer og enheter tilknyttet sykehus (f.eks. ABC) er av interesse. Dette er fordi vi ønsker en dybdeforståelse for hvordan du jobber for å fremme normal fødselsprosess. Vi ønsker dialog med både deg som er relativt nyutdannet, eller deg med lang erfaring. Totalt søker vi 6-8 jordmødre.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi vil be om at du deltar i et intervju. Vi vil legge til rette for at dette kan foregå via zoom eller teams. Denne samtalen varer i maksimalt 60

minutter, og tas opp og lagres som lydfil. Filen blir lagret anonymt i opptil et år etter innlevering, deretter slettes den.

I samtalen vil vi ta utgangspunkt i dine refleksjoner, erfaringer med og kunnskap om hvordan jordmor jobber for å fremme den normale fødselen. Med dette mener vi lavrisiko - fødsler uten medisinske intervensjoner. Hovedspørsmålene handler om hvordan du arbeider for å fremme normal fødsel, hvilke erfaringer du har gjort deg, og hvorfor du velger å jobbe ved en jordmorstyrt enhet kontra kvinneklinikk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Vi ber om skriftlig samtykke fra deg, men dette kan når som helst trekkes 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 skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil si at det kun er prosjektansvarlige studenter og veileder som har tilgang til data, ved behandlingsansvarlig institusjon. Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil oppbevares på passordbeskyttet PC.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene vil bli lagret inntil ett år etter prosjektet avsluttes, det vil si senest april 2023. Konfidensialiteten ivaretas i hele perioden.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge 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:

- Prosjektansvarlige studenter Liv Remvik-Larsen; livremlar@gmail.com, tlf. 930 96 848, og Anne Marte Wahl Gran; marte.wg@gmail.com, tlf. 450 17 348
- Universitetet i Sørøst-Norge ved Bente Dahl; Bente.Dahl@usn.no, tlf. 31 00 94 51/ 906 26 991
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg; Paal.A.Solberg@usn.no, tlf. 35 57 50 53/ 918 60 041

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: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Bente Dahl
(Forsker/veileder)

Anne Marte Wahl Gran og Liv Remvik-Larsen
(Prosjektansvarlige studenter)

-

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Jordmors erfaringer med å fremme normal fødsel i jordmorstyrt enhet*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Forfatterveiledning

Manuscript Types

The European Journal of Midwifery considers the following types of articles:

- Research Papers – reports of data from original research.
- Review Papers – comprehensive, authoritative, reviews within the journal’s scope.
- Short Reports – brief reports of data from original research.
- Methodology Papers – Papers that present different methodological approaches that can be used to investigate problems in a relevant scientific field and to encourage innovation.
- Policy Case Studies – brief articles on policy development at a regional or national level.
- Study Protocols – articles describing a research protocol of a study.
- Letters to the Editor – a response to authors of an original publication, or a very small article that may be relevant to readers.
- Editorials – articles written by members of the Editorial Board.

Research Papers

Articles reporting research may be full length or brief reports. These should report original research findings within the journal’s scope. Papers should generally be a maximum of 4000 words in length, excluding a maximum of 5 tables, references, and abstract of the article, whilst it is recommended that the number of references should not exceed 36.

Review Papers

Comprehensive, authoritative, reviews within the journal’s scope. There are two types of review papers:

- systematic review papers: respond to a specific research question, accrue from criterion-based selection of sources, include a quantitative synthesis and a statistical method (meta-analysis), and should adhere to [PRISMA guidelines](#). Guidelines used for abstracting data and assessing data quality and validity should be noted in methods section.
- narrative review papers: the research question may be broad, and the scope of this review is to discuss a specific topic and keep the readers up-to-date about it. This type of review does not necessarily include a methodological approach and its synthesis is usually qualitative. Narrative reviews should include in a developments section, with details regarding data sources used, keywords applied, time restrictions and study types selected. Developments should be based on actual review articles. All review papers should be generally less than 6000 words, excluding abstract, tables, figures and references. References should not exceed 50. Conclusion of the reviews should be specific and stem from the findings.

