



**HØGSKULEN I VOLDA**

# Masteroppgåve i helse- og sosialfag - meistring og myndiggjering

## **KJEKT, KOMPLEKST OG KREVJANDE**

**Jordmorrolla ved normale fødsjar i differensiert fødselsomsorg**

Janne Korshamn

Desember 2012

HØGSKULEN I VOLDA | BOKS 500 | 6101 VOLDA  
WWW.HIVOLDA.NO | T: 70 07 50 00 | F: 70 07 50 51

## SAMANDRAG

**Bakgrunn.** I 2001 bestemte Stortinget at Noreg skulle ha differensiert fødselsomsorg.

Formålet var både å ivareta eit desentralisert fødetilbod og differensiere behandlinga mellom lav- og høgrisikogravide ved dei store fødeinstitusjonane. Kvinneklinikkar er det øvste nivået innan differensiert fødselsomsorg og skal motta og behandle både lav- og høgrisikofødande. Omlag 70 % av alle fødslane foregår der. Nokre kvinneklinikkar har oppretta separate fødestover for lavrisikogravide; ved andre kvinneklinikkar føregår alle fødslane i dei same lokalitetane.

**Formål.** Formålet er å få kunnskap om korleis jordmødrer opplever ansvaret sitt for å ivareta normale fødsjar ved kvinneklinikkar utan separate normaleiningar. Eg håper at fokus på desse utfordringane vil medverke til ein konstruktiv debatt om organisering av fødetilbodet og jordmødrene sine arbeidsvilkår, og såleis kome både fødekvinner og jordmødrer til gode.

**Metode.** Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju av 10 jordmødrer med 2-36 års arbeidserfaring. Informantane arbeider ved ein kvinneklinikk med om lag 1400 fødsjar i året, der både lav- og høgriskofødsjar føregjekk ved den same eininga. Data er fortolka ved hjelp av tematisk analyse. Tre hovudtema vert drøfta: jordmorfaget, relasjonen til fødekinna/paret og påverknadar frå den fødselsvitskaplege diskurs.

**Resultat.** Jordmødrene ønskjer utøving av jordmorrolla ved normale fødsjar basert på prinsippa i den jordmorfaglege diskurs: nærleik, heilskap og kontinuitet. Men ulike kulturelle og strukturelle faktorar gjer ei slik tilnærming vanskeleg, og arbeidet vert ofte rutineprega. Årsakene til jordmødrene ikkje alltid kan handle i samsvar med prinsippa i den jordmorfaglege diskursen, er komplekse. Det vert mellom anna sett fokus på strenge nasjonale retningslinjer for fødselshjelp, redsel for negative tilbakemeldingar og at det er ulike forventningar til jordmorrolla. Jordmødrene opplever både intra- og interrollekonflikter i arbeidet sitt. Intrarollekonflikter fordi fødekinna/paret og legane har andre forventningar til normale fødsjar enn dei sjølve har og interrollekonflikter når dei har ansvar for normale og risikofødsjar samstundes. Alle informantane meinte det var nødvendig med fleire jordmødrer og betre lokalitetar for å kunne ivareta normale fødsjar på ein forsvarleg måte. Dei etterlyste også meir kontinuitet i arbeidet sitt og ønska kontakt med fødekinna/paret før fødselen. Fleire av jordmødrene ønskte ei separat eining for normale fødsjar.

**Nøkkelord:** Jordmorrolla; Normal fødsel; Kvinneklinikk; Differensiert fødselsomsorg

## SUMMERY

**Background.** In 2001 the Norwegian Parliament decided that maternity care in Norway should be differentiated. The purpose was twofold. Firstly, to preserve the de-centralized maternity care already provided - and secondly, to differentiate care between low- and high risk pregnancies in tertiary care hospitals. Tertiary care hospitals are the highest level of maternity care hospitals in Norway and provide care to both low- and high risk woman. Approximately 70 % of births take place in these institutions. Some tertiary care hospitals have separate birthing units for low- and high risk births, in others, both low and high risk births take place within the same unit.

**Focus.** The focus of this study is to gather knowledge from midwives regarding their feelings of responsibility to maintain low-risk births “normal” in hospitals that do not have separate low risk birthing units. By focusing on these challenges I hope to contribute to a constructive debate concerning the organization of maternity care and midwives working conditions, in such a way that is beneficial to both birthing women/-families and midwives.

**Method.** Qualitative method with semi-structured interviews, ten midwives, with a range of 2 to 36 years working experience have been interviewed. The informants work at a tertiary care hospital birthing unit with approximately 1400 births yearly. Both low- and high risk births are attended in the same localities. The data is analyzed with thematic analysis. Three main topics are discussed: midwifery practice, the relationship to the birthing woman/-family and influences of the medical discourse.

**Results.** The results show that midwives wish to practice the midwife model of care attending normal births based on the principals of autonomous midwifery; closeness, holistic care and continual presence. Differing cultural and structural factors combine to make this approach difficult and their work often becomes routine based. The reasons for not always being able to follow the midwife model of care are complex. The midwives focus on strict national obstetric guidelines, fear of negative feedback and differing expectations of the midwife role. Midwives experience both intra- and inter role conflicts in the practice of their profession. Intra role conflicts, because both birthing women/-families and doctors have other expectations to normal birth than midwives themselves. Inter role conflicts, when they have responsibility for both low and high risk births at the same time. All the informants meant that there is a need for more midwives and better localities to keep low risk births normal. They also call for the opportunity for more continuity in their work and to have met the birthing

woman/-couple before attending their labor and birth. Several of the midwives expressed the wish for a separate unit for low risk births.

**Key words:** Role of midwife; Normal birth; Tertiary care hospital; Differentiated maternity care

# INNHALD

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INNLEIING .....</b>                                   | <b>1</b>  |
| Tema, problemstilling og forskings spørsmål .....        | 1         |
| Formål, avgrensingar .....                               | 2         |
| Oppbygging av oppgåva .....                              | 3         |
| <b>POLITISK OG FAGLEG BAKGRUNN .....</b>                 | <b>4</b>  |
| Differensiering og kvalitetskrav .....                   | 4         |
| <i>Normal fødsel</i> , terminologi og definisjonar ..... | 5         |
| Faglege utfordringar .....                               | 7         |
| <b>RELEVANT FORSKING FOR MITT TEMA .....</b>             | <b>8</b>  |
| Søkjeprosessen .....                                     | 8         |
| Presentasjon av relevante artiklar .....                 | 9         |
| <b>TEORETISKE PERSPEKTIV .....</b>                       | <b>14</b> |
| Bruk av teoretisk rammeverk .....                        | 14        |
| Hermeneutisk tilnærming .....                            | 14        |
| Førforståing og kontekst .....                           | 14        |
| Den hermeneutiske sirkel og dobbelhermeneutikk .....     | 15        |
| Sosiale realitetar og roller .....                       | 16        |
| Konstruksjon og tolking av sosiale realitetar .....      | 16        |
| Roller .....   | 17        |
| Handlingsteori og rasjonalitet .....                     | 19        |
| Personleg handlingsteori .....                           | 19        |
| Refleksjon og rasjonalitet .....                         | 20        |
| Kollektiv handlingsteori .....                           | 22        |
| Grunnlagstenking i jordmorfaget .....                    | 22        |
| Grunnlagstenking .....                                   | 22        |
| To diskursar om fødselshjelp .....                       | 24        |
| Ulike jordmorprototypar .....                            | 25        |
| Den moderne jordmora .....                               | 25        |
| Den fleirstemte jordmora i den seinmoderne tidsånd ..... | 26        |
| Autonomi .....   | 27        |
| Risiko og tryggleik .....                                | 28        |
| <b>DESIGN OG METODE .....</b>                            | <b>30</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| Individuelle kvalitative forskningsintervju .....    | 30        |
| Populasjon og utval .....                            | 31        |
| Prosedyre for utveljing .....                        | 31        |
| Utarbeiding av intervjuguide .....                   | 33        |
| Førebuing til intervjusituasjonane .....             | 34        |
| Gjennomføring av prøveintervju og intervju .....     | 35        |
| Transkribering .....                                 | 37        |
| Etiske vurderingar .....                             | 38        |
| Validitet, reliabilitet og generalisering .....      | 39        |
| <b>STRATEGIAR FOR ANALYSE OG FORTOLKING .....</b>    | <b>42</b> |
| Eiga førforståing .....                              | 42        |
| Konteksten for studien .....                         | 43        |
| Analyse og fortolking .....                          | 44        |
| Analyse ved kategorisering .....                     | 46        |
| Førstegradsfortolking .....                          | 47        |
| Andregradsfortolking .....                           | 48        |
| <b>KATEGORIAR OG FØRSTEGRAДСFORTOLKING .....</b>     | <b>50</b> |
| Presentasjon av kategoriar .....                     | 50        |
| Presentasjon av førstegradsfortolking .....          | 50        |
| Bakgrunnsopplysningar .....                          | 50        |
| Normal fødsel .....                                  | 51        |
| Differensiering .....                                | 60        |
| Ønske .....  | 67        |
| <b>PRESENTASJON AV ANDREGRADSFORTOLKING .....</b>    | <b>69</b> |
| Jordmorfaget .....                                   | 69        |
| Normale fødselar .....                               | 69        |
| Forventningar til eiga rolle .....                   | 70        |
| Fagleg autonomi .....                                | 72        |
| Omorganisering .....                                 | 74        |
| Relasjonen til fødekvinna .....                      | 75        |
| Forventningar frå fødekvinna/paret .....             | 75        |
| Intra- og interollekonfliktar .....                  | 75        |
| Påverknader frå den fødselsvitskaplege diskurs ..... | 78        |

|  |           |
|--|-----------|
| Forventningar frå legane.....                    | 78        |
| Hierarki.....                                    | 79        |
| Interaksjonen med legane .....                   | 80        |
| Personleg og kollektiv handlingsteori .....      | 81        |
| Jordmorrolla i differensiert fødselsomsorg ..... | 83        |
| <b>AVSLUTNING .....</b>                          | <b>87</b> |
| Oppsummering av hovudfunn.....                   | 87        |
| Refleksivitet .....                              | 88        |
| Vidare implikasjonar .....                       | 88        |
| <b>LITTERATURLISTE.....</b>                      | <b>90</b> |

## **VEDLEGG**

**Vedlegg I** Informasjon før oppstart

**Vedlegg II** Førespurnad om å vere informant

**Vedlegg III** Samtykkeerklæring

**Vedlegg IV** Intervjuguide

**Vedlegg V** Meldeskjema til NSD

**Vedlegg VI** Informasjon undervegs

**Vedlegg VII** Om godkjenning av sitat

**Vedlegg VIII** Selekttering

**Vedlegg IX** Praktisk gjennomføring av differensiering

**Vedlegg X** 4 artiklar med bakgrunnsopplysningar



## FORORD

Å arbeide med denne masteroppgåva har vore både utfordrande og lærerikt. Det har vore ein tidkrevjande prosess, der eg har lærdt mykje. Eg har hatt ei kjensle av å arbeide på to plan: fordjuping i jordmorfaget og gjennomføring av eit prosjekt. Ved å lese forskingsartiklar om jordmødrer og normale fødsler, har eg fått utvida den kunnskapen eg allereie har om jordmørarbeid. Samstundes har eg i gjennomføringa av prosjektet, begynt å lære litt om kvalitativ forskning. Studiet i ”Meistring og myndiggjering” ved høgskulen i Volda har gitt meg viktig inspirasjon til å arbeide på begge desse to plana.

Undervegs har eg fått positiv respons frå arbeidskollegaer ved kvinneklinikken der studien er gjennomført; dette har vore ein viktig motivasjonsfaktor i arbeidet.

Tusen takk til dei ti jordmødrene som lét seg intervjuje, utan *det* intervjumaterialet hadde ikkje *denne* oppgåva blitt til!

Stor takk til min rettleiar professor Jon Olav Myklebust, som gjennom heile prosessen, frå eg bestemte tema for oppgåva og til no når oppsummeringa er gjort, har gitt meg konstruktive tilbakemeldingar!

Ålesund 04.12.12

Janne Korshamn

## INNLEIING

### Tema, problemstilling og forskingsspørsmål

Jordmoryrket har lang tradisjon i Noreg. Den første jordmorutdanninga starta i 1818 ved Rikshospitalet i Christiania. Ein fødsel vart på den tida sett på som ei sosial hending og dei aller fleste kvinner fødte i heimen (Blix 2010: 55). Landet var inndelt i jordmordistrikt, der distriksjordmødrene med få hjelpemiddel hadde stort ansvar (Blåka 2002: 10). Kontrasten mellom då og no er stor. Både jordmoryrket og fødselshjelpa har gjennomgått ei enorm utvikling. I 2011 var under 1% av fødslane i Noreg planlagde heimefødselar, resten føregjekk ved institusjonar (Medisinsk fødselsregister 2012).

I tida etter andre verdskrig vart det oppretta mange lokale fødestover og fødeavdelingar i Noreg. I 1970 var talet på fødeinstitusjonar nærmare 200 (Statens Helsetilsyn 1997: 12). Det skjedde ei *institusjonalisering* av fødselshjelpa. Frå omkring 1970 auka trua på dei store institusjonane. Det skjedde ei *sentralisering* av fødslane (Heiberg 2010: 41) og talet på fødeinstitusjonar vart i perioden 1972 - 1993 redusert frå 158 til 67 (Statens Helsetilsyn 1997: 12). Ambisjonen var tilbod om forsvarleg fødselshjelp, tiltaket var sentralisering. Ved sida av *institusjonalisering og sentralisering* skjedde det også ei *differensiering og selektering* av fødselshjelpa (Heiberg 2010: 41). "Faglige krav til fødeinstitusjoner" (Statens Helsetilsyn 1997) differensierer institusjonane til tre nivå: kvinneklinikkar, fødeavdelingar og fødestover. Intensjonen var seleksjon av fødekvinner til ulike nivå, basert på kriterium for risikovurdering. Desse retningslinjene vert ytterlegare presiserte og vidareførde i "Et trygt fødetilbud" (Helsedirektoratet 2010a). Formålet med eit differensiert fødetilbud var både å oppretthalde eit desentralisert fødetilbud og betre ivareta normale fødselar ved dei store institusjonane.

Kvinneklinikkar har ansvar for både forventede normale fødselar frå sitt nærrområde og risikofødselar tilviste frå heile regionen. Ved dei høgt spesialiserte institusjonar syner det seg vanskeleg å hindre medikalisering av normale fødselar på grunn av tidspress og effektivisering (Blix 2010: 55, Fylkesnes 2010: 28). Både blant legar og jordmødre er det uro for denne utviklinga. Frå fagleg ståstad vert det hevda at fødselsomsorga treng nytenking og endra syn på normale fødselar (Backe, Øian, Eide, Nilsen, Pedersen, Schmidt, Schou og Taraldsen 2005).

Kva som vert sett på som normalt ved svangerskap og fødselar, vil ha samanheng med sosiale normer og kulturelle verdiar i det samfunnet og den tidsepoken dei skjer i (Blix 2010: 53-54). Fødselshjelp er organisert etter ulike modellar, men *ein* faktor syner seg å vere konstant:

jordmorrolla vert assosiert med ansvar for normale svangerskap og fødsjar (Amelink-Verburg og Buitendijk 2010: 216). Både Helsepersonelloven (1999: Kapittel 2, § 4) og ”Rammeplan for norsk jordmorutdanning” (Utdannings- og forskningsdepartementet 2004: 5) presiserer at jordmødrer har eit sjølvstendig ansvar for kvinner med normale svangerskap og fødsjar, men har i samarbeid med legar og andre profesjonsgrupper også ansvar for risikogravide.

Ved kvinneklinikkar kan risikogravide, på grunn av komplikasjonar, vere hospitaliserte i store delar av svangerskapet. I tillegg kan familie og venner bo lang unna. Jordmødrer har ein viktig funksjon overfor desse kvinnene, og det kunne vere interessant å få meir kunnskap om jordmorrolla i den samanhengen. Men i denne oppgåva ønskjer eg å få meir kunnskap om jordmorrolla ved normale fødsjar ved kvinneklinikkar, og ved kvinneklinikkar utan fysiske og/eller geografiske skilje mellom lokalitetane for normal- og risikofødsjar.

Problemstillinga mi vert:

### **Kva refleksjonar gjer jordmødrer ved kvinneklinikkar seg om si eiga rolla ved normale fødsjar i differensiert fødselsomsorg?**

Forskingsspørsmåla mine vert stilte til jordmødrer ved kvinneklinikkar der både normale og risikofødsjar skjer ved dei same lokalitetane og er:

- Kva legg jordmødrene i omgrepet normal fødsel?
- Kva forventningar opplever dei når dei skal ivareta normale fødsjar etter retningslinjer for differensiert fødselsomsorg?
- Kva erfaringar har dei med å ivareta normale fødsjar etter retningslinjene for differensiert fødselsomsorg?
- Kva ønske har dei for organiseringa av fødetilbodet ved kvinneklinikkar?

### **Formål, avgrensingar**

Formålet er å få meir kunnskap om korleis jordmødrene opplever ansvaret sitt for å ivareta dei normale fødslane når dei ved same avdelinga også arbeider med risikofødsjar. Fokus på desse utfordringane håper eg vil medverke til ein konstruktiv debatt om organisering av fødetilbodet og jordmødrer sine arbeidsvilkår, og slik kome både fødekvinne og jordmødrer til gode.

Formålet mitt er også å gi jordmødrene ei stemme, medverke til ”empowerment”. Denscombe (2010: 12) seier at forskingsprosjekt der personar får setje ord på sin eigen situasjon, kan føre til at dei sjølve lettare gjer noko for å betre situasjonen sin. Forsking og organisert

kunnskapsutvikling er viktig i all profesjons-, fag- og tenesteutvikling. I ”Utviklingsstrategi for jordmortjenesten” (Helsedirektoratet 2010b: 38) vert det påpeika at der er mangel på forskning og organisert kunnskapsutvikling innan jordmorfaget. Dersom jordmødrer skal utvikle sitt eige fag, bør dei sjølve vere aktive i den prosessen. Eg vonar at denne studien, vil vere eit lite bidrag til den store oppgåva som dette er.

Jordmora sitt ansvarsområde er både svangerskap, fødsel og barseltid. Ved ein kvinneklinikk har jordmødrer arbeidsoppgåver innan alle desse områda. Men på grunn av omfanget av oppgåva, har eg valt å berre konsentrere meg om jordmorrolla i sjølve fødesituasjonen.

### **Oppbygging av oppgåva**

Masteroppgåva er inndelt i ni hovudkapittel. Oppgåva startar med ei innleiing til temaet for oppgåva og innleiingskapittelet endar med problemstillinga og forskingsspørsmåla for studien. I det andre kapittelet gjer eg kort greie for nokre politiske føringar og faglege diskusjonar om differensiert fødselsomsorg og normale fødselar. I det neste kapittelet presenterer eg ei oversikt over forskingsartiklar med relevans til temaet mitt. I teorikapittelet gjer eg først greie for den metodeoloiske tilnærminga eg har brukt, hermeneutisk tilnærming. Etterpå presenterer eg dei sentrale teoretiske perspektiva og omgrepa som har vore førande for analysen, fortolkinga og drøftinga.

I kapittelet om metode og design grunngjev eg først valet mitt for å nytte kvalitative forskingsintervju, så forklarar eg korleis eg har gått fram ved utveljinga av informantar, utarbeidinga av intevjuguiden, gjennomføringa av intervju og transkriberinga av intervjumaterialet. Til slutt i metodekapittelet omtalar eg dei etiske vurderingane eg har gjort og studien sin validitet, reliabilitet og generalisering. Dei neste tre kapittele er relaterte til analyse og fortolkingsarbeidet. Først meddeler eg mi eiga førforståing av temaet i oppgåva og forklarar konteksten for studien. Vidare gjer eg greie for dei strategiane eg har nytta til analyse og fortolking og presenterer så kategoriane som dannar grunnlaget for fortolkingane. Funna mine vert presenterte som ei førstegradsfortolking. Etterpå presenterer eg ei andregradsfortolking, der eg drøftar funna mine i lys av dei teoretiske perspektiva for studien og dei forskingsartiklane eg vurderte som relevante for mitt tema.

I sluttkapittelet oppsummerer eg hovudfunna i studien min og meddeler nokre refleksjonar om betydninga av eiga rolle i prosjektet og vidare implikasjonar av resultatane.

Litteraturlista inneheld også referansar til dei forskingsartiklane eg presenterer i Vedlegg X.

## **POLITISK OG FAGLEG BAKGRUNN**

### **Differensiering og kvalitetskrav**

Den sentraliseringa av fødeinstitusjonar som starta i 1970-åra hadde ingen felles struktur. Kvar enkelt fødeinstitusjon hadde ansvar for bemanning og beredskap. I 1997 foreslo Statens Helsetilsyn ei differensiering av fødeinstitusjonane til tre nivå, basert på fødselstal pr år og type medisinsk beredskap (Statens Helsetilsyn 1997). Nivå 1 skulle vere kvinneklinikkar med minimum 1500 fødsjar pr år, og skulle motta og behandle alle typar fødande frå eige nærområde, samt risikopasientar frå distrika rundt kvinneklinikkane. Alle fødande med alvorlege komplikasjonar og/eller der det var forventa at det nyfødte barnet ville trenge behandling skulle føde ved kvinneklinikkar.

I 2001 gjorde Stortinget denne skisserte nivåinndelinga gjeldande, ikkje berre rettleiande (Innst. S. nr. 300, 2000-2001). Dette vart kalla eit paradigmeskifte innan fødselsomsorga, fordi lavrisikofødane ikkje vart sett på som risikopasientar med det same behovet for overvaking og behandling som dei med kompliserte svangerskap. Største utfordringa var differensiering mellom lav- og høgrisikogravide i dei store fødeinstitusjonane (Backe m.fl. 2005). Ved kvinneklinikkar kunne differensiering skje internt ved den same eininga eller ved at lavrisikogravide fekk føde i separate fødestover ved den same institusjonen. Ved differensiering internt vart det oppretta såkalla grøne og raude grupper: grøne grupper for normale fødsjar og raude for risikofødsjar. Den grøne gruppa skulle vere jordmorstyrt, utan involvering av legar, medan for den raude gruppa skulle lege og jordmor ha felles ansvar. Nokre kvinneklinikkar har oppretta separate fødestover, ”Storken” ved Haukeland sjukehus og ”ABC” ved Ullevål sjukehus er døme på det (St.meld.nr 12, 2008-2009: 47).

Med St.meld.nr 12 (2008-2009) ” En gledelig begivenhet” vart dei fastsette talgrensene for fødsjar pr år ved fødeinstitusjonane erstatta av nasjonale kvalitetskrav om ei heilskapleg og trygg svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Men meldinga gav ikkje standardiserte seleksjonskrav på nasjonalt nivå, eller nokon definisjon av differensiert fødetilbod. Sannsynlegvis var intensjonen at fødselsomsorga skulle vere basert både på dei fødande sine ønske og medisinske vurderingar (jf. Helsedirektoratet 2010a: 32).

I 2010 får vi ”Et trygt fødetilbud” (Helsedirektoratet 2010a) og ”Utviklingsstrategi for jordmortjenesten” (Helsedirektoratet 2010b) der det kjem forslag til kvalitetskrav for fødselsomsorga. Det vert påpeika at kvar enkelt fødeinstitusjon skal ha tydelege og grunngevrne differensierings- og seleksjonskriterium som er forsvarlege på bakgrunn av

kompetanse og infrastruktur (Helsedirektoratet 2010a: 33). Det vert foreslått ei rekkje nasjonale kvalitetsindikatorar, mellom anna at jordmor kontinuerleg skal vere til stades på fødestova i den aktive fasen av fødselen (ibid.: 48). Det vert påpeika at jordmødrer må utforme og tilpasse individuell hjelp, kombinert med kontinuerleg og heilskapleg oppfølging (Helsedirektoratet 2010b: 33-34). Vidare vert det foreslått kompetanseløft for jordmortenesta, med kvalitetsarbeid og tilrettelegging for heilskaplege tjenester med implementerte kvalitetskoordinatorar (ibid.: 46-52). Helsedirektoratet (2010b: 45) foreslår vidare at WHO (1996, 1998) sine tilrådingar om demedikalisering av perinatal omsorg bør danne grunnlaget for fødselsomsorga.

Begge desse to rapportane frå Helsedirektoratet (2010a, 2010b) og St.m.nr 12 (2008-2009) presiserer at det må skje ei differensiering og kvalitetesheving ved dei store fødeinstitusjonane, der dei aller fleste fødsjar føregår. Utfordringa er at svangerskap, fødsel og barseltid representerer to ulike perspektiv: det er normale livshendingar og det kan oppstå kritiske situasjonar. Det er viktig med både demedikalisering av normale fødsjar og ekstra oppfølging av risikofødsjar. Det er i dag fleire gravide med kompliserte lidningar og sjukdomar enn tidlegare. Denne gruppa treng særskild overvaking og behandling. Utfordringa er å gi både lav- og høgrisikogravide likeverdige tenester.

### ***Normal fødsel, terminologi og definisjonar***

Sidan eg skal skrive ei oppgåve om jordmorrolla ved normale fødsjar, skulle eg gjerne ha presisert nærmare omgrepet *normal fødsel*. Men kva som kjenneteiknar ein normal fødsel er det ulike oppfatningar om, både blant fagfolk, politkarar og lekfolk. Det er i den vestlege verda også ein auka intervensjonsfrekvens i normale fødselsforløp (Fylkesnes 2010: 26, Mead 2004). Dei vanlegaste intervensjonane ved lavrisikofødsjar er: fødselsinduksjon (igangsetjing av fødsel ved hjelp av medikament), medikamentell ristimulering, amniotomi ("ta fostervatnet"), epiduralanalgesi (form for medikamentell smertelindring), episiotomi (klipp i mellomkjøtet), (Mead 2004: 72), samt CTG (cardiotocografi, teknisk overvaking av fosterlyd og rier) (Lavender and Kingdom 2006: 345). Downe (2006: 354) seier at dersom jordmoryrket er ein autonom profesjon med den normale fødsel som sitt ekspertområde, må jordmødrene sjølve ta noko av ansvaret for den auka intervensjonsfrekvensen i normale fødselsforløp. Gould (2000: 420) trur forklaringa på denne utviklinga kan vere at jordmødrer

har problem med presist å formulere normalitet, medan fødselsvitskapen har presise formuleringar baserte på kvantifiserbare observasjonar og lineær klokke-tid.

Det er heller ikkje semje om kva terminologi som høver best; *normal fødsel* og *naturleg fødsel* vert ofte brukt om ein annan. Begge omgrepa tyder som regel at fødselen startar spontant, at det ikkje vert utført inngrep eller oppstår komplikasjonar (Blix 2010: 53). Men omgrepet *normal* har den ulempa at det karakteriserer det som skjer ofte, det vanlege og er ein sosial standard for kva som blir sett på som normalt i eit samfunn (Darra 2009: 289). Det er viktig å vere klar over at sjølv om mange fødselsintervensjonar skjer rutinemessig, betyr ikkje det at det er normalt. Spørsmålet om kva som vanlegvis skjer ved ein fødsel, er komplekst. Til dømes vert tidsdimensjonen ved normale fødselar vurdert forskjellig i ulike kulturar og tidsepokar. Ulike oppfatningar medfører varierende syn på kva tid fødselshjelparen skal iverksetje tiltak. Dette viser at observasjonar basert på kliniske data er influert av sosiale faktorar (Blix, Kumle og Øian 2008, Downe 2006: 353). Eit anna problem er at dersom nokre fødselar vert definerte som normale, må nokre også vere unormale; ein karakteristikkk som kan medføre skuldkjensle både for fødekvinna og fødselshjelparen (Beech og Phipps 2004: 62-63).

*Naturleg* kan bety at naturen får gå sin gang, utan inngrep, sjølv om det oppstår komplikasjonar. Og kva som vert karakterisert som fødselsinngrep er også prega av skiftande normer i samfunnet. Derfor hevdar enkelte at *fysiologisk fødsel* er eit meir dekkjande omgrep. (Blix 2010: 53-54). Men *fysiologisk* gir ikkje meining for folk flest og omgrepet *normal fødsel* er det mest brukte (Beech og Phipps 2004: 62).

Dokumenta "Care in Normal Birth" (WHO 1996) og "Prinsipp for perinatal omsorg" (WHO 1998) er grunnleggjande for handteringa av normale fødselar i Noreg (Fylkesnes 2010: 24).

WHO sin definisjonen av *normal fødsel* vert ofte nytta og lyder som følgjande:

Spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition (WHO 1996: 3).

I "Prinsipp for perinatal omsorg" (WHO 1998) vert det poengtert at i normale fødselsforløp skal berre heilt nødvendige inngrep skje, og bruk av avansert teknologi bør ikkje førekome der enklare prosedyrar fungerer like bra eller betre.

Gould (2000: 423-424) seier at ein fødsel er ein dynamisk prosess og må ha ein dynamisk definisjon. Ein medisinsk definisjon, basert på kvantifiserbare parameter gjer fødselen normal berre retrospektivt. Jordmødrer bør kalle ein fødsel normal inntil det motsette er bevist. Ho støttar WHO sin definisjon, men føreslår å inkludere: sekvensielt rimønster, smertefulle kontraksjonar og hardt arbeid. Dette er viktige aspekt, sjølv om dei ikkje er kvantifiser- eller visualiserbare. Korkje WHO (1996) eller Gould (2000) sine definisjonar seier noko konkret om intervensjonar.

### **Faglege utfordringar**

Parallelt med diskusjonen om kva som kjenneteiknar ein normal fødsel, er det mange kvinner som ønskjer ulike intervensjonar (jf. Heimstad, R., P. R. Romundstad, J. Hyett, L-Å Mattson og K. Salvesen 2007). Å forklare kva som er normale fødselar og normalt jordmorarbeid er ei kompleks oppgåve. I staden for definitive og presise svar reiser det seg mange nye spørsmål. Mead (2004: 77-78) seier det er nyttig å tenkje på *normal fødsel* som eit konsept plassert mellom to distinkte perspektiv, eit fysiologisk og eit medikalisert, der ein både tilstrebar ei fysiologisk naturleg utvikling og er kritisk til unødvendig teknologi og intervensjonar.

Downe (2006: 353-356) seier at utfordringa for jordmødrer er: ikkje presse alle kvinner til fødselar utan smertelindring og ikkje innta ei "laissez faire"- haldning der kvinnene får styre fødselen og faglege vurderingar vert underordna. Forfattaren argumenterer for ein "multidimensjonal livsløp-definisjon". Ein slik definisjon dreier seg ikkje berre om hendingar relatert til svangerskap, fødsel og barseltid, men tek omsyn til perioden før graviditeten og konsekvensar av fødselen for framtida. Ho meiner at positive langtidseffektar må få større merksemd og dette vil endre synet på fødselshjelp. Å ha restriktive definisjonar på normalitet eller det vanlege og gjennomsnittlege, vert ikkje viktig i ein slik samanheng. Det viktige vert kva som skjer med den enkelte fødekvinne i hennar liv. Ved ei slik tilnærming må jordmødrer sjå det unike i kvar enkelt fødesituasjon, sjå ein fødsel som ein "unik normalitet" og leggje tilhøva til rette for normale fødselar, men også akseptere at dette ikkje kan gjelde for alle.



## RELEVANT FORSKING FOR MITT TEMA

Eksisterande forskning vil påverke alle fasar i eit prosjekt (Kalleberg 2002: 46). Denscombe (2010: 24-25) seier det er viktig å demonstrere kjennskap til forskning om sitt tema ved presentasjon og drøfting av aktuell litteratur. Dersom ikkje, kan det vere fare for å gjenta tidlegare arbeid, gå glipp av idear som er utvikla, og umuleg å drøfte og/eller vidareføre tidlegare tilnærmingar. Kalleberg (2002: 47) presiserer at originalitet er viktig og at eiga stemme må vere tydeleg.

### Søkjeprosessen

Litteratursøka vart utførte i perioden 17.11.11 – 01.07.12. Desse databasane vart nytta: *British Nursing Index, Cinahl, Medline, Norart, Pubmed* og *Norart*. Søkjeorda var: *midwifery* kombinert med eitt eller fleire av orda: *management, profession, role, childbirth, delivery, labor, labour, normal, natural, normal birth unit, obstetric birth unit og consultant-led unit*. Det vart søkt både i tittel, overskrift, nøkkelord og abstract. Eg søkte også i *Tidsskrift for den Norske Jordmorforening, Tidsskrift for den Norske Legeforening* og *Norsk Kunnskapssenter* med søkjeorda *differensiert fødselsomsorg* og *differensiert fødselshjelp*. Søka gav mange veldig mange treff.

Berre artiklar frå Europa, Australia, New Zealand og USA publiserte etter år 2000 vart vurderte. Val av aktuelle artiklar vart i første omgang gjort der det var tilgjengelege samandrag. Ved gjennomlesing av samandraget vurderte eg relevansen for mitt tema. Artiklane vart nedlasta direkte eller bestilt via BIBSYS bibliotek si nettside og ved fagbiblioteket ved Helseforetaket der eg er tilsett. Ved gjennomlesing av artiklane i fulltekst gjorde eg ytterlegare seleksjon. Eg sjekka også i referanselistene til artiklane om der var tips til relevante artiklar for mi oppgåve. For å bedømme artiklane nytta eg ”Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar” (Kunnskapssenteret 2008) og såg både på innhald og struktur. Det finst veldig mange studiar som omhandlar jordmorarbeid ved normale fødslar. Her hadde eg problemstillinga mi i bakhovudet. Eg hadde som kriterium at studiane måtte omhandle jordmorarbeid ved fødeinstitusjonar der både lav- og høgrisikofødande er hospitaliserte ved same avdeling og/eller påverknader på jordmorrolla på grunn av auka medikalisering innan fødselshjelpa.

