



UiT Norges arktiske universitet

Helsevitenskapelige fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag (IHO)

**«Det er mer til omsorgen enn retningslinjer og prosedyrer»**

**En kvalitativ intervjustudie om jordmors erfaringer med omsorgen til den overvektige kvinnen i fødsel**

Ann-Kristin Artmo Suhr og Julie Heitmann

Veileder: Solrunn Hansen

Masteroppgave i Jordmorfag, JMO 3008, mars 2022

Antall ord: 15539



## Forord:

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik, spennende og til tider en lang og krevende prosess. Vi har kjent på nye høyder og bølgedaler av følelser som forventninger, glede, stress og ydmykhet. Vi har valgt et tema vi har stor interesse for, og som vi ser som relevant både for jordmorfaget, kvinnehelsen og samfunnet.

Vi ønsker å rette en stor takk til familie og venner som har støttet oss, vist tålmodighet og holdt oss oppe. Takk til språkvaskere som har gitt av sin tid for å hjelpe oss. Den største takken er til jordmødrene som tok seg tid til å delta i studien. Tusen takk! Uten dere hadde ikke studien vært mulig å gjennomføre.

Vi ønsker å takke vår veileder, førsteamanuensis Solrunn Hansen, for god veiledning og støtte gjennom denne studieprosessen. Din kunnskap og dine innspill har inspirert og motivert. Takk til våre medstudenter Henrikke og Marthine for et flott opponentskap og læreropponent Ingela Lundgren for konstruktive og gode tilbakemeldinger.

Tromsø, mars 2022

Ann-Kristin A. Suhr og Julie Heitmann

## Sammendrag:

**Tittel:** «Det er mer til omsorgen enn retningslinjer og prosedyrer» En kvalitativ intervjustudie om jordmors erfaringer med omsorgen til den overvektige kvinnen i fødsel.

**Hensikt:** Å utforske jordmødres erfaring med omsorgen til den overvektige kvinnen i fødsel.

**Metode:** Kvalitativ metode. Individuelle semistrukturerte intervju ble gjennomført med åtte jordmødre. Systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud ble brukt i analysen av materialet.

**Resultater:** Vi kom frem til tre kategorier etter analyse. Den første kategorien beskrev at retningslinjene for den overvektige kvinnen både var en trygghet og kunne gi frustrasjon hos jordmødrene. Å være underlagt retningslinjer gjorde det utfordrende for jordmødre å gi individuelt tilpasset omsorg. Den andre kategorien viser hvordan jordmødrene fremmer det normale i fødselen ved å ikke fremheve risikoen, men ha en beredskap. Hun styrker kvinnen til å ha tro på seg selv, være til stede og med mål om å gi kvinnen en god fødselsopplevelse og fremme en normal fødsel. Den siste kategorien beskriver jordmødres fremgangsmåte og utfordringer ved bruk av informasjon som et hjelpemiddel for medbestemmelse.

**Konklusjon:** Jordmødre arbeider for å fremme det normale hos en kjent risikogruppe, hvor de utfordres i balansegangen mellom medikaliserte retningslinjer og ønsket om en naturlig tilnærming. Jordmødrene arbeider kvinnesentrert, helhetlig og styrker kvinnen ved å gi medbestemmelse, mestringsstrategier og flytte fokuset bort fra negative tilnærminger og følelser. En demedikalisert tilnærming og jordmødres perspektiv bør integreres i retningslinjer i fødselsomsorgen for overvektige kvinner.

**Nøkkelord:** *obesity, midwife, guidelines, childbirth, normal birth, empowerment*

## **Abstract:**

**Topic:** There is more to care than guidelines and procedures: A qualitative interview study of midwives' experiences caring for the obese woman in during labour.

**Purpose:** To explore midwives experiences in care of the obese woman during labour.

**Method:** Qualitative methodology. Individual semi-structured interviews were conducted with eight midwives. Systematic text condensation inspired by Malterud was used to analyze the material.

**Results:** We identified three categories. The first category describes the guidelines that applies to the obese woman was both a safety and a frustration among the midwives. Being subjected to guidelines made it challenging for midwives to provide individually adapted care. The second category shows how the midwives promote normal birth by not emphasizing the risk, but having a preparedness. She strengthens the woman to have faith in herself and be present, with the goal of giving the woman a good birth experience and normal birth. The last category shows the approach used by midwives and challenges by using information as a tool to co-determination.

**Conclusion:** Midwives works to promote the normalcy of a known risk group, and were challenged in the balance between medicated guidelines and the desire for a natural approach. The midwives worked woman-centered, holistically and strengthen the woman by giving co-determination, coping strategies and shifting focus away from negative approaches and emotions. Guidelines in maternity care should address a demedicalized approach and midwife perspective in care for the obese women during labour.

**Key words:** *obesity, midwife, guidelines, childbirth, normal birth, empowerment*

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn .....	1
1.2	Hensikt og problemstilling .....	3
1.3	Begrepsavklaring .....	4
1.4	Oppgavens oppbygning .....	4
2	Teoretisk rammeverk.....	5
2.1	MiMo - Kvinnesentret jordmorfaglig modell.....	5
2.2	Salutogenese og empowerment .....	6
3	Metode.....	8
3.1	Vitenskapsteori .....	8
3.2	Forforståelsen .....	8
3.3	Semistrukturerte forskningsintervju som design .....	9
3.3.1	Rekruttering av informanter og utvalget .....	9
3.3.2	Intervjuguide og gjennomføring av intervju .....	10
3.3.3	Klargjøring av datamaterialet.....	11
3.4	Analysen av datamaterialet.....	12
3.5	Forskningsetikk .....	16
4	Resultatene .....	18
4.1	Å balansere mellom retningslinjen og egne vurderinger.....	18
4.2	Å verne om det normale i fødselen til en risikofødende.....	19
4.3	Respektfull ivaretagelse av kvinnens rett til informasjon og brukermedvirkning.....	21
5	Diskusjon.....	23
5.1	Resultatdiskusjon.....	23
5.1.1	Å balansere mellom retningslinjen og egne vurderinger .....	23
5.1.2	Å verne om det normale i fødselen til en risikofødende .....	27

5.1.3	Respektfull ivaretagelse av kvinnens rett til informasjon og brukermedvirkning	31
5.2	Diskusjon av studiens kvalitet .....	34
5.3	Klinisk implikasjon.....	38
6	Konklusjon og avslutning.....	39
	Referanseliste .....	41
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	46
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....	47
	Vedlegg 3: Muntlig samtykkeerklæring.....	49
	Vedlegg 4: NDS godkjenning .....	50
	Vedlegg 5: Datahåndteringsplan .....	52
	Tabell 1 - kode og subgrupper.....	14
	Tabell 2 - analyseprosessen.....	15

# 1 Innledning

Som jordmorstudenter har vi i praksisfeltet erfart at det var klare retningslinjer og styringsdokumenter for utøvelse av jordmorfaget, deriblant for ivaretagelse av den overvektige kvinnen i fødsel. Overvekt er økende i samfunnet, og vi vil møte disse kvinnene i vår fremtidige yrkesutøvelse. Gjennom jordmorutdanningen har vi lært at det er viktig å verne om det normale fødselsforløpet. I motsetning opplevde vi i praksis at jordmødrene kunne utfordres med å fremme det normale hos denne gruppen, det har gitt oss interesse og nysgjerrighet for temaet.