Short Reports

Brief reports of data from original research. Short reports are shorter versions of original articles, may include one table or figure, should not exceed 1500 words, and it is recommended that the number of references should not exceed 15. Short reports are suitable for the presentation of research that extends previously published research, including the reporting of additional controls and confirmatory results in other settings, as well as negative results. Authors must clearly acknowledge any work upon which they are building, both published and unpublished.

Policy Case Studies

The objective of this type of brief article is to foster regional academic midwifery, maternal and child health activities and to provide a forum for sharing ideas, examples of policy activities, for people working in in the field to present their regional successes or challenges in the area of Midwifery. Such brief articles should be accompanied by a high-resolution picture or example of the material used or presented. The word count for the text should not exceed 1500 words.

Study Protocols

This article type can be for proposed or for ongoing research and should contain the background, research hypothesis, rationale a detailed methodology of the study. The [SPIRIT 2013 Checklist guidelines](#) ideally should be applied. Study

protocols submitted for publication must have received ethics approval. Protocols of randomized trials should follow the [CONSORT guidelines](#) and must have a trial registration number, while observational studies should follow [STROBE guidelines](#).

- [Methodology Papers](#)

Methodology Papers will present different methodological approaches that can be used to investigate problems in a relevant scientific field and to encourage innovation. It is suggested that case studies or practical examples, which can be existing ones, are included to demonstrate the consistency and applicability of the methodology.

Methodology papers should be generally less than 6000 words, excluding abstract, tables, figures and references. References should not exceed 50.

[EUROPEAN JOURNAL OF MIDWIFERY - Instructions to authors](#)

- [Letters to the editor](#)

A letter to the Editor is a brief report that is within the journal's scope and of particular interest to the community, but not suitable as a standard research paper. A maximum of ten articles may be included in the references. Letters to the Editor may be edited for clarity or length and may be subject to external peer review at the Editors' discretion. Letters intended for publication should be a maximum of 500 words, contain 10 references, and up to one table or figure. These rules apply both for research letters, and letters that respond to articles published in the journal. Letters to the editor are subject to editorial editing so as to streamline the article with the journal's style. Corrections to published articles are also published as a letter and linked to the corrected version of the article. [Editorials](#)

Editorials are written by the Editorial Board and may reflect current articles within the European Journal of Midwifery or discuss significant national or international initiatives relevant to midwifery or maternal and child health or the academic development of Midwifery.

[Manuscript Formatting](#)

[General instructions](#)

The authors are encouraged to consult previous relevant publications in EJM to assist them in the preparation of the manuscript, especially the references and tables. We support the use of Checklists during manuscript preparation. Checklists are available for a number of study designs, including:

- randomized trials ([CONSORT](#)),
- systematic reviews ([PRISMA](#)),
- observational studies ([STROBE](#)),
- meta-analyses of observational studies ([MOOSE](#)) and
- qualitative studies ([RATS](#)).

[Text Formatting](#)

All manuscripts should be submitted in a Word format, they should be single column and 1.5 spaced. Margins should be one inch at the top, bottom and sides of the page. Font size should be 11-pt or 12-pt, standard font in 'Arial' or 'Times New Roman' typeface. Manuscripts should be formatted in full justified paragraphs and headings should be left-aligned.

Maths should be editable text. [Title Page](#)

The Title page should list the title of the article and suggestions for a short running title of no more than 60 characters (including spaces). Also include the authors names, affiliations and contact details including email address for the corresponding author. Affiliations should contain each author's department, institution (institute, university), city, country.

The Title of the article should be clear, concise and highlighting the research topic. It should not include rhetorical questions, literary language, quotations and special symbols.

[Abstract](#)

Authors are asked to supply a structured abstract of 250 words. For research articles, systematic reviews and brief reports, the abstract is limited to 250 words and should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, and

Conclusions. Abstracts for narrative reviews, study protocols and methodology papers are unstructured. Letters do not have an abstract.

Keywords

Include six keywords that describe your paper for indexing and for web searches of your manuscript.