## Presentasjon av relevante artiklar

Eg plasserte artiklane i to grupper: bakgrunnsopplysningar om temaet mitt og artiklar med direkte relevans til temaet mitt. Artiklane med bakgrunnsopplysningar vert presentert som vedlegg (Vedlegg X). Ei oversikt over dei 12 artiklane med direkte relevans for temaet mitt vert presentert i følgjande tabell:

| Forfatar, publikasjonsår, land                  | Studiefokus   | Studiedesign   | Resultat/konklusjon  |
|---|---|--|--|
| <b>Lane, K. (2002), Australia</b>               | Undersøkje jordmoridentitet i høve til to konkurrerande diskursar: medisinsk- og jordmorretta.  | Kvalitativ eksplorativ studie, djupneintervju med jordmødrer tilsette ved ulike nivå innanfor fødselsomsorga.<br>N= 22                               | Jordmørarbeid representerer ikkje ein statisk kunnskapsbase, heller ikkje kan jordmørkunnskap plasserast i den eine eller andre diskursen.<br>Jordmørarbeid er heller ein diskursativ praksis, jordmødrer brukar fleire ulike diskursar/tilnærmingar for å forstå fødselsprosessen og konstruerer sin eigen praksis. Jordmørarbeid er ein "flytande" prosess, varierer i høve til tid, erfaring og arbeidsstad. Få jordmødrer tilhøyrer anten den medisinske- eller den jordmorretta diskursen. Dei fleste er "hybrider", med klinisk praksis basert på begge diskursane, varierande etter kontekstuelle faktorar. |
| <b>Hyde, A. og B. Roche-Reid (2003), Irland</b> | Få kunnskap om korleis jordmødrer oppfatar rolla si ved fødeinstitusjonar i seinmoderniteten.<br><br>(På bakgrunn av at seinmoderniteten medfører motsetnader mellom frigjering av menneska frå tradisjonane og kontroll av naturen ved vitskapleg kunnskap). | Kvalitativ studie, djupneintervju med jordmødrer, teoretisk perspektiv: Habermas' "kommunikativ, strategisk og instrumentell handling".<br><br>N= 12 | Jordmødrene meinte dei hadde ei viktig rolle ved å tilføre fødande "empowerment" ved å bruke kommunikative handlingar. Men også strategisk handling vart nytta for å få fødande til å nå særskilde mål.<br>Grunngjevingane for dei strategiske handlingane var knytta til retningslinjer og til at fødekvinne var passive.<br><br>I fødselshjelp er instrumentell handling knytt til makt og økonomi.<br><br>Viktig med kommunikativ handling mellom jordmødrer og legar som grunnlag for strukturelle endringar, noko som vidare kan fremje kommunikativ handling mellom jordmødrer og fødekvinne.                |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <p><b>Crabtree, S. (2004), New Zealand</b></p>   | <p>Undersøkje kva jordmødrer legg i omgrepet <i>normal fødsel</i></p>  | <p>Kvalitativ, deskriptiv studie, semistrukturerte intervju med jordmødrer som arbeider både med heime- og sjukehusfødsler, tematisk analyse. N= 9</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umuleg å seie noko om omgrepet "normal fødsel" utan å sjå på konteksten fødselen skjer i</li> <li>• Mange konkurrerande påverknadar på jordmorpraksis og fødsler</li> <li>• Jordmødrer er klar over konkurrerande påverknadar og medikalisering ved normale fødsler, men der er mangel på konsensus om kva som er normal fødsel</li> <li>• Jordmødrer brukar ulike teknikkar for å tilpasse seg systemet, støtte dei fødande og fremje positive fødselsopplevingar</li> </ul>   |
| <p><b>Mead, M. og D. Kornbrot (2004), UK</b></p>   | <p>Teste hypotesen om at jordmødrer som arbeider i fødeinstitusjonar med høg intervensjonsfrekvens ser på normale fødsler som meir risikofylte enn jordmødrer som arbeider ved fødeinstitusjonar med lav intervensjonsfrekvens</p> | <p>Retrospektiv analyse av data om 9887 lavrisikofødande gjorde det muleg å gjennomføre ei dikotom klassifisering av 11 fødeinstitusjonar etter lav eller høg intervensjonsfrekvens.</p> <p>Spørjeskjema med bestemte scenaria og strukturerte spørsmål send til jordmødrer ved desse 11 fødeinstitusjonane for å undersøkje: deira val av intervensjonar, oppfatning av risiko og syn på risiko i høve til fødselsutfallet. N= 249 (svarprosent: 30,1)</p> | <p>Jordmødrer som arbeidde ved fødeinstitusjonar med høg intervensjonsfrekvens hadde større fokus på risiko enn jordmødrer ved fødeinstitusjonar med lav intervensjonsfrekvens. I institusjonar med høg intervensjonsfrekvens vart dei fødande sine evner til normale fødselsprosessar underestimerte og fordelane ved teknologiske intervensjonar, særleg epiduralanalgesi overestimerte.</p> <p>Konklusjon: Variasjonar i fødselshjelpa skuldast ikkje berre ulike fødekvinne. Kulturen på arbeidsplassen påverkar jordmødrene i høve til risikooppfatning og -vurdering.</p> <p>Intervensjonsfrekvensen ved lavrisikofødsler er ofte høgare enn anbefalt og varierer mellom fødeinstitusjonane. Høg intervensjonsfrekvens er assosiert med større risikofokusering blant jordmødrer. Viktig å vere merksam på kva effekt kulturen på arbeidsplassen har på intervensjonsfrekvensen.</p> |
| <p><b>Reime, B., M. C. Klein, A. Kelly, N. Duxbury, L. Saxell, R. Liston, F. J. P. M. Prompers, S. S.W. Entjes og V. Wong (2004), Canada</b></p> | <p>Samanlikne sjølvrapportert praksis og syn på sentrale spørsmål innan fødselsomsorga blant jordmødrer, almenpraktikarar og obstetrikarar</p>   | <p>Spørjeskjema med strukturerte spørsmål, 5 svaralternativ etter "Likerts skala", "clusteranalyse". N= 181(50 jordmødrer, 97 almenpraktikarar og 34 obstetrikarar</p>  | <p>Obstetrikarar var mest opptekne av teknologi og intervensjonar, inkludert sectio og induksjonar; jordmødrer minst, og almenpraktikarar i mellom desse to gruppene.</p> <p>Generalisering er problematisk, men jordmødrer og legar generelt hadde på kvar si side ulike tilnærmingar til fødselshjelp, medan almenpraktikarar av og til hadde tilnærmingar som jordmødrer, andre gonger som obstetrikarar</p>  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p><b>Earl, D. (2006), New Zealand</b></p>                       | <p>Undersøkje kva som er jordmødrer sine erfaringar med å halde fødselar normale i fødeinstitusjonar (secondary facility)</p>   | <p>(Masteroppgåve) Kvalitativ studie, intervju med jordmødrer, hermeneutisk temaanalyse. N= 8</p>  | <p>3 tema utkrystalliserte seg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Å vere jordmor er å halde fødselen normal</b><br/>Å sjå, vite og tru på normale fødselar medfører ei tilnærming som påverkar jordmorpraksis, ein kunnskap som må overførast til nyutdanna jordmødre.</li> <li>• <b>Å gripe inn eller avvente</b><br/>Jordmødrer vurderer både om dei skal bruke teknologi og intervensjonar og kva som er det rette tidspunktet for intervensjonar.</li> <li>• <b>Samarbeid med legane</b><br/>Samarbeid mellom jordmødrer og legar er nøkkelen til å halde fødselane normale. "Teamwork" vernar om den normale fødsel.</li> </ul>   |
| <p><b>Larson, M., U. Aldeman og C. Aarts (2007), Sverige</b></p> | <p>Undersøkje korleis erfarne jordmødrer forstår og opplever si profesjonelle rolle og sin identitet etter kontinuerlege endringar innanfor fødselshjelpa dei siste 20-25 åra</p> | <p>Kvalitativ studie, fokusgruppeintervju med jordmødrer ved eit universitetssjukehus, tematisk innhaldsanalyse. N= 4 (tilsaman 20 jordmødrer)</p> | <p>3 paradoks utkrystalliserte seg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesjonell rolle redusert i høve til andre profesjonar, men betre dialog med desse profesjonane (legar, barnepleiarar)</li> <li>• Sterk profesjonell identitet på grunn av lang erfaring, men handverkskunnskap og klinisk ekspertise mindre verdsett på grunn av teknologi og organisasjonelle endringar</li> <li>• Meir humane fødselar og betre samarbeid med paret, men komande foreldre meir utdanna, stiller meir krav og jordmødrer uroa for at deira profesjonelle kompetanse kan verte ignorert. Samstundes manglar mange kvinner tillit til å kunne føde normalt. Jordmødrer er redde for søksmål, det påverkar jordmorarbeidet.</li> </ul> <p>Totalt: Både positive og negative endringar, men generelt er jordmorrolla redusert på grunn av teknologi, andre profesjonar og "moderne" foreldre.</p> |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <p><b>Russel, KE. (2007), UK</b></p>                         | <p>Beskrive jordmødrer sine erfaringar med å promontere normale fødselar i høgteknologiske fødeinstitusjonar</p>                                     | <p>Kvalitativ studie, semistrukturert intervju med jordmødrer, open og aksial koding, analyse ved grounded theory<br/>N= 6</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jordmødrer brukte ulike strategiar for å verne om klinisk autonomi og fremje normale fødselar.</li> <li>• Nokre jordmødrer som brukte tradisjonelle eller ikkje-vitskaplege tilnærmingar vart sett på som annleis og vart kalla ”mad”/ ”bolshie” av andre jordmødrer og legar, men hadde respekt blant legane.</li> <li>• Å fremje normale fødselar i høgteknologiske fødeinstitusjonar er vanskeleg. I kva grad det lukkast, ser ut til å vere styrt av jordmødrer si tru på den normale fødsel, omgjevnadane og personleg grad av ”empowerment”.</li> </ul> |
| <p><b>Blåka, G. og T. Schauer Eri (2008), Noreg</b></p>      | <p>Beskrive korleis jordmødrer opplever å arbeide ved ein høgteknologisk fødeinstitusjon, mellom eit biomedisinsk- og eit fenomenologisk system.</p> | <p>Kvalitativ studie, djupneintervju med jordmødrer tilsette ved ein kvinneklinikk, fødselstal omlag 5000 pr år, lav- og høgrisiko ved same eining, fenomenologisk tilnærming.<br/>N= 7</p> | <p>Resultata er diskuterte frå perspektivet ”midt imellom eit biomedisinsk og eit fenomenologisk system”, med særleg vekt på kva jordmødrer gjer for å meistre dette.</p> <p>Tre tema vart identifiserte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forstå kvar kvinna er i fødselsforløpet</li> <li>• Vere tilgjengeleg, men ikkje overbeskyttande</li> <li>• Vere i eit rom med kamp</li> </ul> <p>Fordi ein fødsel er ”uforutsigbar” er det viktig å møte dei utfordringar og dilemma ein fødsel kan medføre, vere villig til å møte kompliserte spørsmål utan intensjon om enkle løysingar.</p> |
| <p><b>Keating, A. og V. E. M. Fleming (2009), Irland</b></p> | <p>Undersøkje jordmødrer sine erfaringar med mulegheita for å fremje normale fødselar i tradisjonelle fødeavdelingar.</p>                            | <p>Kvalitative studie, semistrukturerte intevju med jordmødrer ved 3 store fødeavdelingar, 6-30 års erfaring, feministisk tilnærming.<br/>N = 10</p>  | <p>Synleggjorde 4 patriarkalske trekk som gjorde det vanskeleg å fremje normale fødselar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hierarkisk tenkjemåte</li> <li>• Makt og prestisje</li> <li>• Antan – eller tenking (dualisme)</li> <li>• ”Dominansens logikk”</li> </ul> <p>Utdanning og støtte frå omgjevnadane er nødvendig dersom jordmødrer skal fremje normale fødselar</p>   |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p><b>Hunter, B. og J. Segrott (2010), UK</b></p> | <p>Undersøkje påverknader av innføring av "Normal Labour Pathway", retningslinjer for normale fødsler med formål å redusere unødvendige intervensjonar.</p> | <p>Etnografisk tilnærming, datasamling ved delvis deltakande observasjon, fokusgruppe- og individuelle intervju, ved fødeinstitusjonar med 1400-3600 fødsler pr år.<br/>N= 56 (4 personar med fagansvar, 41 jordmødrer, 5 administrative leiarar og 6 legar)</p> | <p>Hovudtema relatert til effekten av "Normal Labour Pathway" var:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jordmødrer såg på retningslinjene som eit grunnlag for å ta avgjerder og yte omsorg. Nyutdanna jordmødrer var meir positive enn dei med lang erfaring.</li> <li>• Legar var kritiske, opplevde retningslinjene som ekskluderande.</li> <li>• Jordmødrer og legar var einige i at desse retningslinjene hadde auka interprofesjonelle "gnisningar".</li> </ul> <p>Ingen prov for auke i forekomsten av normale fødsler.</p> <p>Konklusjon: Kompleks implementering med komplekse resultat, intenderte og uintenterte konsekvensar både for fødselshjelpa generelt og for roller og samarbeid mellom profesjonsgruppene. Studien reiser spørsmål ved om kliniske retningslinjer og andre standardiserte tiltak er formålstenlege for å ta avgjerder på eit så komplekst område som ein fødsel representerer.</p> |
| <p><b>Brunstad, A. (2010), Noreg</b></p>          | <p>Beskrive kva kompetanse jordmødrer ser på som viktig i arbeidet sitt ved fødeavdelingar og kvinneklinikkar</p>   | <p>Kvalitativ studie, halvstrukturert telefonintervju med jordmødrer ved fødeavdelingar og kvinneklinikkar, tematisk innhaldsanalyse.<br/>N= 11</p>  | <p>Jordmødrer la vekt på tre tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å få kvinna til å føde innebar å unngå unødvendige intervensjonar</li> <li>• Gi rett hjelp til rett tid</li> <li>• Ta ansvar for fagutvikling</li> </ul> <p>Data viste også at ikkje alle jordmødrene differensierte fødselshjelpa, men hadde ei rutineprega tilnærming, ved til dømes CTG-registrering av alle.</p>   |

Når eg seinare i oppgåva skal samanlikne mine funn med desse undersøkingane, må eg vere merksam på at kontekstane for studiane ikkje vil vere direkte samanliknbare. To studiar omhandlar jordmødrer ved norske fødeinstitusjonar og er truleg dei mest samanliknbare, sjølv om norske fødeinstitusjonar også er forskjellige. Dei andre studiane er gjennomførte i utlandet. Vidare er dei fleste studiane kvalitative med få informantar. I studien med strukturerte spørsmål som 249 jordmødrer har svara på, er svarprosenten berre 30,1 (Mead og Kornbrot 2004). Men eg meiner likevel det vil vere interessant å samanlikne mine funn med andre sine studiar om jordmorarbeid og jordmorrolla.

# TEORETISKE PERSPEKTIV

## Bruk av teoretisk rammeverk

Kvalitative studiar vil alltid ha fleire alternative teoretiske perspektiv, derfor må dei vala som er tatt vere synlege og grunngeve. Teoretisk ståstad bestemmer kva posisjon data vert lese ifrå og i dette spenningsfeltet mellom teori og empiri vert ny kunnskap utvikla (Malterud 2003: 169-170). Men å vere fastlåst i bestemte teoriar kan medføre problem med å gripe informantane sitt perspektiv (Fangen 2010: 94-95). I samspelet mellom datainnsamling og analyse vil det skje gjensidige korrigeringar mellom teoretiske perspektiv og empiriske data (Malterud 2003: 48).

Teoretiske perspektiv eg tenkte på tidleg i prosjektet var: sosiologiske teoriar om realitetar og roller, handlingsteori og rasjonalitet og grunnlagstenking i jordmorfaget på grunnlag av fenomenologisk og naturvitskapleg tilnærming. I arbeidet med transkripsjon og analyse av intervju materialet mitt ”oppdaga” eg at det var relevant å inkludere teori om fagleg autonomi, samt gjere greie for nokre trekk ved tidsepoken seinmoderniteten.

Malterud (2003: 170) seier at teoriar i forskingsprosessar fungerer både som plattform og referanseramme. Teoriane omfattar modellar, omgrep, definisjonar og forskningstradisjonar som vert brukte for å strukturere datamaterialet og tydeleggjere meiningane. Kvalitativ metode, som eg nyttar i denne studien, tilhøyrer ein hermeneutisk erkjeningstradisjon der formålet er å tolke meining ved menneskelege aktivitetar (ibid.: 51). Hermeneutikk er i vår tid ei metodelære om fortolking av meningsfulle fenomen og ei beskriving av dei vilkåra som gjer det muleg å forstå det meningsfulle (Gilje og Grimen 2011: 142-143). Før eg presenterer dei sentrale teoretiske perspektiva og omgrepa som har vore førande for analyse, fortolking og drøfting vil eg gjere greie for den metodeologiske tilnærminga for denne studien.

## Hermeneutisk tilnærming

### Førforståing og kontekst

Ein grunntanke i hermeneutikken er at når vi forstår noko, skjer det alltid på grunnlag av visse føresetnader. Bilete, tekst og åtferd vert forståelege i lys av vår eigen bakgrunn, som bestemmer kva vi forstår og kva vi ikkje forstår. Gadamer (1960: 120) kallar dette førforståing eller for-dommar og meiner dette er nødvendige vilkår for å kunne forstå. Fangen (2010: 47) refererer til Heidegger og seier at førforståing er grunnleggjande for menneskeleg

tilvære; all forståing byggjer på ei førforståing det er umuleg å fri seg frå. Gilje og Grimen (2011: 150-151) påpeikar at det er verdt å merke seg at ikkje alle delar av førforståinga treng å vere reflekterte eller språkleg artikulerte. Element vi ikkje er medvitne om, kan også vere styrande. Ein aktør si førforståing har fleire komponentar: personlege erfaringar, språk og trusoppfatningar. Personlege erfaringar varierer frå aktør til aktør, og menneska tolkar verda i lys av egne erfaringar. Å meistre eit språk inneber å kunne nytte ulike omgrep. Omgrepa uttrykkjer visse aspekt ved fenomena, medan andre aspekt vert latente. Ein aktør ser verda gjennom dei omgrepa som finst i eige språk. Trusoppfatningar avgjer kva aktøren meiner er sant og vert medbestemmande for kva som vert oppfatta som lett kontra problematisk. Førforståinga vert karakterisert som holistisk; ulike delar er samankopla og byggjer på kvarandre, men ikkje alle er logisk avleia frå grunnleggjande premisser. Utan denne samankoplinga ville verda framstå som så kaotisk og fragmentert at meiningsfulle handlingar vart umulege.

Eit anna viktig aspekt ved hermeneutikken er at meiningsfulle fenomen er forståelege berre i den samanheng dei skjer i. Det er konteksten som gir fenomenet ei bestemt mening og fortel korleis fenomenet kan verte forstått. Forskaren må derfor plassere fenomena i ein gitt kontekst for at forståing skal vere muleg (Gilje og Grimen 2011: 152).

### **Den hermeneutiske sirkel og dobbelhermeneutikk**

Den hermeneutiske sirkel er ein modell som syner samanhengen mellom det vi skal fortolke, førforståinga og konteksten. Modellen syner at all fortolking er i konstant rørsle mellom heilskap og del, mellom det vi skal fortolke og den aktuelle konteksten, eller mellom det vi skal fortolke og vår eiga førforståing. Korleis ein del vert fortolka er avhengig av korleis vi forstår heilskapen, og korleis vi fortolkar heilskapen er avhengig av konteksten og omvendt. Denne vekslinga forklarar også korleis fortolkinga av meiningsfulle fenomen vert grunnjevne. Når vi skal grunngi ei fortolking av ein del av ein tekst, må vi vise til fortolkinga av heile teksten, og når vi skal grunngi fortolking av heile teksten, må vi vise til fortolking av delane. Den hermeneutiske sirkel seier noko om korleis grunnjevningar og fortolkingar ser ut, eller kva struktur dei har eller kva dei er baserte på. Fortolkingar vert alltid grunnjevne ved å vise til andre fortolkingar (Gilje og Grimen: 153-154). Heidegger seier at det er vekslinga mellom forståing og førforståing som utgjer den hermeneutiske sirkel. Ved hermeneutisk tilnærming vil egne oppfatningar gradvis verte modifiserte i møte med ny kunnskap (Fangen 2010:47). Gilje og Grimen (2011: 151) seier at førforståinga er både holistisk og reviderbar. Det inneber at ulike element er samankopla i eit heilskapelg system,



men enkelte konkrete erfaringar som ikkje passar inn i systemet, vert reviderte slik at dei passar inn. Ved eitkvart fenomen vil det alltid vere mange forslag til fortolkingar. Gilje og Grimen (2011: 163) omtalar dette som fortolkingspluralisme og påpeikar at det er viktig å vere open for at andre fortolkingar enn sine egne er betydningsfulle.

Menneska tillegg egne handlingar meining og har sine fortolkingar av det samfunnet dei lever i. Dei har oppfatningar om eigen identitet og om kven dei ønskjer å vere. Desse meiningane og oppfatningane påverkar igjen samfunnet dei lever i. Samfunnsforskarar må derfor fortolke og forstå noko som allereie er fortolka av dei sosiale aktørane, uansett kva denne fortolkinga representerer (Gilje og Grimen 2011: 145). Giddens kallar dette dobbelhermeneutikk: ei verd som allereie er fortolka, må verte rekonstruert i eit samfunnsvitskapleg språk med omgrep som overskrid aktørane sine sjølvoppfatningar. Utfordringa vert å integrere aktørane sine erfaringsnære beskrivingar og omgrep i samfunnsvitskaplege teoriar og omgrep. Dette er opphavet til dei særeigne problema samfunnsvitskapane har med fortolking og forståing (ibid.: 146-148).

## **Sosiale realitetar og roller**

Sidan sosiale realitetar ikkje er eintydige fenomen, men vert opplevd og forstått ulikt av ulike aktørar, vil eg skissere ein grunnleggjande modell for sosiologisk forståing som eg kan nytte i tolkinga av funna mine (jf. Shiefloe 2003: 109). Eg vil også gjere nærmare greie for omgreperet rolle, både fordi rolleåtferda vert påverka av korleis aktørar tolkar realitetane og fordi *rolle* er inkludert i problemstillinga mi.

## **Konstruksjon og tolking av sosiale realitetar**

Shiefloe (2003: 109-111) seier at dei sosiale realitetane er konstituerte av fire element: struktur, kultur, interaksjon og relasjon. Struktur og kultur er dei ytre dimensjonane som set rammer for åtferd. Strukturen er dei faste og formelle rammene som lover, reglar, rettar og plikter. Kulturen er dei uformelle reglane som påverkarer språk, veremåtar, normer og verdiar. Interaksjons- og relasjonsdimensjonane forklarar tilhøvet mellom menneska. Interaksjon er kommunikasjon og fortolking; egne meiningar vert hevda og andre sine meiningar forsøkt forstått. Relasjonsdimensjonen forklarar korleis samspelet med andre menneske fungerer. Desse elementa heng tett saman og påverkar kvarandre i samanhengar og prosessar på alle samfunnsnivå. Nokre gonger vil alle fire dimensjonane vere betydningsfulle, andre gonger berre enkelte og det kan vere vanskeleg å seie kva som kjem først og sist.

Sosiale realitetar må i eit slikt perspektiv, verte forstått som ein prosess skapt i kontinuerleg samspel mellom desse grunnleggjande dimensjonane (Shiefloe 2003: 123).

Ein sosiologisk modell kan vere til hjelp for å sjå samanhengen mellom det generelle og det særskilde. Omgrep kan fungere som kategoriar for ulike fenomen og teoriar kan tydeleggjere mønster og samanhengar. På denne måten vert realitetane subjektive fenomen; verda vi forhold oss til vert synleg på grunn av observasjonar og fortolkingar. Når ”verda” gjennomgår endringsprosessar i takt med erfaring og læring, vert realitetane resultatet av ein konstruksjonsprosess. Dette er ikkje berre interne, individuell prosessar, men også resultat av sosialiseringprosessar (Shiefloe 2003: 112-113). Berger og Luckmann (2000: 76) seier at kvardagsrealitetane vert konstruerte i ein prosess med tre fasar: eksternalisering, objektivisering og internalisering. Eksternalisering er fasen der ny kunnskap vert marknadsført. Det skjer via både formelle og uformelle kanalar, til dømes undervisning og menneskeleg interaksjon. Objektivisering skjer når nye teoriar vert aksepterte som verkelege i kraft av seg sjølve, uavhengig av kven som opprinneleg formulerte dei. Internalisering har skjedd når medlemmene i ein kultur har gjort dei objektive sanningane til sine egne. Handlingar skjer på grunnlag av korleis menneska tolkar realitetane; at det faktisk er tolkingar vert tydeleg når forskjellige personar hevdar ulike meiningar om det same fenomenet. Selektiv persepsjon betyr å leggje merke til det ein er overtydd om, men oversjå det som ikkje stemmer med eiga oppfatning (Shiefloe 2003: 113-115). For å analysere og forklare åtfærd, kan vi nytte eit handlingsteoretisk eller eit strukturorientert perspektiv. Desse to perspektiva supplerer kvarandre. I eit handlingsteoretisk perspektiv er fokuset på korleis aktørar handlar på grunnlag av oppfatningar og tolkingar av omgjevningane. I eit strukturorientert perspektiv er fokuset retta mot samanhengen mellom aktørane sine eigenskapar og omgjevningane (ibid.: 120).

### **Roller**

Sosiale strukturar består av posisjonar og relasjonar. Ein posisjon er den plassen ein person har i den sosiale kulturen. Posisjonar er tilskrivne eller erverva: tilskrivne på grunnlag av den du er, erverva på grunnlag av det du oppnår. I ein posisjon vil ein person oppleve forventningar både til haldningar og åtfærd. Summen av dei ulike forventningane utgjer ei sosial rolle og styrer rolleåtfærd (Shiefloe 2003: 193-196). Det er eit visst spelerom for rolleutøvinga, med sosiale rammer bestemmer kva som er akseptabel åtfærd. Rolleåtfærd vert resultatet av samspelet mellom individ og omgjevningar og vil variere frå person til person

(Raaheim 2002: 28). Det er viktig å vere klar over at roller vi er pålagde av andre, ikkje alltid er i samsvar med forventningar vi har til oss sjølve (Shiefloe 2003: 196).

Det kan førekome ulike forventningar til same rolla frå ulike aktørar. Dersom forventningane til ei rolle er inkonsistente eller uforeinlege medfører det intrarollekonflikt, også kalla rollestress (Shiefloe 2003: 198-199). Slike konfliktsituasjonar er vanskelege å løyse, fordi det er knytt både positive og negative kjensler til den same rolla (Raaheim 2002: 36).

Interrollekonflikt oppstår dersom det er konflikt mellom fleire roller som ein person har (Shiefloe 2003: 199). Slike konflikter vert ofte løyste ved å foreta prioriteringar (Raaheim 2002: 35). Krysspress er ei særskild form for rollekonflikt som oppstår når fleire aktørar konkurrerer om støtte frå ein person og personen vert nøydd å velje side (Shiefloe 2003: 199-200). Krysspress kan oppstå for jordmødrer dersom dei har ansvar for fleire fødekvinne samstundes og ikkje får nok tid til den enkelte.

Roller er empiriske fenomen som det er muleg å studere, kartleggje og beskrive. Forklart ”ovanfrå”, i eit strukturorientert perspektiv, framstår rolla som eit strukturelt styringsinstrument som eit individ er påført på grunnlag av sin posisjon. Omgjevnadane kan iverksetje positive eller negative reaksjonar på rolleåtfæra. Forklart ”nedanifrå”, i eit handlingsteoretisk perspektiv, representerer rolla fleire eksterne føringar av strukturell, kulturell eller relasjonell art som aktøren møter og må handtere. I sosiale samanhengar vil aktørane vurdere fordelar og ulemper ved handlingane sine og velje dei mest formålstenlege handlingane. Aktørane kan påverke innhaldet i rolla ved å forhandle og å stille krav. Det kan vere spenning mellom det innhaldet som rolla er påført utanifrå og korleis aktøren sjølv oppfattar rolla si (Shiefloe 2003: 120, 200).

I organisasjonar er det formelle rangordningar (Shiefloe 2003: 200-201). Ein fødeinstitusjon er eit døme på ein organisasjon med ein klar, formell struktur, der alle tilsette har sine faste oppgåver og sine faste plassar. Plasseringa i det sosiale systemet avgjer kva rettar den enkelte har (Raaheim 2002: 28) og bestemmer korleis personen skal opptre. Roller formidlar såleis tilhøvet mellom organisasjonen og individet, og representerer organisasjonen sitt avtrykk av den enkelte. Innhaldet i ei rolle er til ei viss grad førehandsbestemt, men alle har eit visst rom til å utforme rolleåtfæra i. Normer kjem til uttrykk gjennom forventningar til ei rolle, samt innehavaren sine eigne fortolkingar og dei formelle krava som er knytta til rolla (Strand 2006: 387-388). Raaheim (2002: 22-25) forklarar normer som felles idear om åtfærd. Normer er såleis eit resultat av åtfærd, ikkje åtfærd. Som aktørar i ein organisasjon, er alle delaktige i

utvikling og endringar, både når det gjeld idear om kva som er akseptabel åtferd og kvar grensene for akseptabel åtferd går.

## **Handlingsteori og rasjonalitet**

### **Personleg handlingsteori**

Denne studien omhandlar jordmødrer sine refleksjonar over eigen praksis. Ved ei handlingsteoretisk tilnærming kan eg få meddelt deira oppfatningar (jf. Shiefloe 2003: 120). Derfor er det aktuelt i denne oppgåva, å fokusere på korleis jordmødrene grunnlegg handlingane sine når dei reflekterer over eigen praksis. Eg har valt å nytte modellen praksisteori (Handal og Lauvås 1999), også kalla handlingsteori (Kvalsund 2007). Handal og Lauvås introduserte praksisteori som eit dialektisk kunnskapssyn med utgangspunkt i både praksis og teori, samt eit overordna verdiperspektiv. Dette kunnskapssynet har mykje til felles med det individkonstruktivistiske, der kvardagskunnskap vert kopla med omgrep og strukturar frå fagspesifikk kunnskap (Mathisen 2003: 55-56). Alle profesjonelle hjelparar har ein personleg handlingsteori, ei subjektiv forklaring på kvifor og korleis dei utfører arbeidsoppgåvene sine. Kvalsund (2007: 142-144) seier at handlingsteorien truleg er den sterkaste faktoren som påverkar praksis. Den er knytt til profesjonell identitet og det fagpersonane står for. Dei sosiale handlingane er åtferd som gir meining for aktørane.

Handlingsteorien inneheld personlege erfaringar samt teori- og verdibasert kunnskap (Handal og Lauvås 1999: 19). Den er samansett av både taus, implisitt kunnskap, og medviten, artikulert kunnskap (Mathisen 2003: 53-54). Eigne livserfaringar utgjer såleis eit viktig grunnlag for praktiske handlingar i profesjonelt arbeid. Jordmødrer veit korleis dei skal handle i bestemte situasjonar, utan alltid å kunne forklare kvifor (jf. Kvalsund 2007: 143). Dette er døme på korleis taus kunnskap fungerer. Teoribasert kunnskap, som ulike teoriar, omgrep og språkstrukturar, gjer profesjonelle til sin eigne ved å innlemme dei i sin personlege handlingsteori. Kjeldene er både faglitteratur, mediaoppslag, andre personar og arbeidsplassar (Handal og Lauvås 1999: 20). I utdanningssamanheng kan erfarings- og teoribasert kunnskap verte samankopla og vidareutvikla (Mathisen 2003: 53-54). Den tredje kategorien, den verdibaserte kunnskapen, har grunnlag i filosofiske og etiske verdiar og/eller politiske oppfatningar (Handal og Lauvås 1999: 23). Det overordna verdisynet i handlingsteorien avgjer handlingsalternativet (Kvalsund 2007: 142, Mathisen 2003: 54).

Desse tre elementa i handlingsteorien utgjer ikkje ein velstrukturert kunnskapsbase. Dei er laust kopla, kan også vere antagonistiske, men påverkar likevel kvarandre. Handal og Lauvås (1999: 23) hevdar at verdiane med sin dominerande posisjon fungerer som eit filter for korleis dei to andre elementa vert integrerte i handlingsteorien. Kvalsund (2007: 144) påpeikar at handlingsteorien til den enkelte kan ha ulike handlingspunkt. Den kan vere erfaringstung, men svak når det gjeld systematisk teori og omgrep. Då vert handlingane utført rutinemessig og utan særleg medvit. Når omgrep manglar, vert det vanskeleg både å forklare ulike fenomen og å takle utfordringar. Samstundes er det viktig å vere merksam på at teoriar og omgrep åleine gir lite meining. Utan forankring i erfaringar vert handlingar lett avgrensa til abstrakte utsegner.

### **Refleksjon og rasjonalitet**

Å verte medviten sin eigen praksisteori er muleg ved å reflektere over handlingane sine (Lycke, Lauvås og Handal 2003: 123). Ofte vert to typar refleksjon omtala i samband med profesjonell verksemd: refleksjon i handling og refleksjon over handling. Refleksjon i handling skjer når erfarne yrkesutøvarar utfører arbeidsoppgåver utan alltid å kunne setje ord på kvifor. Refleksjon over handling er ein medviten prosess, der yrkesutøvaren etter handlinga kan tenkje nøye gjennom eiga åtferd og eiga rolle og setje ord på kva som skjedde. Dette inneber å skilje tanke og handling (Klages 2003: 72-73). Det vert også muleg å gjere noko av den latente kunnskapen synleg ved i ettertid å tenkje tilbake på bestemte situasjonar og analysere kvifor handlingane vart utførte på bestemte måtar (Kvalsund 2007: 143). Refleksjon over handling legg vekt på intensjonar, forståing, kunnskap, forestillingar og verdiar bak handlingane. Å setje ord på desse kognitive prosessane aukar den profesjonelle sitt medvit om eigne handlingar og medfører kontinuerleg evaluering, vidareutvikling og forbetring av praksis (Klages 2003: 72).

Sosiale handlingar kan tilhøyre to hovudkategoriar: behavioristisk handlingsteori og fortolkande hermeneutisk handlingsteori. Behavioristisk teori forklarar handlingar som automatiske responsar. Hermeneutisk teori har som formål å forklare kva grunnlag handlingane skjer på (Kvalsund 2007: 142). Samfunnsvitskapane forklarar sosial åtferd med rasjonalitet (Gilje og Grimen 2011: 203). Rasjonalitet kan ein forstå som grunnleggjande tenkjemåtar bak handlingane (Lauvås og Handal 2000: 141). Eg har valt å gjere greie for dei ulike rasjonalitetstypane etter Habermas (1974) si inndeling i tre underkategoriar: målrasjonalitet, kommunikativ rasjonalitet og kritisk rasjonalitet.

Målråsjonalitet, også kalla instrumentell eller teknisk råsjonalitet, er forbunde med formålråsjonelle handlingar og inneber at vi medvite vel bestemte middel for å nå kalkulererte mål (Gilje og Grimen 2011: 208). Å handle råsjonelt vert ofte sett på som val av det beste aktuelle alternativ for å nå målet (ibid.: 203). Ut frå ein teknisk råsjonalitet vil vi reflektere over kva vi gjorde i ein bestemt situasjon og om erfaringane gir grunnlag for å forsvare denne praksisen eller om andre handlingalternativ hadde vore betre. Den praktiske løysinga er i fokus (Lauvås og Handal 2000: 147).

Kommunikativ råsjonalitet er assosiert med verdiråsjonelle handlingar og er styrte av at vi medvite trur på bestemte normer og verdiar (Kvalsund 2007: 142). Det essensielle her er meiningsfulle handlingar baserte på felles forståing (Lauvås og Handal 2000: 143). Aktørane trur på ein eigenverdi av eit bestemt åtferdsmønster. Det overordna er at handlinga har ein etisk, estetisk eller religiøs eigenverdi, uavhengig av konsekvensane. Handlingane er eit middel til å realisere ein verdi her og no, ikkje eit middel til å oppnå eit framtidig mål (Gilje og Grimen 2011: 208-209). Ut frå ein kommunikativ råsjonalitet vil vi reflektere over korleis ulike aktørar har forstått ein bestemt situasjon og handlingane i den. Merksemda er på korleis andre opplevde situasjonen og om det er andre måtar å tolke handlingane på (Lauvås og Handal 2000: 147).

Kritisk råsjonalitet stiller spørsmål om kvifor vi forstår situasjonar, oppgåver, kunnskap og handlingar på bestemte måtar. Det er ein kritisk refleksjon over korleis mål og handlingar vert forstått og kvifor det er viktig å nå måla (Lauvås og Handal 2000: 143). Her dreiar refleksjonen seg om kor vidt vår eiga forståing er gyldig i lys av andre teoretiske eller verdimessege perspektiv. Vi stiller spørsmål om kvifor vi forstår ein praksis på ein bestemt måte og kva den forståinga inneber. Dette kan medføre at vi må rekonstruere viktige sider av den forståinga vi alt har (ibid.: 147-148).

Habermas knyttar ulike råsjonalitetar til ulike vitkapsformer. Målråsjonalitet vert nytta til naturvitskap, kommunikativ råsjonalitet til åndsvitskap og kritisk råsjonalitet til kritisk samfunnsvitskap. Naturvitskap med målråsjonell tenking og handling har høg status i vårt samfunn. Risikoen er at den får status som sjølv *vitskapen* og sjølv *råsjonaliteten*, og målråsjonalitet vert brukt i sosiale samanhengar og i språkhandlingar. Då forstår og handlar vi ved hjelp av ein råsjonalitet som høver i den ytre, objektiverbare verda. Dette er ikkje råsjonelt, fordi vi då ureflektert brukar berre ei råsjonalitetsform. Men det er ikkje snakk om gode og dårlege råsjonalitetar. Det essensielle er kompetanse til å skilje mellom ulike

rasjonalitetar og medvit om i kva situasjonar dei er relevante (Lauvås og Handal 2000: 143-144). Handlingsteorien vil også innehalde oppfatningar om kva som er normalt og kva som er avvikande. Desse teoriane er utvikla gjennom livsløpet og har både målrasjonelle og verdirasjonelle sider. Dette er truleg ein av dei sterkaste faktorane som påverkar åtfærd (Kvalsund 2007: 143).

### **Kollektiv handlingsteori**

Handlingsteorien vert kritisert fordi den vert forklart som ein individuell prosess. Kritikken går ut på at læring er situasjonsbestemt og integrert i sosial praksis (Mathisen 2003: 37). Men det vert presisert at den kontinuerlege læringa i praksisfellesskapet må vere kombinert med refleksjon over handlingane der (Lycke m. fl. 2003: 147). Ei anna presisering er at trass i det individuelle og personlege aspektet ved handlingsteorien, er det muleg å utvikle ein kollektiv handlingsteori gjennom kollektiv kunnskapsutvikling. Når profesjonelle arbeider tett saman, deler erfaringar og kunnskap, les same faglitteratur og får same undervisning, oppstår ei felles oppfatning av kva som er viktig og dei kan utvikle ein kollektiv handlingsteori. Den kollektive handlingsteorien danner grunnlag for dei individuelle handlingsteoriane. Kollektiv kunnskapsutvikling er avhengig av eit felles blick på praksis, med kollektiv refleksjon. Ein kollektiv handlingsteori forutset at profesjonsutøvarane er i kontakt med sin eigen handlingsteori. Felles kunnskap vert manifestert gjennom omgrep og språk i praksisfellesskapet (Mathisen 2003: 57-58). Kvalsund (2007: 142-143) viser til Giddens si utgreiing om kollektiv kunnskap, skapt i symbolsk samhandling med andre der dei sosiale realitetane vert fortolka og eventuelt endra. Omgrepa strukturering og strukturande reglar og ressursar vert brukte om det gjensidig utfyllande tilhøvet mellom aktør og struktur. Strukturering skjer når aktørar lukkast i å bruke alternative metodar i arbeidet sitt og såleis syner at spelereglane ikkje er fastlåste. Strukturar eller mønster i sosiale handlingar er menneskeskapte og kan endrast, sjølv om det kan møte motstand. Endring kan skje ved refleksjon over eigne føresetnadar.

## **Grunnlagstenking i jordmorfaget**

### **Grunnlagstenking**

Jordmødrer skal forvalte kunnskap i ein situasjon som er svært avgjerande for komande foreldre: fødselen av eit nytt barn. Ein fødsel er ei personleg hending, men samstundes offentleg, fordi fødselar vert regulerte og kontrollerte av samfunnsmessige normer og verdier.

Kunnskapen som jordmødrer har utvikla og formidla, er faget si grunnlagstenking. Grunnlagstenkinga omhandlar kva som vert sett på som god, versus mindre god jordmorkunnskap og er påverka av sosiale og kulturelle endringar, samt formell og uformell læring (Blåka 2002: 9, 15). To tradisjonar har hatt avgjerande betydning for grunnlagstenking i jordmorfaget: den naturvitskaplege og den fenomenologiske. Jordmødrer er sosialiserte i spenningsfeltet mellom eit medisinsk og eit tradisjonelt språk. I eit sosialkonstruktivistisk perspektiv er fødsel og fødselshjelp historiske, sosiale og kulturelle fenomen og dei ”sanningane” som naturvitskapen har skapt er muleg å oppheve (ibid.: 21-22, 70, 184-185).

Naturvitskapleg tradisjon står for ei biomedisinsk tilnærming av menneskekroppen. Menneska vert jamstelte med naturen og sett på som manipulerbare objekt. Naturfenomen vert omforma til objektive fakta som ein kan ta kontroll over ved teknologi. Måleinstrument og målbare storleikar vert sentrale (Blåka 2002: 30). Forståingsramma vil vere biologisk definert og kroppsbiletet fragmentert og organsentrert; der vil vere ei mekanistisk oppfatning av kropp og sjukdom etter fysikken sine lover. Fokuset vert på det sjuke i menneskekroppen, ikkje på potensialet og det mulege. Manglar ved mennesket vert omtala i eit språk som beskriv feil og defektar (Kirkengen 1993: 20-21). Det er ein klar samanheng mellom tenkjemåte, menneskesyn, språk og praktiske handlingar (ibid.: 16). I eit biomedisinsk perspektiv vert fødsel betrakta som sjukdom og noko avvikande, kvinnekroppen som statisk og mekanisk og noko som kan feile når som helst i fødselsprosessen. Fødselshjelparen vert i denne samanhengen ein reparator som skal forutseie og kontrollere prosessen (Blåka 2002: 32)

Fenomenologien er naturvitskapen sin motsats. I fenomenologien er ein oppteken av det språket som beskriv dei fenomena ein fødsel handlar om (Blåka 2002: 22). Utgangspunktet er det levde livet, slik det artar seg i møte og samspel mellom menneske. Kunnskap om desse grunnleggjande fenomena får ein via eiga og andre si livsverd (ibid.: 60), ved at sjølve saka får presentere seg. Fokus er på opplevingar og erfaringar i konkrete situasjonar, her og no. I denne samanhengen må jordmora forstå fødekvinna ut frå hennar livsverd; ei livsverd som ikkje er statisk, men dynamisk. Kvinnekroppen er utgangspunktet for erfaringar; derfor kan ingen beskrive den objektivt (ibid.: 22, 36-37). I dette perspektivet er ikkje graviditet og fødsel sjukdom, men endring med biologiske, psykiske og eksistensielle særpreg (ibid.: 43). Det er viktig å presisere at fenomenologien ikkje tek avstand frå naturvitskaplege metodar eller kritiserer matematisk, fysisk eller biologisk vitskap, men stiller spørsmål ved den dominerande statusen dei har fått. I motsetnad til fenomenologien tek desse metodane ikkje omsyn til kompleksiteten i ein fødesituasjon (Iora 2006:31).