## 1.1 Bakgrunn

En verdensomspennende pandemi med overvekt er erklært som en av vår tids største helseutfordringer (World Health Organization, 2000, 2021). I Norge ses tilsvarende trend med økende overvekt i befolkningen (Meyer, Böhler & Vollrath, 2017; Midthjell et al., 2013). Overvekt klassifiseres ut fra kroppsmasseindeks (KMI) skalaen og KMI over 25 kg/m<sup>2</sup> regnes som overvekt. KMI over 30 kg/m<sup>2</sup> klassifiseres som fedme og er assosiert med økt morbiditet og mortalitet (Meyer et al., 2017). Tall fra norsk Medisinsk fødselsregister (MFR) viser at andelen gravide kvinner med KMI over 30 kg/m<sup>2</sup> er sakte økende over siste tiårsperiode (Folkehelseinstituttet, 2022).

Maternell overvekt er forbundet med økt risiko for inngrep under fødsel og komplikasjoner som skulderdystoci, maternell blødning, infeksjon, instrumentell forløsning og akutt keisersnitt (Ellekjaer, Bergholt & Lokkegaard, 2017; N. Heslehurst et al., 2008). På bakgrunn av risikofaktorer har Norsk gynekologisk forening laget retningslinjer for ivaretagelse av kvinner med KMI over 30 kg/m<sup>2</sup> som er i fødsel. Retningslinjene inneholder anbefalinger om medisinske tiltak og intervensjoner som tidlig epidural, kontinuerlig fosterovervåkning og induksjon (Magnussen, Sagedal, Skogøy & Roland, 2020). I veilederen blir styrken på de forskjellige tilrådingene angitt med «anbefaler», «anbefaler ikke», som er en sterk anbefaling og «foreslår», «foreslår ikke» som er en svakere tilråding. Nivået for dokumentasjon angis i fem nivå fra I til IV og det er viktig å skille avgjørelser i omsorgen vedrørende kvalitet på evidens og styrke i anbefalingene (Norsk gynekologisk forening, 2020).

De norske retningslinjene bygger på nasjonale retningslinjer og anbefalinger fra Danmark (Andersen et al., 2017) og England (Denison et al., 2019). Andre sammenlignbare høyinntekts-land som Australia har samme anbefalinger på tiltak med tidlig epidural og



kontinuerlig fosterovervåkning, men her vektlegges det at tiltak skal vurderes om nødvendig hos kvinner med KMI fra 30 til 40 kg/m<sup>2</sup> og det skal vurderes ut fra om kvinnen har ekstra tilleggsfaktorer og komorbiditet (Queensland Clinical Guidelines, 2021; Victorian agency for health information, 2018). I Canada ses de samme anbefalingene (Maxvell et al., 2019). I Sverige har de ikke nasjonale retningslinjer, som vi kjenner til, og det er opp til hver region å lage lokale føringer for risikovurdering (Svensk förening för obstetrik & gynekologi, 2022).

Worlds Health Organizations (WHO) direktiver for fødsel- og svangerskapsomsorgen bygger på prinsipper for perinatal omsorg som blant annet sier at *«Helhetlig omsorg bør omfatte hele mennesket; de intellektuelle, følelsesmessige, sosiale og kulturelle behov kvinnene, barna og familien har, ikke bare deres fysiske behov.»* og det skal kun gjøres nødvendige intervensjoner og være en hensiktsmessig bruk av teknologi (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001; World Health Organization, 1998). Jordmødre har ansvar for en selvstendig og faglig ansvarlig yrkesutøvelse. Jordmor er kvalifisert til selvstendig å bistå den fødende under normale fødsler og skal bistå sammen med lege ved kompliserte fødsler (Helsedirektoratet, 2010). Jordmødre i den norske fødselsomsorgen kan ikke se bort fra retningslinjene som et arbeids- og styringsverktøy (Magnussen et al., 2020). Fødselsomsorgen i den vestlige verden blir mer medikalisert og risikotenkende uten at det trenger å være til fordel for kvinnens helse, velvære og fødselsutfall (Miller et al., 2016).

Jordmødre synes det kan være utfordrende å møte den overvektige kvinnen i fødsel. Medikaliserte holdninger og risikotenkning styrer fødselsomsorgen og det kan være vanskelig å fremme kvinnens egne ressurser (A. Kerrigan, Kingdon & Cheyne, 2015; Singleton & Furber, 2014). Jordmødre erfarer at de taper det normale til denne gruppen fødekvinner. (Singleton & Furber, 2014). Det uttrykkes en bekymring for at det ikke gis et tilstrekkelig tilbud til den overvektige kvinnen. Jordmødrene mener at tilbudet som gis er begrenset og ikke møter den enkeltes kvinnes behov (Schmied, Duff, Dahlen, Mills & Kolt, 2011). Jordmødre kan oppleve det som vanskelig å imøtekomme og adressere overvektige kvinner i forhold til risikofaktorer og behandling, i frykt for å krenke (Christenson, Torgerson & Hemmingsson, 2020; Singleton & Furber, 2014).

Det rapporteres at overvektige kvinner oftere hadde en negativ opplevelse av svangerskaps- og fødselsomsorgen enn normalvektige kvinner (Mulherin, Miller, Barlow, Diedrichs & Thompson, 2013). En nylig studie fra Norge viste at den overvektige kvinnen i fødsel følte seg dårlig behandlet, hadde tap av autonomi og ikke ble snakket til som et enkelt individ, men

sett på som stereotypiske objekter. Hun ble satt i boks og fikk en «overvekt pakke» hvor det var fokus på risiko, som gjorde kvinnen engstelig, følte skam og ikke kom i “fødeboblen” (Thorbjörnsdottir, Karlsen, Dahl & Røseth, 2020). Jordmødre er klar over risikoen for stigmatisering og krenkelse hos denne gruppen kvinner (Nicola Heslehurst et al., 2011; Schmied et al., 2011). I omsorgen til den overvektige kvinnen er det viktig med en demedikalisert tilnærming, hvor kvinnen er i hovedfokus og jordmor ser på det helhetlige i omsorgen. Det kan bare skje ved kunnskapsbasert fagutøvelse, hensiktsmessig bruk av teknologi, samarbeid med annet helsepersonell og la kvinnen og partneren være deltagende i avgjørelser som omhandler dem (Chalmers et al., 2001; World Health Organization, 1998).

## 1.2 Hensikt og problemstilling

Med bakgrunn i den økende forekomsten av overvekt hos norske kvinner og deres negative erfaring med fødselsomsorgen, var det aktuelt å sette søkelyset på hvordan det legges til rette for fødsel hos overvektige kvinner. WHO viser at fødselsomsorgen skal fremme det normale og unngå unødvendig bruk av teknologi (World Health Organization, 1998), til tross for dette viser forskning at det er en økt medikalisering av fødselsomsorgen i høyinntektsland (Miller et al., 2016). En gjennomgang av forskning fra andre land viser at medikalisert fokus med retningslinjer som styrende utfordrer jordmors tilnærming til kvinnen. Norske jordmødres erfaring med omsorgen til overvektige kvinner er lite kjent.

Hensikten med vår masteroppgave er derfor å få innsikt i jordmødres erfaring med omsorg til fødekvinne med overvekt. Temaet har en jordmorfaglig aktualitet ved at vi skal se på jordmødre i arbeidet med en gruppe fødekvinne som har økende omfang og som er underlagt klare retningslinjer for ivaretagelse. I lys av studien som avdekket fødekvinners dårlige erfaring med fødselsomsorgen ønsker vi å se på hvordan jordmødre arbeider for å styrke og fremme et normalt fødselsforløp. På bakgrunn av dette skal studien supplere til allerede etablert forskning og kunnskap om jordmødres arbeid med denne pasientgruppen.