Main Text

Research Papers, Systematic Review Papers and Short Reports sections are: Introduction, Methods, Results, Discussion, and Conclusions. Narrative Review Papers are not necessarily structured. It is suggested though to include the sections Introduction, Developments and Conclusion. Study Protocols consist of Introduction, Methods, Discussion, and Conclusions. Methodology Papers should consist of Introduction, Methodological approach, Case studies or Practical examples, Discussion, Conclusions.

Use the guidelines below to structure these sections:

1. A short introduction which should end with the study's aims. The introduction should state clearly the objective of the

Page 2

paper as well as the context of the research or analysis.

2. A methods section which should describe the study design, setting, participants, measures, variables and statistical analysis performed. This section should also include information on the study's ethics procedures.
3. A results section, which should describe the study's main findings and important aspects within the tables.
4. A discussion section, which should include a discussion of the study's main findings, comparisons with other studies, potential policy implications, the study's strengths and limitations.
5. A conclusions section, which should be short, concise and based on the results of the current study. General conclusions that do not stem from the manuscript's results should be avoided.

Declaration of Interests

Declare any competing interests for each author. The European Journal of Midwifery adheres to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. The author names on the ICMJE forms should be identical to the names in the manuscript.

Funding

All sources of funding for the research reported should be declared. The role of the funding body in the design of the study and collection, analysis, and interpretation of data and in writing the manuscript should be declared. The sentence should begin: "This work was supported by". Proposal numbers should be complete and accurate and provided in parentheses as follows: "(proposal number xxxx)"

Acknowledgements

This section is for acknowledging individuals and institutions whose support the authors wish to mention (it is not compulsory). Please acknowledge anyone who contributed towards the article who does not meet the criteria for authorship including anyone who provided professional writing services or materials.

Authors' contributions

The individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section. Guidance and criteria for authorship can be found in our editorial policies. The authors have the option to give a brief outline of their contribution. Please use initials to refer to each author's contribution in this section.

Group authorship (for manuscripts involving a collaboration group): If you would like the names of the individual members of a collaboration Group to be searchable through their individual PubMed records, please ensure that the title of the collaboration Group is included on the title page and in the submission system and also include collaborating author names as the last paragraph of the "Acknowledgements" section. Please add authors in the format First Name,

Middle initial(s) (optional), Last Name. You can add institution or country information for each author if you wish, but this should be consistent across all authors.

Tables, Figures and Supplementary material

Tables and Figures should be placed at the end of the manuscript and be numbered sequentially in order of appearance in the text. However authors should ensure that every table or figure is referred to in the body of the text. Each table or figure should be accompanied by a short, descriptive title (including the place, year and sample size) and in the footnote should define any acronyms, abbreviations or symbols used, statistical methods applied and any other information needed so that the table or figure may stand alone in the HTML and pdf version of the manuscript. Superscripts used to refer to table footnotes should be lowercase alphabetical symbols. Captions should be given separately above the tables or figures. Numbers in the table should not contain commas, and numbers less than unity should have a zero in front of the decimal point. Decimal numbers should be represented with the use of a full stop.

The number of actual tables (no sub-tables) that an article can contain **should not exceed five**. However, they have to be of value as determined by peer review. Extra tables can be included in the Supplementary material. The content of the tables should be such that the data are of sufficient resolution for comfortable reading. Tables should be submitted in their original Word format (not via Excel), and they should be legible. Avoid using vertical rules. Horizontal rules should be used only above and below column headings and at the bottom of the table. Do not create a table using only tabs or spaces to create columns. Tables should not duplicate material contained in the main text.

The number of figures **should not exceed four**. Extra figures can be included in the Appendix. Figures can be submitted in greyscale, black or white or in color as the journal is published online. The journal prefers that figures be created in Excel. Do not embed a figure file as a picture into Excel or Word, but submit them as individual files. The data of figures should be attached in a Word format. Size the figure to the column or page width of the journal, and set the resolution at 300 dpi or greater. Figures **EUROPEAN JOURNAL OF MIDWIFERY - Instructions to authors** containing a large amount of text, particularly flow diagrams, should be send in an editable form.