## **To diskursar om fødselshjelp**

Fødselshjelp vert ofte omtala som to ulike ”modellar”, ein jordmorfagleg karakterisert som observerande og avventande og ein medisinske prega av kontroll ved hjelp av teknologi (Mander 2002: 181). Sandvik Blåka (1997) omtalar dei to modellane som diskursar. Ut frå resonnementet om at diskurs er språk, seier ho at fødselshjelp har basis i to ulike språklege kontekstar (ibid.: 60). Ulike diskursar vil ha ulike oppfatningar av korleis sosiale relasjonar legitimerer og regulerer samhandling (Aakvaag 2008: 330). Kunnskapen si uttrykksform vert ikkje etterspurd; det er vilkåra for at eit bestemt kunnskapssyn skal få utvikle seg, som avgjer kva som er gyldig kunnskap (Blåka 2002: 59-61).

Den fødselsvitskaplege diskurs, basert på naturvitskapleg tilnærming, oppstod i dei store fødeinstitusjonane, der fødselsvitskapen fekk monopol på og kontroll over kunnskapsproduksjonen (Sandvik Blåka 1997: 60-66). Denne diskursen er berar av teknisk/instrumentell rasjonalitet og skil mellom fornuft, kjensler og verdiar. Objektive fakta og kjenslgjerningar får stor merksemd, medan verdiar vert oppfatta som irrasjonelle og subjektive og dermed uvitskaplege. Trua på teknologi har påverka fødselshjelpa. Den moderne naturvitskap har ved medisinsk forskning gjort akkumulering av ny fødselsvitskapleg kunnskap muleg. Fødselsvitskapen har utvikla teoriar og klassifiseringssystem for korleis kvinnekroppen skal verte forstått og forklara.

Den jordmorfaglege diskurs vert forklara i eit fenomenologisk perspektiv (Sandvik Blåka 1997: 60-61). Den har opphav i ein kvinnekulturell praksis, med heimen og den private sfæren som sosial ramme. Erfaringar, refleksjonar og dialogar i det kliniske feltet har utvikla diskursen (Blåka 2002: 185). Sentralt er jordmora sitt møte med fødekvinna, ein asymmetrisk relasjon der den eine parten har meir makt enn den andre. Jordmora med sin faglege posisjon, makt og autoritet kan innsnevre eller utvide fødekvinna sitt potensial. For at fødekvinna skal få ”utnytte” sitt potensial, må jordmora ta omsyn til individuelle særpreg. Dersom jordmora ignorerer særprega, utnytter ho dei flytande grensene i relasjonen og freistar å gjere seg til herre over den andre. Jordmora må også sjå korleis det unike kan opptre på ulike måtar, ei form for analog forståing. For å sjå dei unike mulegheiter i einkvar fødesituasjon krevst faglege skjøn (Sandvik Blåka 1997: 63-64). Skjøn inneber å handle godt og rett i bestemte situasjonar, utan å ha førehandsbestemt tiltak for å nå bestemte mål (Kvangarsnes 2007: 185-186). Det essensielle er å finne det beste handlingsalternativet i konkrete situasjonar (Alvsvåg 2002: 209). Jordmora må tolke dei ulike inntrykk og på bakgrunn av dei iverksette rett handling til rett tid (Sandvik Blåka 1997: 64). Jordmorfagleg skjøn byggjer både på kliniske

erfaringar og på faktakunnskap frå fødselsvitskapen. Faktakunnskapen hjelper jordmora til å strukturere inntrykka og å bruke fagleg skjøn inneber å skilje mellom det vesentlege og det uvesentlege. Hovudtrekka i den jordmorfaglege diskurs omfattar: nærleik, heilskap og kontinuitet. Nærleik forutset personleg ansvar og å vere til stades over tid; slik kan jordmora følge og observere fødekvinna sine ulike uttrykksformer. Heilskap i arbeidet inneber å følgje den naturlege utviklinga i fødselsprosessen. Kontinuitet inneber å følgje fødselsprosessen saman med fødekvinna og bestemme tiltaka undervegs (ibid.: 64-65, 75-76).

### **Ulike jordmorprototypar**

Blåka (2002: 15) tydeleggjer sosiale og kulturelle påverknadar på jordmorfaget si grunnlagstenking ved å konstruere fire prototypar, knytta til ulike fasar i moderniseringsprosessen. Protypane forklarar ikkje realitetane eksakt slik dei var, men reindyrkar visse kvalitetar, kjenneteikn og eigenskapar og kan fungere som analytiske modellar (ibid.: 61-64). Særtrekk ved jordmorrolla vart identifisert frå 1880 til 2002 og resulterte i prototypane: *distriktsjordmora* 1880-1920, *overgangsjordmora* 1920 til 1969, *den moderne jordmora* 1970-1990 og *den fleirstemte jordmora* 1990-2002 (ibid.: 14). Eg vil beskrive nærmare den moderne jordmora, fordi det var ho som la grunnlaget for jordmorarbeid i dei store fødeinstitusjonane og den fleirstemte jordmora, fordi ho representerer dagens jordmødrer.

### **Den moderne jordmora**

Den moderne jordmora frå 1970 til 1990 si grunnlagstenking var prega av sentralisering, profesjonalisering, spesialisering og teknologisering. Fødselar vart sentraliserte til store, spesialiserte fødeinstitusjonar; fødselsomsorga vart differensiert og oppstykkja. I staden for få og nære relasjonar mellom jordmor og fødekvinne, måtte jordmødrer yte tenester til mange samstundes. Arbeidet vart standardisert og inndelt i spesifikke arbeidsoppgåver og den lineære klokketida fekk overordna betydning. Spesialisering vart nødvendig for å følgje utviklinga innan fødselsvitskapen. I denne perioden vart fødekvinne og fødsel reduserte til sjukdom og diagnose og fødselen knytta til bestemte tidsskjema. Med spesialisering følgjer profesjonalisering, der ulike yrkesgrupper ønskjer å gjere sine eigne fagområde eksklusive og ha autonomi og kontroll. Jordmødrene freista derfor å definere kunnskapsfeltet sitt i tråd med verdiane i jordmorfaget. Innanfor eit profesjonssystem kan ulike kunnskapsformer ha ulik status, og teoretisk vitskapleg kunnskap vert rangert over erfaringskunnskap. I fødeinstitusjonane oppstod det eit profesjonshierarki med fødselslegen plassert øvst; det ga rett til delegering av arbeidsoppgåver og formidling av kunnskap. Spesialisering krev avansert

teknologi og teknologibruk medfører haldningsendringar. Det vert lettare å ty til instrumentelle og medikamentelle inngrep dersom fødselen ikkje skjer etter fastlagde kriterium (Blåka 2002: 156-162).

Sandvik Blåka (1997: 172-174) seier at i moderne og høgteknologiserte fødeinstitusjonar er det ein kamp mellom to kunnskapsformer: den langsame erfaringskunnskapen og den hurtige klassifiseringskunnskapen. Desse to kunnskapsformene er ikkje jamstelte. Fødselsvitskapen vert dominerande medan jordmødrene sin erfaringskunnskap får mindre betydning. Den moderne jordmora freistar å sameine desse to kunnskapsformene, naturvitskapleg og fenomenologisk, men vert likevel tettare knytt til det medisinske mandatet. Den moderne fødselsvitskapen sitt ønske om kontroll, predikasjon og ”forutsigbarhet” er med på å forme jordmora sitt språk (ibid.: 167).

### **Den fleirstemte jordmora i den seinmoderne tidsånd**

Blåka (2002: 175) seier at etter 1990 vert jordmora eit spegelbilete av den seinmoderne tidsånda. Seinmoderniteten er beskriven som perioden etter om lag 1970. Enkelte hevdar at det har skjedd så grunnleggjande samfunnsendringar at vi har forlatt den gamle moderniteten og tatt steget inni ei ”ny” og seinmoderne tid, mellom anna prega av individualisering og risikotenking. Individualisering er konsekvensen av at samfunnsomveltingane har påverka den enkelte sitt livsløp og identitet. Eitt resultat er at det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret er endra. Samfunnet er prega av deregulering, destandardisering og destabilisering. Dei tilskrivne sosiale posisjonane har forsvunne og den enkelte må sjølv ta ansvar for livsløp og identitet (Aakvaag 2008: 261-270).

Blåka (2002: 175-183) seier at sjølv om moderniteten sitt språk fekk monopol på å definere god fødselshjelp, oppstod det eit motspråk, og etter 1990 vart det større variasjon i fødetilbodet. Moderne teknologi skapte både nye arbeidsområde og fleire mulegheiter til å gripe inn i fødselsprosessen. Parallelt med den situasjonen arbeider somme jordmødrer med heimefødselar. Men jordmødrer ved dei sentraliserte og spesialiserte fødeinstitusjonane er i fleirtal og dominerer. Jordmora er no ved nokre marginaliserte ytterpunkt. Teknologisering, medikalisering og bruk av moderne reproduksjonsteknologi tilfører fødselshjelpa nye dimensjonar, samstundes aukar merksemda på gode fødselsopplevingar. Jordmora vil argumentere for posisjonen sin, både innan dei nye felte og overfor andre faggrupper. I denne perioden vil både autoritative og meir marginaliserte språk ha påverknad på grunnlagstenkinga. Jordmødrer vil også seie at ”for-sikkerhets-skyld-tenkingen” har gitt

resultat. Det vil vere delte meiningar om kva som er det beste for fødekvinnene og kva som er ein god og verdig start på livet. Påverknader frå vitskapleg fødselsmedisin og fødekvinnene sine forventningar gir spenning mellom den teknologiske og den levande livsverda. Jordmora freistar å gi den teknologiske livsverda eit ansikt. Normer om tryggleik, krav til dokumentasjon og fødekinna sin rett til medbestemming medfører nye utfordringar. I staden for å diskutere grunnleggjande spørsmål vert jordmødrer opptekne av å legitimere sin eigen posisjon overfor kollegaer og konkurrerande profesjonar. Grunnlagstenkinga til den seinmoderne prototypen er ikkje sameint. Dialogen vert fleirstemt. Jordmora vil, i tråd med den seinmoderne tidsånd, både lytte til og tale med fleire stemmer samstundes.

Det kan verke som den fleirstemte jordmora er inspirert av tenkingsgrunnlaget til den historiske prototypen. Ho freistar å halde fast ved nokre faglege vediar som eit motspråk til den moderne fødselsvitskapen. Samstundes må ho vidare, fordi tilværet skaper nye utfordringar, fullt av motstridande krav og forventningar. Jordmora ønskjer å stole på seg sjølv og sitt kliniske skjøn og bruke teknologien som supplerande hjelpemiddel. Kritisk ettertanke vert resultatet når den seinmoderne prototypen fortel om sine erfaringar og forventningar. Forteljingane gir eit kontrastfylt bilete: fødsel vert på den eine sida framstilt som det mest naturlege og på den andre sida som svært spesialisert og teknologisk. Prototypen vil i høgteknologiske fødeinstitusjonar freiste å forsvare prinsipp frå tradisjonell fødselshjelp, men er framleis tett kopla til det medisinske mandatet (Blåka 2002: 287-188).

### **Autonomi**

Blåka (2002: 174) seier at sentraliseringa av fødslane medførte at jordmødrene vart tettare knytta til det medisinske mandatet og fekk redusert sin faglege autonomi. Autonomi inneber ekstern og intern kontroll hos ein profesjon over arbeidsoppgåvene og at dei sjølve har lover som regulerer dette. Ekstern kontroll er regulering av kven som får utøve profesjonen (Molander og Terum 2008: 18). Autorisasjonskrav til jordmødrer betyr tillit til at den formelle utdanninga gir nødvendig kompetanse (Blåka 2002: 160) og er nedfelt i "Helsepersonelloven" (1999). Intern autonomi er å ha kontroll over korleis arbeidsoppgåvene vert utførte (Molander og Terum 2008: 18). Denne sjølvkontrollen er viktig, fordi arbeidsoppgåvene er tufta på ein særskild fagkunnskap som andre ikkje kan overprøve. Autonomi vert også omtala i samband med at den profesjonelle sin lojalitet skal liggje hos pasienten. Slik kan relasjonen jordmor-fødande verte verna mot påverknader utanfrå (jf. Ekeland 2004: 2). Jordmor sin spesialkompetanse er knytta til eit sjølvstendig ansvar for normale fødselsprosessar. Men ei viktig oppgåve er også å diagnostisere avvik og då tilkalle lege. Eilertsen (2010: 33) nyttar

”Helsepersonelloven” (1999) som grunnlag når han gjer greie for denne ansvarsfordelinga. Han presiserer at i medisinske spørsmål tek legane avgjerder, fordi dei har meir behandlingskompetanse, men jordmor har likevel stor grad av fagleg autonomi. Det er berre i situasjonar der jordmor er medhjelpar at ho skal handle etter legeinstruks og er underlagt legeansvar.

Ekeland (2004: 2-5) omtalar ”evidensbasert praksis” (EBP) som ein trussel mot fagleg autonomi. Kjernen i ein profesjon er kunnskap, og mellom profesjonen og samfunnet er eit tillitsforhold tufta på denne kunnskapen. Ulike profesjonane har, innan visse rammer, hatt stor autonomi når dei har løyst oppgåvene sine. Omgjevnadene har hatt lite innsyn og få føresetnader for overprøving og korreksjon. Dette inneber at profesjonane sjølve, i kraft av sin kunnskap, har vore sett på som best eigna til ha kontroll med eiga verksemd. Men vi opplever i vår tid at tradisjonell tillit til profesjonar slår sprekker, dermed vert autonomien utfordra. EBP er eit forsøk på å reparere denne tilliten. Tilliten skal gjenopprettast ved å bruke behandlingstiltak som er baserte på systematiske oversikter over forskningsartiklar, der effekten er empirisk dokumentert. Formålet er å betre det vitskaplege grunnlaget for handlingar, noko som igjen skal gi betre praksis. Blåka (2002: 54-56) seier at med ein slik praksis vert den fødande berre ein statistisk representant for gjennomsnittet. Den gode relasjonen som har betydning for subjektive kvalitetar og kan aktivere eigne krefter vert ignorert (jf. Ekeland 2004: 22). Evidensbasert praksis er eit døme på ein tenkjemåte som har oppstått på grunnlag av teknisk instrumentell rasjonalitet (Kvangarsnes 2007: 185-186).

### **Risiko og tryggleik**

Omgrepet risiko vert brukt for å vurdere framtidige hendingar (Sandvik Blåka 1997: 73). Beck (1997: 28-29) omtalar seinmoderniteten som risikosamfunnet. Han seier at medan industrisamfunnet var opptatt av korleis verdiane skulle fordelast, er seinmoderniteten oppteken av å forhindre risiko. Kunnskap har fått ny politisk betydning der utvikling og analyse av teoriar om risiko er overordna. Aakvaag (2008: 265-267) utdjupar Beck sine objektive og subjektive dimensjonar av risikosamfunnet og set dei i samband med økologiske problem skapt av industrisamfunnet og menneskelege oppfatningar. I industrisamfunnet vart framtida sett på som utanfor menneskeleg kontroll, styrt av Gud eller lagnaden. Men i seinmoderniteten har det oppstått ei tru på at mennesket kan ta herredøme over eige liv. Ved hjelp av teknologi kan mennesket frigjere seg frå naturen, tradisjonen og religionen sine lenker. Beck (1997: 32-33) påpeikar at diskusjonen om risiko foregår ved hjelp av naturvitskaplege teoriar og formalar og får sosiale, kulturelle og politiske

konsekvensar. Faren er at mennesket vert sett på som organisk apparatur. Sandvik Blåka (1997: 73, 75) seier at omgrepet risiko har fått endra betyning og er forankra i eit nytt språk.

Medisinsk epidemiologisk tilnærming omtalar risiko som eit objektivt fenomen (Sandvik Blåka 1997: 67). Når risiko vert behandla som eit objektivt fenomen, vert det kvantifiserbart og muleg å handtere (Corolan 2008: 653). I eit sosialkonstruktivistisk perspektiv er fenomenet risiko påverka av historiske og kulturelle kontekstar (Sandvik Blåka 1997: 67). Kjølørød (1992: 245) introduserte omgrepet ”verstefallstenkning” i samband med sentraliseringa av fødsjar på 1970-talet. Ho seier at i betydninga av omgrepet ligg det at berre store fødeinstitusjonar gir tilstrekkeleg tryggleik. Verstefallstenking uttrykkjer ei norm om at alle fødande må sikrast mot den verst tenkjelege medisinske risiko, ein risiko det kan vere ved alle fødsjar. Eit slikt farestempele påverkar synet på forsvarleg klinisk praksis. Uoppdaga faremoment vert jamstelte med dei oppdaga, og sjansen for eit normalt fødselsforløp bytta ut med risiko for ei uførseieleg hending (Sandvik Blåka 1997: 73-74). Menneska vert meir og meir opptekne av sjukdomar dei ikkje har, men kan få. Det vert skapt ein illusjon om at framtidig helse lèt seg kontrollere (Kringeland og Møller 2006: 187). Walsh (2006: 90-92) seier at denne tilnærminga vert støtta av EBM (evidence based medicine) som tek sikte på å redusere eller eliminere risiko ved korrekt diagnostikk og behandling. Populasjonsbasert risiko vert omsett til individuell risiko. Dette synet er basert på dikotom tenking: risiko er anten tilstades eller fråverande. Avgjerder tatt på formelt rett grunnlag vert vurderte som forsvarlege, uavhengig av kvalitative vurderingar (Sandvik Blåka 1997: 74).

Den jordmorfaglege diskursen uttrykkjer seg mindre presist om risiko enn den fødselsvitskaplege, men har likevel ei risikovurdering (Sandvik Blåka 1997: 84-85). Ved ei sosial tilnærming vil risiko ha individuell betydning og vere prega av sosiale, kulturelle og politiske omgjevnader (Corolan 2008: 653). Dersom kroppen vert sett på som levande, vil den ha individuelle variasjonar og mange uttrykksformer (Sandvik Blåka 1997: 84-85). Den jordmorfaglege diskurs si risikovurdering inneber å ha godt overblikk over fødesituasjonen og iverksetje korrekt handling til rett tid. Ei slik oppfølging som krev fysisk og mental nærleik og ”klokt jordmorskjøn” (ibid.: 75-76). Kringeland og Møller (2006: 189) seier at den fødselsvitskaplege diskursen har fått stor betydning generelt i samfunnet. Utfordringa for andre vitskaplege paradigmer vert å etablere alternative forståingar av graviditet og fødsel og å påverke fødekvinna si oppfatning av kva som er trygg fødselshjelp.

## DESIGN OG METODE

### Individuelle kvalitative forskningsintervju

Ved val av metode for denne studien tenkte eg igjennom kva type data eg måtte ha for å få svar på problemstillinga mi. Samfunnsvitskaplege tilnærmingar kan vere både kvantitative og kvalitative; det same sosiale fenomenet kan verte studert ved hjelp av begge desse metodane (Grønmo 1996:74). Kvantitative metodar gir opplysningar i form av tal og dannar grunnlag for statistiske analyser (Hellevik 2002: 110). Kvalitative metodar gir kunnskap om menneskelege eigenskapar, erfaringar, opplevingar, tankar, forventningar, motiv og haldningar og er grunnlag for beskriving, analyse og forståing (Malterud 2003: 32). Eg ønskjer kunnskap om kva refleksjonar jordmødrer gjer seg om rolla si, ikkje statistikkar over kor mange normale fødsjar kvar jordmor har ansvar for eller kor ofte ulike inngrep skjer. Dette er grunngevinga mi for å velje ein kvalitativ metode. Men kvantitative data som seier noko om talet på normale fødsjar og fødselsintervensjonar, har medverka til interesse for temaet og val av problemstilling og er viktige bakgrunnsopplysningar for studien.

Eg tenkte også gjennom korleis eg skulle skaffe relevante kvalitative data. Innanfor kvalitativ samfunnsforskning er deltakande observasjon og intervju dei to mest nytta tilnæringsmåtene (Holter 1996: 15). Å gjere observasjonar som delvis eller fullt deltakande observatør kunne for meg vere gjennomførbart. Eg måtte då vere til stades saman med jordmødrene i ulike arbeidssituasjonar (jf. Fangen 2010: 74-77). I fødeavdelinga er vi ofte to jordmødrer ved vurderingar, og om tida tillèt det, er vi med på kvarandre sine fødsjar. Ved deltakande observasjon ville eg kunne sjå handlingane til jordmødrene, men refleksjonane deira som eg er interessert i, ville eg ikkje sjå. Eg trur også at ansvarsfordelinga på fødestova kunne ha blitt problematisk. Og for både fødekvinne og jordmor ville det truleg ha verka forstyrrende med ei jordmor som observatør til stades. Begge kunne kjenne seg kontrollerte og overvaka (jf. Repstad 2007: 51). Ut frå dette resonnementet valde eg kvalitative forskningsintervju som tilnæringsmåte.

Det neste valet stod no mellom gruppe- eller individuelle intervju. Ved gruppeintervju er fleire personar tilstades og diskuterer eit bestemt tema; forskaren er leiari og ordstyrar. Både til produksjon av kunnskap om ulike tema og til utvikling av teoriar og forklaringar høver gruppeintervju godt (Brandt 1996: 145). Gruppeintervju ville ha gitt meg data om jordmødrene sine refleksjonar. Men eg veit at jordmødrer ikkje er ei homogen gruppe; dei har ulik arbeidserfaring og ulike synspunkt. Eg såg faren for at nokre få kunne dominere med sine

synspunkt, medan andre ikkje ville våge å hevde meiningane sine saman med kollegaer. Ein slik situasjon er uheldig når ein er på jakt etter data som representerer både variasjonsbreidde og fellestrekk (jf. Malterud 2003: 94). Valet mitt vart derfor individuelle kvalitative intervju.

### **Populasjon og utval**

Populasjonen i denne studien er jordmødrer som arbeider ved kvinneklinikkar i Noreg, der normale fødslar og risikofødsjar foregår i dei same lokalitetane. Då det korkje var muleg eller ønskjeleg å intervju heile populasjonen, måtte eg bestemme eit utval (jf. Hellevik 2002: 114). Det var viktig med ein utvalsstrategi som ville gi meg eit materiale med informasjon om det fenomenet eg ville utforske (jf. Malterud 2003: 57). I utgangspunktet var planen at utvalet måtte vere samansett av andre enn eigne arbeidskollegaer. Men på grunn av praktiske utfordringar som tid, økonomi og geografiske avstandar vart det ikkje slik. Kvinneklinikken eg arbeider ved er den einaste fødeinstitusjonen med denne statusen i fylket, og ved sida av masterstudiet arbeider eg som jordmor i 100 % stilling i tredelt vaktturnus. Derfor bestemte eg meg for å gjennomføre intervjua ved den kvinneklinikken der eg sjølv er tilsett.

Malterud (2003: 62-64) seier at det er viktig å vere klar over at når det gjeld storleik på utvalet, byggjer kvalitative studiar på andre prinsipp enn kvantitative studiar. I kvantitative studiar har talet på einingar betydning for grad av generalisering. I kvalitative studiar kan materialet frå mange informantar vere uoversikteleg og føre til overflatisk analyse. Malterud (ibid.) presiserer at ein ikkje bør bestemme talet på informantar på førehand og at analysearbeidet bør skje parallelt med datainnsamlinga. Då vil forskaren sjå kva tid datamaterialet er tilstrekkeleg for å kaste lys over problemstillinga og nytt materiale ikkje lenger gir ny kunnskap. Men for meg var det viktig tidleg i prosessen å vite om det var tilstrekkeleg mange av eigne kollegaer ville vere informantar; derfor bestemte eg på *førehand* å ta kontakt med 10 jordmødrer.

### **Prosedyre for utveljing**

For å forsikre meg om at utvalet kunne gi kunnskap om dei temaa eg var interessert i, hadde eg problemstillinga mi og forskingsspørsmåla i tankane då eg bestemte inklusjonskriterium (jf. Malterud 2003: 58). Det måtte vere jordmødrer med ansvar for kvinner i sjølve fødselssituasjonen, ikkje jordmødrer som arbeider berre ved svangerskaps- eller barselseksjonen. Eg meiner også at informantane må ha ferske arbeidserfaringar. Inklusjonskriteria vart: arbeider ved fødeininga, har vore kontinuerleg i arbeid dei siste 6 månader, er tilsett i minst 50 % stilling og har minimum 1 års praksis ved den aktuelle kvinneklinikken. Eg tok også med *jordmorutdanning i Noreg* som inklusjonskriterium.



Grunngevinga er at ulike land har ulike tradisjonar for jordmorutdanning og praksis. I mange land har legar ei overordna rolle ved normale fødselar, medan jordmødrene fungerer som deira assistentar.

På grunnlag av avgjerda om å utføre intervjuet ved *ein* bestemt kvinneklinikk, vil ikkje alle jordmødrene i populasjonen ha sjanse for å kome med i utvalet. Men eg meiner at dei jordmødrene ved den aktuelle kvinneklinikken som oppfyller inklusjonskriteria, bør ha ei kjend "sannsynlighet" for å kome med i utvalet, sjølv om utveljinga skjer tilfeldig. Dette vil eg sikre ved stratifisering, der aktuelle informantar vert plasserte i ulike kategoriar basert på bakgrunnsopplysningar. Ofte vert berre *ein* variabel nytta som stratifiseringsvariabel. Stratifiseringa gir meg kontroll over kor mange informantar eg får frå kvar kategori (jf. Hellevik 2002: 115-117). Malterud (2003: 59) seier at erfaringsbasert feltkunnskap er ein viktig ressurs for klinikaren dersom han/ho skal utføre forskning som krev strategiske utval, fordi klinikaren veit kva som er relevante kjelder. Eg meiner det er relevant å nytte *år med arbeidserfaring* som stratifiseringsvariabel. I dei siste tiåra har det skjedd store endringar i fødselsomsorga, slik at jordmødrer med lang ansiennitet har andre arbeidserfaringar enn nyutdanna jordmødrer. Ulik arbeidserfaring vil medføre ulike refleksjonar om jordmorrolla og tilføre data mangfald og variasjon. Stratifisering har klare fordelar samanlikna med ein prosedyre der informantane vert heilt tilfeldig uttrekte (Hellevik 2002: 115). Ved slik, enkel tilfeldig utveljing kunne samansetjinga av utvalet ha blitt berre nyutdanna jordmødrer eller berre dei med lang arbeiderfaring. I eit homogent materiale vert det vanskeleg å få fram data og nyansar som gir grunnlag for ny kunnskap og nye spørsmål (jf. Malterud 2003: 59). Eg vel ei inndeling i tre grupper: Gruppe I er jordmødrer med 1 til og med 5 års praksis, gruppe II er dei med meir enn 5 og til og med 20 års praksis, og i gruppe III har dei meir enn 20 års praksis.

Eg avtala eit møte med avdelingsleiinga ved kvinneklinikken, der eg informerte om studien min og fekk formelt klarsignal for gjennomføringa. Leiinga var positiv til prosjektet; dei meinte det var viktig å få vite meir om korleis jordmødrer opplever arbeidsituasjonen sin. Dei ville skaffe namne- og ansiennitetsliste over aktuelle jordmødrer og hjelpe til med utveljinga. Vi diskuterte også kvar og når intervjuet skulle føregå. Eg fekk løyve til å nytte eit møterom i avdelinga og intervjuet kunne skje i arbeidstida dersom det ikkje skapte konflikt med andre arbeidsoppgåver. Etter møtet sende eg mail med kort informasjon om studien til alle jordmødrene ved kvinneklinikken (Vedlegg I). Få dagar seinare føretok avdelingsjordmor og eg ei anonymisert uttrekking av informantar. Det var til saman 23 jordmødrer som oppfylte

inklusionskriteria. Eg bestemte at utvalet på 10 informantar skulle ha samansetjinga: 3 jordmødrer i gruppe I, 4 jordmødrer i gruppe II og 3 jordmødrer i gruppe III. Etter uttrekkinga vart ”Førespurnad om å vere informant” (Vedlegg II) og ”Samtykkeerklæring” (Vedlegg III) sendt til informantane. I løpet av den første veka etterpå leverte 9 av jordmødrene signert ”Samtykkeerklæring”, og i løpet av ein måned hadde alle signert.

### **Utarbeiding av intervjuguide**

Først måtte eg bestemme kva struktur dei kvalitative intervjuar skulle ha, og valet mitt vart semistrukturerte livsverdsintervju. Denne typen intervju vert nytta for å forstå delar av dagleglivet til intervjupersonane ut frå deira perspektiv, og gir beskrivingar av deira livsverd med tolkingar av dei fenomena vi undersøker. Intervjuet kan likne ein uformell samtale, men er ei profesjonell handling. Omgrepet *semistrukturert* betyr her at samtalen korkje er heilt open eller skjer etter klart formulerte spørsmål. Intervjua skal skje på grunnlag av ein intervjuguide med aktuelle tema og forslag til eventuelle spørsmål (jf. Kvale og Brinkmann 2010: 47).

Aktuelle tema for min intervjuguide måtte ha samanheng med problemstillinga og forskingsspørsmåla, og to hovudtema vart bestemte: *normal fødsel* og *differensiert fødetilbod*. Repstad (2007: 91) tilrår å starte intervjuet med nokre harmlause spørsmål som ein veit informanten både kan og vil snakke ubesværa om. Derfor tok eg med temaet *bakgrunnsopplysningar*, for å kunne starte intervjuet med spørsmål om utdanning, arbeidserfaring og grunn til yrkesval. Vidare formulerte eg underspørsmål til dei tre temaa. I problemstillinga mi spør eg etter refleksjonar om jordmorrolla. Eg meiner at *refleksjon* og *rolle* av den grunn vert sentrale omgrep som underspørsmåla må kaste lys over. Derfor formulerte eg spørsmål om kva handlingar jordmødrene hadde utført i ulike arbeidssituasjonar, for at dei skulle tenkje tilbake og beskrive desse situasjonane, samt spørsmål om kva forventningar dei opplever i arbeidet sitt. Eg hadde også formålet med studien i tankane: håpet om at den skal bidra til konstruktive diskusjonar om fødselshjelp og jordmorarbeid. Kalleberg (1996: 38) seier at dersom samfunnsforskarar er opptekne av å finne ut om ein tilstand kan eller bør bli betre, må dei stille konstruktive spørsmål. Derfor inkluderte eg eit spørsmål til jordmødrene om dei meiner det er ønskeleg med endringar og eventuelt kva slags endringar.

Eg prøvde å vere medviten om ordlyden i spørsmålsformuleringane. Intervjuspørsmål har både ein tematisk og ein dynamisk dimensjon: tematisk med omsyn til produksjon av ny

kunnskap og dynamisk med omsyn til den interpersonlege relasjonen. Den tematiske dimensjonen treng "kva" og "kvifor" spørsmål. Spørsmåla mine om kva jordmødrer gjer i ulike arbeidssituasjonar, vil såleis få betydning for den tematiske dimensjonen. "Korleis" spørsmål er relaterte til den dynamiske dimensjonen; dei skal fremje eit positivt samspel, halde samtalen i gang og stimulere intervjupersonen til å snakke om eigne opplevingar. Eg prøvde også å leggje vekt på at alle spørsmåla skulle vere lett forståelege og fri for akademisk språk (jf. Kvale og Brinkmann 2009: 144), (Vedlegg IV).

### **Førebuing til intervjusituasjonane**

For å finne tidspunkt for intervju skaffa eg meg oversikt over kva tid informantane var på jobb, men eg var fast bestemt på at intervju ikkje skulle skje i arbeidstida dersom informantane hadde arbeidsoppgåver som andre ikkje kunne overta, både av omsyn til fødekviner, kollegaer og med tanke på ein optimal intervjusituasjon. Til lydopptak av intervju ønskte eg å nytte privat mobiltelefon, deretter overføre lydopptaka til privat datamaskin og så slette mobilopptaka. Dette prøvde eg ut og såg at det fungerte.

Eg måtte også førebu meg mentalt, tenkje gjennom ulike relasjonelle aspekt ved intervjusituasjonane. Kvale og Brinkmann (2010: 77) omtalar kvalitativ forskning som eit handverk der moralsk åtferd er forbunde med bruk av skjøn. Vidare seier dei at intervjuing krev både spesialkunnskap og skjøn (ibid.: 102). Skjøn har betydning både for den tematiske og den dynamiske dimensjonen: korleis intervjuaren nyttar spesialkunnskapen sin og korleis intervju vert gjennomførte (ibid.: 144). Eg meiner at utdanning og arbeidserfaring har gitt meg tilstrekkeleg kunnskap om intervjutema. Når det gjeld gjennomføringa av intervju, har eg inga erfaring. Men eg trur det er ein fordel å ha lang jordmorerfaring, for som jordmor har eg freista å individuelt tilpasse åtferd og verbal kommunikasjon til kvar enkelt situasjon, utan å vite korleis den ville kome til å utvikle seg.

Kvangarsnes (2007: 199) seier at fagleg skjøn inneber individuell tilrettelegging. Å utøve skjøn betyr å handle godt og rett i situasjonar, utan på førehand å ha sett opp bestemte tiltak for å nå bestemte mål. Kvangarsnes omtalar didaktisk relasjonstenking som ein relevant tilnæringsmåte ved utøving og utvikling av fagleg skjøn. Den didaktiske relasjonsmodellen gir eit forenkla bilete av ein kompleks prosess, der ulike kategoriar utgjer ein heilskap. Avgjerder i *ein* kategori får konsekvensar både for heilskapen og for dei andre kategoriane. Det er korkje muleg eller ønskjeleg å planleggje i detalj på førehand (ibid.: 185-188). Overført til intervjusituasjonen vil denne tilnærminga innebære at eg må kontinuerleg tenkje gjennom

både samspelet og heilskapen i intervjusituasjonen. Den dynamiske dimensjonen vil også innebere medvit om kva som skal til for at informanten kan kjenne seg trygg (jf. Malterud 2003: 69). Skjervheim (2001) drøftar to fundamentalt ulike haldningar vi kan innta til utsegner frå andre menneske: treledda eller toledda relasjonar. Ein treledda relasjon er samansett av meg, den andre og saka eller problemet vi talar om. Eg og den andre har noko til felles: den aktuelle saka, det tredje. Dersom eg oppfattar den andre sine utsegner som påstandar, lèt eg meg engasjere, og vi verte medsubjekt i forhold til saka. Dersom eg ikkje engasjerer meg, men berre konstaterer saka som eit faktum, får vi ein toledda relasjon: eg har gjort den andre og hans utsegner til eit faktum, ein ting, vi deler ikkje same sak. Å gjere den andre sine meningar til fakta er ein måte å objektivere den andre på; personen vert endra til eit saksforhold. Dette er ein måte å skaffe seg herredøme over den andre på. Å ta den andre alvorleg er å ta hans meininger til ettertanke og diskusjon (ibid.: 71-75). I intervjusituasjonane vil eg prøve å arbeide etter prinsippa for treledda relasjonar og tilstrebe at informantane skal kjenne seg trygge. Malterud (2003: 45-46) seier at den viktigaste reiskapen i intervjuundersøkingar er forskaren sjølv. Eg ser på kunnskap om didaktisk relasjonstenking og medvit om å ikkje objektivere den andre, som viktige element i den reiskapen.

### **Gjennomføring av prøveintervju og intervju**

Kvale og Brinkmann (2010: 137) seier at det er i intervjusituasjonen ny kunnskap vert skapt. For å undersøkje korleis gjennomføringa av intervju ville fungere, gjorde eg avtale med ei jordmor som ikkje var med i utvalet, om eit prøveintervju. Intervjuet vart gjennomført på det avtala møterommet, medan vi begge var på jobb og det var roleg i avdelinga. Mi oppleving var at intervjuet "glei" lett. Jordmora fortalde frå fleire arbeidssituasjonar, slik eg fekk svar på spørsmåla mine. Nokre gonger kom svara på spørsmåla allereie før eg hadde stilt dei, men eg syntest det gjekk greitt utan at eg følgde den oppsette rekkjefølgja. Av og til stilte eg oppfølgings- og oppsummeringss spørsmål. Intervjuet varte i 46 minutt. Etter prøveintervjuet gjorde eg små justeringar av ordlyden i intervjuguiden.

Dei ti planlagde intervjuane vart gjennomførte i løpet av om lag fire månader. Informantane og eg hadde ulik arbeidstid i tredelt vaktturnus, og det vart vanskeleg å setje eksakte tidspunkt for intervjuane. Dersom intervjuane skulle skje i arbeidstida, måtte det vere på rolege vakter, noko som sjølvstundt var umuleg å planleggje. Samstundes var eg innstilt på at intervjuane skulle medføre minst muleg ekstraarbeid for informantane. Eg prøvde derfor å unngå å intervjuare på fridagane deira.

Tre intervju vart gjennomførte medan både informanten og eg var på vakt og arbeidstilhøva tillèt det. To av intervju vart utførte medan eg hadde fri og informanten var på vakt; på førehand hadde eg ringt og undersøkt om arbeidsmengda tillet det. Eg gjorde eitt intervju medan eg var på vakt og informanten hadde fri. Resten av intervju vart gjennomførte medan vi begge hadde fri, men rett før eller etter informantane sine vakter. Dette var eit puslespel, og denne fasen tok lengre tid enn eg hadde planlagt. Men eg erfarte at alle var positive, fleksible og interesserte i at dette skulle fungere. Det var viktig for meg både å ha ei formell ramme rundt intervju og at dei kunne føregå uforstyrta (jf. Repstad 2007: 87). Det passa godt å nytte eit ledig møterom ved fødeinstitusjonen, der vi hadde ”opptatt-skilt” på døra og telefonen var avslått for samtalar og meldingar. Dersom intervjuet vart gjort i arbeidstida, hadde korkje informanten eller eg konkrete arbeidsoppgåver i det aktuelle tidsrommet. Men vi sa alltid ifrå om kvar vi var, slik at vi var tilgjengelege dersom det skulle oppstå kritiske situasjonar i avdelinga.