Problemstilling for masteroppgaven er: *Jordmors erfaringer med omsorg for fødende overvektige kvinner med kroppsmasseindeks (KMI) over 30 kg/m<sup>2</sup>.*

Vi har utviklet forskningsspørsmålet: *Hvordan fremmer jordmor et normalt fødselsforløp hos den overvektige kvinnen?*

### **1.3 Begrepsavklaring**

*Den overvektige kvinnen:* Ifølge WHO regnes overvekt som KMI over 25 kg/m<sup>2</sup> (World Health Organization, 2000). Norsk gynekologisk forening har laget retningslinjer for fødselsomsorg i Norge som legges frem i *veileder for fødselshjelp*. Magnussen et al. (2020) har i retningslinjene for *adipositas i svangerskap og fødsel* gjeldende bestemmelser for kvinner med KMI over 30 kg/m<sup>2</sup>. Derfor har vi valgt å bruke betegnelsen «den overvektige kvinnen» for kvinnene som har KMI over 30 kg/m<sup>2</sup>.

### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Denne oppgaven er bygget opp etter IMRaD-modellen, men med et teorikapittel og med følgende seks kapittel: innledningen inkluderer tema, bakgrunn, hensikt og problemstilling. Kapittel 2 presenterer oppgavens teoretiske rammeverk. Metodekapittelet redegjør studiens metode og design før studiens funn presenteres i resultatkapittelet. I kapittel 5 diskuteres studiens funn og metode, og klinisk implikasjon. Før vi til slutt i kapittel 6 legger frem konklusjon og avslutning.

I oppgaven anvendes APA 6th som referansestil, etter anbefaling er det ikke byttet over til APA 7th referansestil da oppgaven var påbegynt når den kom (UiT universitetsbibliotek, 2022).

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket for oppgaven. Det teoretiske rammeverket vil hjelpe oss med tolkningen av den empiriske dataen og se det i en større sammenheng (Malterud, 2017). Grunnlaget består av en kvinnesentrert jordmorfaglig modell og salutogenese med empowerment.

### 2.1 MiMo - Kvinnesentret jordmorfaglig modell.

Berg, Asta og Lundgren (2012) har med bakgrunn av flere studier i Norden utviklet en teoretisk jordmorfaglig modell *A midwifery model of woman-centered childbirth care* - også kalt MiMo. Modellen beskriver to tankesett i tilnærmingen til fødsel som fenomen. Den fysiologiske og psykososiale-tilnærmingen ser på fødselen som en normal, sosial hendelse i familien som ikke skal forstyrres unødige. Med den medisinsktekniske tilnærming ser jordmødre og obstetrikere på fødselen som en risiko, som trenger medisinske inngrep og bare anses som normal i ettertid. Modellen fokuserer på den fysiologiske og psyko-sosiale tilnærmingen. MiMo består av fem hovedmomenter, hvor alle elementene bør bli sett på som en helhet for å utøve best mulig omsorg i fødsel. De tre første momentene er overlappende i hverandre og består av gjensidig relasjon, fødeatmosfære og jordmors kunnskap. De to siste momentene er den kulturelle konteksten og balansegangen mellom alle momentene som påvirker omsorgen.

Gjensidig relasjon oppnås ved at jordmor blir kjent med kvinnen og partneren ved å forstå deres behov. Den bygger på tilstedeværelse, det handler om at jordmor er sammen med kvinnen både fysisk og mentalt. Det neste er bekreftelse, som innebærer at kvinnen blir sett og anerkjent som et eget individ. Dette er viktig for at kvinnen skal ha tro på seg selv og egne evner til å føde. Det tredje begrepet er tilgjengelighet, dette handler om at jordmor er til stede, åpen og støttende for kvinnen, partneren og deres behov. Det fjerde begrepet er deltagelse, hvor kvinnen blir involvert i prosessen og har en kontinuerlig dialog med jordmor. Det innebærer at jordmor informerer kvinnen og styrker henne til å ta egne valg og være deltagende (Berg et al., 2012).

Fødeatmosfære gir en stemning som skal utstråle ro, tillitt og sikkerhet. Det gir en atmosfære som styrker kvinner og som fremmer normalitet i henhold til situasjonen. Kvinnen og partneren skal «eie» rommet, være avslappet og fullt til stede i fødselsprosessen. Ro er med på å hjelpe jordmor å bruke sin grunnleggende kunnskap, fremme normaliteten og være

tilstedeværende. Å skape en tillitsfull og trygg fødeatmosfære fremmer kvinnens trygghet i seg selv og egne evner til å føde. Jordmors rolle er å styrke kvinnen, det er viktig med god informasjon og veiledning i henhold til kvinnens premisser. Dermed hjelper jordmor henne å være til stede i kroppen gjennom fødselsprosessen (Berg et al., 2012).

Det tredje momentet er jordmors kunnskap som bygger på den teoretiske, erfaringsbaserte og intuitive kunnskapen. Jordmor må ha ressurser og ferdigheter til å bruke kunnskapen sin og tilpasse den til kvinnens individuelle behov. Kunnskapen bidrar til at jordmor føler seg trygg i sin rolle og arbeid. Hun kjenner til tilstander som kan forstyrre fødselsforløpet, men arbeider for å fremme det normale med hver enkelt kvinnes ressurser (Berg et al., 2012).

De siste to momentene er kulturell kontekst og balansegangen. Med kulturell kontekst menes kultur og normer på fødeavdelingen som kan fremme eller være til hinder for omsorgen og en normal fødselsprosess. Balansegangen er balansen mellom gjensidig relasjon, fødeatmosfære og jordmors kunnskap samtidig som hun håndterer hindre fra kulturelle normer. Denne balansegangen må tas hensyn til i en travel fødeavdeling med arbeidsoppgaver, tidspress, retningslinjer og hvor risiko og medisinsktekniske verdier er dominerende (Berg et al., 2012).

Modellen kan brukes for å fremme normalitet og kvinnesentrering i fødsel. Med denne modellen kunne vi se hvordan jordmødrene i våre intervju brukte faktorer som nevnes her i omsorgen med den overvektige kvinnen i fødsel. Når modellen benyttes i diskusjonen benyttes forkortelsen MiMo.

## **2.2 Salutogenese og empowerment**

Salutogenese er læren om og forståelse for at helse har med holdninger til livet å gjøre, herunder holdninger til å håndtere uventede forhold og stress. Opplevelse av sammenheng (heretter OAS) er evnen til å håndtere stressfaktorer på en *begripelig, meningsfull* og *håndterbar* måte. Den retter oppmerksomheten mot faktorer som fremmer og opprettholder mestringsressurser hos den enkelte og får et innblikk i menneskers mestringsevner (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

I hvilken grad indre eller ytre stimuli oppleves som kognitivt forståelig for den enkelte blir omtalt med begrepet *begripelighet*. Begripelighet oppleves når hendelser og situasjoner er forståelige, sammenhengende, strukturerte og klare. Begrepet *meningsfullhet* er i hvilken grad livet er forståelig rent følelsesmessig. Det omhandler det kognitive aspektet og betydningen av å være involvert i eget liv. Personer som involverer og engasjerer seg følelsesmessig har

gjør en større grad av meningsfullhet. De vil kunne engasjere seg i områder som byr på utfordringer og de opplever at det er verdt å engasjere seg. *Håndterbarhet* er hvorvidt en opplever å ha tilstrekkelige ressurser til å mestre og å takle utfordringer. En høy skår på håndterbarhet gjør personen i stand til å takle utfordringer og vanskeligheter. De indre ressursene styrer hver enkelt direkte over, mens de ytre ressursene kan kontrolleres av noen man har tillit til (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