Supplementary material should be submitted as a single file that includes all the supplementary material (figures, tables, questionnaires, etc.). If the authors wish to change the Supplementary file they would need to resend it corrected, as a final version before publication. The authors should be aware that supplementary files are not proofread or corrected by the production team. [References](#)

We recommend **no more than 36 references**, these must be numbered sequentially, as they first appear in the text. They should be within square brackets without spaces before or afterwards. Where more than one reference is cited, these should be separated by a comma, for example, [1, 12, 16], while for a continuous sequence of numbers, give the first and last number of the sequence separated by a hyphen, for example, [4-7]. The Reference list should thus be sequentially numbered using plain text (i.e. without the use of footnote or endnote etc). Please check the reference list and ensure that there is no duplication of references. [Article citations](#)

These follow the AMA format.

Journal articles in Print

Citation format:

Authors. Title. Journal name. Year;Volume number(issue number):initial-final page. (Note: Use et al. instead of names after the 6th author) Example:

Kjellstrom Tord, Lemke Bruno, Otto Matthias. Climate conditions, workplace heat and occupational health in South-East Asia in the context of climate change. WHO South East Asia J Public Health. 2017;6(2):69-73.

Journal articles Online

All references that are from journal articles must contain a Digital Object Identifier (DOI): A DOI is a unique character string created to identify a digital object, such as a journal article in an online environment. The DOI is a permanent identifier of all versions of an article and the DOI for a document remains fixed over the lifetime of the document. The DOI must be included in the citation.

Citation format:

Authors. Title. Journal name. Year;Volume number(issue number):initial-final page. Doi.

Example:

Ramón Escuriet, Laura García-Lausin, Isabel Salgado-Poveda, Rocio Casañas, Gemma Robleda, Olga Canet, Mercedes PérezBotella et al. Midwives' contribution to normal childbirth care: Cross-sectional study in public health settings, the MidconBirth Study protocol. *Eur J Midwifery* 2017;1(September):4. doi:10.18332/ejm/76820

Books

Citation format:

Authors. Title. Volume number (for more than 1 volume). Edition number. Place of publication: Name of publisher; year of publication:page numbers.

(Note: Use et al. instead of names after the 6th author)

Example:

Patterson James T. The dread disease: cancer and modern American culture. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1989.

Web links and URLs

All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number, and included in the reference list, rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the item, the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed.

Website

Citation format:

Authors. Title. Name of the website. URL. Published date. Updated date. Accessed date.

Example:

The OASI care Bundle Project. <https://www.rcog.org.uk/OASICareBundle>. Accessed September 2017.

Page 4

Report Online

Citation format:

Authors or Institution. Title. URL. Published date. Accessed date.

Example:

World Health Organization. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4962e/s4962e.pdf>. Published March, 2004. Accessed November 24, 2017.

How to submit

Online Submission

The European Journal of Midwifery uses the online system "Editorial System" for manuscript submission, peer review and editorial handling. Submissions received by e-mail will not be considered. Within the submission system the corresponding author will have the ability to upload a cover letter and will also be able to select pre-identified statements related to the originality of the work, the potential conflicts of interest, authorship and the role of funding sources in manuscript preparation. Additional information may be requested by the Editorial Board so as to ensure the integrity and ethics of the manuscript.

Preprints

We encourage authors to submit manuscripts that have been previously published as pre-prints. Authors publishing in our journals may have shared their work ahead of submission, as well as during the journal's peer review process on repositories or preprint servers (such as MedarXiv, PeerJ Preprints etc), as long as the server does not impose restrictions upon the author's full copyright and re-use rights. Preprints are not considered prior publication, but it is essential that the preprint submitted in our journals is not under consideration by any other journal. In order to make sure that correct attribution is given to the original source (either it is repositories or preprint servers), we suggest that the preprint is listed within the acknowledgement section of the manuscript.

If the manuscript is accepted for publication, authors are encouraged to link their preprint with the published article, in order to enable their readers to access the peer-reviewed version. Preprints that undergo a peer review process

through the European Journal of Midwifery will be published under the same licenses used for all the articles in the journal (for more information on the licenses please check the [Open Access](#) tab).