Eg veit ikkje korleis informantane opplevde det, men eg trur at ein mobiltelefon på eit bord under ein samtale er mindre forstyrrende enn ein lydbandopptakar. Ved prøveintervjuet og dei tre første intervju sat eg klar med penn og papir for å notere tilleggsopplysningar. Men det fall ikkje naturleg å notere ved sida av samtalen, så eg bestemte meg for å utelate dette i dei resterande intervju (jf. Kvale og Brinkmann 2010: 188)

Før lydopptaket repeterte eg kort formålet med studien, poengterte reglane for anonymitet og konfidensialitet og skisserte dei tre hovudtemaa for intervjuet. Lydopptaket starta med det første temaet i intervjuguiden. Eg opplevde at bakgrunnsopplysningane fekk samtalen lett i gang. Intervjuguiden vart ikkje brukt slavisk; svar på underspørsmåla kom fleire gonger naturleg fram når informantane fortalte om eigne erfaringar. Interaksjonen i intervjusituasjonane varierte meir enn eg hadde trudd. Kvale og Brinkmann (2010: 144-147) seier at intervjuaren si evne til å oppfatte betydninga av kvart enkelt svar i tillegg til heile horisonten av mulege svaralternativ, er avgjerande for utviklinga av intervjuet. Slik vil situasjonane variere, alt etter korleis intervjuaren umiddelbart oppfattar og tolkar ulike utsegner. Intervjuaren sin kunnskap om og interesse for både den tematiske og den dynamiske dimensjonen vil vere avgjerande. Eg opplevde det som ein fordel å ha tenkt gjennom desse dimensjonane på førehand. Mot slutten av intervjuet gav eg informantane ein invitasjon til å kome med tilleggsopplysningar (jf. Repstad 2007: 91-92).

Sjølv om eg før alle intervjuja sjekka at lydopptaket fungerte, oppdaga eg då eg skulle transkribere det fjerde intervjuet, at lydopptaket ikkje lét seg avspele på grunn av ein teknisk feil. Mobiltelefonen vart reparert, men opptaket var tapt. Eg kontakta straks informanten og beklaga hendinga. Ho sa seg villig til nytt intervju. Dette vart gjennomført to veker seinare. Vi hadde begge noko av det første intervjuet i minne. Vi snakka om dei same temaa, og eg opplevde at informanten la vekt på dei same poenga. Seinare sjekka eg alltid litt ut i intervjusituasjonen om lydopptaket lét seg avspele. Lengda på intervjuja varierte mellom 33 og 120 minutt, gjennomsnittslengda var 54 minutt.

### **Transkribering**

Ved transkripsjon vert samtalen mellom personar abstrahert og fiksert i skriftleg form. Munnlege empiriske data vert transformerte til tekst. Desse omsetjingane krev ei rekkje vurderingar på grunn av at tale- og skriftspråk har ulike språklege spel. Det finst ingen universell prosedyre for transkripsjon av forskingsintervju, men likevel gjeld ein grunnregel: beskriv detaljert korleis transkripsjonane vert utførte (Kvale og Brinkmann 2010: 186-189).

Det er viktig å hugse at transkripsjon representerer berre ein indirekte presentasjon av realitetane. Uansett kor nøyaktige transkripsjonane er, gir dei berre eit avgrensa bilete av dei fenomenane vi studerer. Noko av meininga vil alltid forsvinne undervegs (Malterud: 2003:77), ikkje alle dimensjonane kjem med. Dersom partane har felles erfaringsbakgrunn, vil dette prege samtalen, ein dimensjonen som ikkje kjem med i lydopptaket. Likevel skal transkripsjonane representere det informanten vil meddele, og det er viktig at transkripsjonane vert utførte slik at meiningshaldet vert ivareteke. Å skrive ned akkurat det som vert sagt, gir ikkje nødvendigvis det mest korrekte biletet av intervjuet. Direkte sitat kan også medføre latterleggjing av måten informantane verbalt uttrykkjer seg på. Ei viss redigering av materialet er ofte nødvendig for å få fram meiningsinnhaldet. Transkripsjon vil medføre ei utveljing av kva dimensjonar frå den munnlege samtalen som skal med i den skriftlege versjonen. Eg vurderte om eg skulle skrive ned innhaldet frå samtalan mest muleg ordrett, med alle gjentakingar, pauser og ”eh”, eller omforme intervjuet til ein meir skriftleg stil (jf. Malterud 2003: 78-79). Kvale og Brinkmann (2010: 190) seier at det transkripsjonane skal verte brukte til, avgjer framgangsmåten; om dei skal nyttast i språklege analysar eller til å gjengi historier frå informantar. Eg ønskjer kunnskap om jordmødrene sine refleksjonar, slik dei fortel om dei. Valet mitt vart derfor å bruke ein ikkje heilt ordrett stil, men ein stil så tett opp til deira utsegner som muleg, med med vekt på at det var deira meiningar eg skulle formidle.

Alle intervjua vart transkriberte av meg sjølv. Det fall naturleg for meg å transkribere intervjua til nynorsk, sjølv om eg er klar over at det kan ta vekk nyansar i forteljingane. Grunngevinga for valet mitt er at eg har vant meg til, alltid og umiddelbart, å omsetje munnleg bokmål og/eller dialekt til nynorsk når eg skriv notatar i ulike samanhengar.

Intensjonen min i starten av prosjektet var å utføre transkripsjonane kort tid etter intervjua. Men etter dei tre første intervjua vart ikkje transkriberinga utført før omlag to månadar seinare. Denne tidsavstanden ser eg på som ei ulempe. Eg hugsar ikkje så godt dei kontekstuelle faktorane. Eg hadde heller ikkje mellom kvart av desse intervjua vore gjennom den medvitsprosessen ei transkribering kan setje i gang, og som kan medføre omformulering av spørsmåla (jf. Repstad 2007: 92). Etter transkriberinga av dei tre første intervjua vart eg meir medviten om både korleis eg stilte spørsmåla, kva eg ville vite og om korleis eg kunne strukturere samtalane. Seinare vart transkripsjonane utførte same dag som intervjuet eller straks eg hadde tid. I to tilfelle gjekk det tolv dagar frå intervju til transkripsjon på grunn av vaktbelastning ved fødeavdelinga. Eg opplevde for kvar transkripsjon eg gjorde, at eg lærde meir om den dynamiske dimensjonen for intervju, ein lærdom eg hadde nytte av i neste intervju.

### **Etiske vurderingar**

Kvale og Brinkmann (2010: 79-81) seier at etiske vurderingar er viktig gjennom heile forskingsprosessen ved kvalitative forskingsintervju, frå tema er bestemt og til rapportering og konklusjon er ferdig. Dei seier vidare at å gjennomføre kvalitative forskingsintervju er å utføre moralske undersøkingar. Moralske spørsmål er knytte både til dei metodane som vert nytta og til målet for undersøkinga. Det menneskelege samspelet i intervjusituasjonen vil påverke intervjupersonen, og kunnskapen som vert produsert vil påverke vårt syn på menneske og samfunn. Forskingsprosessen er derfor fylt med moralske og etiske spørsmål. Dei personlege eigenskapane til forskaren vil avgjere korleis desse utfordringane vert løyste. Moralsk ansvarleg forskaråtfærd er forbunde med sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål, og moralsk handling er meir enn abstrakt etisk kunnskap og kognitive val. Praktisk klokskap vert viktigare enn teoretisk forståing (ibid.: 92-94).

Standarisert meldeskjema „Intervjuguide” (Vedlegg IV), „Førespurnad om å vere informant” (Vedlegg II) og „Samtykkeerklæring” (Vedlegg III) vart sendt til NSD (Norsk

samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS) (Vedlegg V)<sup>1</sup>. Både prosjektet og framgangsmåten vart godkjend.

Informert samtykke, konfidensialitet og kva konsekvensar det kan få å vere informant, var viktige etiske aspekt eg måtte tenkje gjennom. Det var viktig at alle informantane deltok frivillig. I brevet til jordmødrene som var uttrekte som informantar (Vedlegg II) gav eg opplysningar om formålet med studien, om metoden eg skulle nytte, om at deltakinga var frivillig og at dei kunne trekkje seg frå prosjektet om/når dei ønskte det. Samtykkeerklæringa skulle dei signere og returnere dersom dei ville delta (jf. Kvale og Brinkmann 2010: 88). Konfidensialitet inneber at det ikkje vert avslørt opplysningar som kan identifisere personar som er med i undersøkinga. I mitt tilfelle må eg endre eventuelle opplysningar som kan avsløre identiteten til informantane eller fødekvinne dei omtalar i intervjusituasjonane. Det er viktig at informantane får garanti om konfidensialitet og at eg som intervjuar er merksam på dette kravet både ved opptak, oppbevaring, analysing og rapportering av data (jf. Fangen 2010: 196). Data vart oppbevart og behandla etter retningslinjer godkjende av NSD (jf. Vedlegg V). Eg meiner at også omsetjinga til nynorsk medverkar til å anonymisere personane. Å vurdere konsekvensane inneber å tenkje gjennom mulege ulemper og fordelar for informantane. Det kan vere ei ulempe at individuelle kvalitative intervju opnar for nærleik, noko som kan føre til at informantane gir opplysningar dei seinare vil angre på og/eller ikkje ønskjer skal bli siterte (jf. Kvale og Brinkmann 2010: 90-91). Her vert garantien om anonymiserte opplysningar viktig å overhalde, samt å foreta skjønsmessige vurderingar av kva sitat eg skal vidareformidle. Fordelane med å vere med i studien, slik eg vurderer det, kan vere at jordmødrer opplever det nyttig at dei i intervjusituasjonen får reflektere over eigen arbeidssituasjon. Dersom denne studien, slik formålet er, bidrar til konstruktive diskusjonar om jordmorfaget og fremjar fagutvikling, må det vere positivt å ha bidratt til dette.

### **Validitet, reliabilitet og generalisering**

Kvalitative studiar har andre krav til verifisering enn kvantitative studiar, fordi fokus er på innhald og betydning av fenomen, ikkje på omfanget av dei. Kvale og Brinkmann (2010: 247) argumenterer likevel for å nytte dei tradisjonelle omgrepa ”gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet” også i omtalen av kvalitative undersøkingar.

---

<sup>1</sup> I Meldeskjemaet stemmer ikkje år med arbeidserfaring for jordmødrene i forhold til slik det endelege utvalet vart. Eg har kontakta NSD og gjort dei merksame på dette. Tilbakemeldinga var at dette ikkje betydde noko for deira godkjenning av studien.



Validitet i samfunnsforskning er å vurdere om den metoden som vert nytta i eit prosjekt, er eigna til å få svar dei spørsmåla ein stiller. Men validering er ikkje knytt til ein særskild fase i prosjektet. Det må vere ein kontinuerleg prosess som fungerer som kvalitetskontroll i alle ledda (Kvale og Brinkmann 2010: 250-254). Relatert til min studie har eg i kvar fase tenkt gjennom korleis dei vala eg gjer, kan bidra til å gi gyldig kunnskap. Eg gjer greie for bakgrunnen til problemstillinga og forskningsspørsmåla, og seinare meddeler eg refleksjonane mine over val av metode, teoretiske perspektiv og analyse- og fortolkningsstrategiar. Problemstillinga og forskningsspørsmåla har vore avgjerande for vala mine, og eg har hatt som mål at resten av oppgåva skal vere i samsvar med dei.

Kvale og Brinkmann (2010: 253) seier at validering i intervjusituasjonen inneber å kontrollere meininga med det som vert sagt. Aase og Fossåskaret (2007: 94) seier at kunnskap om den kulturen ein forskar på, er ein viktig føresetnad for å forstå informantane sine kontekstuelle rammer. Eg meiner det er ein fordel at eg sjølv er jordmor, fordi eg då forstår faguttrykk og kjenner konteksten dei refererer til. Men å kjenne ein kultur kan også redusere mulegheita for å sjå den frå andre perspektiv (jf. Aase og Fossåskaret 2007: 86-87). Fangen (2010: 47) refererer til Habermas og seier at forskaren har ei dobbeltrolle: ei deltakande haldning knytt til eiga førforståing, samstundes med at han/ho må også stille seg utanfor med ei iakttakande og objektivierende innstilling. Fangen (ibid.: 221) påpeikar vidare at det er viktig å vere merksam på at det kan vere diskrepans mellom det informantane seier og det dei faktisk gjer. Repstad (2007: 92) antyder at når informant og intervjuar er kollegaer, kan informantane lettare gi presise opplysningar, fordi dei trur intervjuaren vil avsløre usanne opplysningar. Men dei kan også forfekte synspunkt som dei trur intervjuaren er interessert i. Usannheiter om dei faktiske tilhøva ved fødeinstitusjonen ville eg ha avslørt, men eg kan ikkje kontrollere alle detaljane i det jordmødrene beskriv. Eg meiner at eg heller ikkje kan spekulere over om kollegaene mine snakkar sant; mine tolkingar må skje på grunnlag av at eg stolar på dei. Men i løpet av intervjuet stilte eg fleire oppsummeringssjørsmål for å sikre meg at eg hadde forstått deira meining. Dersom informantane hadde lese gjennom og godkjent transkripsjonane, trur eg det ville ha styrka validiteten. Men eg innsåg at det vart for tidkrevjande og utelét det.

Reliabilitet viser til om resultatane er pålitelege. Intra- og interreliabilitet viser til om det er muleg å gjenta ei undersøking på andre tidspunkt, av andre forskarar, ved bruk av den same metoden og få det same resultatet (Kvale og Brinkmann 2010: 325). Ved kvalitative forskingsintervju er det forståeleg at akkurat dei same intervjusituasjonane ikkje kan skje igjen. Det som eg vurderer som essensielt for eit påliteleg resultat i denne studien, er å ærleg

meddele mi eiga førforståing og å prøve å redusere effekten av den, samt forklare detaljert korleis eg har takla utfordringa med å gjennomføre eit prosjekt på eigen arbeidsplass. Balanse mellom nærleik og distanse vert viktig. Kalleberg (1996: 45) omtalar i den samanhengen to fallgruver: ”Go native” og *etnosentrisme*. ”Go native” inneber ei overidentifisering med aktørane sine synspunkt og haldningar. Etnosentrisme inneber å ha ein så stor distanse til aktørane at det vert vanskeleg å forstå dei på deira premissar. Han seier at det same problemet kan oppstå blant kollegaer: overidentifisering med ei bestemt gruppe sine meiningar kan medføre underidentifisering med andre grupper. Eg bestemte meg for at eg ikkje ville plukke ut informantane sjølv, av den grunn at eg såg faren for at eg kunne velje jordmødrer som delte mine synspunkt og/eller som eg trudde ville gi dei svara eg ønskte. Ved utforminga av intervjuguiden og i intervjusituasjonen var eg medviten om at eg skulle unngå leiande spørsmål og prøve å ha fokus på at det var informantane sine beskrivingar eg var interessert i. Dette meiner eg styrkjer reliabiliteten i studien.

For å kunne generalisere må resultatene vere både gyldige og pålitelege. Det vert ofte stilt spørsmål ved om resultatene av kvalitative intervjuundersøkingar med få informantar er generaliserbare. Kvale og Brinkmann (2010: 265-266) seier at i staden for å spørje om det er muleg med global generalisering, må ein spørje om kunnskapen frå ein spesifikk intervjusituasjon kan verte overført til andre relevante situasjonar. Malterud (2003: 64-65) seier at ”a-ha-effekten”, som inneber at nokon forstår noko meir om sitt eige, på grunn av det andre formidlar, er ein viktig indikator for generalisering av kvalitative studiar. Stake (2005: 454) omtalar naturalistisk generalisering; det inneber at nokon grunna personlege erfaringar kjenner seg i igjen i det som er beskrive. Relatert til min studie vil det bety at jordmødrer både ved den kvinneklinikken studien er utført og ved andre kvinneklinikkar vil kjenne seg igjen. Utvalet mitt er berre 10 informantar. Men tilsette ved alle fødeinstitusjonane i Noreg skal arbeide etter nasjonale retningslinjer for fødselshjelp, og fleire kvinneklinikkar har samanknibbare lokalitetar og fødselstal med den kvinneklinikken informantane i denne studien arbeider ved. Det meiner eg er argument for at naturalistisk generalisering er muleg.

## **STRATEGIAR FOR ANALYSE OG FORTOLKING**

Repstad (2007: 117) seier at samfunnsforskarar filtrerer data gjennom sine faglege perspektiv. Medvit om denne filtreringsprosessen er nødvendig dersom eiga førforståing skal verte justert undervegs. Å vite kva kontekst fenomenet som vert fortolka skjer i, er viktig for å forstå kva meining dei har (Gilje og Grimen 2011: 152). Derfor vil eg i dette hovudkapittelet først gjere greie for mi eiga førforståing og den konteksten studien er utført i; så forklare og grunngi dei strategiarnar eg har nytta for å analysere og fortolke datamaterialet mitt.

### **Eiga førforståing**

I løpet av dei 28 åra eg har arbeidd som jordmor, har eg erfart mange endringar innanfor fødselshjelpa. Jordmorrolla får stadig nye utfordringar og vert påverka frå mange kantar. Generelt i helsevesenet skjer det ei auka medikalisering, noko som også påverkar handteringa av normale fødslar i form av ”uhensiktsmessig” bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell (Blix 2010: 55). Eg ser at refleksjonar over denne utviklinga heilt klart har vore styrande for mitt val av tema og problemstilling. Eg ser også at både arbeidserfaring og utdanning har forma førforståinga mi, utan at eg på alle område eksakt kan forklare korleis.

Som sjukepleiar arbeidde eg ved medisinske- og kirurgiske avdelingar og treivst svært godt. Men etter fire år som sjukepleiar bestemte eg meg for å ta jordmorutdanning. Det var eit ønske som oppstod då eg sjølv vart mor, og eit val eg ikkje har angra på. Dei to første åra som nyutdanna jordmor arbeidde eg ved ei fødeavdeling i eit lokalsjukehus med omlag 150 fødslar årleg. Dette var før retningslinjer om selektering og differensiering i fødselshjelpa var innførte. Men etter desse retningslinjene var denne fødeavdelinga ei modifisert fødestove. Der var ikkje tilsett gynekologar, men kirurgar med heimevakt kunne verte tilkalla og utføre naudkeisarsnitt (jf. Nasjonalt råd for fødselsomsorg 2004). Seinare har eg arbeidd ved diverse fødeavdelingar og kvinneklinikkar, dei siste 17 åra kontinuerleg ved den kvinneklinikken der denne studien er gjennomført. Der har eg, utanom å vere jordmor i klinisk arbeid, vore overjordmor i 6 år, ei stilling eg hadde då retningslinjene for differensiering vart innførte. Eg var då prosjektleiar for ei gruppe som fekk mandat til å utarbeide kriterium for innføring av selektert og differensiert fødetilbod i helseforetaket. Bakgrunnen for differensieringstanken var at normale fødslar og risikofødslar skulle ha ulik behandling. Å vere overjordmor, med ansvar for fødselshjelp på eit administrativt nivå, opplevde eg som både interessant og utfordrande. Men etter 6 år bestemte eg meg for å vende attende til ”vanleg” jordmorarbeid.

Det er i samarbeid med fødekvinna/paret eg trivst aller best og eg erfarer at eg får stadig ny kunnskap i desse situasjonane. Arbeidsdagane mine varierer mellom fødeavdelinga, barselavdelinga, barselhotellet og ultralydlaboratoriet. Dette gir på den eine sida eit heilskapleg syn på jordmorarbeid, men på den andre sida opplever eg nokre gonger arbeidet som oppstykk og fragmentert. I mange arbeidssituasjonar er eg praksisrettleiar for jordmorstudentar, noko eg ser på som ein viktig del av jordmorfunksjonen min.

Eg har også vore jordmor ved to planlagde heimefødslar. Og fleire gonger har eg vore vikar ved små fødeinstitusjonar i Nordland og Finnmark, der dei ikkje har den faglege ekspertisen i beredskap som er påkravd ved kvinneklinikkar. Parallelt med å utøve jordmoryrket har eg vore interessert i å tileigne meg meir kunnskap (Examen Philosophicum, etterutdanning i forskingsmetodikk, rettleingspedagogikk, administrasjon, ultralyddiagnostikk og akupunktur). Dette har både gitt meg ei utvida forståing av klinisk praksis og medført fleire refleksjonar over utviklinga av jordmorfaget. Eg har tru på at friske kvinner kan føde utan medisinske intervensjonar, men samstundes veit eg at ein fødesituasjon på kort tid kan endre seg frå normal til risiko. Då er det viktig å handle korrekt. Det er eit stort ansvar å vere den som skal avgjere kva tid ein fødesituasjon ikkje lenger er normal.

### **Konteksten for studien**

Fødeinstitusjonen der studien vart gjennomført, er ein kvinneklinikk i Noreg med om lag 1400 fødslar årleg. Kvinneklinikken er inndelt i einingane: føde-, barsel- og gynekologisk seksjon og barselhotell. Jordmødrene har i hovudsak vakter ved føde- barselseksjonen og ved barselhotellet; i tillegg arbeider nokre av jordmødrene ved ammepoliklinikken, svangerskapspoliklinikken og ultralydlaboratoriet. Frå kl.18.00 til kl. 07.30 er det ved denne fødeinstitusjonen ein assistentlege i tilstadesvakt. Overlegen kjem etter tilkalling, kravet er at han/ho må vere til stades innan femten minutt.

Selektering av risikotilstandar ved graviditet og fødsel inneber at denne kvinneklinikken får tilvist kvinner frå heile fylket med tilstandar der mor og/eller barn treng ekstra overvaking/oppfølging. Samstundes er denne fødeinstitusjonen det einaste alternativet i nærområdet for fødande med forventade normale fødslar. Prosjektgruppa som i 2004 utarbeidde retningslinjene for differensiert og selektert fødetilbod, var samansett av fem jordmødrer og ein lege. Retningslinjene inneheldt kriterium for kva tilstandar som skulle tilhøyre normalgruppa og kva som kom under risikogruppa (Vedlegg VIII), samt kriterium for

overflytting frå normal- til risikograppa (Vedlegg IX). Kvar enkelt jordmor har ansvar for at retningslinjene vert følgde både ved innskriving til fødeinstitusjonen og undervegs i fødselsforløpet. Fødsjar både i normal- og risikograppa skjer i dei same lokalitetane, og det same personalet har ansvar for begge gruppene. Det vart også presisert at for fødsjar i normalgruppa har jordmor eit sjølvstendig ansvar, men for risikofødsjar har jordmor og lege eit felles ansvar. Normale fødsjar kan dessutan føregå utan rutinemessig teknologisk overvaking. For å skilje mellom dei to gruppene vart det ordna med ulike klistremerke på journalane: fødande i normalgruppa skulle ha grønt klistremerke, medan fødande i risikograppa skulle ha raudt. Ved endring i status frå normal til risiko skulle jordmora lime raudt klistremerke på journalen ved sida av det grønne, samt dokumentere grunnen til overflyttinga og gi beskjed til den legen som har vakt.

Retningslinjene trådde i kraft i januar 2005. Då brukte fødeinstitusjonen papirjournalar, og det vart i dei fem første månadene av 2005 utført manuell oppteljing av resultatane. I denne perioden vart det fødd 794 barn. Resultatane viste at ved innskriving til fødeinstitusjonen var det 433 (54,7 %) som sorterte under normalgruppa og 361 (45,3 %) som sorterte under risikograppa. Etter innskriving vart om lag 1/3 overflytta frå normal- til risikograppa. Det var 497 (62 %) som fødde i risikograppa og 297 (38 %) som fødde i normalgruppa. Hyppigaste årsaka til overflytting til risikograppa var epiduralanalgesi. Andre årsaker var truande asphyxi (surstoffmangel hos fosteret), medikamentell ristimulering, vakum-, tang- og keisarsnittforløysingar (Korshamn 2005). Ved innføringa av elektroniske fødejournalar vart den manuelle registreringa og oppteljinga avslutta. Data frå dei elektroniske fødejournalane er ikkje heilt samanliknbare med data frå papirjournalane, fordi dataprogrammet ikkje differensierer mellom lav- og høgrisiko fødande. Men i 2011 var det totalt 15 % keisarsnitt, og blant dei som fødde vaginalt var det 34,2 % epiduralanalgesi, 27,8 % ristimulering, 29 % fødselsinduksjon og 72 % hadde under fødselen vore tilkoppa teknisk overvaking av fosterlyd og rier (Korshamn 2011).

## **Analyse og fortolking**

Eitt spørsmål som dukka opp var om eg skulle presentere materialet relatert til personar eller tema. Eg såg at prinsippet om fullstendig anonymitet ikkje kom til å verte ivarett ved personbasert analyse og fortolking og at temabaserte fortolkingar var lettare å knytte direkte

til problemstillinga (jf. Repstad 2007: 131). Eg bestemte meg for å gi ein kortfatta presentasjon av informantane først, for så å presentere fortolkingane som tema.

Kvale og Brinkmann (2010: 203) seier at analysen startar når intervjupersonane beskriv si livsverd, då skjer ei forklaring både frå intervjuaren og intervjupersonen si side. Denne forklaringa vert utvida under transkriberinga. Men den eigentlege fortolkinga skjer når intervjuaren utviklar si eiga meining på grunnlag av intervjupersonane sine forståingar og presenterer nye perspektiv på fenomenene dei beskriv. Etter at valet om temabaserte fortolkingar var tatt, reflekterte eg både over ulike aspekt ved ein slik fortolkingsprosess og over kva retningslinjer fortolkingane skulle skje etter. Aase og Fossåskaret (2007: 111) seier at det ikkje er tilfeldig kva tema det vert kasta lys over i ein fortolkingsprosess. Data ligg ikkje klare og ventar på å verte samla inn, men vert aktivt produserte av forskaren. Realitetane eksisterer uavhengig av forskning og datamaterialet er ikkje gitt, men gripe på grunn av ei styrande interesse. Dei vala som vert gjort for å kode datamaterialet er aktive inngrep (Kalleberg 1996: 41). Repstad seier at dei teoribaserte forventingane som forskaren har er avgjerande for kva tema som vert omtala, men at det er viktig å vere open for nye og overraskande moment (Repstad 2007: 124). Det er ei utfordring å forklare korleis observasjonar vert omdanna til data og korleis observasjonar vert tolka (Aase og Fossåskaret 2007: 111). Kvale og Brinkmann (2010: 201) seier at analyse og fortolking er prosessen mellom dei opprinnelege forteljningane og den endelege historia. Eg vil i dette kapitlet beskrive og grunngje dei vala eg har tatt og framgangsmåten eg har nytta for å kunne presentere den endelege historia.

For å analysere, strukturere intervjumaterialet mitt, valde eg å opprette kategoriar for dei ulike temaa som intervjupersonane omtala. Vidare har eg brukt Fangen (2010) sine retningslinjer om fortolking. Ho beskriv fortolking på tre nivå: første-, andre- og tredjegradsfortolking. Nivåa kan representere ulike fasar i fortolkinga eller fungere som retningslinjer for ulike metodar til fortolking. Førstegradfortolking er ei beskriving av korleis aktørane oppfattar seg sjølve og kvarandre, på deira premissar og med deira ord og formuleringar.

Andregradsfortolkinga må bryte med denne tilnærminga og bruke omgrep som overgår informantane si forståing (ibid.: 208-211). Ved tredjegradsfortolking er formålet å avdekkje underliggjande, skjulte interesser og drivkrefter for informantane sine fortolkingar (ibid.: 222). Dei ulike nivåa skal få fram ulike lag av meiningane, men det er flytande overgangar mellom nivåa. Det essensielle er å unngå at det berre vert ein reproduksjon av informantane sine meiningar eller rein objektivisering av meiningane. Det er viktig med balanse mellom omgrepa til informantane og omgrepa frå det teoretiske rammeverket (ibid.: 234). Utfordringa

er å integrere aktørane sine beskrivingar og omgrep i samfunnsvitskaplege framstillingar (Gilje og Grimen 2011: 147). Eg har valt å gjere mi fortolking på første og andre nivå, fordi eg synest ei slik tilnærming på ein oversiktleg måte, får fram både intervjupersonen si forståing og intervjuaren si fortolking. Fangen sine metodiske tilnærmingar dreiar seg primært om deltakande observasjon, men ho omtalar også intervju kombinert med observasjon (Fangen 2010: 171-172). Holm (2011) har nytta ei slik metodetriangulering i si doktorgradsavhandling om somaliarar i norsk skule, der ho brukar Fangen sine retningslinjer for fortolking. Eg meiner at denne framgangsmåten er relevant også ved fortolking av ”reine” intervju.

### **Analyse ved kategorisering**

Ifølgje Repstad (2007: 113) er analyse å strukturere datamaterialet slik at det vert tilgjengeleg for fortolking, noko eg gjorde ved å opprette kategoriar. Aase og Fossåskaret (2007: 112) seier at kategorisering er evna til å systematisere observasjonar. Dei brukar metaforen behaldar; ein kategori er ein behaldar til å plassere observasjonar i. Vårt kognitive medvit fungerer som ei matrise med mange slike behaldarar.

Etter transkriberingane hadde eg eit materiale på 258 tett handskrevne sider. Eg starta med å lese nøye gjennom alle intervjuane fleire gonger, først i den rekkjefølgje dei var gjennomførte i, deretter gruppevis etter stratifiseringa av utvalet. Ved denne gjennomlesinga vart eg betre kjend med materialet og ytterlegare merksam på kva fenomen informantane omtala. Eg hadde også problemstillinga, forskingsspørsmåla og dei teoretiske perspektiva eg hadde tenkt på, på det stadium i prosessen, in mente då eg gjorde meg kjend med materialet mitt. Dei fungerte som ei rettesnor for kva fenomen eg skulle leite etter (jf. Malterud 2003: 94-95). Nokre kategoriar utkrystalliserte seg tidleg, andre vart tydelege etter kvart. Eg prøvde medvite å leite etter utsegner som *ikkje* støtta mi førforståing. Slik fekk nokre kategoriar eit meir nyansert innhald og nokre nye kategoriar vart oppretta (jf. Malterud 2003: 27). Eg merka meg både at ulike jordmødrer kunne ha divergerande meiningar om det same fenomenet og at eitt tekstavsnittet kunne tilhøyre fleire kategoriar. Vidare laga eg eit system for avmerking i tekstane om kva kategori(ar) dei ulike tekstavsnitt sorterte under. Tekstavsnitta som passa i fleire kategoriar, vart merka slik at det var tydeleg. Undervegs i dette arbeidet vart nokre kategoriar samanslått, nokre oppdelte og nokre nye oppretta. Då eg hadde gjennomgått heile materialet, hadde eg oppretta femten kategoriar. For å få bedre oversikt, oppretta eg fire hovudkategoriar på grunnlag av forskingsspørsmåla mine og temaa i intervjuguiden: bakgrunnsopplysningar, normal fødsel, differensiering og ønske i høve til normale fødselar.

Under desse hovudkategoriane plasserte og fordelte eg til slutt dei kategoriane eg hadde oppretta (jf. Fangen 2010: 111-112). Vidare i oppgåva vert desse femten kategoriane omtala som underkategoriar.

### **Førstegradsfortolking**

Dersom ein berre konstaterer det ein ser og høyrer, har ein utført ei fortolking av første grad. Førstegradsfortolking kan også vere ei beskriving av kva informantane sa, ved å bruke omgrep nær opp til eller identiske med deira omgrep (Fangen 2010: 208-209). Geertz (1973: 14) kallar slike fortolkingar for *aktørorienterte*, og omgrepa som vert brukte i denne samanhengen for *erfaringsnære*. Fangen (2010: 210) seier at å poengtere det erfaringsnære er å gripe *førsteordens kunnskap*.

Før eg starta førstegradsfortolkinga las eg på nytt gjennom dei kategoriane eg hadde oppretta, eit omfattande materiale med utsegner. Vidare gjorde eg ei vurdering av kva tekstavsnitt som best kunne illustrerte kvar underkategori (jf. Fangen 2010: 269). Eg fann det også formålstenleg å redigere tekstane litt. Nokre ufullstendige setningar og fyllord vart luka vekk, men eg hadde fokus på å bevare innhaldet (jf. Fangen 2010: 271). Eg vil i mi førstegradsfortolking presentere sitat frå informantane, framstilte etter det same mønsteret for hovudkategoriar med respektive underkategoriar som i analysen. Eg vil på dette nivået ikkje flette inn teoriperspektiva i studien, relevant forskning eller eigne refleksjonar. Men for å få meiningane til informantane tydeleg fram, er det nødvendig å forklare noko av den konteksten dei refererer til (jf. Gilje og Grimen 2011: 152). Fangen (2010: 234) seier det må vere tydeleg kvar informasjonen kjem frå og i kva samheng den har kome fram i, også når du presenterer fortolkingar. Idealet er å presentere så mykje av konteksten at lesaren forstår tolkingane dine. Derfor vil eg, i tillegg til den konteksten eg tidlegare har gjort greie for, forklare nokre av dei samanhengane jordmødrene refererer til. Her vil eg nytte deira ord og omgrep eller ord og omgrep nært knytta til deira uttrykksmåtar (jf. Fangen 2010: 209). Eg vil også i nokre av samanhengane referere til aktuelle retningslinjer, lovverk og/eller kunnskapsoppsamlingar som bakgrunn for sitata.

Av omsyn til anonymitet har eg valt å presentere sitata heilt utan ”signatur”. Det er eit lite miljø, og det vert lettare å knyte utsegner og jordmødrer saman dersom mange utsegner viser attende til *ein* person. Nokre stader i tilleggsinformasjonen min, der eg synest det er viktig, vil eg opplyse om det er nyutdanna eller erfarne jordmødrer som uttalar seg. Eg har nytta sitat frå alle informantane.



## **Andregradsfortolking**

Eg vil presentere mi andregradsfortolking i tre tema: jordmorfaget, relasjonen til fødekvinna og påverknadar av den fødselsvitskaplege diskurs. Dette representerer tre hovudtema av jordmødrene sine refleksjonar, på tvers av kategoriane.

Dette er ei tolking på metanivå (jf. Fangen 2010: 210-211), der ei fortolka verd, må verte rekonstruert i eit samfunnsvitskapleg språk med omgrep som overskrid aktørane sine sjølvopfatningar (jf. Geertz 1973: 26). Ein slik rekonstruksjon kan medføre etiske problem, fordi abstrakte omgrep vil vere annleis enn informantane sine omgrep, og informantane kan føle seg objektiverte og/eller få problem med å forstå fortolkingane. Det er viktig for både forskar og informantar å vere klar over at handlingar likevel er reelle, sjølv om dei er fortolka. Fangen (2010: 213-221) omtalar tre aspekt ved andregradsfortolkningar: kontekst, komparasjon og kultur.

Konteksten består både av indeksikale handlingar og teoretisk rammeverk. Indeksikale handlingar er knytte til bestemte personar og/eller situasjonar (Grimen 2008: 76). For å tolke indeksikale handlingar må ein antan delta i handlingane eller informantane må forklare dei slik at andre kan danne seg ei bakgrunnsforståing (Fangen 2010: 213). Førstegradfortolkinga mi, med forklaring av konteksten, vil vere ei bakgrunnsforståing for andregradsfortolkinga. Konteksten for arbeidserfaringane til jordmødrene er kjend for meg, men det er også problematisk fordi mange av realitetane er sjølvsgde både for meg og informantane, og det vert vanskeleg sjå tydeleg det vi tek for gitt (jf. Fangen 2010: 216). Den teoretiske konteksten er dei teoretiske referanserammene eg har gjort greie for, samt dei politiske føringane og faglege diskusjonane om *den normale fødsel* som eg har omtala (jf. Fangen 2010: 214, Geertz 1973: 26).

Fangen (2010: 215-216) omtalar komparasjon som eit analytisk grep. Eg vil nytte dette grepet ved å samanlikne resultata frå min studie, med resultat frå studiar om jordmødrer ved samanliknbare fødeinstitusjonar og med samanliknbare arbeidsvilkår

Fangen (2010: 217) seier vi må lese kultur som tekst, men hermeneutisk tilnærming i samfunnsvitskapane betyr ikkje at handlingar er tekst. Ein må tolke handlingane som tekst for å avdekkje underliggjande mønster i lys av kulturelle og strukturelle samanhengar. I denne samanhengen må ein vere merksam på fenomenet *dobbelhermeneutikk* (jf. Fangen: 2010: 219). Det er viktig å vere klar over at jordmødrene i min studie har si eiga oppfatning og tolking av det sosiale miljøet ved fødeinstitusjonen. Eg må forhalde meg til realitetar som alt

er fortolka. Fangen (ibid.: 220) seier vidare at dei teoretiske perspektiva forskaren brukar, må ha eit samband til informantane sine egne tolkingar. Mine teoriperspektiv vil ha samband til informantane sine fortolkingar på den måten at hermeneutisk tilnærming er ein framgangsmåte for fortolkingsarbeidet og teoriane om sosiale realitetar og roller fungerer som grunnlag til å byggje fortolkingane på. "Handlingsteori og rasjonalitet" er eit perspektiv som gjer det muleg å setje ord på jordmødrene sine refleksjonar, fordi dei fortel korleis dei har handla og grunnjev handlingane sine. "Grunnlagstenking i jordmorfaget" gjer det muleg å setje refleksjonane til dei jordmødrene eg har intervjuar inni ein større samanheng. Geertz (1973: 15) påpeikar at når ein nyttar erfaringsfjerne omgrep, er det ei tolking av egne fortolkingar. Andregradsfortolkingar byggjer såleis på innforståtte teoretiske paradigmer og det er viktig å vere kritisk til egne tolkingar. Det må vere tydeleg kva fortolkingar som er informantane sine og kva som er forskaren sine (Fangen 2010: 221).