*Generelle motstandsressurser* bidrar til at mennesker kan håndtere ytre og indre stimuli som oppstår og effektivt fremme mestring i utfordrende situasjoner. En høy andel generelle motstandsressurser skaper en høyere OAS. Eksempler på slike motstandsressurser er materielle, mentale, emosjonelle, fysiske og eksistensielle ressurser som kunnskap og intelligens, mestringsstrategier, verdier og sosial støtte (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Empowerment defineres som en sosial anerkjennelsesprosess, som fremmer og forbedrer menneskets evne til å dekke sine egne behov, løse problemer og mobilisere de nødvendige ressursene for å føle at de har kontroll over eget liv (Hermansson & Mårtensson, 2011). Empowerment står sterkt i salutogenese hvor den enkelte blir myndiggjort, styrket og er deltagende i avgjørelser som omhandler seg selv (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Hermansson & Mårtensson, 2011). Empowerment i jordmor kontekst kan være vanskelig å definere. Det handler om at jordmor skal stå sammen med kvinnen, være sterk og overføre sin styrke til henne og partner og hjelpe de til å fatte gode beslutninger. For å gi kvinnen empowerment skal jordmor handle ut fra fem punkter: være styrkende overfor kvinnen, ha et tillitsfullt forhold, starte en bevissthetsprosess for kvinnen og partner, handle ut fra foreldrenes premisser til å ta egne valg og hjelpe til personlig bekreftelse (Den norske jordmorforening, 2016; Hermansson & Mårtensson, 2011).

### **3 Metode**

I dette kapitlet presenteres studiens forskningsmetode med design og gir en beskrivelse av metodisk fremgangsmåte. Først presenteres vitenskapelig teori og forforståelsen. Deretter tar vi for oss den praktiske gjennomføringen av studien med rekruttering av informanter, gjennomføring av intervjuene, beskrivelse av analyseprosessen og forskningsetikken.

Vi har valgt å bruke kvalitativ metode for å svare på problemstillingen. Metoden egnet seg til å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålet. Vi ønsket å studere og forstå hvilke erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger jordmor hadde i arbeid med den overvektige kvinnen i fødsel og få frem en nyansert beskrivelse av dette fenomenet (Malterud, 2017). I kvalitativ metode var det den menneskelige virkeligheten og tolkninger av denne som var vitenskapsgrunnlaget for den empiriske dataen. Det var de ikke-målbare og sammenlignbare data som ble identifisert gjennom tolking (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Studien skulle utvikle vitenskapelig kunnskap gjennom en refleksiv og systematisk prosess. Den hadde som mål å frembringe kunnskap som kunne etterprøves, og funn som kunne gi forståelse og nytte utenfor studiens rammer (Malterud, 2017).

#### **3.1 Vitenskapsteori**

Studien hadde en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi forklares som læren av det som kom til syne og det som viste seg (Thornquist, 2018). Tilnærmingen bidro til å tolke og forstå erfaringene og tankene som kom frem i intervjuene (Malterud, 2017). Grunnleggende tenking i fenomenologien var å bruke bevisstheten når en studerer verden. Bevisstheten var rettet mot en intensjon og hadde en fra-til-struktur (Thornquist, 2018). I studien ønsket vi å forstå og sette lys på jordmødrenes subjektive erfaringer og bevissthet rundt deres omsorg til den overvektige kvinnen, derfor var denne tilnærmingen riktig. En fenomenologisk tilnærming var egnet for å forstå sosiale fenomener slik de virkelig opplevdes. Ut ifra det kunne belyse kunnskap på en ny måte eller etablere ny kunnskap med mangfold og nyanser (Kvale & Brinkmann, 2015; Thornquist, 2018).

#### **3.2 Forforståelsen**

Forforståelsen kunne påvirke måten vi samlet inn, leste og tolket datamaterialet på. Ved å identifisere vår egen forforståelse og ha en aktiv og refleksiv holdning til denne, kunne egne forestillinger konfrontertes og resultatet påvirkes i minst mulig grad (Malterud, 2002, 2017).

Vi hadde gjort en beskrivelse av forforståelsen vår både for egen bevissthet, men også for å synliggjøre det overfor leser (Malterud, 2002).

Vår forforståelse til temaet var at begge er helsepersonell og jordmorstudenter som har vært i praksis i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Vi hadde begge en interesse for kvinne- og folkehelse. Vi hadde gjort oss oppfatninger gjennom praksis av at jordmødre følger retningslinjer i fødselsomsorgen. De gjorde så godt de kunne etter satte rammer for å behandle kvinnene de møtte likt, uansett normalvektig eller overvektig. Vi trodde det i enkelte tilfeller kunne være vanskelig å møte kvinner med overvekt og fremme deres ressurser. Dette i en kombinasjon av at det var tabu å snakke om å være overvektig og at retningslinjene kunne hindre dem i å møte kvinnens ønsker. Samtidig hadde vi en tanke av at kvinner med overvekt opplevde at de ikke ble sett eller hørt slik som de ønsket. Til tross for denne forforståelsen har vi forsøkt å holde oss nøytral gjennom studien.

### **3.3 Semistrukturerte forskningsintervju som design**

Vi hadde valgt å bruke individuelle semistrukturerte intervju som design til å besvare problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Strategien med semistrukturert intervju innebar at vi hadde gjort oss opp tanker om hva vi ønsket å få svar på, men hadde en åpen tilnærming slik at jordmoren kunne styre flyten i intervjuet og komme med egne erfaringer omkring temaet. Det ble utarbeidet en intervjuguide (se kapittel 3.3.2 og vedlegg 1) som arbeidsredskap for å holde oss innenfor aktuelt tema (Malterud, 2017). Denne fremgangsmåten egnet seg godt da hensikten med studien var å få en større forståelse, bedre innsikt og kunnskap om jordmors erfaringer og livsverden i møte med den overvektige kvinnen i fødsel (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

#### **3.3.1 Rekruttering av informanter og utvalget**

For å kunne danne best grunnlag for tolking og funn som kunne bidra til ny jordmorfaglig kunnskap foretok vi et strategisk utvalg og et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017; Thagaard, 2018). Ved et strategisk utvalg hadde deltagerne kunnskap og kvalifikasjoner som oppfylte inkluderingskriterier opp mot problemstillingen (Malterud, 2017). Med bakgrunn i problemstillingen ønsket vi å snakke med jordmødre som hadde erfaring fra fødsel med kvinner med KMI over 30 kg/m<sup>2</sup> og minimum to års arbeidserfaring. Malterud (2017) beskriver tilgjengelighetsutvalg som et strategisk utvalg med de informantene som var tilgjengelig og villig til å delta i studien. Det kunne være gjennom direkte henvendelse til



arbeidsplasser eller snøballteknikken gjennom nettverket til deltagere, bekjentskap og arbeidsplasser.

Vi ønsket variasjonsbredde og et mangfold hos informantene for at materialet ikke skulle være farget av normer fra en spesifikk arbeidsplass (Malterud, 2017). Vi hadde en åpen tilnærming for rekruttering av jordmødre hvor de med interesse for temaet ble oppfordret til å kontakte oss. Vi postet to ganger på Facebook gruppen «Jordmødre i Norge» med i overkant av 2800 medlemmer, og vi sendte e-post til ledere ved flere fødeavdelinger og kvinneklinikker i Norge. Vi beskrev kort studien, oppga vår kontaktinformasjon, i e-posten til ledere la vi med et informasjonsskriv (vedlegg 2). Med den åpne tilnærmingen fikk vi tre informanter, for å øke antall informanter brukte vi et tilgjengelighetsutvalg og snøballteknikk hvor vi tok direkte kontakt med jordmødre (Malterud, 2017).

For innsamlingen av datamaterialet fikk vi et utvalg på åtte jordmødre. Alle jordmødrene var innenfor inkluderingskriteriene. Jordmødrene hadde arbeidserfaring fra hele landet og de hadde et spenn i arbeidserfaring fra 2,5 til 35 år, med gjennomsnittlig arbeidserfaring på 10,7 år. Jordmødrene fikk informasjonsskrivet (vedlegg 2) i god tid før intervjuet.

### **3.3.2 Intervjuguide og gjennomføring av intervju**

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide (vedlegg 1) som ble bygd opp med temaer vi ønsket å få svar på, med hovedspørsmål og mulige oppfølgingsspørsmål.

Intervjuguiden var et hjelpemiddel for å kunne holde strukturen, være innenfor tema og ikke la oss styre av vår egen forforståelse. Ved at intervjuguiden ikke var for detaljert, var det større sannsynlighet til å få vite noe vi ikke visste fra før av. Det ga jordmødrene rom og fleksibilitet til å dele sine tanker og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015; Tanggaard & Brinkmann, 2015). Det ble gjennomført et prøveintervju av en medstudent for å teste intervjuguidens spørsmål, om de var forståelige og ville gi relevante svar. Etter prøveintervjuet måtte vi gjøre om ordlyden for at spørsmålene og temaene skulle være bedre forståelig. I tillegg har vi gjennomført en revidering av intervjuguiden i løpet av datainnsamlingsperioden, med omrokking av spørsmål og det ble lagt til flere forslag til oppfølgingsspørsmål (Malterud, 2017). Som anbefalt av Malterud (2017) brukte vi intervjuguiden som et utgangspunkt, men lot jordmødrene styre samtalen. Dermed kunne enkelte av spørsmålene variere fra jordmor til jordmor og det var ikke en standardisert intervjusituasjon.

Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober til desember 2021. Etter intervju nummer sju opplevde vi at mange av de samme meningene kom frem, men vi bestemte oss for å inkludere en jordmor til for å sikre at vi fikk all informasjonen vi ønsket (Malterud, 2017). Til stede under intervjuene var jordmoren og begge studentene, en som intervjuer og den andre som observatør. Rollene som intervjuer og observatør ble byttet på mellom intervjuene. I forkant av selve intervjuet hadde vi en uformell samtale hvor vi presenterte oss selv for hverandre og snakket om hverdagslige ting. Det ble gjort for å etablere kontakt med jordmødrene og for at de skulle føle seg avslappet og fortrolige med oss, slik at de lettere kunne åpne seg og fortelle om erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Etter avsluttet intervju og når lydopptaket var slått av hadde vi en kort samtale med oppsummering av intervjuet, og på nytt presiserte hvordan datamaterialet skulle behandles og anonymiteten ivaretas (Kvale & Brinkmann, 2015).

Lengden på intervjuene varierte mellom 18 til 44 minutter, med gjennomsnittlig lengde på 35 minutter. Ett av intervjuene ble gjennomført med fysisk oppmøte, mens resterende sju ble gjennomført digitalt via konferanseverktøyet Teams. Vi brukte appen til nettskjema.no gjennom UiO for lydopptak (nettskjema.no, u.å).

### **3.3.3 Klargjøring av datamaterialet**

For å klargjøre datamaterialet for analysen ble lydfilene av intervjuene transkribert til tekstfiler (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi lyttet begge gjennom alle intervjuene, men fordelte transkriberingen mellom oss. Vi startet transkriberingen fortløpende, like etter gjennomført intervju hvor vi hadde stemningen og gjennomføringen friskt i minnet. Innholdet ble skrevet ordrett på bokmål for å ivareta personvernet til informanten. For å gjøre det lettere å lese og holde flyten ble ord som «m-mm» og «ehm» skrevet som «...» og stillhet eller latter ble uttrykt i parenteser, på den måten bevarte vi stemningen i intervjuet. I transkripsjon beskrev vi ansiennitet, erfaring, byer og arbeidsplasser som xx av personvern hensyn til informanten (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Etter transkribering ble opplysninger som ansiennitet og arbeidserfaring slettet fra det transkriberte dokumentet og flyttet til en samlefil for å holde beskrivelsen av utvalget adskilt fra det transkriberte materialet. Ved transkribering ble vi godt kjent med datamaterialet, fikk et inntrykk av meninger i teksten og en forståelse for hvilke temaer som kunne tas opp i analysen (Kvale & Brinkmann, 2015; Tanggaard & Brinkmann, 2015). De transkriberte intervjuene ga oss 58 sider med tekstmateriale.

### 3.4 Analysen av datamaterialet

Analysen i kvalitativ forskning innebærer å ha problemstillingen som utgangspunkt og systematisk stille spørsmål til materialet (Malterud, 2017). Som Malterud (2017) beskriver er refleksivitet et bevisst forhold til egen forforståelse og det teoretiske rammeverket for at det ikke skulle være styrende i analyseprosessen. Vi har vært inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) for analysen av datamaterialet. Analysemetoden er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, men forenklet av Malterud. Vi har valgt denne metoden da det var en systematisk analyseprosess som så på fenomener, hvor empirien bidrar til en dypere forståelse for og kunnskap om jordmødrenes erfaringer og livsverden (Malterud, 2017). STC gjennomføres i fire ulike trinn og under beskriver vi kort hva vi har gjort og hva de ulike trinnene består av.

1. Få et helhetsinntrykk av materialet og identifisere foreløpige temaer.
2. Dekontekstualisere. Å identifisere og inndele teksten i meningsbærende enheter. Å kode de meningsbærende enhetene.
3. Dele kodegruppene i subgrupper. Kondensere innholdet i hver subgruppe.
4. Rekontekstualisere: å sammenfatte resultatene i studien.

I *første trinn* var arbeidet å få et helhetsinntrykk av innholdet i datamaterialet. Det var avgjørende å legge vår egen forforståelse til side for at det ikke skulle farge oss. Malterud (2017) anbefaler at dette trinnet gjøres fortløpende under datainnsamlingen. Vi dannet oss et helhetsinntrykk av materialet fortløpende under transkripsjon og ved gjennomgang av lydfile, men startet systematisk med analysen hver for oss etter at alt materialet var klargjort. Vi gjorde dette for å ikke bli påvirket av hverandre, før vi møttes og gikk gjennom våre funn sammen (Malterud, 2017). Vi hadde gjort oss notater om innholdet og kom frem til ti midlertidige temaer som vi tok med oss videre i analysearbeidet. De midlertidige temaene var: *retningslinjer, stort fokus på høy KMI, samarbeid med andre profesjoner, fremme det normale fødselsforløpet/ønsker ivaretagelse av det normale, det jordmorfaglige, arbeidet som jordmor, boks/bås, den fødende kvinnen, risiko og risikovurdering, dilemmaer og utfordringer*. Det var viktig å påpeke at de midlertidige temaene ikke var resultater eller kategorier (Malterud, 2017).