## **KATEGORIER OG FØRSTEGRAVSFORTOLKING**

Som eit grunnlag for førstegradsfortolkinga mi vil eg først presentere dei kategoriane som eg oppretta under analysearbeidet:

### **Presentasjon av kategoriar**

#### **Bakgrunnsopplysningar**

- Personbaserte opplysningar
- Årsak til jordmorutdanning

#### **Normal fødsel**

- Kjenneteikn på normal fødsel
- Glede ved normal fødsel
- Eigne forventningar
- Forventningar frå fødekvinna/paret
- Forventningar frå legane
- Innskrenka normalområde
- Relasjon til jordmørkollegaer

#### **Differensiering**

- Påverknader frå ”blanda” avdeling
- Arbeid etter differensieringskriterium
- Tidsklemma
- Samarbeid med legane

#### **Ønske for normale fødsjar**

- Omorganisering av fødetilbodet
- Endring av induksjonskriterium

### **Presentasjon av førstegradsfortolking**

#### **Bakgrunnsopplysningar**

Utvalet var samansett av 10 jordmødrer, alle kvinner, alle etnisk norske og alle hadde både sjukepleiar- og jordmorutdanning frå Noreg. Sjukepleiarerfaring før jordmorutdanning var frå 1-13 år, gjennomsnittleg 5,5 år og var frå medisinske-, kirurgiske-, gynekologiske og

pediatriske avdelingar, samt eldreomsorg. Jordmorerfaringa var frå 2-36 år, gjennomsnittleg 13,5 år, og erfaringa var frå kvinneklinikkar. Ei jordmor hadde i tillegg hatt ansvar for 15 heimefødslar og to jordmødrer hadde i perioder arbeid i kommunal svangerskapsomsorg. Fleire av jordmødrene hadde etterutdanning(ar), i administrasjon, akupunktur, ammerettleing og ultralyddiagnostikk.

Alle hadde bestemt seg for å verte jordmor i lang tid før dei tok til på jordmorskule. Nokre sa dei hadde tatt sjukepleiarutdanning, berre fordi det var opptakskrav til jordmorskulen: *”Eg var veldig bestemt! Starta i sjukepleien kun for å bli jordmor”!*

Andre sa at interessa for yrket hadde oppstått medan dei i sjukepleiarutdanninga hadde praksis ved føde- barselavdelinga, nokre når dei fekk eigne born og nokre oppgav ei stor interesse for barn- og kvinnehelse. Men fleire kunne ikkje oppgi nokon særskild grunn, dei hadde berre alltid visst det: *”Eg kan eigentleg ikkje gi noko svar på kvifor, men eg har alltid visst eg skulle bli jordmor”!*

## **Normal fødsel**

### Kjenneteikn på ein normal fødsel

Jordmødrene har mange felles oppfatningar av kva som kjenneteiknar ein normal fødsel. Ein normal fødsel skal skje ved termin, med spontan ristart, utan medikamentell ristimulering, utan operative inngrep som vakum, tang eller keisarsnitt og utan komplikasjonar som store blødningar og/eller alvorleg blodtrykksstigning: *”Ein normal fødsel? Det er ein fødsel til termin, med spontan fødselsstart, eit normalt forløp og eit normalt, levande barn kjem ut og mor og barn er i velbefinnande”.*

Inngrep som amniotomi og episiotomi skal ikkje skje rutinemessig, men fødselen vert heller ikkje sett på som unormal dersom jordmora utfører desse intervensjonane grunna faglege vurderingar. Amniotomi kan også vere eit tiltak for at fødselen skal få framgang og ikkje ta for lang tid: *”Ved litt langsam framgang som rettar seg opp med amniotomi, erfødekvinna framleis grøn”.*

Og nokre gonger er det nødvendig å utføre episiotomi: *”Eg trur eg har ein tryggleik, har ein del is i magen i utdrivingstida og meiner at ungen skal tåle nettopp dette. Men må eg leggje ein episiotomi, klassifiserer eg ikkje det som ein raud fødsel”.*

Dersom fødekvinna fekk epiduralanalgesi som smertelindring, var det ulike oppfatningar av om fødselen då var normal. Nokre var usikre: *”Ja, det er no vel for så vidt normalt. Dersom det ikkje er nokre andre ting. Men eg veit ikkje om eg kan seie det er heilt normalt. Det er eigentleg i ei gråsona”*.

Nokre var klare på at fødselen ikkje var normal dersom kvinna fekk epiduralanalgesi: *”Det er viktig at kvinna får bruke riarbeidet uforstyrra, utan påverknad av epidural. Epidural er eit stort inngrep som krev lege, gir fare for blodtrykksfall og fødselen kan stoppe opp”*.

Medan nokre meinte at fødselen framleis var normal om kvinna fekk epiduralanalgesi: *”I utgangspunktet synest eg fødslar med epidural er normale. Epidural det er smertelindring. Og sidan vi ikkje har lystgass lenger... Eg tenkjer at når vi brukte lystgass så var det normalt, så det vert som ei slags erstatning for det”*.

Fleire meiner at det er problematisk å plassere normale fødslar innanfor innafor ei bestemt tidsramme i partogrammet (skjema der framgangen i fødselen og andre observasjonar under fødselen vert dokumenterte): *”For dersom ein normal fødsel skal passe inn i partogrammet, så er det ikkje det eg har lært som jordmor”*.

#### Forventningar i situasjonar med normale fødslar

På spørsmålet om dei opplevde forventningar når dei hadde ansvar for normale fødslar, svarar jordmødrene at dei har forventningar til seg sjølve, samt opplever forventningar frå kvinna/paret og frå legane. Det er heller ikkje uvanleg at kvinna/paret og/eller legane har andre forventningar enn dei sjølve har. Forventningane jordmødrene har til seg sjølve er: halde fødselen normal, unngå unødvendige inngrep, støtte behova til kvinna/paret, bidra til ro og tryggleik og vere mykje inne på fødestova. Dei framhevar at det er viktig å ta individuelle omsyn.

Å halde fødselen normal vart påpeika som viktig gjennom heile fødselsforløpet: *”Viktig at eg ikkje bidreg til at det vert sett på som ein risikofødsel, halde den normal er målet. Då må eg vere medviten om at eg behandlar den fødande som om ho er i normalgruppa”*.

Mange påpeikar at det er viktig med ei avventande haldning: *”Dersom alt utviklar seg normalt, fingrane frå fatet”!*

Alle informantane vil gjerne møte fødekvinna sine behov: *”Opplever at paret har forventningar og det er heilt normalt. Eg ønskjer å ha ein god dialog med dei heilt frå starten av og vil samarbeide og prøve å innfri deira ønske om det er tilrådeleg”*.

Mange jordmødrer nemner partnaren sine behov i samanheng med fødekvinna sine behov og påpeikar at det er viktig at også han vert ivaretatt: *”Vi har invitert far inn på fødestova på 70-talet, trur eg det var. Og då må vi ta konsekvensen av det, faktisk ha tid til å snakke med han. Ta vare på paret”!*

Desse tre sitata illustrerer at jordmødrene gjerne vil ta individuelle omsyn, formidle tryggleik og tillit og vere både fysisk og mentalt tilstades saman med paret: *”Forventningane til meg sjølv er at eg skal stille opp med det som dei har behov for. Eg seier at dei må spørje undervegs og eg vil forklare, tenkjer at informasjon gjer dei trygge”*.

*”Mi oppgåve er å hjelpe kvinna til å slappe av og stole på at dette skal ho greie. Eg vil hjelpe ho gjennom fødselen slik ho ikkje motarbeider fødselarbeidet. Ho må stole på at eg har kontroll”*.

*”Tilstedeværelse” med meining! Det synest eg er alfa og omega! Eg må tenkje at no er eg her for fødekvinna og eg skal ikkje tenkje på alle papira eg ikkje gjorde ferdige då ho kom inn, kva eg skal gjere når eg kjem heim, kva eg burde ha lese eller sånne ting. Forventningane til meg sjølv er at eg skal tilbringe så mykje tid som muleg inne på fødestova og at eg skal verkeleg anstrenge meg for å vere til stades mentalt også.*

Jordmødrene opplever forventningane frå kvinna/paret som svært forskjellige: *”Individuelt, nokre gongar har den fødande og partnaren sett for seg ein normal fødsel, andre gonger ser eg for meg normal fødsel, men paret har andre forventningar, mellom anna til smertelindring”*.

Hovudintrykket er at mange par forventar at jordmora skal vere mykje inne på fødestova: *”Mykje av forventningane deira er å få ha ein person i lag med seg, som dei kan bli trygge på og få støtte og omsorg frå. Det går mykje på det, dei er rett og slett redde og treng å ha nokon der”*.

Paret har ofte også forventningar om at fødselen skal vere ei fin oppleving: *”For 50-60 år sidan var ein fødsel ei eksistensiell oppleving. Det var for veldig mange overlever du eller overlever du ikkje. No er det ikkje slik lenger. No er det om det var ei fantastisk bra oppleving eller ei mindre bra oppleving”*.

Fleire jordmødrer omtalar ønskebrev frå kvinna/paret. I eit slikt brev har kvinna/paret skrive ned ønske for fødselen og levert brevet til fødeavdelinga på førehand. Når ein er i aktiv fødsel, med hyppige, sterke rier, er det ikkje lett å uttrykkje behova sine. Gravide vert derfor i svangerskapsomsorga oppmoda om å skrive ønskebrev, som ei forsikring om at behova deira skal verte ivaretekne. Jordmødrene meiner det er viktig å orientere seg om innhaldet i desse breva og prøver ta omsyn til ønska så langt det lèt seg gjere. Men nokre jordmødrer seier også at dei nedskrivne ønska kan kome i konflikt med faglege vurderingar. Sitatet under illustrerer korleis ei jordmor kan vurdre ønsket om epiduralanalgesi i situasjonar der det ikkje er nedskrive på førehand kontra der det er skrive i eit ønskebrev:

*Om ho på førehand ikkje har skrive det, kan eg seie: No har du 9 centimeter, hovudet er nesten på bekkenbotnen, det er ikkje vits med epidural. Og då vil ho vere med på det. Men når det står skrive, vert det noko anna. Oi, no må eg gi den epiduralen, elles vil ho dra til kommunejordmora si eller til leiinga her og seie: "Eg fekk ikkje oppfylt ønsket mitt".*

Kvinna/paret og jordmora kan ha ulike forventningar. Jordmødrene opplever dette særleg når kvinna har ønske om epiduralanalgesi, men dei ut frå faglege vurderingar ville ha rådd kvinna til å halde fram utan epidural. Men jordmødrene nektar ingen fødande epiduralanalgesi. Mange jordmødrer opplever i slike situasjonar, særleg på slutten av fødselsforløpet å gå på akkord med seg sjølve. Epiduralanalgesi krev ei rekkje førebuingar, men kvinna føder ofte før epiduralen er etablert. Desse førebuingane kjem i konflikt med det jordmødrene ønskjer å prioritere. Ei jordmor seier det slik:

*Mitt syn på normale fødsjar og kva jordmor burde bruke tida si på, er at ho ikkje skal gå i frå for å fylle ut epiduralskjema, blande ut medikament, snakke med anestesilege, hente blodtrykksapparat og så vidare. Men samstundes ville eg ikkje ha tort å seie: "Nei, du får ikkje epidural, du har gode rier og det her går fint framover og du vil greie det utan". Fordi eg tenkjer, det kjem sikkert tilbake til avdelinga, eg hadde ei jordmor som nekta meg epidural.*

Ei anna jordmor taklar det på denne måten:

*Eg prøver alltid å gi det ho ønskjer. Men viss det er ei fleiregongsfødande med 9 centimeter, er det ikkje så lett å bestille epidural. Men likevel brukar eg å legge forholda til rette, sjølv om ho føder før eg har ringt anestesilegen. For då får ho den tryggleiken ho faktisk har blitt høyrte. Eg har hatt fleire som har kommt inn og sagt at dei skal ha epidural med ein gong. Så har eg undersøkt og funne 8-9 centimeter og dei seier: "Eg skal ha epiduralen min"! Så har eg førebudd og tatt blodtrykket, men så føder ho før epiduralen er satt.*

Jordmødrene erfarer at legane også har forventningar ved normale fødsjar, særleg relatert til tidsaspektet ved fødselen. Desse to utsegnene illustrerer det mange opplever:

*Heile tida forventningar om at ein fødsel ikkje skal ta for lang tid. Har over meg at eg må gjere noko så det ikkje tek for lang tid, for då kjem nokon og blandar seg i vurderingane. Ja, først og fremst legane ved normale fødselar, sjølv om det er mitt hovudansvarsområde. Men likevel er legane i avdelinga og følgjer med og bryr seg om dei grønne fødekvinnene og har noko dei skulle ha sagt der.*

*"Legane er no veldig opptatt av at ting skal gå fort framover. Det er nesten som eg må argumentere for kvifor eg gjer det eg gjer; at eg let kvinnene kanskje få litt lengre tid til å kome ordentleg i gang med riene. Synest ikkje alltid det er so enkelt".*

Jordmødrene opplever det som vanskeleg at legane ofte har andre forventningar enn dei sjølve har og at det er lett å la seg påverke:

*Altså ein har forventningar frå legane som heile tida går der då og spør om den fødekvinnna og korleis det går og kor lang tid det har tatt og kva som har blitt gjort. Vert påverka enkelte gonger, når det vert sagt at no burde du gjere nok. Sjølv om eg synest fødselen går fint, har eg det heile tida hengande over meg. Det gjer at eg tenkjer litt sånn, skulle eg ha gjort noko for å få det til å gå fortare eller? Ja, eg gjer noko!*

Mange av informantane hevdar at det likevel er viktig å prøve å unngå å verte påverka; (STAN er ei avansert form for teknisk fosterovervaking):

*Men eg har også forventningar om å klare å stå imot desse små stemmene i hovudet mitt som seier: "no burde eg ha informert legen om dei (paret) er her, no går det litt tregt, burde eg ta vatnet no og burde eg eigentleg ha kobla STAN? Det er ikkje eigentleg nødvendig, men kva dersom"? Eg må tør å stå på mitt og tenkjer at eg arbeider etter fagleg forsvarlege prinsipp. Men likevel tenkjer eg: "burde eg eigentleg ha klipt eller burde eg hatt litt ristimulering her på slutten eller"? Her er også den uvanen at legane skal vite om alt vi gjer og dei skal vite alt om alle dei grønne. Og det er ein uvane at legane kjem inn på fødestova berre for å sjekke kva som skjer.*

Dei jordmødrene som har lang erfaring i yrket, uttrykkjer at presset om at fødselen skal gå fort, har auka dei siste åra. Ei av dei seier det slik: "Det er ikkje så fritt som før... Då kunne du la ei fødekvinne gå litt... Er ho komen inn no so skal det liksom... Då er legane på deg med ein gong, at dette skal skje sånn bang-bang-bang... Inn i eit firkanta skjema omtrent, altså"!

#### Glede ved normale fødselar

Alle jordmødrene uttrykkjer ei enorm glede ved å ha ansvar for normale fødselar, men dei påpeikar at desse fødselane er i mindretal: "Det er no veldig få. Vi jublar no nesten i dag om vi har ei grøn fødekvinne!"

Ei jordmor forklarar det slik når ho får tildelt ansvar for fødselar der alt er normalt:

*Det oppgirar meg litt! Det er slik at, oj dette vert kjekt, du skal få ein normal fødsel. Og så vil eg det skal verte ei koseleg og fin oppleving for kvinna og for alle! Dette er*



*ei stor" begivenhet" og det er noko dei ser fram til å få oppleve. Og eg veit frå erfaringar at det kan verte ei veldig fin oppleving, ei heilt særskild oppleving. Så det er no dette eg håpar på då!*

Når jordmødrene fortel frå normale fødselar, fortel dei at det var roleg i avdelinga og dei hadde høve til å vere inne på fødestova og lytte til kvinna/paret. Kvinna stolte på egne krefter og samarbeidet fungerte godt:

*Ho fødte i kneståande, var veldig konsentrert om riarbeidet og hadde klare ønske for korleis ho ville føde. Eg tenkte at ho må få føde slik det er best for ho. Og det gjorde ho. Det var ei fantastisk oppleving, fordi ho var inne i si fødselsverd og takla det kjempefint og eigentleg trengte berre litt assistanse frå oss. Ja, dette var ei veldig fin oppleving, både for meg og dei andre som var med, at det gjekk an her som vi har alt muleg utstyr og overvaking og kun lytte med jordmorstetoskopet. Ho fekk løfte barnet opp i armane sine og ville ikkje ha meir styr ut av det. Godt å sjå at der er framleis fødekvinner som har kontakt med sin eigen kropp og greier å gi uttrykk for korleis dei vil ha det og at vi lèt vere å gripe inn.*

Og etter fødselen kjem den gode kjensla: "Og då får du den gode kjensla. Så gjekk alt bra og det er så kjekt. Det lever eg på! Lenge"!

#### Innskrenka normalområde

Jordmødrene uttrykkjer uro for at det er veldig strenge kriterium for kva som er normalt. Dei påpeikar at det ikkje vert differensiert mellom grader av risiko og at det er for strenge krav til tidsrammene for fødselen. Det er fleire kvinner som har fødseldangst og jordmødrene opplever auka press frå dei gravide om tiltak og behandling, til dømes ønske om igangsetjing av fødselen. Dei jordmødrene med lang arbeidserfaring seier at mange ting innan fødselshjelpa har endra seg. Ei av dei seier: "Eg synest mange ting har endra seg i løpet av desse åra eg har vore jordmor. Det er mange fleire engstelegekvinner! Og kva som gjer det? Om det er alt dei les på nettet eller kva det er, det veit ikkje eg. Men det har skjedd ei veldig endring".

Alle jordmødrene synest at normalområdet er svært snevert: "Det er no dette her med desse påboda vi får og at alt skal inn i rammer, at det skal gå sånn og sånn framover".

Når alle fødselsforløp skal følgje dei same retningslinjene, vert det vanskeleg å argumentere for individuelle vurderingar. Partogrammet vart av fleire nemnt som problematisk i dei tilfella der fødselen ikkje går fort framover:

*Partogram med aksjonslinjer, fordi det er forventet ein viss framgang i alle fødselar, både raude og grøne skal følgje linja. Og slik eg ser på normal fødsel er det ikkje slik den er eller slik kvinner er. Ein fødsel har aldri passa inn i ei A4-beskriving, det vert feil måte å jobbe på. Men skal du jobbe her, må du finne deg i dei retningslinjene og*

*det partogrammet vi har. Det er vel også grunnen til at legane følgjer med, at fødselen skal passe innanfor desse linjene.*

Og det vert påpeika at vi ofte grip inn for tidleg: "Dette med at riene dabbar av, det kan jo også vere ein latensfase, men vi gjer no ofte tiltak med ein gong".

Særleg to tilhøve som indikerer at den fødande tilhøyrrer risikogruppa, vart framheva som urimlege: pregravid BMI over 25 og dei nye retningslinjene for induksjon (Helsedirektoratet 2012): "Grensene vert meir og meir innsnevra! Overtid har endra seg og BMI, stadig vekk noko nytt. So det vert no færre og færre grøne fødekvinner".

*Dersom dette skal ture fram... Med ein BMI over 25 då er dei raude, då får du no ikkje veldig mange grøne igjen. Normalområdet er snevra inn då! Same som i skulen, er ikkje du i ro i 45 minutt, so er det ADHD. Altså det genuine, kvar er det? Nei, det er ikkje noko det lenger, fordi det er ikkje lov. Det er den firkanta boksen, er du ikkje inni der, so er dei utanfor normalområdet.*

Endring av induksjonskriterium frå 14 til 10 dagar over termin vert opplevd som frustrerande:

*Trist, dagens fødselshjelp er på ville vegar, verkeleg! I sommar pressa Helsetilsynet igjennom ei endring i høve til overtid, no er det overtid ved 10 dagar over termin, tidlegare var det 14 dagar. No kjem kvinnene inn i eit system med legevurderingar og induksjonar. Det er jammen ikkje mange normale fødselar vi har igjen, på grunn av dette systemet med overtid og vertstefallstenking.*

I tillegg til at pegravid BMI over 25 tilseier at kvinna er i risikogruppa, er det her også indikasjon for induksjon 7 dagar over termin, ikkje 10 dagar som elles gjeld for lavrisikofødande. Alder over 35 år er også definert som ein risikofaktor og er indikasjon for induksjon 7 dagar over termin. Dette vert opplevd som altfor strenge kriterium:

*Den differensieringa som skjer no i høve til induksjonar, dei kriteriane synest eg er for strenge. Kvinner vert induserte før dei burde: ved BM I over 25, alder over 35. Det reagerer eg på. For når ein induserer kvinner som framleis er friske i svangerskapet og babyen har det fint og legen har gjort alle unersøkingar i høve til fostervatn og blodgjennomstrøyming i placenta og i navlesnora, så tenkjer eg kvifor vert ho indusert på grunn av alder og vekt før svangerskapet? Eg tenkjer ein set i gong noko ein kunne ha venta med. Noko som kunne blitt ein normal fødsel, men i staden pushar ein på og kanskje vert det sectio til slutt, utan det hadde vore nødvendig. Det er rett og slett frustrerande!*

Jordmødrene opplever også press frå dei gravide om induksjonar og at dei er opptekne av farer ved å føde etter termin:

*Og det er mykje meir induksjonar no. Mange er redde og orkar ikkje å gå lenger og dei veit at dersom dei pressar på, så kan dei verte sette i gong. Så begynner spiralen då. Dei skal setjast i gong og så går dei ikkje i gong slik det skulle, så græt dei og så er det det eine med det andre og så vert det epidural og so vert det drypp og so er det*

*STAN-overvaking og so er det heile pakken. Dei vert heilt utslitne til slutt, så vert det blødning og so vert det vakum... Der fødselen eigentleg kunne ha starta av seg sjølv!*

Jordmødrene opplever at fleire kvinner har fødselsangst, dei vil gjerne at desse kvinnene skal oppleve tryggleik, men dette kan vere krevjande: *"Det er vanskeleg dersom kvinna har fødselsangst, men eg tenkjer ho kan i utgangspunktet ha ein norrmaale fødsel. Men har ho angst kan fødselen gå seinare dersom ho er anspent. Det er viktig å vere tilstades og tryggje henne. Men det kan vere ganske krevjande då"*.

### Uro for jordmorfaget

Alle desse endringane gjer at jordmødrene stiller spørsmål om korleis faget deira skal utvikle seg; mange er uroa. Fleire seier at dei ikkje får brukt heile utdanninga si og at dei ikkje får ansvar for prosedyrar relatert til jordmorfaget. Mange stiller spørsmål ved om jordmoryrket kjem til å verte redusert til ein assistentfunksjon. Dei er også redde for klager, negativ omtale og rettsaker. Jordmødrene med lang arbeidserfaring opplever at mykje har endra seg: *"Ikkje mange normale fødselar igjen på grunn av overtid og verstefallstenking. Det er noko som har skjedd i heile samfunnet føler eg"*.

*"Nei, eg synest det er ei trist utvikling at alt skal sjukleggjerast. Det er ikkje noko som skal vere normalt lenger. Ein fødsel det er liksom noko som andre overtek, når kvinnene kjem inn til fødeavdelinga er det liksom ikkje deira kropp eller deira unge lenger"*.

*Føler eg var meir sjølvstendig før, følte eg hadde gjort ein god jobb når eg gjekk heim, at eg hadde fått det til og at paret var lykkelege. Ein var ikkje så opphengt i alt. No er det forferdeleg mykje dokumentasjon og forferdeleg mykje som skal skje og ein må hugse det og det. Og klart det gjorde vi før også, var ansvarlege. Men no er alt endra og det legg ein liten dempar på arbeidet at ein må passe seg for alt. Føler det var meir naturleg før. No krev kvinnene meir og fleire har psykiske problem. Du må vere varsam med alt du seier og gjer. Og det bør ein, men det har blitt so mykje meir.*

Fleire jordmødrer nemner at dei ikkje har ansvar for å utarbeide prosedyrar for normale fødselar: *"Føler vi får prosedyrar tredd nedover hovudet på oss, kanskje beskreve av legar. Det vert feil! Vi får delta for lite i diskusjonar og debattar om utforminga av prosedyrar. Jordmødrer skulle ha vore meir med og diskutert prosedyrane"*.

Jordmødrene er redde for å gjere feil og for negative tilbakemeldingar, og vert derfor påverka til å følgje dei strenge retningslinjene: *"Trur alle retningslinjene vi vert pålagt påverkar meg som jordmor. Det skal meir og meir overvaking til og du er jo redd for å gjere feil, dersom du ikkje følgjer dette nye som heile tida kjem"*.

Dei er også redde for negative tilbakemeldingar frå fødekvinnene og for rettsaker: *”At fødekvinnene går ut i media og kanskje skriv på nettet og alt mulig sann. Det gjer at du nesten er litt redd for kva du seier”*.

*”Her har vi strenge retningslinjer vi skal følgje og klart du vert redd for å gjere feil. Og vi veit det har vore rettsaker, det gjer noko med oss. Det trur eg”!*

Også tilbakemeldingar frå legane vert nemnt: *”Du er redd for å få høyre at legar har kommentert kva du har gjort og ikkje gjort. Eg meiner du burde gjere ting ut frå det du meiner er rett, ikkje utifrå at du er redd for negative tilbakemeldingar frå andre”*.

Jordmødrene oppsummerer tilhøva dei er urolege for og meiner det vert vanskeleg i framtida å verne om sitt eige fag: *”Legane meir og meir inn i biletet og behovet for jordmor vil bli mindre. Vi får ikkje så mykje ansvar lenger”*.

*”Det kostar å halde på stoltheita over sitt eige fag, meir og meir trur eg, det gjer no det. Og kva sit vi igjen med om ein del år? Obstetric nurses liksom? Assistentar”?*

### Relasjonen til jordmorkollegaer

Jordmødrene seier dei trivst i yrket sitt og på arbeidsplassen sin. Dei opplever jordmorkollegaene som støttande, sjølv om dei har ulike oppfatningar av kva som er god fødselshjelp. Ved faglege vurderingar, er det ulik praksis om dei brukar å diskutere med jordmorkollegaer. Fleire meiner at jordmødrene må ta meir ansvar for eige fag.

Trivsel i arbeidet vert framheva: *”Vi har det no kjekt”!*

Og godt forhold til jordmorkollegaer, trass ulike oppfatningar:

*Veldig mange gode kollegaer, sterke flotte jordmødrer som oppmuntrar kvarandre til å halde det normale normalt. Det er her er mange som gjer, men her er også dei som er veldig opptatt av teknologi og verstefallstenking. Men vi har mange gode faglege diskusjonar og vi får god støtte av jordmorkollegaene når vi har normale fødslar.*

Mange av jordmødrene seier at dersom at dei har tid, diskuterer dei faglege vurderingar med jordmorkollegaer: *Eg diskuterar veldig mykje med andre jordmødrer. På vakt gjer eg det heile tida. Anten so får eg ei jordmor inn, dersom eg ikkje kan gå ut, eller so går eg ut og diskuterar.*

Men praksisen er forskjellig: *”Dersom dei har meir erfaring enn meg. Ofte er eg no den med mest erfaring, plutselig! Ja, og då ordnar eg meg sjølv og berre snakkar med lege i det stille. Og det er kanskje gale då? Men det er alt etter kven eg jobbar i lag med”*.

Det vert også etterlyst engasjement frå jordmorsida for å gjere noko med eigen situasjon:

*Eg føler til tider at vi jordmødrer syt og beklagar oss til kvarandre, hjelp- no er det ikkje ein einaste normal fødsel igjen! Men vi er ikkje villige til å gjere noko med det, vi tek ikkje den fighten og seier: "No må vi innkalle alle jordmødre til allmøte fordi heile praksisen vår trua. Kva skal vi gjere for å endre på det"? Det nyttar liksom ikkje at berre nokre få skal slutte å gjere sånn eller begynner å gjere sånn. Det er viktig at heile jordmorgruppa seier at her gjer vi det sånn når vi jobbar med normale fødselar og vi skal halde jordmorfaget vårt i hevd.*

*"Eg trur det er viktig å vere like kritiske til jordmødre som til legar, ikkje berre kvesse klør mot legar. Vi må gå i oss sjølve"!*

## **Differensiering**

### Erfaringar med å arbeide etter differensieringskriterium

Berre dei jordmødrene som hadde over 20 års erfaring hugsar godt korleis det var før vi innførte differensiering; dei andre har berre arbeidd der etter innføringa eller i kort tid før innføringa. Dei jordmødrene som arbeidde ved kvinneklinikken før innføring av differensieringa, seier at dei alltid har vore merksame på om noko var avvikande frå det normale, og ei av dei svarar slik på spørsmålet om ho medvite tenkjer på differensieringskriterium når ho har ansvar for fødekvinner:

*Nei, egentleg ikkje, fordi eg har egentleg alltid vore opptatt av kva som er normalt og kva som avvik frå det normale. Så for min del har det ikkje spela så stor rolle. Men synest det er greit, brukar differensieringskriterium, legg inn på data informasjonen om kvinnene. Når det står der svart på kvitt, formidlar det kva ein veit for den aktuelle fødselen.*

Når jordmødrer har ansvar for innskriving av fødekvinner til avdelinga, orienterer dei seg i dokumentasjonen vedrørande kvinna, både i papir- og elektronisk journal. Dei utfører også ei rekkje kontrollar, som måling av blodtrykk og temperatur, gjer opp leie (undersøker korleis fosteret ligg plassert inne i livmora) og registrerer fosterlyd. Desse tiltaka er rutine ved alle innskrivingar, både for normal- og risikofødande. Registrering av fosterlyd kan skje ved intermitterande lytting med jordmorstetoskop eller doppler, eller ved kontinuerleg overvaking med CTG i omlag tretti minutt. I differensieringskriterium står det at ved innskriving av lavrisikofødande er det ikkje nødvendig å ta kontinuerleg CTG-registrering dersom alle innkomstfunna er normale. Men fødselen vert heller ikkje flytta til risikograppa dersom CTG vert utført (Vedlegg IX). Jordmora skal vurdere kva type lytting som er nødvendig (jf.

Devane, Lalor, Daly, McGuire og Smith 2012). Alle jordmødrene registrerte fosterlyd, men på ulike måtar. Nokre jordmødrer tok rutinemessig inntakst-CTG ved alle innskrivingar:

*Eg tek CTG. Og kvifor? Eg trur rett og slett det er mykje ein vane. Er det min eigen tryggleik eller? Den gongen eg gjekk på jordmørskulen då gjorde vi det. Det gir litt tryggleik i hermeteikn, at inntakst-CTGen er normal.*

Andre gjorde det ikkje:

*Eg kjem frå ein tradisjon der ein ikkje tek inntakst-CTG på grønne fødekvinner. Det har eg klart å oppretthalde her, men merkar det er vanskeleg fordi her er få som ikkje gjer det. Eg tenkjer, dette må eg berre tvihalde på. For det har vist seg at det vert avdekka falsk patologi ved inntakst-CTG som fører til heilt unødvendige intervensjonar.*

Ved oppfølging i fødsel var alle jordmødrene opptekne av å forsikre seg om at forløpet utvikla seg normalt, og dei vurderte fødselen som normal inntil det motsette var bevist: ”Og det er klart, når eg finn ut at fødselen er normal på det tidspunktet så er den normal på det tidspunktet, inntil det motsette er bevist dersom ting endrar seg”.

For å vurdre om fødselsforløpet endrar seg frå normalt til risiko, utfører alle jordmødrne ei rekkje observasjonar av: fosterlyd, rier, framgang i fødselen og teikn på ulike komplikasjonar. Ei jordmor forklarar slik kva ho er merksam på:

*Avvikande fosterlyd, misfarga fostervatn, manglande framgang trass i regelmessige gode rier, feber, smerter meir enn ein kan forvente på stadiet i fødselen, blødning meir enn teikningsblødning. Men også smertefulle rier veldig tidleg i fødselen der den fødande vert utslitt, det er ein risikofaktor, fordi livmora også vert utsliten.*

Alle jordmødrene meiner at langvarige fødselsforløp er ein risikofaktor. Men det er viktig å vurdere kvart enkelt tilfelle:

*Det kjem litt an på situasjonen, men det er klart, dersom det trekkjer ut i tid og det skjer ingen ting og kvinna vert utslitt, då må ein tenkje avvik. Men det treng ikkje vere avvik dersom riene dabbar av, det kan vere ho er i latensfasen. Vi gjer ofte tiltak med ein gong. Når ei førstegongsfødande kjem inn med ei knapp opning og vi begynner og skal ta vatnet... Eg synest det vert feil! Eg kjenner at det strir litt imot. Det er fordi då gjer ein noko aktivt for å få ho vidare. Og sjølv sagt vil jo alle føde fort og kjapt. Men det er ikkje sikkert det er så bra for mor og barn. Det er heile tida vurderingar undervegs.*

Ei anna jordmor seier det slik:

*Eg tenkjer det kan vere normalt sjølv om det går seinare enn 1 centimeter pr time. For av og til så kan det stoppe opp litt, men så plutselig opnar det 3 centimeterden neste timen. Så ein kan sjå det litt an, ikkje sant? Kvinna kan ha lagt i badekaret med varmt*

*vatn, då kan ho få ei risvekking. Og då er det ikkje berre å hive seg på ristimulering, kan no sjå det litt an og vurdere det.*

Alle var nøye med å følgje med på fosterlyden undervegs i fødselsforløpet: ”Ja, eg tenkjer no det med fosterlyden! Det er jo det viktigaste! Der har vi jo klare retningslinjer å gå etter. Så det er no hovudsakleg den då”.

Dei presiserte at det var viktig å oppdage teikn på truande asphyxi (surstoffmangel hos fosteret), ved slike tilstandar var alle samde om at dei måtte skifte overvåkingsutstyr og gi beskjed til lege. Men dei påpeika at det var viktig å vurdere kor alvorleg det var i høve til kva tiltak dei gjorde og på kva tidspunkt fødselen vart diagnosert som risiko:

*Det spørst om det er avvikande eller klart patologisk. Vi har retningslinjer for kor lenge fosterlyden kan vere avvikande som vi må halde oss til. Eg prøvar å orientere jordmorkollegaer, men går det rett over i patologisk då er det med ein gong... Men det er forskjellige tiltak vi kan gjere for å påverke fosterlyden, til dømes redusere ristimuleringa, mor kan endre stillig... Ja, det er forskjellige ting vi kan gjere.*

*”Er fødselen normal og det vert avvik/patologi, så endrar eg overvaking av babyen. Prøver først å kontakte jordmorkollegaer. Men klart går fosterlyden rett ned i 60 og ligg der, då vert det noko anna”.*

Informasjon til kvinna/paret er ekstra viktig når det er spørsmål om patologi: ” Prøvar å informere så godt som mulig. Seier at no var fosterlyden litt høg då eg lytta og vi treng ekstra overvaking. Det kan skuldast at mor har febereller kanskje har drukke lite, då må eg passe på å gi drikke. Eg vil informere paret fortløpande”.

Det verkar som om jordmødrene har ”innebygde” rutinar for å kontakte lege når dei registrerer avvik:

*Ja, når dette skjer, er vi pålagde å kontakte legen. Då gjer eg det, ringjer og diskuterer med legen. Det er no alt etter kva symptoma er då. Nokre gonger kan det roe seg igjen og kanskje bli normalt igjen. Andre gongar må ein gjerne gripe inn med ein gong. Men eg kontaktar legen og diskuterer dersom eg er i tvil.*

### Påverknad av ”blanda” avdeling

Her har jordmødrene noko ulike oppfatningar, men dei fleste synest at det er lett å verte påverka av retningslinjene for risikogravide i arbeidet med normale fødselar:

*Miljøet påverkar oss alle, om du er barn eller vaksen! Her har vi strenge retningslinjer som vi skal følgje og klart at du vert etter kvart redd for å gjere feil. Å følgje desse retningslinjene vert ein del av daglegdagse rutinar. Det er vanskeleg å ha både normal og risiko i ei eining. Det ser eg er ei stor utfordring!*

Det er viktig å vere medviten om kva som er normalt og kva som er risiko: *”Eg må vere medviten på korleis eg behandlar normale fødsjar. Det kan hende eg på rommet ved sida av har ansvar for ei som ikkje er i normalgruppa. Det er fort gjort at eg tek med meg litt av måten å gjere ting på frå det eine rommet til det andre”.*

Ei erfaren jordmor seier dette:

*Eg har hatt mykje sånt opp igjennom. Til dømes passa ei kvinne som ventar eit dødt barn og skal hjelpe ei kvinne som føder friskt barn på naborommet. Då må eg svitsje om i psyken når eg går frå den eine fødestova til den andre. Men det er noko ein må. Det kan følast veldig unaturleg mange gongar, men det går. Og det er ein kvardag eg har vore ganske vant med opp igjennom åra.*

Nokre jordmødrer synest ikkje dei vert påverka av retningslinjene for risikogravide: *”Trur ikkje eg vert påverka... Vil jo halde den normale normal, og patologi for seg. Men tenkjer litt på at det er vanskeleg med tid til kvar enkelt”.*

### Samarbeid med legane

Ved normale fødsjar har jordmor sjølvstendig ansvar, men ved risikofødsjar har jordmor ansvar saman med legen (Helsepersonelloven 1999: Kapittel 2, § 4). Ved kvinneklinikkar må lege alltid vere lett tilgjengeleg for risikofødande og det er dei same legane som vert involverte dersom det vert registrert avvik blant dei i normalgruppa. Jordmødrer og legar må derfor ha eit tett samarbeid. Alle jordmødrene omtalar samarbeidet med legane og påpeikar at legane også involverer seg i dei normale forløpa: *”Det er mykje press frå legane, om at det skal opne seg sånn og sånn, 1centimeter i timen. Og alle vert liksom vurdert likt, om det er førstegongs- eller fleirgongsfødande, så skal dei ha same tempoet”.*

Kvar morgon er det ein previsitt på vaktrommet i fødeavdelinga, der jordmødrene skal orientere legane om dei dei som er differensierte til risikogruppa. Etterpå går lege og jordmor visitt inne på fødestovene. Det er presisert at fødande i normalgruppa ikkje treng tilsyn av lege. Her er det ulikt korleis retningslinjene vert praktiserte. Nokre jordmødrer er medvitne om at legar ikkje skal vere involverte ved normale fødsjar og freistar å skilje mellom lav- og høgrisikogravide på previsitten:

*Ingen bevisst taktikk, men viktig å påpeike at dette er ei grønfødekvinne og eg tek kontakt ved avvik frå det normale. Då har eg sagt at eg har differensiert og vurdert om det er normalt/unormalt . Både og om det vert respektert. Nokre er meir ivrige enn andre etter å følgje med. Nokre ser du berre dersom du sjølv tek kontakt, veldig forskjellig!*



Men det er ulik praksis blant jordmødrene: ”Ved previsitt går eg gjennom både dei raude og dei grøne, synest det er viktig legane veit kven som er i avdelinga, i tilfelle noko skulle skje med ei som er i normal fødsel, ein veit no aldri, heller ikkje dersom ho er grøn”.