I det *andre trinnet* startet vi med å gå systematisk gjennom materialet. Linje for linje og med de midlertidige temaene i bakhodet identifiserte vi de meningsbærende enhetene. Vi gjorde dette hver for oss, men hadde en fortløpende dialog og enighet om de meningsbærende enhetene. Det vi anså som irrelevant ble lagt til side (Malterud, 2017). Med utgangspunkt i problemstillingen og de midlertidige temaene endte vi med fem kodegrupper: *retningslinjer, brukermedvirkning, jordmorsarbeid, fødekvinnen og risikotenkning*.

Koding innebar en dekontekstualisering, hvor teksten ble plukket fra hverandre og de meningsbærende enhetene ble tatt ut av den sammenhengen de sto i (Malterud, 2017).

For å gjøre kodearbeidet og sorteringen enklere og mer visuelt oversiktlig, opprettet vi et felles Word-dokument i SharePoint via UiT hvor vi la inn de meningsbærende enhetene. Vi diskuterte hele tiden og stilte oss spørsmål som «Hva mener jordmor her?» «Hvilke følelser kommer frem?» eller «Hvilken betydning har dette?». Dette ga oss nyanser og flere sider av de ulike fenomenene som igjen dannet grunnlaget for subgruppene.

I *tredje trinn* var målet å hente ut innholdet fra de meningsbærende enhetene og omgjøre de til kondensat. Kondensatene var en frisk tekst som ble bygd opp med elementer fra de meningsbærende enhetene i subgruppene og redigert sammen i en logisk rekkefølge. De ble en sum av jordmors uttrykk og stemme om fenomenene som kom frem og ble skrevet i jeg-form. Før arbeidet med kondensering startet ble de meningsbærende enhetene sortert i to til tre subgrupper under hver kodegruppe (Malterud, 2017). Under kodegruppen *retningslinjer* fikk vi subgruppene: *retningslinjer som verktøy, individuelle vurderinger og samarbeid med andre profesjoner*. Kodegruppen *brukermedvirkning* fikk subgruppene: *medbestemmelse og informasjon*. I kodegruppen *jordmors arbeid* fikk vi subgruppene: *fremme kvinnen, verne det normale fødselsforløpet og ivareta ønsker*. Kodegruppen vi kalte *fødekvinnen* fikk subgruppen *stigma og den fødende kvinnen*, mens *risikotenkning* fikk *risiko og risikovurderinger* og *ikke lag en stor sak av prosedyrer* som subgrupper. Det ble hele tiden vurdert hvorvidt vi hadde plassert de meningsbærende enhetene riktig, derfor ble det utført sortering og omorganisering gjennom hele kondenseringsprosessen. Til slutt valgte vi et «gullsitat» som beskrev innholdet i subgruppen (Malterud, 2017).

Etter kondenseringen oppdaget vi at enkelte av subgruppene hadde likt innhold eller var for små til å kunne stå alene. Derfor ble noen av subgruppene slått sammen eller flyttet inn til andre kodegrupper. Subgruppene *medbestemmelse* og *ivareta ønsker* ble slått sammen, samt *individuelle vurderinger* og *samarbeid med andre profesjoner* ble slått sammen. Hele kodegruppen *risiko* ble en subgruppe som fikk navnet *arbeide forutsigbart* under jordmorsarbeid. Og kodegruppen *fødekvinnen* ble slått sammen med subgruppen *styrke kvinnen* og ble til en subgruppe. Til slutt endte vi med følgende tre kodegrupper: *retningslinjer*, *brukermedvirkning* og *to sider av arbeidet*. I tabell 1, *kode og subgrupper*, viser vi våre endelige kodegrupper og subgrupper gjennomført i trinn tre av analysen.

Tabell 1 - kode og subgrupper

<b>Kodegrupper og subgrupper fra analyseprosessen</b>		
<b>Kodegrupper</b>		
Retningslinjer	Brukermedvirkning	To sider av arbeidet
<b>Subgrupper</b>		
Retningslinjer som verktøy	Informasjon	Styrke fødekvinnen
Individuelle vurderinger	Medbestemmelse	Fremme den naturlige fødselen
		Arbeide forutsigbart

I det *fjerde trinnet* brukte vi kondensatene fra trinn tre til å lage en analytisk tekst. Teksten formidlet hva materialet vårt fortalte om problemstillingen (Malterud, 2017). Teksten ble bygd opp med variasjoner fra flere historier som vi tidligere hadde sammenfattet. Videre vurderte vi om gullsitatet som vi fant i forrige trinn fortsatt var dekkende. Overskrifter som sammenfatter hva teksten omhandlet ble skapt og endret flere ganger (Malterud, 2017). De endelige navnene til kategoriene ble: *å balansere mellom retningslinjen og egne vurderinger*, *å verne om det normale i fødselen til en risikofødende* og *respektfull ivaretagelse av kvinnens rett til informasjon og brukermedvirkning*. I tabell 2, *analyseprosessen*, viser vi hvordan meningsbærende enheter har utviklet seg trinnvis til å bli resultatkategori.

Tabell 2 - analyseprosessen

<b>Prosessen fra meningsbærende enhet til resultatkategori - et eksempel</b>				
<b>Meningsbærende enheter</b>	<b>Kode- gruppe</b>	<b>Subgruppe</b>	<b>Kondensat</b>	<b>Resultat- kategori</b>
<p>- Så det er for å sikre at det blir et bra resultat av fødselen.</p> <p>- Jeg tenker jo at mange av de retningslinjene vi har er fornuftig fordi at dem gjør fødselsarbeidet både for den fødende og jordmora som skal være der å hjelpe lettere.</p> <p>- Mange av retningslinjene er til god hjelp.</p>	<b>Retningslinjer</b>	<b>Retningslinjer som verktøy</b>	<p>Jeg synes retningslinjene er en trygghet og til god hjelp både for meg og kvinnen, de gir meg mulighet til å utøve best mulig praksis og for å sikre et godt resultat av fødselen.</p>	<b>Å balansere mellom retningslinjen og egne vurderinger</b>
<p>- Jeg synes det er trist. Fordi det er så forskjell på kvinnene, noen av de med høy kmi er så spreke og lette i kroppen og de kunne like godt hatt en kmi på 25</p> <p>- Nå snakker vi om de med bare ren forhøyet KMI, da mener jeg vi kunne møtt de annerledes og sakt at vi har egentlig ikke utfordringer med de før de faktisk oppstår. Og det gjelder alle normale kvinner også.</p> <p>- Så jeg syns jo at man bør gjøre en individuell vurdering i forhold til vektoppgang.</p> <p>- Det er ikke tilpasset de normalt store kvinnene.</p>		<b>Individuelle vurderinger</b>	<p>Jeg synes det er trist at retningslinjene ikke er tilpasset de friske, store kvinnene. Det er stor forskjell på dem, noen er spreke og lette i kroppen til tross for høy KMI. Store kvinner betyr ikke automatisk at vi får utfordringer i fødsel. Jeg synes det er et voldsomt fokus på KMI og lite på hvordan form kvinnene egentlig er i.</p>	

### 3.5 Forskningsetikk

Forskningsetikk er for å bevisstgjøre forskere og samfunnet om etiske problemstillinger som kan oppstå gjennom hele forskningsprosessen og skape troverdighet til studien (Lødrup Carlsen et al., 2019). De etiske overveielserne i denne studien var basert på de Yrkesetiske Retningslinjer for jordmødre (Den norske jordmorforening, 2016) og Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014). All medisinsk forskning er underlagt etiske forhåndsregler og De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) har utarbeidet generelle forskningsetiske retningslinjer. Hvor prinsippene respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet står høyest. For at dette skal oppnås er frivillighet, informert samtykke, personvern, risiko-nytte og forskerens ansvar og redelighet sentralt.

Før oppstart av studien med innhenting av informanter og innsamling av datamaterialet ble det sendt inn søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Norsk senter for forskningsdata, u.å-b). Dette var for å sikre personvern da datainnsamlingen og materialet besto av lydopptak hvor informantene potensielt kunne gjenkjennes. Studien ble godkjent av NSD med referansenummer: 753758 og godkjenningen ligger vedlagt (vedlegg 4). Det ble utarbeidet en datahåndteringsplan (vedlegg 5) i forkant av studiestart og datainnsamling. Den var utarbeidet gjennom NSDs mal (Norsk senter for forskningsdata, u.å-a) og i tråd med retningslinjen til UiT for studentprosjekter (UiT Norges arktiske universitet, 2020). Datahåndteringsplanen var for å ha klare linjer, forsikre oss og jordmødrene om at datamaterialet skulle behandles og lagres sikkert underveis i studien og slettes etter innlevert og bestått eksamen. All data fra nettskjema.no slettes automatisk seks måneder etter siste opptak (nettskjema.no, u.å; UiT Norges arktiske universitet, 2020). Slettet materiale bekreftes på e-post til veileder som er ansvarlig for studien. Veileder bekrefter avsluttet prosjekt overfor NSD.

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 2) i forkant av studien som jordmødrene fikk i god tid før intervjuet. Det beskrev kort studiens hensikt, personvern og datahåndtering med lagring og sletting. For å sikre at jordmødrene ga sitt informerte samtykke ble informasjonsskrivet gjennomgått i forkant av intervjuet. Muntlig informert samtykkeerklæring ble deretter tatt opp via nettskjema.no sin app av alle informantene i forkant av intervjuene (Helseforskningsloven, 2008; nettskjema.no, u.å).

Personopplysningsloven (Justis- og beredskapsdepartementet, 2018), helseforskningsloven (Helseforskningsloven, 2008) og forskningsetikkloven (Forskningsetikkloven, 2017) har bestemmelser for å ivareta deltakerens sikkerhet og trygghet i studien. Men enkelte forhold av etiske bestemmelser var ikke beskrevet i regelverket. Deltagere i kvalitative studier kan utsettes for blant annet psykisk uro og -påkjenning, fordreining og gjenkjennelse (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Nytteverdien av deltagelse i studien ville være en økt forståelse for jordmors ivaretagelse av den overvektige kvinnen og belastningen av å dele slike erfaringer anses som lavere enn nytteverdien. For at det skulle være minst mulig belastende for deltakerne la vi særlig vekt på at deltagelsen i studien var frivillig.

Jordmødrene kunne når som helst trekke seg uten å oppgi grunn frem til innlevering av oppgaven ved å kontakte oss. All data fra gjeldende informant ville da bli slettet (UiT Norges arktiske universitet, 2020). Videre ble all informasjon behandlet konfidensielt. Informasjonen ble håndtert og formidlet på en slik måte at jordmødrene ikke kunne gjenkjennes. Vi stilte spørsmål om ansiennitet og arbeidserfaring som en del av å kartlegge utvalget, men presiserte overfor jordmødre at dette ble anonymisert i det transkriberte materialet og ble lagret i en egen fil. Utover dette ble det ikke stilt spørsmål som kunne gjøre at informanten ble gjenkjent.

Vi hadde gjennomført en risiko og sikkerhets (ROS)-analyse av masterstudien for kartlegging av mulige risikoer ved datainnsamling, lagring eller deling av datamaterialet i forbindelse med studien. ROS-analysen var godkjent av lærerveileder og studieansvarlig høsten 2021 (UiT Norges arktiske universitet, 2020).



## 4 Resultatene

Vi kom frem til tre resultat kategorier etter analyse, de presenteres i dette kapitlet.

Resultatkategorien *å balansere mellom retningslinjer og egne vurderinger* beskriver hvordan retningslinjer var både en trygghet og kunne gi frustrasjon hos jordmødrene. Videre beskrives jordmødrenes utfordringer med individuelle vurderinger i omsorgen til den overvektige kvinnen. I den andre resultat kategorien *å verne om det normale i fødselen til en risikofødsende* viser jordmor hvordan hun fremmer det normale i fødselen uten å fokusere på risikoen, men hadde en beredskap. Samtidig som hun aktivt styrket kvinnen til å være til stede i egen fødsel. Under resultat kategorien *respektfull ivaretagelse av kvinnens rett til informasjon og brukermedvirkning* beskrives informasjon som et hjelpemiddel for medbestemmelse og hvordan jordmor går frem.

### 4.1 Å balansere mellom retningslinjen og egne vurderinger

På bakgrunn av den økte forekomsten av overvekt, fortalte jordmødrene at de nesten daglig møtte den overvektige kvinnen i fødselsomsorgen. De ble ofte konfrontert med retningslinjen og prosedyrer som fulgte denne gruppen. Jordmødrene betraktet de nasjonale- og lokale retningslinjene som et godt verktøy for arbeidet i omsorg til den overvektige kvinnen. Retningslinjene ga en trygghet, noe å støtte seg på og hadde stor betydning for å utøve best mulig praksis og for å sikre et godt resultat av fødselen. Det var forståelse for at det måtte settes en grense, og overvekt ikke skulle normaliseres av jordmor fordi risiko for mulige komplikasjoner var tilstedeværende. Til tross for dette kom det fram en oppgitthet omkring retningslinjen og selekteringen. Noen av jordmødrene erfarte at grensen for selektering på 30 kg/m<sup>2</sup> var absolutt og udiskutabel, mens andre erfarte at det var rom for vurderinger med hensyn til grad av overvekt, vektoppgang og svangerskapsforløp. De presiserte at kvinnen var heldig med en KMI like under 30 kg/m<sup>2</sup> fremfor over. Selv om det bare var anbefalinger i retningslinjen gjorde jordmødrene de forskjellige tiltakene, fordi de var redde for konsekvenser om noe skulle skje ved å ikke følge prosedyrene. Den overvektige kvinnen uten tilleggsfaktorer kom i et grenseland mellom det naturlige og medikaliserte, med risiko for å underlegges unødvendige prosedyrer og intervensjoner. Intervensjonene kunne gå på bekostning av å fremme den normale fødselsfremgangen.

Jeg føler at jeg som jordmor har et veldig stort ansvar for å ivareta dem [den overvektige kvinnen] på en god måte. Jeg synes ikke det bruker å være et stort problem med retningslinjen. Jeg synes at de kan være fine å ha, men det er viktig at vi jordmødre blir lært opp til å tenke selv og å være god på å argumentere for det som er sunt, friskt og normalt

Individuelle vurderinger av den overvektige kvinnen ble tatt av jordmødrene på grunnlag av kvinnens risikobilde, fødselsforløp og personlige behov. Jordmødrene kunne utfordres av retningslinjene i situasjoner hvor fødekvinnen kun var overvektig og uten andre åpenbare risikofaktorer. De opplevde retningslinjen som rigid og styrende, og med et ensidig medikalisert fokus på den overvektige kvinnen og ikke hvilke ressurser hun hadde. Jordmødrene uttrykte en redsel for å bli så styrt av retningslinjen og prosedyrer at de ville miste evnen til å gjøre egne vurderinger. Gjennom et erfaringsrikt arbeidsliv hadde jordmødre sett hvordan retningslinjen ble smalere, det kunne ha betydning for hvordan de arbeidet. De var bekymret for at den overvektige kvinnen skulle føle seg stigmatisert da retningslinjen ga et standardisert forløp, med lite rom for individuelle vurderinger.