Utover i fødselsforløpet er det ulike erfaringar om korleis legane involverer seg i normale fødselar:

*Det varierar. Men ut i forløpet så kjem dei ofte og spør korleis det går med den dama, kor langt ho har komt? ”Nei, no har det blitt slik og slik”, seier eg. ”Ja, har du tenkt på om du kanskje skulle ta vatnet”? ”Nei, akkurat det har eg ikkje tenkt enno fordi eg opplever det som normalt og at det kan ta den tida. ”Ja, må ikkje la det gå for lenge, fordi du må hugse på at ho no har hatt maserier i eitt døgn. Ho må verte ferdig, så ho ikkje slit seg ut eller tek ho til å verte sliten, kanskje ho treng ein epidural”?*

”Nokre gonger er det slik, men nokre gonger får ei fødekvinne faktisk vere grøn utan at legane spør så veldig mykje”.

Mange jordmødrer opplever at legane kjem inn på fødestova ved normale fødselsforløp utan at dei er tilkalla og at det kan vere vanskeleg å argumentere overfor legane om korleis dei behandlar normale fødselar: ”Her har ein også den uvanen at legane skal vite om alt vi gjer og dei skal vite om alle dei grøne. Og den uvanen med at dei kjem inn på fødestova berre for å sjekke kva som skjer”.

”Det er nesten som eg må argumentere kvifor eg gjer det eg gjer. At eg lét dei kanskje få litt lenger tid og kome ordentleg i gang med riene. Synest ikkje alltid at det er så enkelt”.

Det vert påpeika at jordmødrene tydlegare bør uttrykkje overfor legane kva som er jordmoransvar. Det er også lett å la seg påverke av legane:

*Vi må våge å seie at det her er ”mi” fødekvinne, ”min” fødsel, du har ikkje behov for eingong å vite namnet hennar. Men det er ikkje tradisjon her. Ein har liksom gått seg fast i at legane skal vite alt. Og når dei kjem innom vil dei gjerne vite korleis det går og då er det lett at jordmora fortel korleis det går og at det kanskje går litt sakte. Og då seier dei: ”jammen kan du ikkje ta vatnet då”? Då tenkjer du, kanskje eg burde ta vatnet. Ein vert riven med.*

Jordmødrene reflekterer også over årsakene til at legane involverer seg i dei normale fødselane:

”Men det er klart, dei står jo i ein skvis dei også. Det er ikkje slik at eg trur dei har vonde hensikter. Men det føles litt sånn, kvar er jordmorautonomien”?

”Legane er pålagde dei retningslinjene som kjem nasjonalt. Så det er ikkje så lett for dei heller. Dei har påtrykk frå her og frå der og skjer det noko, so er det jo dei som har ansvaret dersom dei ikkje følgjer retningslinjene”.

*Legane er også redde for å gjere feil, det tenkjer eg. Vi lever i eit samfunn der vi ikkje tåler feil og alle er "beleste" og har sine krav. Krava vert tredd nedover hovudet på oss, nasjonalt og på verdsbasis. Og legane må følgje dei nasjonale retningslinjene til punkt og prikke. Det er omtrent ikkje lov å vurdere.*

Det vert påpeika at vi må samarbeide med legane: *"Vi må samarbeide med legane og det gjer vi også. Vi har eit godt samarbeid, men dei er forskjellige. Nokon er veldig til å puste deg i nakken dersom det ikkje opnar seg 1 centimeter i timen, men andre er litt meir sånn, dette skal gå".*

Det er også forståeleg at legane vil ha oversikt dersom det oppstår komplikasjonar: *"Det er jo visst dei vert raude, det er jo det dei seier sjølve då, så veit dei i alle fall om dei. Og eg forstår jo det då, men... Det kan også vere at vi blandar dei litt for fort inn når det grønne fødekvinne".*

Det vart etterlyst betre dialog og fleire møter med legane:

*Viktig med gode faglege diskusjonar, vi må inspirere kvarandre til å tenkje normal fødsel og korleis vi kan bidra til unngå unødvendige inngrep. Det krev daglege diskusjonar. Vi må vere interesserte i å høyre om forskning på feltet og vi må ta initiativ til å forske på eige fag. Vi må stille kritiske spørsmål dersom vi er ueinige, eller vi har alternative tilnæringsmåtar. Vi kan ikkje krangle oss til å ha ansvar for dei grønne fødekvinne, men vise legane at vi er viktige bidragsytarar når det gjeld prosedyrer og i diskusjonar må vi vise at vi kan faget vårt og er spesialistar på normale fødslar.*

### Tidsklemma

Ei jordmor seier: *"Og så er det tidsklemma då..."*

Moment det vart kasta lys over i denne kategorien var:

- Varierende arbeidsmengde på vaktene
- Dårleg bemanning på helg- og nattevakter
- Mange ulike oppgåver på vaktene
- Press om høgt arbeidstempo
- Travle vakter gjer at det vert lita tid til å vere inne hos dei fødande og dei fødande vert utrygge
- Travle vakter medfører at det oftare vert brukt CTG, at fleire kvinner som får behov for epiduralanalgesi og at fleire derfor vert overflytta til risikograppa
- Vanskeleg å ha ansvar for normale- og risikofødsjar samstundes
- Vanskeleg å ha ansvar for mange fødekvinne samstundes

Varierende arbeidsmengde, det kan vere frå heilt stille til veldig travelt, mest sårbart på natt og i helg, då er det mindre bemanning: *”Det er veldig stort sprang då. Du veit korleis nettene kan vere. Dei kan vere veldig rolege og det kan berre vere heilt ”Texas”.*

*”Det er ein annan bemanningssituasjon på sein-, natt- og helgavakter. Altfor dårleg synest eg! Det er ei akuttavdeling og då bør ikkje personalet bli halvert på dei tidspunkta, det burde ha vore jamt heile tida”.*

Mange ulike arbeidsoppgåver og ofte fleire arbeidsoppgåver samstundes: *”Det kan vere frå resuscitering av nyfødde, hjelpe ei anna jordmor med ei alvorleg blødning, hjelpe til ved eit keisarsnitt, dokumentere i datasystemet, hjelpe til på barsel... Og så har eg ein normal fødsel sjølv, det kan skje. Så det kan vere ganske mykje”.*

*”Eg hadde ei vakt med ansvar for fem kvinner. Ei kom inn med vannavgang, ei var tidleg i fødselsforløpet, ei hadde premature rier... Mange forskjellige ting. Ganske travelt! Eg sprang heile vakta. Den andre jordmora var oppteken med ei tilkopla STAN”.*

Erfaringane er at det er tidkrevande å ha ansvar for risikogravide og det gir mindre tid til dei i normalgruppa. Dette medfører at dei i normalgruppa vert utrygge og får større behov for epiduralanlgesi:

*Eg vil prøve å behalde henne grøn ved å gi ekstra tryggleik og vere mykje inne på fødestova, då kan eg kanskje forebyggje ein epidural. Det kan vere sånn at dersom jordmor ikkje har tid til å gi tryggleik, så vert ho utrygg og redd og endar kanskje med ein epidural og ei instrumental forløyising. Det vert på ein måte litt min feil også.*

Stor arbeidsmengde går lett utover dei med normale fødselsforløp og jordmødrene trur det medfører dårlege fødselsopplevingar: *”Nei, du kan ikkje dele deg og det vert ikkje tilfredsstillande på slike vakter. Og slik er det av og til, ikkje reint sjeldant heller”.*

*Det er ofte dei grønne fødekvinne det går utover, fordi dei som er risiko krev enndå meir oppfølging og du må bruke CTG eller STAN der heile tida. Har du både ei raud og ei grøn ei då går det på bekostning av den grønne, fordi ho klarar seg sjølv på ein måte, der er ikkje så mykje å passe på. Det er heilt klart feil, men det er ofte det som skjer.*

*Eg trur det gir ei veldig dårleg oppleving dersom eg ikkje har tid, slik dei opplever ei jordmor som spring inn og ut. Kvinna får ikkje den roa ho skulle hatt. Det beste var om ein hadde tid til å vere på fødestova heile tida, gi ro, tryggleik, oppmuntring og det dei treng av omsorg. I staden for at vi heile spring ut: ”Ja, eg kjem snart igjen”! Nokre gonger går det ti minutt og nokre gongar kan det faktisk gå ein time. Og det er frykteleg trasigt.*

Mange meiner også at når det er travelt og få jordmødrer om oppgåvene, vert fleire overflytta til risikogruppa, det vert då "lett" å gripe inn:

*Eg trur rett og slett det er mangel på personale. Mange gonger er vi for raske til å gripe inn, vi er for lite avventande fordi vi er pressa. Eg tenkjer det er fordi vi må prøve å få dei fort ferdige. Kanskje kvinna også, eller paret, ytrar ønske om å verte fortare ferdige. Då er vi lette å overtale, fordi vi har jo dårleg tid og når ho føder då får eg kanskje betre tid til ho andre. Prøver å ikkje tenkje for mykje sånn, men av og til så skjer det.*

Det ver meir bruk av CTG når jordmødrene har ansvar for fleire kvinner samstundes: "Eg har lyst å bruke jordmorstetoskopet og å gjere det mest muleg normalt. Men ofte når det er travelt, vert det vanskeleg. Det er mykje lettare å setje på ein CTG, fordi då kan eg gjere noko anna i mellomtida. Det er veldig trist at det blir sånn"!

*"Eg brukar ofte å køyre ein CTG for å sjå kor hyppige rier ho har dersom eg har fleire pasientar samstundes. Fordi då har eg ikkje tid til å stå der for å sjå kor lenge riene varer".*

## **Ønske**

### Ønske om omorganisering

Alle jordmødrene ønskte endringar og omorganiseringar for å betre kunne ivareta normale fødselar, men kva endringar dei ønskte, varierte. Desse ønska kom fram:

- Meir personale, ein til ein i fødsel
- Fleire fødestover
- Nytt interiør, ta vekk fødesenga, kunne gi lystgass, fleire badekar, fleire toalett.
- Jordmorstyrt normaleining, tru på at dette medfører ein annan kultur både hos fødande og jordmødre
- Kontinuitet, få møte fødekvinnene på førehand

Alle påpeikar at vi treng fleire jordmødrer, fleire fødestover og dusj, badekar og toalett til kvar fødestove: " Rikeleg med jordmødrer! Slik vi kunne vere ein til ein".

*Vi har berre fire fødestover og dersom dei ikkje føder fort nok, nei då må dei kanskje ut fordi andre treng fødestova. Kvinnene vert forstyrta då. Vi skulle hatt bedre plass til dei. Tenkte på ei avdeling med toalett og dusj på same rommet. Og litt meir ro, ikkje sant? No er det kø på toalettet og ... Så går dei ut og inn, ikkje sant, så hylar det i klokker. Dei får på ein måte ikkje roa på seg heller.*

Mange ønskjer ei separert, jordmorstyrt normaleining, dei meiner det vil gi ein annan kultur både for jordmødrer og fødekvinner:

*Ville hatt ei lavrisikoeining, der alle som ikkje var differensiert til patologi skulle innleggjast, eventuelt verte overflytta til vanleg avdeling ved behov for til dømes epidural. Barsel skulle ha vore ved same eininga. Skulle ha vore ein fast jordmorstab der, som kunne rettleie yngre jordmødrer.*

*Eg tenkjer at tilbod skaper etterspurnad. Dersom du veit du skal føde på ei avdeling som har full pakke med overvaking, epidural og neonatalavdeling, då veit fødekvinnna at alt ligg der klart. Men dersom ho veit ho kjem til ei eining der det naturlege og normale er i fokus og ho ikkje kan få epidural, men andre ting. Då trur eg ho møter fødselen med andre forventningar.*

Det vert påpeika fordelar og ulemper ved fast stab og/eller rullering ved ei normaleining:

*Trur det vert meir fokus på det normale med fast personale. Men det er også greit å rullere, til dømes eit halvt år på kvar plass. Eg trur det er bra at dei som arbeider med dei raude får med seg tankegangen om dei grøne. Og omvendt også, få sjå kompliserte ting. Ein kan også falle i den grøfta at ein berre fokuserar på det normale og ikkje ønskjer å sjå det som er komplisert.*

Mange påpeika også dei ønskte meir kontinuitet i arbeidet sitt, til dømes møte kvinnene på førehand:

*Tenkjer det vert feil å møte kvinnene for første gong når dei vert innlagde. Dei har vondt, dei er redde, engstelege, har aldri vore her før og dei skal gjennom mange vaktskift... Det er ein draum å jobbe på ei normaleining og følgje kvinnene heile vegen som skal føde der. Ho veit at det og det er realistisk og kva vi ikkje kan gjere der. Det vert ein heilt annan fødepopulasjon, tenkjer eg.*

*”At vi gjerne kunne, i alle fall med desse som har problem, hatt kontakt med dei på førehand. Då hadde vi fått følgt opp og hatt dei i fødsel også”!*

### Endring i høve til induksjonar

Desse utsegnene illustrerer frustrasjonen jordmødrene opplever i høve til induksjonar, fleire nemner at dette er noko dei ønskjer å endre: ”Endre på kriteria, fordi eg synest dei er alt for strenge. Ein må sjølvstakt ta vare på dei med overtid, følgje dei opp med ultralyd og sjekke at alt er normalt. Men ikkje at ein nødvendigvis skal indusere dei, fordi tidspunktet er der”.

*Vi diskuterer det på kvar einaste vakt, og der er alltid ei kø med induksjonar. Er det nødvendig, tenkjer vi jordmødrer? Nei det er kanskje ikkje nødvendig. Men så kjem legane og seier: ”Ho skal induserast, no er her kapasitet, det er berre å starte”! Og då gjer vi det. Og så tenkjer vi at vi får berre gjere det då, sjølv om det kanskje ikkje var nødvendig. Det er det som vert konklusjonen. Trur det gjer noko med jordmoridentiteten min rett og slett Alle dei tankane eg har om å vere jordmor, det bryt litt med meiningsane mine når eg ikkje er heilt einig alle gongene at den strengt den induksjonen og ei fødekvinn vert knallraud på grunn av retningslinjene.*

## PRESENTASJON AV ANDREGRADSFORTOLKING

Eg har valt å først presentere mi andregradsfortolking basert på tre tema: *jordmorfaget*, *relasjonen til fødekvinna og påverknader av den fødselsvitskaplege diskurs*. Dette er tema eg meiner utkrysstalliserte seg på grunnlag av jordmødrene sine refleksjonar. Etterpå vil eg drøfte desse temaa i samband med *personleg og kollektiv handlingsteori* og *jordmorrolla i differensiert fødselsomsorg*.

### Jordmorfaget

#### Normale fødsjar

Først vil eg sjå nærmare på kva jordmødrene meiner kjenneteiknar *den normale fødsel*.

Førstegragsfortolkinga mi viser at dei har mange felles oppfatningar; oppfatningar som er i samsvar med WHO (1996: 3) og Gould (2000: 423-424) sine definisjonar. Når jordmødrene i min studie påpeikar at ein fødsel er normal inntil det motsette er bevist, er det i samsvar med Gould (ibid.) sine oppfatningar. Men i synet på epiduralanalgesi er det ulike meinigar. Årsaka kan vere at denne typen smertelindring er vanleg og at det vanlege vert ofte sett på som normalt. For å forklare denne samanhengen, vil eg nytte Berger og Luckmann (2000: 76) sin teori om konstruksjon av kvardagsrealitetar i tre fasar. Eksternaliseringsfasen for epiduralanalgesi ved normale fødsjar er allereie over. Metoden vart introdusert i obstetrikken for vel 60 år sidan og vert stadig forbetra (Anin-Somuah, Smyth og Jones 2011: 3). Når mange gravide ønskjer denne forma for smertelindring, medfører det ein interaksjon mellom fødekvinne og jordmor som påverkar oppfatningane våre. Dei ulike oppfatningane om epiduralanalgesi blant jordmødrene, tolkar eg som at konstruksjonsprosessen er i objektiviseringsfasen. Dei objektive sanningane har blitt nokre av jordmødrene sine sanningar. Siste fasen i denne konstruksjonsprosessen er internalisering og dersom den vert gjennomført vil alle jordmødrene meine at fødselen er normal, til trass for bruk av epiduralanalgesi. Oppfatningane blant informantane kan plasserast i tre grupper: for, imot og usikker. Eg tolkar dette, som at objektiviseringsfasen kan gå to vegar: attende til eksternalisering eller vidare til internalisering. Kva veg prosessen går, vil vere avhengig av korleis debatten på området foregår og kva stemmer som har størst påverknadskraft (jf. Blåka 2002: 175, 181-182). Uansett, prosessen kan berre gå attende til eksternaliseringsfasen. Metoden er alt presentert, og både fødselshjelparar og fødekvinner må forhalde seg til dei objektive sanningane om den.

Epiduralanalgesi i normale fødselsforløp er eit tema som jordmødrer ofte diskuterer, og er omtala i fleire studiar. Jordmødrene i Earl (2004: 90) sin studie hadde ulikt syn på om epiduralanalgesi var ”foreineleg” med normal fødsel, medan jordmødrene i studien til Brunstad (2010: 31) seier at epiduralanalgesi er så vanleg at det vert betrakta som normalt. Crabtree (2004: 87-88) undersøkte korleis jordmødrer forstår omgrepet *normal fødsel*. Ho stilte spørsmålet til eit utval av jordmødrer, der dei same jordmødrene arbeidde både med heime- og institusjonsfødsjar. Ho konkluderte med at det ikkje var konsensus blant jordmødrene om forståinga av *normal fødsel*; kva intervensjonar dei aksepterte som normale var avhengig konteksten fødselen skjedde i. Fleire intervensjonar vart vurderte som normale ved institusjonsfødsjar enn ved heimefødsjar. At det ikkje er konsensus om forståinga av *normal fødsel* er samanfallande med mine funn. Men i min studie er det berre bruken av epiduralanalgesi det ikkje er konsensus om. Og jordmødrene eg har intervjuar arbeider berre i ein kontekst, utanom ei jordmor med erfaring frå heimefødsjar.

### **Forventningar til eiga rolle**

For å få kunnskap om jordmorrolla ved normale fødsjar, vil eg sjå nærmare på kva forventningar jordmødrene har til seg sjølve. Utsegner frå jordmødrene, som at dei vil halde fødselen normal, unngå rutinemessige inngrep og at det er problematisk at alle fødsjar skal følgje eit bestemt tidsskjema, tolkar eg som at dei ønskjer å handle på bakgrunn av kommunikatív rasjonalitet (jf. Gilje og Grimen 2011: 209-209, Kvalsund 2007: 142). Den tolkinga vert ytterlegare støtta av jordmødrene sine utsegner om å imøtekomme individuelle behov og vere fysisk og mentalt tilstades for fødekvinnene (jf. Lauvås og Handal 2000: 147). Desse forventningane til eiga åtferd set eg i samband med ønske om ei fenomenologisk tilnærming i arbeidet sitt. Den jordmorfaglege diskursen med dei overordna prinsippa: nærleik, kontinuitet og heilskap, byggjer på denne tilnærminga. Å vere til stades hos fødekinna er ein føresetnad for å handle etter desse prinsippa. Dersom jordmora ikkje er tilstades, kan ho heller ikkje tolke dei skiftande, individuelle inntrykka og forstå korleis ho skal hjelpe fødekinna til å utnytte sitt potensial (jf. Sandvik Blåka 1997: 63-65). Når jordmødrene i min studie seier dei vil hjelpe fødekinna til å stole på eigne krefter, tolkar eg det som at dei vil at ho skal få utnytte sitt potensial. Andre utsegner som stadfester at jordmødrene ønskjer å utføre såkalla kommunikative handlingar, er trua på at ikkje alle fødsjar er ”A4”. Eg oppfattar det slik at dei ser alle fødsjar som unike og at dei vil unngå rutineprega handlingar baserte på såkalla teknisk instrumentalitet (jf. Gilje og Grimen 2010: 208). På bakgrunn av desse beskrivingane, meiner eg at prinsippa i den jordmorfaglege

diskursen utgjer overordna verdiar i handlingsteorien deira. Jordmødrene sine forteljingar om gleda ved å ha ansvar for normale fødsjar, set eg i samanheng med at dei då får handle i samsvar med verdiane sine (jf. Handal og Lauvås 1999: 23, Kvalsund 2007: 142, Mathisen 2003: 54). I tillegg var det i i samband med desse fødslane konsistente forventningar til jordmorrolla. Både fødekvinna/paret og jordmora hadde ei felles forståing av korleis dei skulle takle situasjonen (jf. Shiefloe 2003: 196). Jordmødrene gir uttrykk for at dette er sjeldne opplevingar. Det tolkar eg som eit uttrykk for at dei ikkje alltid kan handle i samsvar med verdisynet sitt.

Eit funn som eg meiner kan kaste lys over om det er samsvar mellom verdisyn og handlingar, er korleis jordmødrene lyttar på fosterlyden når fødekvinner vert innskrivne ved kvinneklinikken. Rutinemessig innkomst-CTG vil vere ei såkalla målrasjonell handling, basert på tenkjemåten om at denne bestemte undersøkinga gir det beste resultatet for alle fødekvinner (jf. Gilje og Grimen 2011: 208). Jordmødrene sine utsegner avdekkjer ulik praksis på dette området. Dei grunngevr praksisen sin med påverknader frå utdanning og tidlegare erfaring. Dersom eg i denne samanhengen ser jordmorrolla i eit ”ovanfrå-perspektiv” (jf. Shiefloe 2003: 200), vert ho påverka av strukturelle tilhøve og må leve opp til ulike normar og reglar. Eg kan seie at strukturar i form av reglar, eller fråver av reglar, ved tidlegare arbeidstadar har bestemt rolleåtfërda (jf. Strand 2006: 387-388, Raaheim 2002: 22, 28). Relatert til Berger og Luckmann (2000: 76) sin teori om konstruksjonen av kvardagsrealitetar, kan årsaka til bruk av rutinemessig innkomst-CTG vere at det er vanskeleg å endre åtfërd når sanningane er internaliserte, sjølv om ny kunnskap har endra retningslinjene (jf. Devane m.fl. 2012). Synet på at innkomst-CTG representerer ei sikkerheit, kan vere eit resultat av at medisinsk vitskap, med sitt autorative språk, har skapt ei tru på at teknologi kan predikere utfall, og åtfërd internalisert på grunnlag av objektive sanningar frå fødselsvitskapen er vanskeleg å endre. Handal og Lauvås (1999: 23) seier at elementa i handlingsteorien kan vere antagonistiske; dette ser eg som eit døme på det. Også Brunstad (2010: 30) fann i sin studie at mange jordmødrer ikkje differensierte mellom lav- og høgrisikogravide, men hadde ei rutineprega tilnærming med innkomst-CTG av alle.

Intervjumaterialet mitt gir meg også haldepunkt for at nokre av handlingane til jordmødrene er baserte på instrumentell rasjonalitet. Utsegner om nøyaktig oppfølging av fosterlyden og tiltaka dei utfører ved alvorlege avvik, syner at i nokre tilfelle må dei utføre instrumentelle handlingar. Slik eg tolkar prinsippa i den jordmorfaglege diskursen, utèlet dei ikkje instrumentelle handlingar. Det vesentlege er at jordmora er til stades hos fødekvinna og utifrå



heilskapen vurderer kva tid slike handlingar er nødvendige. Sandvik Blåka (1997: 75-76) seier at jordmorfagleg skjøn inneber å skilje mellom det vesentlege og det uvesentlege. Det tolkar eg som at det faglege skjønnet må avgjere handlingsalternativet.

Earl (2004: 116) oppsummerer funna i sin studie med at det er ein viktig jordmorfunksjon ved store fødeinstitusjonar å ha kunnskap om kva tid det er nødvendig å intervenere og kva tid ein kan vere avventande.

Det er også interessant å samanlikne mine funn med Hyde og Roche-Reid (2003) sin studie om jordmødrer sine mulegheiter til kommunikative handlingar i store fødeinstitusjonar. Dei seier at ei viktig oppgåve for jordmødrer er å bruke kommunikative handlingar for å tilføre fødande ”empowerment” (ibid.: 2619). Dette ser eg på som samanfallande med mitt funn om at jordmødrene vil hjelpe dei fødande til å utnytte sitt potensial. Jordmødrene i Hyde og Roche-Reid (ibid.: 2620) sin studie seier vidare at dei måtte bruke målrasjonelle handlingar på grunn av medisinske prosedyrar og at nokre fødekvinnener var sosialiserte inn i passive pasientroller. Infomantane i min studie opplever også press om målrasjonelle handlingar for å få alle fødsjar til å følgje eit bestemt tidsskjema. I tillegg opplever dei at fødekviner ønskjer intervensjonar som fødselsinduksjon og epiduralanalgesi. Men Hyde og Roche-Reid (ibid.) drøftar ikkje det faktum at jordmødrene også ut frå faglege vurderingar, nokre gonger må utføre målrasjonelle handlingar. Ei muleg forklaring er at målrasjonelle handlingar utførte på grunn av alvorlege komplikasjonar ikkje er inkluderte i drøftingane deira.

### **Fagleg autonomi**

Jordmødrene uttrykkjer uro for jordmorfaget. Dei hevdar at auka risikofokusering reduserer talet på normale fødsjar og at det dermed vert færre fødsjar som tilhøyrrer jordmora sitt autonome område. Denne uroa set eg i samband med ei rekkje strukturelle vilkår for fødselshjelpa, som gjer det problematisk å arbeide etter prinsippa i den jordmorfaglege diskursen. Kvalsund (2007: 143) seier at oppfatningar om kva som er normalt og kva som er avvikande, vert utvikla gjennom livsløpet og er inkludert i den personlege handlingsteorien. Jordmødrer har ved arbeidserfaring tileigna seg kunnskap om kva tid eit fødselsforløp er normalt og kva som er symptom på komplikasjonar. Dette set eg i samband med den tause kunnskapen i handlingsteorien deira (jf. Mathisen 2003: 53-54). Men dei strukturelle vilkåra er ikkje alltid i samsvar med jordmødrene sine oppfatningar. Dømer på det er strenge tidsskjema for normale fødsjar og dei nye retningslinjene for overtidige svangerskap (jf. Helsedirektoratet 2012). Kvalsund (2007: 143) seier vidare at oppfatninga av kva som er

normalt og kva som er avvik, har både vedirasjonelle og målrasjonelle sider. Eg meiner at desse to sidene vert avdekte i handlingsteorien til jordmødrene når dei seier at i nokre situasjonar er det ikkje tid til fleire vurderingar. Ein situasjon kan vere så alvorlege at den straks krev ei målrasjonell handling. Den uroa som jordmødrene har for faget sitt i samband med prosedyrar, tolkar eg ikkje som ein generell uvilje mot målrasjonelle handlingar. Men at dei er ueinige i retningslinjer som krev målrasjonelle handlingar på område der dei sjølve meiner at verdirasjonelle handlingar er forsvarlege og gjennomførbare.

Uroa for jordmorfaget inneber også at de er mangel på sjølvstendig ansvar for prosedyrar for eige fag. Molander og Terum (2008: 18) seier at ein profesjon sin autonomi er avhengig av intern og ekstern kontroll over arbeidsoppgåvene. Intern autonomi for jordmødrer betyr at dei sjølve bestemmer over alle arbeidsoppgåver relaterte til normale fødsjar. Som drøfta ovanfor, er det uro fordi fleire og fleire fødsjar vert definerte som risiko og dermed fell utanfor normalområdet. Men det som jordmødrene i tillegg påpeikar er at dei ikkje har ansvar for retningslinjer for dei få fødslane innanfor normalområdet. Dette er ei uro som det er lett å forstå dersom jordmødrene vil ha fagleg autonomi. Ekeland (2004: 2) seier at profesjonskunnskap skal vere ein særskild fagkunnskap ingen kan overprøve. Det burde bety at berre jordmødrer skal utarbeide prosedyrar relatert til normale fødselsforløp. Jordmorfagleg autonomi inneber også lojalitet overfor fødekvinna, slik at relasjonen fødekvinne-jordmor er verna mot påverknadar utanfrå (jf. Ekeland 2004: 2). Dersom jordmora i samarbeid med fødekvinna ikkje får bestemme kva som er viktig i denne relasjonen, kan ho heller ikkje verne om den. Ekeland (2004: 5) seier også praksis basert på EBM truar fagleg autonomi, fordi det hindrar fagleg skjøn. Eg meiner at dei retningslinjene som jordmødrene oppfattar som altfor rigide, illustrerer dette. Dei må følgje retningslinjene i staden for å bruke fagleg skjøn. Jordmødrene kan ikkje i kvar einskild situasjon ta avgjerder baserte på faglege vurderingar, men må forhalde seg til fødekvinna som ein statistisk representant for gjennomsnittet (jf. Blåka 2002: 54-56).

Når jordmødrene reflekterer over redusert fagleg autonomi, set dei fokus på nokre av årsakene. Dei nyttar såkalla kritisk rasjonalitet (jf. Lauvås og Handal 2000: 147-148). Det tolkar eg som at dei ser jordmorrolla i eit strukturorientert perspektiv, der dei meiner påverknadar frå omgjevnadene har betydning for dei praktiske handlingane deira (jf. Shiefloe 2003: 120). I tillegg til medisinske prosedyrar omtalar dei redsle for negative tilbakemeldingar frå legane, klager frå fødande, rettsaker og negativ omtale i sosiale media. Det tolkar eg som at dei er merksame på at omgjevnadane kan iverksetje negative reaksjonar

på åtfërda deira. For å unngå dette, lèt dei seg påverke til å velje andre hadlingsalternativ (jf. Shiefloe 2003: 200). Også Keating og Fleming (2009: 522) rapporterer om jordmødrer som handlar på grunnlag av den biomedisinske tilnærminga fordi dei er redde for negativ omtale både frå jordmødrer og legar. I min studie seier jordmødrene at dei har støtte frå jordmorkolleger, sjølv om dei har ulike syn.

Crabtree (2004) og Russel (2007) sine studiar omtalar jordmødrene sine bekymringar fordi færre normale fødsjar medfører redusert autonomi og sjeldnare mulegheiter til å praktisere etter jordmorfaglege prinsipp. Begge studiane avdekkjer at jordmødrene ved store fødeavdelingar har særskilde teknikkar for å halde fødslane normale. Både Crabtree (2004: 93-94) og Russel (2007: 130-131) omtalar at jordmødrene vernar om normale fødsjar ved å vere mykje inne på fødestova. I tillegg påpeikar Russel (ibid.) at evna til å halde fødselen normal ser ut til å vere styrt av jordmora si tru på normale fødsjar og på grad av ”empowerment”. Ho omtalar teknikkane som jordmødrene med stor grad av ”empowerment” brukar, som tradisjonelle eller uvitskaplege. Desse jordmødrene vart kalla ”mad” eller ”bolshie”, men vart sett på som ekstra trygge i arbeidet sitt. I tillegg naut dei stor respekt både blant legar og jordmødrer. Det kjem ikkje fram i min studie at jordmødrene brukar særskilde teknikkar for å fremje normale fødsjar, heller er det utsegner som tyder på at dei følgjer dei bestemte retningslinjene. Men dei vil gjerne vere mykje inne hos dei fødande, utan at dei karakteriserer det som ein særskild teknikk. Dilemmaet er at på travle vakter må dei nedprioritere dei normale fødslane, fordi risikofødslane krev ekstra oppfølging. Korleis jordmødrene i Crabtree (2004) og Russel (2007) sine studiar handterer slike interrollekonflikter, er ikkje omtala. Når jordmødrene i min studie seier at dei ikkje involverer legane i normale fødsjar, tolkar eg det som ein måte å verne om autonomien på. Like eins oppfattar eg at når dei ønsker å halde normale fødsjar normale og ikkje late seg påverke av risikotenking, er også det eit uttrykk for at dei vil verne om autonomien sin.

### **Omorganisering**

For å få betre vilkår til å arbeide i samsvar med den jordmorfaglege diskursen påpeikar alle at kvinneklinikken treng betre og større lokalitetar og fleire jordmødrer. Jordmødrene ønskjer betre tid til den enkelte og meir kontinuitet i arbeidet sitt. Men dei har ulikt syn på kva lokalitetar dei meiner vil gi dei beste vilkåra for ein slik praksis. Medan nokre jordmødrer meiner at både lav- og høgrisikofødsjar kan foregå ved same avdelinga, seier andre at det er nødvendig med separate einingar. Eg tolkar ønsket om ei separat normaleining som at dei har tru på at det vil skape ein annan kultur. Og at denne kulturen kan påverke både jordmødrer og

fødekvinne til ei forståing av fødselsprosessen som er i samsvar med ei fenomenologisk tilnærming. Kvalsund (2007: 142-143) omtalar det Giddens kallar strukturering, som ei haldningsendring som kan skje dersom spelereglar vert endra. Han seier at strukturering skjer når aktørar lukkast i å bruke alternative tilnærmingar. Strukturering i denne samanhengen vil vere at normale fødselar vert ivaretekne på ein tilfredstillande måte utanfor ei høgteknologisk avdeling. Dei jordmødrene som arbeidde ved ei slik normaleining, ville då vere med på å endre noverande praksis. Jordmødrene i Russel (2007: 130) sin studie meinte at felles avdelingar for både normal- og risikofødande var lite eigna for normale fødselar, og alle foreslo alternative løysingar som heimefødselar, eigne rom eller separate einingar for lavrisikofødande.

I tillegg til kontinuitet i arbeidet sitt saman med fødekvinn/paret i sjølve fødselssituasjonen, ønskjer også mange jordmødrer å møte fødekvinn/paret på førehand. Dei trur dette ville ha medført tryggleik.

## **Relasjonen til fødekvinn**

### **Forventningar frå fødekvinn/paret**

Noko eg tidleg oppdaga i intervjumaterialet mitt, var at jordmødrene veldig ofte omtala kvinn og partnaren, paret, som ei eining i fødesituasjonen. Dette tolkar eg som eit uttrykk for at dei har erfart at relasjonen mellom dei komande foreldra påverkar fødselen, og at det er ei viktig jordmoroppgåve å skape tryggleik for begge. Å lytte til og ivareta partnaren sine behov, har blitt ein naturleg del av ein fødesituasjon. Men denne praksisen har ingen lang tradisjon i Noreg. Den jordmorfaglege diskurs hadde sitt opphav i ein kvinnekulturell praksis, der berre kvinner hadde påverknad (jf. Sandvik Blåka 1997: 60-61). Dagens praksis viser at sosiale normer i samfunnet har endra seg og påverka det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret (jf. Aakvaag 2008: 263-264). Jordmødrene vil gjerne imøtekome individuelle forventningar frå fødekvinn/paret og bidra til at dei skal få ei fin fødselssoppleving. Fødekvinn/paret sine forventningar, med stor vekt på opplevingsdimensjonen, tolkar eg som eit ønske om at jordmora skal utføre sine handlingar på grunnlag av kommunikativ rasjonalitet (jf. Kvalsund 2007: 142).

### **Intra- og interrollekonfliktar**

Nokre gonger er det som blir forventa frå både paret og jordmora i samsvar med kvarandre, andre gonger ikkje. Jordmødrene kan også oppleve motsetnadsfylte situasjonar, der

fødekvinna/paret sine ønske ikkje er foreinlege med dei kommunikative handlingane jordmora ønskjer å utføre. Gravide sine førehandsbestemte ønske om fødselsinduksjon og/eller epiduralanalgesi er døme på dette. Når fødekvinna har eit sterkt førehandsbestemt ønske om epiduralanalgesi, gjerne uttrykt i eit ønskebrev, kan det medføre eit dilemma dersom jordmora gjer andre faglege vurderingar. Dilemmaet oppstår fordi jordmora ut frå faglege vurderingar vil utføre kommunikative handlingar, medan fødekvinna ønskjer både individuell tilnærming og handlingar baserte på instrumentell rasjonalitet. Jordmora må velje mellom to handlingsalternativ: instrumentell handling for å imøtekome fødekvinna sine ønske eller kommunikativ handling basert på faglege vurderingar. Shiefloe (2003: 199) seier at slike situasjonar gir intrarollekonfliktar, der rolleinnhavaren må velje mellom fleire handlingsalternativ. Jordmødrene taklar denne konflikten ved å velje det handlingsalternativet som er i samsvar med fødekvinna sine ønske. Raaheim (2002: 36) seier at slike situasjonar er problematiske, fordi det er knytta både positive og negative kjensler til den same rolla. Positive kjensler for jordmorrolla i denne samanhengen set eg i samband med at instrumentell handling oppfyller fødekvinna sine ønske og er bra for relasjonen til fødekvinna. Negative kjensler oppstår fordi jordmora må utføre instrumentelle handlingar og ikkje kommunikative handlingar baserte på faglege vurderingar i samsvar med verdiane i handlingsteorien sin (jf. Kvalsund 2007: 142, Mathisen 2003: 54).

Når jordmødrene omtalar desse intrarollekonfliktene, brukar dei såkalla kritisk rasjonalitet (jf. Lauvås og Handal 2000: 143). Dei set desse situasjonane i samheng med at samfunnet og fødelshjelpa har endra seg. Det å føde vart sett på som meir naturleg før, no er det sjukleggjort. I tillegg har fleire kvinner fødselsangst og større fokus på risikoar. Dette er utsegner eg kan samanlikne med funna i Russell (2007) sin studie, der jordmødrene meinte at ei av årsakene til at dei utførte instrumentelle handlingar var at fødekvinnene inntok ei passiv pasientrolle. Men jordmødrene eg intervjuar brukte ikkje omgrepet passiv pasientrolle når dei omtalte fødekvinnene. Crabtree (2004: 89) refererer også til at jordmødrer opplever at gravide ønskjer intervensjonar som fødselsinduksjon og epiduralanalgesi. Crabtree (ibid.) seier at teknologi og intervensjonar er blitt så vanleg at det er noko kvinner forventar.

I tillegg til denne intrarollekonflikten, tolkar eg erfaringane til jordmødrene frå travle vakter som interrollekonfliktar (jf. Shiefloe 2003: 199-200). Ved kvinneklinikken der denne studien er utført, har jordmora to ulike roller: ei rolle der ho har sjølvstendig ansvar for normale fødselar og ei rolle der ho saman med lege har ansvar for kompliserte fødselar. Sjølv om ikkje alle jordmødrene meiner det påvekar rolleåtferda i situasjonar med normale fødselar, gir alle

uttrykk for at det er vanskeleg å utøve desse to rollene samstundes når det er travelt i avdelinga. Då må jordmødrene prioritere kven av dei fødande som skal få tettast oppfølging (jf. Raaheim 2002: 35). Prioriteringane medfører at dei normale fødslane får minst merksemd, fordi risikofødslane krev meir teknisk overvaking og fleire medisinske intervensjonar. Jordmødrene påpeikar at dette er svært uheldig for den relasjonen dei ønskjer å ha til dei fødande i normalgruppa. Dei får ikkje tid til å opparbeide den gode relasjonen som har betydning for subjektive kvalitetar og som kan aktivere fødekvinna sine egne krefter (jf. Ekeland 2004: 22). Para i normalgruppa vert utrygge og fødekvinnene får oftare behov for epiduralanalgesi. Vakter med krysspress medfører også meir teknisk overvaking av lavrisikogravide. Jordmødrene får ikkje tid til å vere tilstades og gjere nødvendige observasjonar. Løysinga vert bruk av teknisk overvakingsutstyr for å få nødvendig informasjon om fosterlyd og rier. Stort arbeidspress fører også til fleire inngrep i normale fødselsforløp; det vert viktig å få ting unna for å få frigjere fødestover og personell. Erfaringane til jordmødrene i Keating og Fleming (2009: 524) sin studie var også at travle vakter forårsaka meir bruk av teknologi og biomedisinsk tilnærming. På slike vakter er det viktig å få fødslane unna fortast muleg.

Eg meiner at erfaringane til jordmødrene fortel at strukturane påverkar arbeidet deira. Færre fødselar vert følgde opp i samsvar med prinsippa i den jordmorfaglege diskursen, i staden skjer ei biomedisinsk tilnærming. Dersom ein i tenkjer at sosiale realitetar vert skapte i eit samspel mellom struktur, kultur, interaksjon og relasjon er det forståeleg at det som skjer ofte, vert sett på som normalt (jf. Shiefloe 2003: 123). Dette kan forklare kvifor ei biomedisinsk tilnærming har påverka kulturen slik at instrumentelle handlingar vert sett på som normale i mange situasjonar.

Mead og Kornbrot (2004) har undersøkt om jordmødrer ved fødeinstitusjonar med høg intervensjonsfrekvens, vurderer fleire situasjonar i normale fødselsforløp som risikofylte, enn det jordmødrer ved fødeinstitusjonar med lav intervensjonsfrekvens gjer. Dei (ibid.: 68-69) konkluderte med at kulturen har stor påverknadskraft. Jordmødrer ved avdelingar med høg intervensjonsfrekvens vurderte flest situasjonar som risikofylte.

Jordmødrene eg intervjuar brukar også her kritisk rasjonalitet når dei forklarar årsakene til prioriteringane sine, og dei grunngeve handlingane sine med strukturelle påverknadar. Dei innser at dei på grunn av stort arbeidspress må ta val som får konsekvensar for kvinna/paret og medfører at fleire fødselar vert flytta til risikogruppa. Jordmødrene sine ønske for å kunne

løyse desse konfliktsituasjonane, er omorganisering av fødetilbodet. Alle informantane ønskjer betre lokalitetar og fleire jordmødrer slik dei kan betre ivareta alle fødekvinne/par. Dette er også i samsvar med dei foreslåtte kvalitetskrava frå Helsedirektoratet (jf. 2010a: 33).

## **Påverknader frå den fødselsvitskaplege diskurs**

### **Forventningar frå legane**

Jordmødrene opplever at legane har andre forventningar til normale fødsjar enn dei sjølve har. Denne ulikskapen er særskilt relatert til tidsapektet, der jordmødrene oppfattar at legane forventar ein hurtigare og meir lineær fødselsprogresjon enn dei sjølve. Dette betyr ikkje at jordmødrene ignorerer faremomenta ved langvarige fødsjar. Intervjumaterialet syner at dei kontinuerleg vurderer fødselsframgangen, men i vurderingane inngår også andre observasjonar enn opning i centimeter pr time, og andre tiltak enn raskt å iverksetje medikamentell ristimulering. Desse ulike syna illustrerer dei to diskursane om fødselshjelp: den fødselsvitskaplege og den jordmorfaglege. Diskursane sine ulike syn på risiko får konsekvensar for kva tid og korleis fødselsforløp skal korrigerast (Sandvik Blåka 1997: 74-75). Walsh (2006: 71-72) seier at risikofokuseringa har samanheng med ei naturvitskapleg tilnærming der potensielle farer er jamstelte med reelle farer. Dette synet står i motsetnad til ei fenomenologisk tilnærming der ein ser på det unike i kvar situasjon. Å sjå det unike i kvar fødselssituasjon betyr å inkludere andre parameter enn dei reint kvantitative i risikovurderingar. Dei to ulike tilnærmingane forstår eg som eit resultat av ulike sosialiseringssprossar og ulike kunnskapssyn. Kunnskapssynet har konsekvensar for val av handlingsalternativ (jf. Kirkengen 1993: 20-21). Sandvik Blåka (1997: 172-174) karakteriserer dette som ein kamp mellom to kunnskapsformer: klassifiseringskunnskap og erfaringskunnskap. Det går tydeleg fram av intervjumaterialet mitt at jordmødrene opplever at legane vil nytte instrumentelle handlingar oftare enn jordmødrene. Slike situasjonar medfører intrarollekonfliktar, grunna ulike forventningar til jordmorrolla i normale fødselsforløp ( jf. Shiefloe 2003: 198-199). At legar og jordmødrer har ulikt syn vert støtta av ein kanadisk studie (Reime, Klein, Kelly, Duxbury, Saxell, Liston, Prompers, Entjes og Wong 2004) som undersøkte kva syn obstetrikarar, jordmødrer og almenpraktiserande legar hadde på fødselshjelp. Dei konkluderte med at obstetrikarar var den gruppa som var mest opptekne av å bruke teknologi og intervensjonar, jordmødrene ønskte færrest muleg inngrep, medan almenpraktiserande legar nokre gonger var einige med obstetrikarane og nokre gonger med

jordmødrene. Forfatterane av denne studien påpeikar at det er vanskeleg å generalisere ut frå desse resultatata.

### **Hierarki**

Dersom normale fødsjar er jordmødrene sitt spesialområde, bør dette området verte betrakta som eit område åtskilt frå risikofødsjar, med eit komplett jordmoransvar. Helsepersonelloven (1999: Kapittel 2, § 4) stadfestar denne oppfatninga. Men intervjumaterialet mitt avdekkjer at realitetane er annleis og komplekse. Blåka og Eri (2008) sin studie avdekkjer at jordmødrer ved store fødeinstitusjonar opplever dette som å vere i eit rom med kamp mellom to kunnskapsformer, den fenomenologiske og den biomedisinske. Det er interessant å prøve å forstå kvifor. Dersom vi ser på ein kvinneklinikk som ein organisasjon, har dei tilsette sine faste plassar i hierarkiet (jf. Raaheim 2002: 28). Blåka (2002: 160-161) seier at fødeinstitusjonar representerer eit profesjonshierarki, der legen er øvst og dermed har rett til å delegere arbeidsoppgåver og kontrollere kunnskapsutviklinga. Ved sida av denne hierarkiske inndelinga har naturvitskap med målrasjonell tenking og handlingar tradisjonelt sett hatt høg status i samfunnet vårt (Lauvås og Handal 2000: 144). Sandvik Blåka (1997: 172-174) seier at kunnskapsformene til den jordmorfaglege og den fødselsvitskaplege diskursen ikkje er jamstelte. Fødselsvitskapen er dominerande, medan erfaringskunnskapen til jordmødrene har mindre betydning. Den fødselsvitskaplege diskurs med ei biomedisinsk tilnærming har forma kunnskapsutviklinga i dei store fødeinstitusjonane. Diskursen har fungert som eit autorativt språk og dermed hatt størst påveknadskraft både i og utanfor fagmiljøa. Den som har mest makt får bruke sine tolkingar, definisjonar og klassifiseringar til å vurdere kva som er forsvarleg fødselshjelp. Og det er altså ikkje fødselshjelpa i seg sjølv som er utgangspunkt for endringane, men tolkingane, definisjonane og klassifiseringane (jf. Sandvik Blåka 1997: 59-60). Dei to diskursane har ulikt syn på risiko. Versteffallstenkinga har medført at alle fødsjar vert sett på som potensielle risikofødsjar (jf. Kjølørød 1992: 245). Med ei slik oppfatning må medisinsk ekspertise som kan behandle komplikasjonar, alltid vere tilgjengeleg. På bakgrunn av desse teoriane er det muleg å forstå at i store fødeinstitusjonar har det oppstått ein kultur der legane må ta ansvar også for forventa normale fødsjar og dette har påverka jordmødrene si grunnlagstenking. Men dette er ein kultur som ikkje er i samsvar med det formelle regelverket (jf. Helsepersonelloven 1999). Både Russel (2007) og Keating og Fleming (2009) sine studiar beskriv at jordmødrer opplever ei hierarkisk inndeling som reduserer autonomien deira. Dei seier legen er øvst, så erfarne jordmødrer, mindre erfarne jordmødrer og nedst i hierarkiet er



jordmorstudentar. På grunn av posisjonen sin kan legane også bestemme over normale fødslar.

### **Interaksjonen med legane**

Det er vidare interessant å sjå nærmare på kva jordmødrene fortel om si eiga rolleåtførd, noko som kan kaste lys over interaksjonen med legegruppa. Intervjumaterialet mitt avdekkjer at alle jordmødrene har klare rutinar for å kontakte legen når det oppstår komplikasjonar. Men det er ulik praksis blant jordmødrene om dei informerer legane på den daglege previsitten om dei normale fødslane. Nokre av jordmødrene meiner det er nødvendig å markere seg tydlegare og våge å seie frå om kva som er eige kompetanseområde. Det er også forskjellig praksis når det gjeld å konferere med andre jordmødrer ved faglege vurderingar. På den andre sida avdekkjer intervjumaterialet mitt også at legane i ulik grad involverer seg i dei normale fødslane. Strand (2006: 387-388) seier at innhaldet i ei rolle til ei viss grad er førehandsbestemt, men rolleinnhavaren har eit visst rom til å utføre rolla si i. Relatert til jordmorrolla vil eg tolke utsegner om at jordmødrene må markere seg, som ei oppfatning av at dei må ”utnytte” det rommet dei har, til rolleutøvinga si. Dette kan igjen påverke normene for åtførd både blant jordmødrer og legar (jf. Raahein 2002: 22). Som aktørar i ein organisasjon er alle ansvarlege for utvikling og endring, for idéar om akseptabel åtførd og for å markere grensene for akseptabel åtførd (jf. Raaheim 2002: 25). I eit sosialkonstruktivistisk perspektiv er mønsteret i sosiale handlingar menneskeskapte og kan dermed endrast (jf Shiefloe 2003: 112-113).

Eg vil også drøfte arbeids- og ansvarsfordelinga mellom legar og jordmødrer nærmare. Jordmødrene har med sin spesialkunnskap ansvar for normale fødslar, men samstundes skal dei bestemme kva tid ein fødsel ikkje lenger er innanfor deira spesialfelt. Dette vert komplekse situasjonar, utan tydlege grenser for jordmora sitt ansvars- og arbeidsområde. Synet på kva tid ein fødsel representerer ein risiko, vil vere avhengig av dei arbeidserfaringane den enkelte jordmor og lege har innlemma i sin personlege handlingsteori. Det er forståeleg at her er det umuleg å ha tydelege grenser og at i praksis vil dette fungere svært forskjellig. Mead og Kornbrot (2004) fann i sin studie om jordmødrer sitt syn på risiko, at dei vart påverka av kulturen dei arbeidde i. Realitetane er heller ikkje slik at jordmødrene handlar berre på grunnlag av den jordmorfaglege diskursen og legane berre på grunnlag av den fødselsvitskaplege diskursen. Mitt intervjumaterialet avdekkjer at jordmødrene innbyrdes både har ulikt syn på normale fødslar og handlar ulikt når dei har ansvar for normale fødslar, samt at legane også har ulikt syn. Lane (2002) undersøkte om jordmoridentitet var relatert til

den jordmorfaglege eller den fødselsvitskaplege diskursen. Ho fann at jordmødrene sin praksis byggjer på mange ulike tilnærmingar og varierer med alder, erfaring og kontekst. Få jordmødrer opptrer som anten heilt sjølvstendige eller berre som assistentar for legane. Ho karakteriserer dei fleste jordmødrer som hybridar, grunna at dei er påverka av begge diskursane. Ho seier også at jordmødrer ofte brukar ei biomedisinsk tilnærming ved faglege vurderingar.

Når jordmødrene reflekterer over samarbeidet med legane, brukar dei igjen såkalla kritisk rasjonalitet. Dei seier at legane på grunn av strenge retningslinjer for fødselsomsorg, også er under press. Vidare seier dei at interaksjonen med legane er god, men dei ønskjer ein betre dialog. Dette tolkar eg som eit uttrykk for ønske om eit felles syn på normale fødsjar. Hyde og Roche-Reid (2003: 2622) konkluderte i sin studie med at dersom ein skulle få til strukturelle endringar i store fødeinstitusjonar måtte det vere kommunikative handlingar mellom legar og jordmødrer. Dei seier også at jordmødrer si evne til å utføre kommunikative handlingar ved fødsjar, er avhengig av at dei handlar kommunikativt overfor legane. Earl (2004: 162) oppsummerte i sin studie, at ein føresetnad for å fremje normale fødsjar ved store fødeinstitusjonar er at interaksjonen mellom legar og jordmødre fungerer godt. Interaksjonen må vere basert på gjensidig tillit og både legar og jordmødrer må ønskje å halde flest muleg fødsjar normale.

### **Personleg og kollektiv handlingsteori**

På bakgrunn av refleksjonane til jordmødrene har eg sett nærmare på elementa i den personlege handlingsteorien deira og fått kunnskap om korleis dei ønskjer å utøve jordmorrolla. Informantane gir uttrykk for at den jordmorfaglege diskursen representerer overordna verdiar og at handlingane kan vere både kommunikative og målrasjonelle. Men det var viktig at målrasjonelle handlingar vart utførte på grunnlag av faglege vurderingar og ikkje som ei rutineprega tilnærming. Jordmødrene er uroa for at det vert utført målrasjonelle handlingar i situasjonar der dei meiner kommunikative handlingar er eit betre alternativ. Jordmødrene brukar kritisk rasjonalitet og set fokus på nokre av årsakene: ønske frå fødekvinna/paret, travle vakter med krysspress og ulike påverknadar frå den fødselsvitskaplege diskursen. Nokre gonger hadde jordmødrene også ei rutineprega tilnærming til normale fødsjar. Dette funna gir meg grunnlag for å seie at jordmødrene har *ein ideell handlingsteori* for korleis dei ønskjer å utøve yrket sitt i samband med normale

fødsjar. Men fleire strukturelle påverknadar gjer det vanskeleg å handle i samsvar med dei overordna prinsippa, og forårsakar *ein reell handlingsteori*.

Eg synest også det er interessant å finne ut om jordmødrene har ein kollektiv handlingsteori. Ein kollektiv handlingsteori forutset at jordmødrene er i kontakt med sin eigen handlingsteori, samstundes som dei har eit felles blick på praksis med kunnskapsutvikling og kollektiv refleksjon (jf. Mathisen 2003: 57-58). Funn som kan tyde på at det eksisterer ein kollektiv handlingsteori, er at perspektiva i den jordmorfaglege diskursen er overordna verdiar i den ideelle personlege handlingsteorien deira. I tillegg trivst dei på arbeidsplassen og opplever god støtte av jordmorkolleagaer. Eit funn som eg meiner kastar lys over dette spørsmålet, er rutinemessig bruk av innkøms-CTG. Her ser vi at det er ulik praksis og jordmødrene har inga felles grunnlagstenking om denne overvåkingsmetoden. Eit anna funn er ulik praksis med å involvere jordmorkolleagaer i faglege vurderingar. Å involvere andre jordmødrer i faglege vurderingar trur eg kan starte ein felles refleksjon over praksis. Eg trur også at kven jordmødrene diskuterer med, gir ein signaleffekt om kva profesjonsgruppe som har størst betydning. Det er heller ingen felles praksis for korleis jordmødrene involverer legane i normale fødsjar. Dette er funn som tyder på at det ikkje eksisterer ein kollektiv handlingsteori. Denne tolkinga mi vert støtta av jordmødrene når dei brukar kritisk rasjonalitet og set fokus på eit manglande felles engasjement.

Klages (2003: 72) seier at medvit om eigen handlinsteori er ein føresetnad for å utvikle ein kollektiv handlingsteori. Då må først den enkelte jordmor reflektere over om ho handlar i samsvar med dei overordna verdiane sine. Ein slik ettertanke kan medføre evaluering, vidareutvikling og forbetring av praksis. Endring av strukturar kan skje ved refleksjon over eigne føresetnadar (jf. Kvalsund 2007: 142-143). Det er viktig å vere medviten om at alle i ein organisasjon er delaktige i utvikling og endring når felles kunnskap vert manifestert gjennom språk og gjennom handlingar i praksisfellesskapet (jf. Mathisen 2003: 57-58).

Sosialkonstruktivisme syner at mønster i sosiale handlingar er menneskeskapte og kan endrast (jf. Shiefloe 112-113). Strukturering er kollektiv kunnskap skapt i samhandling med andre der dei sosiale realitetane vert fortolka og eventuelt endra. Strukturering skjer når aktørar lukkast i å bruke alternative metodar i arbeidet sitt og såleis syner at spelereglane ikkje er fastlåste.

Dersom den jordmorfaglege diskursen skal få større påverknadskraft, må det skje ei strukturering. Ein felles strategi må vise at den fenomenologiske tilnærminga som den jordmorfaglege diskursen byggjer på, fungerer i praksis. Eg forstår det slik at at mangel på kollektiv handlingsteori medfører mangel på strukturering (jf. Kvalsund 2007: 142-143).

Jordmødrene i Brunstad (2010: 36) sin studie påpeikar at fagutvikling både er den enkelte jordmor og avdelingsleiinga si oppgåve. Dei kvinneklinkkane og fødeavdelingane som Brunstad (ibid.) refererer til, var organiserte slik at jordmødrene fekk innsyn i arbeidet til kvarandre. Avdelingane hadde på alle vakter ei koordinerande jordmor som dei diskuterte faglege problemstillingar med. Dette førte til fagutvikling for begge partar.

Keating og Fleming (2009: 526) påpeikar at dersom jordmødrer skal fremje normale fødsjar i høgteknologiske avdelingar, er det nødvendig å reflektere over korleis kulturen påverkar jordmorstudentar. Ved kvinneklinikken der min studie er utført, har vi kontinuerleg både jordmorstudentar og nyutdanna jordmødrer. Eg ser det som viktig at desse gruppene får opplæring i ein kultur som fremjar normale fødsjar, fordi det vert arbeidserfaringar som dei innlemmar i den personlege handlingsteorien sin. Ein kollektiv handlingsteori med felles syn på normale fødsjar, trur eg ville ha påverka kulturen slik at desse arbeidserfaringane vart prega av ei fenomenologisk tilnærming. Førstegradfortokinga mi avdekkjer også ønske om at jordmødrene må få eit felles syn på arbeidet sitt, det hjelper ikkje om berre nokre få er einige.

### **Jordmorrolla i differensiert fødselsomsorg**

Intensjonen med differensiert fødselshjelp er at både lav- og høgrisikofødande skal få behandling, hjelp og omsorg etter medisinske retningslinjer og individuelle behov.

Samstundes er det eit ønske om demedikalisering av normale fødsjar, uansett kvar fødselen finn stad. På bakgrunn av denne forståinga av differensiert fødselsomsorg, er det interessant å sjå på kva som skjer med fødande etter hospitalisering ved dei store fødeinstitusjonane. I Noreg i dag arbeider majoriteten av jordmødrer ved kvinneklinikkar, der omlag 70 % av alle fødslane foregår (jf. Medisinsk fødselsregister 2012).

Kringeland, Daltveit og Møller (2010, Vedlegg X) sin studie viser at berre 29,3 % av førstegongsfødande og 61,1 % av fleiregongongsfødande som ønskte ein naturleg fødsel gjennomgjekk ein naturleg fødsel. Denne oversikta inneheld ikkje opplysningar om medisinske årsaker som kunne ekskludere dei gravide frå lavrisikograppa i utgangspunktet. I tillegg er fødande med episiotomi ekskluderte frå gruppa *naturlege fødsjar*. Jordmødrene i min studie meiner at episiotomi ikkje betyr overflytting til risikograppa, ei oppfatning som stemmer overeins med dei interne retningslinjene for differensiering (jf. Vedlegg IX). Men likevel tyder tala i studien til Kringeland m.fl på at mange fødekvinne får endra status frå lav- til høgrisiko i løpet av fødselen.

To studiar ved norske kvinneklinikkar har undersøkt talet på fødselsintervensjonar i lavrisikograppa etter innføringa av retningslinjer om differensiering (Moen, Tollefsrud, Rosenberg og Rolland 2009, Bernitz, Blix, Jacobsen, Sjøborg og Øian 2011, Vedlegg X). Resultata frå Moen m.fl. (2009) sin studie er frå ein kvinneklinikk der differensieringa føregår internt. Resultat frå før oppstart av differensiering vert samanlikna med resultat etter innføringa (jf. Moen, Holmen, Tollefsrud og Rolland 2005, Vedlegg X). Funna viser at differensieringa internt ikkje hadde gitt ønska resultat; både ristimulering og operative forløyseringar hadde auka i lavrisikograppa. Bernitz m.fl. (2011) undersøker intervensjonar blant lavrisikofødande når dei føder ved ulike separate einingar i same institusjonen: spesial-, normal- og jordmorstyrt eining. Resultata viser at der var ingen signifikante forskjellar i operative forløyseringar, men signifikante forskjellar for ristimulering og farmakologisk smertelindring. Ved den jordmorstyrte eininga var det minst bruk av ristimulering og farmakologisk smertelindring og meir bruk av akupunktur. Desse resultata seier ikkje noko om korleis differensieringa fungerer internt ved alle kvinneklinikkane i Noreg. Men likevel gir studiane eit inntrykk av at det skjer ei rekkje intervensjonar i normale fødselsforløp, trass i nokre positive resultatet i Bernitz m. fl. (ibid.) sin studie. Også jordmødrene i min studie gir uttrykk for at det skjer ulike intervensjonar i lavrisikograppa, samstundes som dei peikar på konsekvensane for jordmorpraksis.

Hunter og Segrott (2010) undersøkte korleis innføring av retningslinjer for handtering av normale fødselar påverka jordmødrer og legar. Resultata deira viser at jordmødrer såg på retningslinjene som eit grunnlag for vurderingane sine, og dei yngre nyutdanna jordmødrene var meir positive enn dei med lang erfaring. Legar var kritiske og opplevde retningslinjene som ekskluderande. Både jordmødrer og legar meinte det hadde medført auka interprofesjonelle ”gnisningar”. Det var heller ingen haldepunkt for at forekomsten av normale fødselar hadde auka etter innføringa. Hunter og Segrott (ibid.) konkluderer med at å innføre retningslinjer for normale fødselar gir både intenderte og uintenterte resultat, både for fødselshjelpa generelt og for rollene og samarbeidet blant profesjonsgruppene. Forfattarane reiser spørsmål ved om retningslinjer og standardiserte tiltak er formålsteneleg på eit så komplekst område som det ein fødsel representerer. Relatert til min studie synest eg det er vanskeleg å eksakt seie kva retningslinjene for differensiering har medført for jordmorpraksis. Men intervju materialet mitt viser at mulegheita for å ivareta normale fødselar i samsvar med jordmorfaglege prinsipp ikkje alltid er til stades. Eg trur ei evaluering av korleis retningslinjene fungerer ville vere eit viktig tiltak for å forbetre vilkåra for normale fødselar.

Til slutt i andregradsfortolkinga mi vil eg sette differensiert fødselsomsorg og teoriar om den moderne og den fleirstemte jordmorprototypen i samband med refleksjonane til dei jordmødrene eg har intervjuet. Blåka (2002: 172-174) seier at den moderne prototypen la grunnlaget for jordmorarbeidet i dei store fødeinstitusjonane. Eg forstår det slik at parallelt med arbeidet i dei store fødeinstitusjonane gjenoppdaga ho nokre av faget sine grunnleggjande verdiar og framheva dei som viktige prinsipp. Ho såg at biomedisinsk tilnærming og verstefallstenking ville prege fødselshjelpe og redusere jordmorfagleg autonomi. Dette medvitet om sitt eige fag set eg i samband med profesjonalisering og med at ho måtte gjere fagområdet sitt eksklusivt (jf. Blåka 2002: 160-162). Eg forstår beskrivinga av den moderne jordmora som at det var ho skapte den kulturen som pregar den fleirstemte jordmora. Jordmødrene i min studie som arbeider i differensiert fødselsomsorg har mange samanfallande trekk med den moderne prototypen: må forhalde seg til mange fødande samstundes, standardiserte arbeidsoppgåver, teknisk overvaking, fleire intervensjonar, fødande stiller krav og det er fokus på tidsdimensjonen. Med sentraliseringa oppstod verstefallstenkinga og omgrepa risiko og tryggleik fekk ny betydning. I eit sosialkonstruktivistisk perspektiv er det lett å forstå at dette påverkar jordmorfaget. Denne jordmorprototypen vart også tettare knytt til det medisinske mandatet.

Slik eg forstår den fleirstemte prototypen, har ho med seg trekka frå den moderne jordmora, men det har oppstått nye moment i tillegg. Den fleirstemte jordmora er ”plassert” i perioden 1990 til 2002. Denne perioden er avslutta for ti år sidan, men eg meiner karakteristikken av denne jordmora framleis er aktuell. Det som eg oppfattar som særskilt ved den fleirstemte prototypen, er at i tillegg til å vere bunde til det medisinske mandatet nyttar ho eit motspråk til det autorative språket. Blåka (2002: 181-182) seier jordmora vil argumentere for posisjonen sin, både overfor andre faggrupper og innanfor nye felt. Eg tolkar både mine funn og det som Blåka (ibid.) her seier som at den fleirstemte jordmora måtte gjenoppdaga nokre av faget sine grunnleggjande verdiar og framheve dei som viktige prinsipp. Dei oppdaga at dersom berre biomedisinsk tilnærming og verstefallstenking får prege fødselshjelpe, vil det true jordmorfaget og den fagleg autonomien. Det meiner eg kjem tydeleg fram grunna den uroa informantane i min studie avdekkjer for faget sitt.

Blåka (2002: 182-183) seier også at den fleirstemte jordmora vil tale med mange røyster. Relatert til min studie stemmer det at jordmødrene har ulikt syn på normale fødselar og at dei opptrer ulikt i situasjonar med normale fødselar. Vidare i beskrivinga si av den fleirstemte prototypen seier Blåka (ibid.) at krava kan mange gonger verke uforeinelege. Uforeinelege

krav til jordmorrolla meiner eg vert illustrerte i denne studien ved intra- og interrollekonflikter. Jordmødrene er redde for negative tilbakemeldingar frå ulike hald og for rettsaker. Då er det forståleg at både jordmødrer og legar vil gardere seg og ”for sikkerhets skyld” tankegangen pregar handlingane deira. Men eg meiner at det også er positivt at fødekvinne/par har lov til å vere kritiske til den hjelpa dei får; ikkje berre passivt finne seg i det som vert bestemt. Ein fødesituasjon er ein asymmetrisk relasjon med flytande grenser. Utfordringa for jordmora er å finne ein balanse mellom sine faglege vurderingar og fødekvinna/paret sine ønske (jf. Sandvik Blåka 1997: 63-64). I tillegg kan det vere situasjonar der jordmora ikkje har tid til å gjere sine faglege vurderingar og ikkje kan gi den omsorga som både ho og dei komande foreldra ønskjer. Det er forståleg at arbeidsdagen er prega av mange motsetnader (jf. Blåka 2002: 187-188).

Det er også andre særtrekk ved den fleirstemte protoypen som høver med opplysningane frå intervjumaterialet mitt. Når jordmødrene i min studie omtalar yrket sitt, meiner eg det kjem tydeleg fram at dei vil ivareta verdiane i jordmorfaget og representere eit motspråk til den fødselsvitskaplege diskursen. Mangelen på kollektiv handlingsteori set eg i samband med at den fleirstemte prototypen talar med mange stemmer, der er ingen sameint dialog (jf. Blåka 2002: 175-183). Slik eg ser det, vert utfordringa å sameine alle stemmene i ein felles dialog og danne grunnlag for ein felles handlingsteori.

Crabtree (2004: 95) seier at dersom fødslane skal bli normale igjen, er det avgjerande kva syn jordmødrer har på arbeidet sitt. Dette set eg i samanheng med å verte medviten sin eigen handlingsteori ved å reflektere over eigen praksis som eit grunnlag for evaluering, vidareutvikling og forbetring (jf. Klages 2003: 72).

Heilt til slutt i andregradsfortolkinga mi vil eg nemne ein svensk studie utført av Larson, Aldergarman og Aarts (2007). Dei undersøkte korleis erfarne jordmødrer opplever den profesjonelle rolla si etter alle dei endringane som har skjedd innan fødselshjelpa i dei siste 20-25 åra. Dei fann eit motsetnadsfylt bilete som dei beskriv som tre paradoks. Den profesjonelle rolla var redusert fordi fleire profesjonar var involverte i fødselsomsorga, men dei hadde betre dialog enn tidlegare med dei andre profesjonane. Jordmoridentiteten var sterk, men mindre verdsett grunna meir bruk av teknologi. Fødslane var meir humane, men der var fleire krav frå dei fødande og mange kvinner hadde manglande tillit til at dei kunne føde normalt. Jordmødrene i min studie, både dei nyutdanna og dei med lang arbeidserfaring uttrykte uro for faget sitt og for yrkesidentiteten sin.

## AVSLUTNING

### Oppsummering av hovudfunn

Jordmødrene har mange felles synspunkt på kva som kjenneteiknar ein normal fødsel, men når det gjeld bruk av epiduralanalgesi, har dei ulike oppfatningar av om fødselen då framleis kan verte karakterisert som normal.

Slik eg tolkar refleksjonane til dei jordmødrene eg har intervjuja, ønskjer dei å utføre arbeidet sitt i samsvar med prinsippa i den jordmorfaglege diskursen. Desse prinsippa er nærleik, heilskap og kontinuitet og inneber ei individuell tilnærming. Jordmorhandlingar skal vere basert både på kommunikativ- og instrumentell rasjonalitet og faglege vurdeingar skal bestemme handlingsalternativet. Men ulike kulturelle og strukturelle faktorar vanskeleggjer ein slik praksis og arbeidet vert ofte rutineprega. Eg har valt å beskrive dette som jordmødrene har både *ein ideell* og *reell handlingsteori*. Den ideelle handlingsteorien inneheld overordna verdiar for korleis jordmora skal ivareta normale fødselar, men handlingane i praksis er ofte annleis og tilseier at jordmødrene også har ein reell handlingsteori. Eg finn ikkje grunnlag for å meine at jordmødrene har eit felles blick på praksis, med ein kollektiv refleksjon over arbeidet og ein kollektiv handlingsteori.

Årsakene til at jordmødrene ikkje alltid kan handle i samsvar med den ideelle handlingsteorien sin er komplekse. Dei set mellom anna fokus på strenge nasjonale retningslinjer for fødselshjelp, som både jordmødrer og legar må følgje, redsel for negative tilbakemeldingar og ulike forventningar til jordmorrolla. Jordmødrene opplever både intra- og interrollekonflikter i arbeidet sitt. Intrarollekonflikter fordi fødekvinna/paret og legane har andre forventningar til normale fødselsforløp enn dei sjølve har. Interrollekonflikter fordi dei har ansvar for både lav- og høgrisikogravide samstundes. Det er tidkrevjande eit og stort ansvar å følgje opp høgrisikogravide, og på travle vakter går det utover dei som er differensierte til normalgruppa. Desse får mindre kontakt med jordmor, vert meir utrygge og får større behov for epiduralanalgesi. Jordmorarbeidet vert meir rutineprega og det skjer fleire intervensjonar. Jordmødrene opplever at normale fødselar, som representerer deira spesialområde, vert stadig færre og dei er uroa for korleis dette vil påverke den jordmorfaglege autonomien.

Alle informantane i denne studien meiner at fleire jordmødrer på vakt og betre lokalitetar er nødvendig for å ivareta normale fødselar på ein forsvarleg måte. Dei ønskjer også meir



kontinuitet i arbeidet sitt og etterlyser kontakt med fødekvinn/paret allereie før fødselen. Dessutan ønskjer fleire av jordmødrene ei separat eining for normale fødsjar.

## **Refleksivitet**

Gjennom arbeidsprosessen med denne masteroppgåva har eg vore medveten om at det inneber utfordringar å forske på eigen kultur. Og når studien i tillegg er gjennomført på eigen arbeidsplass, med egne kollegaer som informantar, har dette vore ekstra utfordrande. Slik eg tolkar omgrepet refleksivitet, er det viktig at eg gjer greie for dei påverknadene av mi eiga rolle som eg er klar over. Men eg må også forstå at eg korkje kan sjå eller kontrollere alle effektane av den. Eg har prøvd å forklare og grunngi mine val undervegs, men vil likevel til slutt omtale nokre aspekt ved eiga rolle.

Heilt frå då eg bestemte at informantane skulle vere frå eigen arbeidstad, tenkte eg at det var viktig med informasjon til kollegaer om prosjektet. Eg tenkte informasjon ville "avmystifisere" prosessen og skape tryggleik. I tillegg til å snakke ope om masterstudiet på arbeidsplassen, har eg også informert via mail (Vedlegg I, VI, VII). Trass forskjell i alder og arbeidserfaring mellom nokre av informantane og meg, opplevde eg i intervjusituasjonane at felles engasjement og interesse for jordmorfaget utgjorde viktige element i interaksjonen. Undervegs i prosessen har eg fått mange positive tilbakemeldingar frå jordmorkollegaer. Dei synest det er flott at det vert gjennomført ein studie med fokus på jordmorfaget.

Det at eg sjølv er jordmor, ser eg på både som ein styrke og ei svakheit for studien. Styrken er at eg kjenner konteksten og lett forstår dei kliniske situasjonane informantane refererer til. Svakheita er at eg kan ha vanskeleg for å sjå nye innfallsvinklar og dermed omtalar berre kjende tema og stadfestar kjende problemstillingar. Eg meiner det hadde vore ein klar fordel for reliabiliteten i studien dersom intervjuja hadde blitt gjennomførte ved ein annan kvinneklinikk. Eg ser at mi eiga førforståing har prega heile prosessen, men håper eg har greidd å tydeleg meddele refleksjonane mine omkring dei vala eg har tatt.

## **Vidare implikasjonar**

Eg har formålet for studien i tankane når eg skal vurdere vidare implikasjonar. Formålet er å få kunnskap om korleis jordmødrene opplever ansvaret dei har for å ivareta normale fødsjar i differensiert fødselsomsorg, ved ein kvinneklinikk der lav- og høgriskogravide er hospitaliserte ved den same eininga. Håpet er også at resultatata vil bidra til konstruktive

diskusjonar om organiseringa av fødselshjelpa. Eg ser det slik at dersom dei resultatane eg presenterer gir kunnskap om temaet mitt, kan resultatane bidra til konstruktive diskusjonar. I metodekapittelet omtalar eg kort naturalistisk generalisering. Føresetnaden for naturalistisk generalisering i samanheng med denne studien, er at eg har greidd å formidle resultatane mine slik at jordmødrer forstår dei og kjenner seg att i beskrivingane mine. Eg håper at ei naturalistisk generalisering vil skje først og fremst ved min eigen arbeidsplass, men kanskje også ved andre kvinneklinikkar.

Eg trur at dersom jordmødrer vil arbeide etter prinsippa i den jordmorfaglege diskursen og verne om den jordmorfaglege autonomien, er det nødvendig å ha medvit om den personlege handlingsteorien sin. Vidare vert det viktig å diskutere dei ulike oppfatningane og erfaringane som er innlemma i denne handlingsteorien med jordmorkolleagar. På denne måten kan ein kollektiv handlingsteori, der prinsippa i den jordmorfaglege diskursen er overordna verdiar, verte utvikla.

## LITTERATURLISTE

- Alvsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn. I: Bjørk, IT, S. Helseth, F. Nordtvedt (red.). 2002. *Møte mellom pasient og sykepleier*: 208-221. Oslo: Gyldendal
- Amelink-Verburg og M. P., S.E. Buitendijk (2010). Pregnancy and Labour in the Dutch Maternity Care System: What Is Normal? The Role Division Between Midwives and Obstetricians. *Journal of Midwifery & Womens Health; Volume 55, No. 3*
- Anim-Somuah, M., RMD Smyth og L. Jones (2011). *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review)*. The Cochrane Collaboration, The Cochrane Library 2011; Issue 12 <http://www.thecochranelibrary.com> (01.03.12).
- Backe, B., P. Øian, B. Eide, S T. Nilsen, S P. Pedersen, N. Schimdt, E. Schou og S. Taraldsen (2005). Desentralisert og differensiert fødselshjelp- et paradigmeskifte. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening 2005*; 125: 606-607
- Beck, U. (1997). *Risiko og frihet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Beech, B. L. og B. Phipps (2004). Normal Birth: women´s stories. I: Downe, S. (edt.). (2004). *Normal Childbirth evidence and debate*: 59-70. Edinburgh: Churchill livingstone
- Bernitz; S., R. Rolland, E. Blix, M. Jacobsen, K. Sjøborg og P. Øian (2011). Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG*: 118: 1357-1364
- Berger, P L. og T. Luckmann (2000). *Den samfunnskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Blix, E. (2010). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I: A. Brunstad og E. Tegnander (red.). (2010). *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde*: 53-55. Oslo: Akribe
- Blix, E., M. Kumle og P. Øian (2008). Hvor lenge kan en fødsel vare? *Tidsskrift for Den norske legerforening*; 128: 686-689
- Blåka, G. og T. Schauer Eri (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*; 24, 344-352
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag. Teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Branth, B. (1996). Gruppeintervju: perspektiv, relasjoner og kontekst. I: Holter, H. og R. Kalleberg (red.). (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*: 145-165. Oslo: Universitetsforlaget
- Brunstad, A. (2010). En studie om hvilken kompetanse norske jordmødre mener er viktig ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*; 6 (1) 26-39
- Carolan, M C. (2008). Towards understanding the concept of risk for pregnant women: some nursing and midwifery implications. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 652-658

- Crabtree, S. (2004). Midwives constructing normal birth. I: Downe, S. (edt.). (2004). *Normal Childbirth evidence and debate*: 85-99. Edinburgh: Churchill Livingstone
- Darra, S. (2009). Normal, natural, good or good-enough birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*; 16 (4): 297-305
- Denscombe, M. (2010). *Ground Rules for Social Research. Guidelines for Good Practice*. Mc Graw Hill: Open University Press
- Devane, D., JG. Lator, S. Daly, W. McGuire og V. Smith (2012). *Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart for assessment of fetal wellbeing*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art.No.: CD005122. DOI: 10.002/14651858.CD005122.pub4. (01.07.12).
- Downe, S. (2006). Engaging with the concept of unique normality in childbirth. *British Journal of Midwifery*: Vol 1, No 6, 352- 356
- Earl, D. J. (2004). *Keeping Birth Normal: Midwives' experiences in a secondary care setting*. A thesis for the degree of Master of Health Science. Auckland University of Technology, Auckland New Zealand
- Eilertsen, B. (2010). Lover og forskrifter. I: A. Brunstad og E. Tegnander (red.). (2010). *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde*: 30-39. Oslo: Akribe
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat nr 6/2004. Høgskolen i Oslo: Senter for profesjonsstudier
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget
- Fylkesnes, A. M. (2010). Internasjonale føringar for jordmorvirksomhet. I: A. Brunstad og E. Tegnander (red.). (2010). *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde*: 23-27. Oslo: Akribe
- Gadamer, H-G. (1960). Fra Sannhet og metode. I: Lægereid, S. og T. Skorgen (red.). (2001). *Hermeneutisk lesebok*: 115-197. Oslo: Spartacus forlag
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books
- Gilje, N. og H. Grimen (2011) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Unoversitetsforlaget
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I Molander, A. og L. Terum (red.). (2008). *Profesjonsstudier*: 71-85. Oslo: Universitetsforlaget
- Gould, D. (2000). Normal labour: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2); 418-427
- Grønmo, S. (1996). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærmingar i samfunnsforskningen. I: Holter, H. og R. Kalleberg (red.). (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*: 73-108. Oslo: Universitetsforlaget
- Habermas, J. (1974). *Vitenskap som ideologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Handal, G. og P. Lauvås (1999). *På egne vilkår. En strategi for veiledning med lærere*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

- Heiberg, M. (2010). Organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I: A. Brunstad og E. Tegnander (red.). (2010). *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde*: 41-47. Oslo: Akribes
- Heimstad, R., P R. Romundstad, J. Hyett, L-Å. Mattson og K. Å. Salvesen (2007). Womens experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica*; 85: 950-956
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Helsedirektoratet (2012). <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/gravid/overtidige-svangerskap/Sider/default.aspx> (07.03.12)
- Helsedirektoratet (2010a). *Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. Rapport: IS-1803
- Helsedirektoratet (2010b). *Utviklingsstrategi for jordmørtjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet*. Rapport: IS-1855
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02 nr 64: *Lov om Helsepersonell m v.* (12.10.12 på Lovdata)
- Holm, IM. (2011). *Somaliere i norsk skole. En studie av somaliere i Norge med særleg fokus på relasjoner mellom lærere og foreldre*. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Tromsø
- Holter, H. (1996). Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. I: Holter, H. og R. Kalleberg (red.). (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*: 9-25. Oslo: Universitetsforlaget
- Hunter, B. og J. Segrott. (2010). Using a Clinical Pathway to Support Normal Birth: Impact on Practitioner Roles and Working Practices, *BIRTH* 37: 3, 227-236
- Hyde, A. og B. Roche-Reid. (2003). Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife; *Social Science & Medicine* 58; 2613-2623
- Innst. S. nr. 300 (2000-2001). *Innstilling frå Sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap*.
- Iori, V. (2006). Birth: Between medical and human science. I: La Sala, G. B., P. Fagandini, V. Iori, F. Monti (eds.). (2006). *Coming into the World: A Dialogue between Medical and Human Sciences*: 25-42. Berlin: Walter de Gruyter
- Kalleberg, R. (1996). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I: Holter, H. og R. Kalleberg (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. (red.): 26- 72. Oslo: Universitetsforlaget
- Keating, A. og VEM Fleming (2009). Midwives experience of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. *Midwifery*: 25(5): 518-527
- Kirkengen, A. L. (1993). Kan vi skifte fokus fra sykdom til helse? I: Kirkengen, A. L., J. Jørgensen (red.). (1993). *Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse*: 15-25. Oslo: Allmenpraktikerserien Tano
- Kjølsrød, L. (1992). *Jordmor der mor bor. En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945*. Rapport nr.16. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo

Klages, W (2003). Lære ved å arbeide sammen. Veiledet praksis i forskolelærerutdanning analysert som legitim perifer deltakelse. I Skagen, K. (red.) (2003). *Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning*: 71-90. Bergen: Fagbokforlaget

Korshamn, J. (2011). Internt notat: *Oversikt fødselsintervensjonar*.

Korshamn, J. (2005). Internt notat: *Resultat etter innføring av retningslinjer om differensiering*.

Kringeland, T., A. K. Daltveit og A. Møller (2010). How does preference for natural childbirth relate to actual mode of delivery? A population-based cohort study from Norway. *Birth* 2010; Vol 37(1), 21-27

Kringeland, T. og A. Møller (2006). Risk and security in childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, December 2006; 27(4): 185-191

Kunnskapssenteret (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. <http://www.kunnskapssenteret.no> (20.11.11).

Kvale, S. og S. Brinkmann (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvalsund, R. (2007). Brillene vi ser med – utfordringar i profesjonelt arbeid med funksjonshindra barn og ungdom. I Ekeland, T.-J., K. Heggen, K. (red.). (2007). *Meistring og myndiggjering -reform eller retorikk?*: 142-162. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kvangarsnes, M. (2007). Helsearbeidaren som pedagog. I: Ekeland, T.-J., K. Heggen (red.) (2007). *Meistring og myndiggjering -reform eller retorikk?*: 141-162. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Lane, K. (2002). Midwifery: A profession in transition, *AUSTRALIAN COLLEGE OF MIDWIVES INCORPORATED*, Vol 15, No 2, 26-31

Larson, M., U. Aldemann og C. Aarts (2009). Professional role and identity in a changing society: three paradox in Swedish midwives experiences. *Midwifery* 25 (4): 373-81

Lauvås, P. og G. Handal (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Lavender, T. og C. Kingdom (2006). Keeping birth normal. I: Page L.A., and R. McCandlish (2006). *The new midwifery: science and sensitivity in midwifery practice* (eds.): 333-366. Edingurgh: Churchill Livingstone

Lycke, K. H., P. Lauvås og G. Handal (2003). Reflekterende veiledning og veiledning i fellesskap – en grenseoppgang. I Skagen, K. (red.) (2003). *Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning*: 123- 147. Bergen: Fagbokforlaget

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Mander, R. (2002). The midwife and the medical practitioner. I: Mander, R. and V. Fleming (eds.) (2002). *Failure to progress. The contradiction of the midwifery profession*: 171-188. London and New York: Routledge

- Mathisen, L. (2003). Mesterlære og veiledning. I Skagen, K. (red.) (2003). *Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning*: 35-68. Bergen: Fagbokforlaget
- Mead, M. (2004). Midwives' practices in 11 UK maternity units. I: Downe, S. (edt.). (2004). *Normal Childbirth evidence and debate*: 71-83. Edinburgh: Churchill Livingstone
- Mead, M. og D. Kornbrot (2004). The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for woman suitable for midwifery-led care. *Midwifery* 20, 61-71
- Medisinsk fødselsregister (2011). <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/> (03.05.12).
- Moen, M. S., S. Tollefsrud, M. Rosenberg og R. Rolland (2009). Lavrisiko ved en kvinneklinikk med differensiert fødetilbud, hvordan føder de? I: *Tidsskrift for jordmødre* 02.11.2009
- Moen, M. S., M. Holmen, S. Tollefsrud og R. Rolland (2005). Lavrisikofødende ved en kvinneklinikk – Hvordan føder de? *Tidsskrift for Den norske legeförening*; 125: 2635-2637
- Molander, A. og L. I. Terum (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. I: Molander, A. og L. I. Terum (red.). (2008). *Profesjonsstudier*: 14-27. Oslo: Universitetsforlaget
- Nasjonalt råd for fødselsomsorg. (2004). *Kartlegging av fødestuer og modifiserte fødestuer*
- Reime, B., M. C. Klein, A. Kelly, N. Duxbury, L. Saxell, R. Liston, F. J. P. M. Prompers, R. S. W. Entjes og V. Wong (2004). Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 111, 1388-1393
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Russel, K. E. (2007). Mad, bad or different? Midwives and normal birth in obstetric led units. *British Journal of Midwifery*; 15(3): 128-131.
- Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandvik Blåka, G. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid. Diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Schiefloe, P. M. (2003). *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. Trondheim: Fagbokforlaget
- Skjervheim, H. (2001). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug & co
- Stake, R. E. (2005). Qualitative Case Studies. I: Denzin, N. K og Y. S. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage
- Statens helsetilsyn (1997). *Faglige krav til fødeinstitusjoner*. Utredningsserie: 7, IK-2565
- St.meld. nr. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Helse- og sosialdepartementet.
- Strand, T. (2006). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanningen*

Walsh, D. (2006). Risk and Normality in Maternity Care: Revisioning Risk for Normal Childbirth. I: Symon, A. (red.) (2006). *Risk and Choice in Maternity Care*: 89-99. London: Churchill Livingstone

WHO (1998). *Workshop on Perinatal Care Proceedings. Venice, 16-18 April, 1998*. Copenhagen: Author

WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization

Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag

Aase, T. H. og E. Fossåskaret (2007). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget



## Vedlegg I Informasjon før oppstart

Ålesund 20.01.12

**Hallo alle jordmorkolleger!**

Som dei fleste sikker veit, er eg student på masterstudium i helse- og sosialfag ved Høgskulen i Volda og skal skrive masteroppgåve i løpet av 2012. Oppgåva mi skal handle om jordmorrolla ved normale fødsjar og har følgjande problemstilling: *Kva refleksjonar gjer jordmødrer ved kvinneklinikkar seg, om si eiga rolle ved normale fødsjar i differensiert fødselsomsorg ved ein kvinneklinikk?*

Eg har hatt møte med leiinga ved kvinneklinikken og fått løyve til å intervju jordmødrer på vår arbeidsplass. I samband med dette prosjektet vil eg gjennomføre ein kvalitativ studie, der 10 jordmødrer med relevant arbeidserfaring er informantar. Intervjua vil verte gjennomførte våren og evt hausten 2012. Utveljinga av informantar vil skje anonymt og er enno ikkje utført. Med denne mailen vil eg informere om at det er ein sjanse for at du vert spurd om å vere informant, noko eg håper du er positiv til. Det er frivillig, og om du vert med kan du når som helst trekke deg.

Dei som kjem med i utvalet vil få meir informasjon!

Eg synest det er viktig at jordmødrer både forskar på og uttalar seg om sitt eige fag! Og eg håper at dersom du vert uttrekt at du vil vere med i dette prosjektet!

Beste helsing

Janne Korshamn

## Vedlegg II Førespurnad om å vere informant

Ålesund 16.01.12

### **Førespurnad om å vere informant i studie om ”Jordmorrolla og den normale fødsel”.**

Eg er student på masterstudium i helse- og sosialfag ved Høgskulen i Volda og skal skrive masteroppgåve i løpet av 2012. Oppgåva mi skal handle om jordmorrolla ved normale fødsjar og har følgjande problemstilling: *Kva refleksjonar gjer jordmødrer seg om si rolle ved normale fødsjar i differensiert fødselsomsorg ved ein kvinneklinikk?*

Min veileidar er professor Jon Olav Myklebust.

I samband med dette prosjektet vil eg gjennomføre ein kvalitativ studie, der jordmødrer med relevant arbeidserfaring er informantar. Intervjua vil verte gjennomførte våren 2012 og skal skje ved denne fødeinstitusjonen. Kvart intervju vil vare om lag 45 minutt og ha form som ein samtale om aktuelle tema jordmødrer er opptekne av. Det vil verte nytta lydband under intervjua. Det er frivillig å delta. Informantane kan når som helst trekkje seg og få opplysningar dei har gitt sletta. Materialet frå intervjua vil verte konfidensielt behandla og sletta når prosjektet er slutt, seinast desember 2012. Dersom informantane vert siterte, vil det skje anonymisert, og etter at informantane har fått høve til å korrigere sitata.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Eg synest det er viktig at jordmødrer får uttale seg om sitt eige fag og eg håper du vil vere med i dette prosjektet! Ved å fylle ut vedlagde skjema for informert samtykke, stadfestar du at du vil delta.

Beste helsing

Janne Korshamn

Masterstudent og jordmor

## Vedlegg III Samtykkeerklæring

### Samtykke i å delta som informant

Eg er villig til å delta som informant i studien

”Jordmorrolla og den normale fødsel”.

-----

(Signert av informant, dato)

Eg stadfestar at eg har gitt informasjon om studien

-----

Janne Korshamn, masterstudent ved Høgskulen i Volda

## Vedlegg IV Intervjuguide

### 1. Bakgrunn

- Kor mange år arbeidde du som sjukepleiar før du tok jordmorutdanning?
- Kva slags arbeidserfaring hadde du som sjukepleiar?
- Har du vidareutdanning(ar) i sjukepleie?
- Kan du nemne nokre grunnar til at du bestemte deg for å verte jordmor?
- Kvar gjekk du på jordmorskule?/ Kva årstal?
- Kor mange år har du arbeidd som jordmor?
- Kva slags arbeidserfaring har du som jordmor?
- Har du gjennomført vidareutdanningar etter at du vart jordmor ?
- Kor lenge har du arbeidd ved denne kvinneklinikken?
- Ved sida av å vere jordmor ved fødslar, har du andre arbeidsoppgåver?

### 2. Normal fødsel

- Kva vil du sei kjenneteiknar ein normal fødsel?
- Har du forventningar til deg sjølv når du har ansvar for normale fødslar? Dersom det stemmer, kan du sei noko om kva slags forventningar og kva du trur er grunnen til det?
- Opplever du forventningar frå omgjevnadene i desse situasjonene? Dersom det stemmer, kan du sei noko om i kva slags forventningar det er og kva du trur er årsakene til det?
- Kan du fortelje, ved hjelp av eksempel, kva du gjer når du har ansvar for normale fødslar?
- Kan du fortelje frå ein normal fødsel du har hatt ansvar for som du hugsar godt?
- Når vil du seie at ein fødsel vert endra frå normal til risiko?
- Kan du fortelje, ved hjelp av eksempel, kva du gjer i slike situasjonar?

## 2. Differensiering

- Arbeidde du ved denne kvinneklinikken før vi starta med differensiering?
- I tilfelle, kan du seie noko om innføring av retningslinjene for differensiering har påverka arbeidet ditt og korleis?
- Fortel om ei vanleg vakt ved fødeavdelinga! Kom med eksempel på kva du gjer!
- Tenkjer du medvite på retningslinjene våre for differensiering når du har ansvar for innskriving av fødekvinne til kvinneklinikken?
- Kan du fortelje, ved hjelp av eksempel, kva du gjer ved innskriving når du har ansvar for ei fødekvinne som er differensiert til normalgruppa? Og kva du gjer vidare i fødselsforløpet?
- Tenkjer du medvite på retningslinjene våre for differensiering når du ved vaktskiftet overlèt ansvaret for ei fødekvinne i normalgruppa til ei anna jordmor? Kan du seie noko om kva du legg vekt på ved rapporteringa i slike tilfeller?
- Kan du fortelje, ved hjelp av eksempel, kva du gjer ved vaktskiftet når du overtek ansvar for ei fødekvinne som er differensiert til normalgruppa? Og kva du gjer vidare i fødselsforløpet?
- Kan du seie noko om korleis det er å ha ansvar for både lav- og høgrisikofødande ved same avdelinga? Trur du det påverker deg som jordmor?
- Kan du nemne noko som ved denne kvinneklinikken gjer det lett å arbeide med normale fødselar?
- Kan du nemne noko som som gjer det vanskeleg å arbeide med normale fødselar?
- Er det noko du ønskjer å endre, som du trur positivt kunne påverke di rolle som jordmor?
- Og i tilfelle, kva tiltak meiner du er nødvendige for at endringar kan skje?
- Kva meiner du om dei diskusjonane vi har om normale fødselar? Og har dei konsekvensar for di rolle som jordmor?

## **Vedlegg V** Meldeskjema til NSD

Kopi av meldeskjema til NSD vert presentert på dei neste 5 sidene:



## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.3) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>1. Prosjekttittel</b>                                   |   |   |
| Tittel   | Refleksjonar om jordmorrolla og den normale fødsel i differensiert fødselsomsorg ved ein kvinneklinikk  |   |
| <b>2. Behandlingsansvarlig institusjon</b>                 |   |   |
| Institusjon  | Høgskulen i Volda   | Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.  |
| Avdeling/Fakultet  | Avdeling for humanistiske fag og lærarutdanning   |   |
| Institutt  |   |   |
| <b>3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)</b> |   |   |
| Fornavn  | Jon Olav  | Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.  |
| Etternavn  | Myklebust   |   |
| Akademisk grad   | Doktorgrad  | Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. |
| Stilling   | Professor   |   |
| Arbeidssted  | Høgskulen i Volda   |   |
| Adresse (arb.sted)   | Høgskulen i Volda   | NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.  |
| Postnr/sted (arb.sted)                                     | 6100 Volda  |   |
| Telefon/mobil (arb.sted)                                   | 70070975 /  |   |
| E-post   | jom@hivolda.no  |   |
| <b>4. Student (master, bachelor)</b>                       |   |   |
| Studentprosjekt  | Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>  | NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.  |
| Fornavn  | Janne   |   |
| Etternavn  | Korshamn  |   |
| Akademisk grad   | Lavere grad   |   |
| Privatadresse  | Solsvingen 8  |   |
| Postnr/sted (privatadresse)                                | 6012 Ålesund  |   |
| Telefon/mobil  | 70149965 / 92895553   |   |
| E-post   | janko@online.no   |   |
| <b>5. Formålet med prosjektet</b>                          |   |   |
| Formål   | <p>Problemstilling: Kva refleksjonar har jordmødre om jordmorrolla og den normale fødsel i differensiert fødselsomsorg ved ein kvinneklinikk</p> <p>Bakgrunn: Det er fleire og fleire fødselar som skjer ved operative inngrep og medikalisering. På ein kvinneklinikk skjer både normale og risikofødselar. Ved den normale fødsel har jordmødre sjølvstendig ansvar, ved risikofødselar ansvar saman med lege. Ved institusjonar med høgt fødselstal, kvinneklinikkar, er det travle vakter, lita tid til den einskilde fødekvinne. Studiar viser også at der er høgare inngrepsfrekvens og færre kvinner har normale fødselar.</p> <p>Forsknings sp.mål:<br/>Formål/Forskn.sp.mål: Finne ut kva jordmødre tenkjer om si eiga rolle i denne situasjonen</p> | <p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forsknings spørsmål e.l.</p> <p>Maks 750 tegn.</p>  |
| <b>6. Prosjektomfang</b>                                   |   |   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Velg omfang  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enkel institusjon</li> <li>○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt</li> <li>○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt</li> </ul>  | Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.   |
| Oppgi øvrige institusjoner   |   |  |
| Oppgi hvordan samarbeidet foregår  |   |  |
| <b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>   |   |  |
| Utvalget   | 10 jordmødre ved ein kvinneklinikk, same sjukehuset   | Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.   |
| Rekruttering og trekking   | I samråd med adm. ved avd. vert alle jordmødrene plasserte i tre grupper, nyutdanna (<3 års praksis), dei med praksis mellom 3 og 15 år, dei med > 15 års praksis. Representantar frå adm. ved avd. trekker 5 jordmødre frå gruppane med < 3 års praksis og > 15 års praksisre  | Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk. |
| Førstegangskontakt   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekruttering fra eget nettverk, der forsker/student eller prosjektmedarbeidere allerede kjenner utvalget.</li> <li>• Gjennom faglig ansvarlig person/ledelsen ved virksomheten der utvalget er registrert (avd.sjef.).</li> </ul>  | <p>Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.</p> <p>Les mer om førstegangskontakt</p>  |
| Alder på utvalget  | <input type="checkbox"/> Barn (0-15 år)<br><input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år)<br><input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)  |  |
| Antall personer som inngår i utvalget  | 10  |  |
| Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse? | Ja ○ Nei ●  | Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.   |
| Hvis ja, begrunn   |   | Les mer om inklusjon i forskning av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse   |
| <b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>                            |   |  |
| Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes        | <input type="checkbox"/> Spørreskjema<br><input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju<br><input type="checkbox"/> Gruppeintervju<br><input type="checkbox"/> Observasjon<br><input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester<br><input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester<br><input type="checkbox"/> Journaldata<br><input type="checkbox"/> Registerdata<br><input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode | Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).                   |
| Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken   |   |  |
| Kommentar  |   |  |
| <b>9. Datamaterialets innhold</b>  |   |  |
| Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn                                  | Intervjuguide er under bearbeiding, vert ettersendt   | <p>Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.</p> <p>NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.</p>  |
| Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?                       | Ja ○ Nei ●  | Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.   |



|  |  |  |
|--|--|--|
| Hvis ja, hvilke?   | <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer<br><input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer  | Les mer om hva personopplysninger er   |
| Spesifiser hvilke  |  | NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger  |
| Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?   | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  | En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.                  |
| Hvis ja, hvilke?   |  | Kryss også av dersom ip-adresse registreres.   |
| Samles det inn sensitive personopplysninger?   | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  |  |
| Hvis ja, hvilke?   | <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning<br><input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling<br><input type="checkbox"/> Helseforhold<br><input type="checkbox"/> Seksuelle forhold<br><input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger |  |
| Samles det inn opplysninger om tredjeperson?   | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  | Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.   |
| Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?  |  |  |
| Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?   | <input type="checkbox"/> Skriftlig<br><input type="checkbox"/> Muntlig<br><input type="checkbox"/> Informeres ikke   |  |
| Informeres ikke, begrunn   |  |  |
| <b>10. Informasjon og samtykke</b>   |  |  |
| Oppgi hvordan utvalget informeres  | <input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig<br><input checked="" type="checkbox"/> Muntlig<br><input type="checkbox"/> Informeres ikke   | Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.   |
| Begrunn  |  | NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.<br><br>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.<br><br>Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke |
| Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes  | <input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig<br><input type="checkbox"/> Muntlig<br><input type="checkbox"/> Innhentes ikke   | Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.   |
| Innhentes ikke, begrunn  |  |  |
| <b>11. Informasjonssikkerhet</b>   |  |  |
| Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansennummer som viser til en atskilt navnliste (koblingsnøkkel) | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  | Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.  |
| Hvordan oppbevares navnlisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?  |  | NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet   | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  |   |
| Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?                                    |  |   |
| Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?  | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  |   |
| Spesifiser   |  |   |
| Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?  | <input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten<br><input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten<br><input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten<br><input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin<br><input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett<br><input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi<br><input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak<br><input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir<br><input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode | Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.<br><br>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.  |
| Annen registreringsmetode beskriv  |  |   |
| Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?  | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  | Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.<br><br>Les mer om behandling av lyd og bilde.   |
| Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?  | Datamaskintilgangen beskytta med brukarnamn og passord, står i låsbart rom   | Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?   |
| Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke | Evt diktafon som kan koblast til bærbar PC   | NBI Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.  |
| Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?  | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  |   |
| Hvis ja, hvem?   |  |   |
| Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?  | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  | F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.   |
| Hvis ja, hvilke?   |  |   |
| Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?   | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  |   |
| Hvis ja, til hvem?   |  |   |
| Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?  | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  | Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres<br><br>Les mer om databehandleravtaler her |
| Hvis ja, hvilken?  |  |   |
| <b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>   |  |   |
| Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?   | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  | For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Kommentar  |  | dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig  |
| Søkes det godkjenning fra andre instanser?                       | Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>  | F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.   |
| Hvis ja, hvilke?   |  |  |
| <b>13. Prosjektperiode</b>                                       |  |  |
| Prosjektperiode  | Prosjektstart:10.01.2012<br>Prosjektstlutt:11.11.2012  | Prosjektstart<br>Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.<br><br>Prosjektstlutt<br>Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert. |
| Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektstlutt?             | <input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres<br><input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon | Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å fåre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.<br><br>Les mer om anonymisering   |
| Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?                        | Datamaterialet makulerast etter oppgåva er levert  | Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.  |
| Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon? |  | Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.  |
| Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?              |  | Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.<br><br>Les om arkivering hos NSD  |
| <b>14. Finansiering</b>  |  |  |
| Hvordan finansieres prosjektet?                                  | Finansierar prosjektet sjølv   |  |
| <b>15. Tilleggsopplysninger</b>                                  |  |  |
| Tilleggsopplysninger   | Intervjuguide og skriftleg informasjon vert ettersendt   |  |
| <b>16. Vedlegg</b>   |  |  |
| Antall vedlegg   | 0  |  |

## Vedlegg VI Informasjon undervegs

Ålesund 20.02.12

### INFORMASJON OM STUDIE

Som eg tidlegare eg har informert om skal eg i samband med masteroppgåva mi, gjennomføre ein kvalitativ studie. Eg vil undersøke korleis jordmødrer opplever å ha ansvar for normale fødsjar ved ein kvinneklinikk, der både normale og risikofødsjar skjer i same avdelinga. Planen er å intervju 10 jordmødre ved fødeavdelinga her. Dei 10 informantane vart anonymt uttrekt tidlegare i år. Alle 10 har sagt seg villige til intervju! Det er kjempeflott, tusen takk!!!

Eg har alt gjennomført 3 intervju og dei resterande 7 intervju har eg planlagt å gjennomføre før sommarferieavviklinga. Eg vil avtale tidspunkt med dei aktuelle jordmødrene etter kvart no framover.

Beste helsing

Janne Korshamn

## Vedlegg VII Om godkjenning av sitat

Ålesund 11.11.12

### **Hallo igjen til deg som var informant!**

Tusen takk igjen fordi du let deg intervjuet i samband med skriving av mastertoopgåva mi! Intervjua har gitt meg veldig mykje nyttig informasjon!

No er eg i sluttspurten av oppgåveskrivinga, den fasen der eg tolkar og drøftar utsegner frå intervjua. Eg er klar over at i det informasjonsskrivet som du fekk før intervjuet, står at dersom eg gjengir sitat frå intervjua i oppgåva mi, skal informantane få godkjenne dei. Eg har no sett på ein del liknande studiar og ser at dette ikkje er vanleg praksis. Dette er heller ikkje krav frå NSD (Norsk samfunnsvitskapleg datatjeneste), dersom opplysningane ikkje kan setjast i samband med informantane. Sitata eg har brukt er anonymiserte, slik dette kravet er ivareteke. Dessutan har eg omsett alle sitata til nynorsk, noko som eg meiner ytterlegare styrkjer anonymiseringa. Men dersom nokon ønskjer å godkjenne dei utsegnene eg brukar er dette fullt muleg! Ta kontakt med meg i løpet av dei to neste vekene på mail eller telefon, så skal eg ordne det!

Beste helsing

Janne Korshamn

## Vedlegg VIII Selektering

### KRITERIER FOR GRUPPEN "NORMAL FØDSEL"

- frisk gravid med ukomplisert svangerskap ved uke 37-42
- den gravide skal ha gått til regelmessige svangerskapskontroller
- det skal ikke være vannavgang > 24 timer før fødselstart
- det skal ikke være påvist sykdom eller vesentlig utviklingsavvik hos fosteret
- sikker termin, TUL eller TN etter regelmessig og sikker siste mens.

### KONTRAINDIKASJONER FOR Å FØDE I "NORMAL FØDSEL" GRUPPEN

- Sykdom hos mor :
- hjerte-kar sykdom
- alvorlig lungesykdom
- tromboemboli anamnese / trombofili / blødertilstander
- alvorlig lever / nyresykdom
- insulinkrevende diabetes mellitus
- svangerskapsdiabetes, insulinkrevende og kostregulert
- alvorlig nevrologisk sykdom
- rusmiddelmissbruk
- SLE
- psykiatriske lidelser – vurderes
- annen somatisk lidelse – vurderes
- adipositas (BMI > 30 – 35 ?)
- Komplisert svangerskap:
- vannavgang > 24 timer
- fødsel < 37 uker eller > 14 dager over termin
- flerlinger / avvikende leie ( sete / tverrleie)
- preeklampsi / høyt BT i svangerskapet
- patologisk blødning 3. trimester
- placenta previa
- isoimmunisering
- infeksjonssykdom ( unntak : ukomplisert cystitt ) HIV , Hepatitt

- vekstavvik (+ / - 20 % ?), avtakande vekst / klinisk mistenkt IUGR
- induksjoner
- Komplikasjoner ved tidligere fødsler:
- tidligere sectio
- tidligere postpartum blødning
- tidligere dødfødsler – vurderes

#### INDIKASJONER FOR OVERFLYTTING FRA "NORMAL FØDSEL" GRUPPEN TIL "RISIKO FØDSEL" GRUPPEN

- hjertefrekvens < 110 eller > 150, eller andre tegn på føtal hypoksi
- misfarget fostervann
- infeksjonsmistanke
- blødning mer enn forventet
- langvarig fødsel
- pitocinstimulering
- behov for operativ forløsning
- andre forhold som krever øket grad av overvåkning
- epidural/spinal

## Vedlegg IX Praktisk gjennomføring av differensiering

### PRAKTISK GJENNOMFØRING AV DIFFIRENSIERT FØDSELSOMSORG

#### 1. OPPSTART: 11.01.05

#### 2. KRITERIER FOR SELEKSJON, SJÅ SKJEMA, opphengt i fødeavd

#### 3. PRAKTISK GJENNOMFØRING

- for normalgruppa har jordmor ansvaret, ved overflytting til risikogruppa ska lege ha beskjed
- selektering ved innkomst, tenk bevisst, bruk "Helsekort for gravide", u.lyd-skjema og journalnotat ved tvil diskuter med andre jordmødre/lege
- vi gjer selekteringa, kvinna skal ikkje "velge" når ho kjem inn, evt vert ho overflytta seinare ved epiduralbehov osv
- (i framtida må og primærhelsetjenasta grundig innformerast og utføre seleksjon)
- raude klistermerker for risiko, skriv på årsaka til risikoselektering, grøne klistermerker for normale, limast på partogram
- ved overflytting frå grøn til raud gruppe lim på raudt klistermerke ved sida av, skriv årsak, tidspunkt og om lege er informert
- vi må bruke alle fødestuene til begge kategoriar

#### 4. FOSTEROVERVAKING VED (FORVENTA) NORMAL FØDSEL

- innkomst--CTG ikkje obligatorisk, men det må då lyttast med jordmorstetoscop 1 min. (etter ri). Skriv på partogrammet om innkomst-CTG er tatt/ikkje tatt
- i åpningstida lytte kvart 30.min. i 1 min., etter ri
- ved utsletta mm, lytte kvart 5.min.
- ved aktiv trykking, i kvar ripause

#### 5. RIVURDERING

- for å vurdere frekvens, tel antal rier pr 10 min. og oppgi det i rubrikken intervall

#### 6. FØRING AV PARTOGRAM/DIAGNOSTISERE PROTRAHERT FORLØP

- ver bevisst på når du startar å føre partogram, skill mellom latent og aktiv fase
- hugs alltid å signere med initialar på partogrammet ved vag.u.s.
- prøv å angi også pilsaum og fontanellar ved vag.us
- ved tvil om latensfasa har starta, ny vag.u.s. etter 4 t, dersom ikkje mm har endra seg, er kvinna ikkje i fødsel
- obs framgang i latensfasa og, latensfasa skal ikkje vare > 8 t
- vag.u.s. kvar 3.(4.) time i aktiv fase, oftare vag.u.s. kun på indikasjon, indikasjon skal då førast på partogrammet
- i aktiv fase, forventast ca 1 cm pr time hos multipara, ca 1 cm pr 1,5 time hos primipara
- obs alert-linje og aksjons-linje (paralellforskyve med 4 t), vi skal tilstrebe å ikkje krysse aksjonslinja, ved kryssing av alertlinja skal tiltak iverksetjastl
- ved kryssing av aksjonslinja, liten/ingen progresjon av fødsel i åpningstida, indikasjon for sectio
- ved I.H., oppgi alltid indikasjon

#### 6. PITOCINSTIMULERING/CTG -OVERVAKING

- hugs CTG-reg. i 20 min. før oppstart av Pitocinstim.



- CTG-reg. alltid ved Pitocinstim.
- ved Pitocinstim. i åpn.tida, kvinne skal flyttast til "Risikograppa" og CTG overvakast, (info lege?)
- oppgi alltid indikasjon for pitocinstim. og om lege er informert
- Pitocinstim. berre i utdriv.tida kan tilhøyre "Normalgruppa", men skal CTG-reg.

#### **7. LANGSOM FRAMGANG, (VED UTSLETTA MORMUNN)**

- utdriv.tida inndelast i avventande fase (til hovudet er på bekkenbotnen) og aktiv fase (når kvinne trykker) ved totalt > 3 timar utsletta mm , kvinne skal flyttast til "Risikograppa" og CTG overvakast , lege skal beskjed

## Vedlegg X 4 artiklar med bakgrunnsopplysningar

### 4 artiklar med bakgrunnsopplysningar

| Forfattar, publikasjonsår, land                                       | Studiefokus   | Studiedesign  | Resultat/konklusjon   |
|---|---|---|---|
| <b>Moen, M., M. Holmen, S. Tollefsrud og R. Rolland (2005), Noreg</b> | Undersøkje utfall for lavrisikofødende før differensiert fødetilbod var innført   | Retrospektiv identifikasjon av lavrisikofødsler i perioden 01.01.02-30.06.02.<br>N= 520   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10,4 % operative forløyisingar (19,7 % førstegongsfødande, 4,6 % fleiregangsfødande)</li> <li>• 38,7 % ristimulering, ofte utan klar indikasjon, (62 % førstegongsfødande, 24 % av fleiregangsfødande)</li> <li>• 31,2 % av førstegongsfødande med ristimulering hadde operativ forløyising, 1,3 % av dei ikkje ristimulerte</li> <li>• 22,3 % epiduralanalgesi</li> </ul>   |
| <b>Kringeland, T, A K. Daltveit og A. Møller (2010), Noreg</b>        | Undersøkje korleis gravide som ønskjer ein naturleg fødsel i realiteten føder. Naturleg fødsel definert som: eit barn i bakhovud-presetasjon og ikkje induksjon, anestesi, episiotomi eller operative inngrep (sectio, vakum eller tang). | Data frå den "Norske Mor og Barn Cohort Studien" registrert 2000-2006 om korleis gravide ønskjer å føde, "linka" til data frå Medisinsk Fødselsregister med opplysningar om utfall av fødselen.<br>N= 39475 | <p>Blant førstegongsfødande som ønskte naturleg fødsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 29,3 % naturlege fødslar</li> <li>• 56,15 % vaginale fødslar med intervensjonar</li> <li>• 14,5 % sectio</li> </ul> <p>Blant fleiregangsfødande som ønskte naturleg fødsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 61,1 % naturlege fødslar</li> <li>• 30,6 % vaginale fødslar med intervensjonar</li> <li>• 8,3 % sectio</li> </ul>   |
| <b>Bernitz; S. et. al. (2011), Noreg</b>                              | Undersøkje skilnader i operative forløyisingar og diverese andre tiltak (ristimulering, smertelindring og tilstanden til mor og barn), blant lavrisikofødande ved separate einingar i ein institusjon med differensiert fødetilbod.       | Randomisert, kontrollert studie. Lavrisikokvinner randomisert til tre forskjellige einingar ved fødeinstitusjonen Sykehuset Østfold: spesialeining, normaleining og jordmorstyrt eining.<br>N= 1111         | <p><b>Operative forløyisingar</b></p> <p>Ingen signifikante forskjellar i operative forløyisingar ved dei tre einingane</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spesialeining: 18,8%</li> <li>• normaleining: 11,8% (SJEKKE)!</li> <li>• jordmorstyrt eining: 16,3%</li> </ul> <p><b>Ristimulering og smertelindring</b></p> <p>Signifikante skilnader i høve til ristimulering og smertelindring; mindre ristimulering og epiduralanalgesi og meir bruk av akupunktur ved den jordmorstyrte eininga</p> |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <p><b>Moen, M. S.,<br/>S. Tollesrud,<br/>M. Rosenberg<br/>og<br/>R. Rolland<br/>(2009),<br/>Noreg</b></p> | <p>Undersøkje resultatet for lavrisikofødande etter innføring av differensiert fødetilbod, ved Sykehuset Buskerud</p> | <p>Registrere utfall av lavrisikofødslar i perioden 01.07.06-25.01.07.<br/>N= 450<br/>Resultata samanlikna med resultat frå retrospektiv analyse av lavrisikofødande før innføring av differensiert fødetilbod (jf. Moen et. al. 2005)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15,6 % operative forløyisingar, 29,2 % hos P0 (førstegongsfødande), 3,8 % hos multipara (fleiregongsfødande)</li> <li>• 29,3 % ristimulering, P0: 54,4 %, multipara: 10,8%</li> <li>• 48,1 % av P0 og 21,4 % av multipara med ristimulering hadde operativ forløyising. Utan ristimulering var fordelinga: P0: 6,9 %, multipara: 1,7 %</li> <li>• 27,5% epiduralanalgesi, 72,5 % av dei fekk ristimulering</li> <li>• 41,5 % av dei med både epiduralanalgesi og ristimulering hadde operativ forløyisting</li> </ul> <p>Innføring av differensiert fødetilbod har ikkje hatt ønska resultat, operative forløyisingar har auka, særskildt for førstegongsfødande med ristimulering (jf. Moen et. al. 2005).<br/>Forfattarane påpeikar at det er viktig at retningslinjene for differensiert fødselsomsorg følgt konsekvent og at det er nødvendig med meir kontinuitet i svangerskapsomsorga for førstegongsfødande.</p> |
|---|---|--|---|