Det spørs så på kvinnen og hvilken form hun er i. Straks de har KMI over 30, skal de pålegges så mye mer og de blir stigmatisert. Da kommer de i en bås med engang. Selv om de kanskje ikke trenger det.

Med bakgrunn i individuelle vurderinger og av hensyn til kvinnens ønsker argumenterte jordmødrene for eller imot iverksetting av prosedyrer. Det kunne være krevende å både argumentere og stå god for egne vurderinger om de gikk utenfor anbefalingene. En av jordmødrene påpekte at som nyutdannet var det viktig å stole på egne vurderinger og å tørre å stå for dem. De med kortest erfaring fortalte at det var utfordrende å gå utenom retningslinjen som nyutdannet og de var redd for å gjøre feilvurderinger hos en risikogruppe. I kraft av sin faglige integritet gjorde jordmødre vurderinger, argumenterte og konfererte med leger for å kunne iverksette eller utsette tiltak og prosedyrer. Det var en felles forståelse for at legene respekterte jordmorfaget og kunnskapen jordmødrene hadde. De erfarte at legene ofte anerkjente deres vurderinger og stolte på jordmødrene når de gikk utenom faglige retningslinjer.

Det er klart at vi er jo til en viss grad ganske styrt av prosedyrene våre. For hvis vi viker ut fra prosedyren i forhold til KMI som er stadfestet, så går vi jo litt på tvers av den og det må vi på en måte stå god for. Akkurat det kan være krevende. Det må jeg si. Ut fra prosedyren så skal du gjøre sånn og sånn.

## **4.2 Å verne om det normale i fødselen til en risikofødende**

Jordmødrene la stor vekt på å verne om det normale fødselsforløpet og de at ikke skulle gripe inn mer enn nødvendig. De påpekte at det var deres ansvar å ivareta og forsvare det normale i fødselsforløpet for den overvektige kvinnen, selv om hun ble klassifisert som risikofødende.

Det kunne være en utfordring å balansere mellom den medikaliserte og naturlige tilnærmingen til denne gruppen fødekvinne. Den ensidige medikaliserte tankegangen kunne unngås og jordmor kunne verne det normale ved at de bruke og holdt fast ved sitt kliniske blikk og faglige kompetanse. Meninger om at det ble gjort unødvendige intervensjoner hos denne gruppen kom fram og jordmødrene ønsket å minimalisere medisinsk teknisk utstyr og intervensjoner. Eksempelvis ble det gjort amniotomi for å kunne få inn fosterlyden med skalpelektrode, selv om det ikke var nødvendig for fødselsforløpet. En motsetning var at flere så på skalpelektrode som et redskap som kunne fremme bevegelse. Intermitterende lytting kunne brukes som et alternativ til kontinuerlig fosterovervåking, hvor kvinnen fikk mindre utstyr og ledninger, og dermed økt mulighet for bevegelse. Selv om den overvektige kvinnen etter retningslinjene var anbefalt en tidlig epidural, påpekte jordmødrene at de ikke måtte glemme alternative former for smertelindring. Det kom også fram at atmosfæren var viktig under fødselen, hvordan jordmødrene ter seg og hvordan stemningen var i rommet. Et enkelt tiltak var å opprettholde fødestua som et rolig rom med dempet belysning og trygghet som en fødselsfremmende faktor. Motsatt effekt hadde en fødestue hvor jordmor kom busende inn med medisinsk utstyr og full belysning.

Vi må jo stole på naturen, den er jo fantastisk innrettet og jeg tenker at så lenge naturen gjør det bra så skal vi ikke blande oss inn i det. Hvis vi begynner å skal gjøre tiltak, må vi virkelig argumentere godt for det. En fødsel er en veldig naturlig prosess som skal få gå sin gang og vi skal ikke tukle med det om vi ikke må. Det kan være vanskelig på sykehus med alt vi har tilgjengelig. Både for de fødende og oss er terskelen mye lavere å switche over på en mer medikalisert tankegang.

Jordmødrene var bevisst på risikoene som kom med den overvektige kvinnen, men opplevde samtidig ikke flere akutsituasjoner enn hos en normalvektig fødende. Noen av jordmødrene stilte seg også spørsmål om den overvektige kvinnen på bakgrunn av prosedyrer og intervensjoner hadde økt risiko for komplikasjoner og akutsituasjoner. Parallelt med å fremme et normalt forløp, var de klar over risikofaktoren med overvekt og tenkte på beredskap og arbeidet forutsigbart. Det handlet om både mental og praktisk forberedelse hos jordmødrene, hvor utstyr var lett tilgjengelig, de allierte seg med en ekstra jordmor og hadde dialog med legene om nødvendig. Det var viktig å understreke at beredskapen ikke skulle overføres eller påvirke fødekvinne, men foregå i det skjulte. Overvekten kunne føre til at jordmødrene risikerte å gjøre feilvurderinger som kunne gi negative utslag på fødselen. Det kunne være vanskelig å palpere magen eller at de ikke fikk inn fosterlyden. Frykten for slike

feilvurderinger kunne gjøre jordmødrene redd og usikre, disse følelsene skulle ikke overføres til den overvektige kvinnen.

Det handler om verstefallstenkning og vi må hele tiden tenke på «Hva er det verste som kan skje?» og klarer vi å løse den problemstillingen.

Jordmødrene erfarte at mange overvektige kvinner var sårbare i fødsel. For at kvinnen skulle få et så normalt forløp som mulig og med en god fødselsopplevelse, var det viktig å se hennes styrker og løfte henne frem. De arbeidet aktivt med å flytte fokuset bort fra vekten og over på kvinnens tilstedeværelse i egen fødsel. Jordmødrene møtte kvinnen med ydmykhet, som et enkelt individ og med mål om å gi henne selvtillit og mestringsfølelse til å kunne stå i fødselen. De erfarte at kvinner kunne føle seg nedbrutt på grunn av fokuset på vekten gjennom svangerskap og fødsel. Noen av kvinnene var mer bluferdig, skamfull og redd for å være for kravstore og ta plass i rommet, mens andre hadde god selvtillit og ikke brydde seg om vekten. Jordmødrene anerkjente kvinnens opplevelse og følelser, og forsto at kvinnene kunne føle på skam. For å oppdage om kvinnen følte seg utilpass var jordmødrene årvåkne og rettet sansene sine mot kvinnen. Hvilke tanker og innstillinger kvinnen selv hadde fremheves som avgjørende for hvilket utfall fødselen ville få. Det var av stor betydning fordi kvinnen allerede befant seg i en sårbar situasjon med tanke på kroppen sin. Kvinnens fødselsopplevelse sto høyt hos jordmødrene. De opplevde at den overvektige ikke hadde en dårligere fødselsopplevelse enn andre fødende, men det var alltid en redsel til stede for at det skulle være tilfellet.

Se meg, hør meg og ta meg på alvor – ta med dere den i møte med de damene og se alle for hva de mener og hvem de er. Da tror jeg vi har vunnet hele fødselen.

### **4.3 Respektfull ivaretagelse av kvinnens rett til informasjon og brukermedvirkning**

Til tross for retningslinjen og prosedyrer var det viktig for jordmødrene at den overvektige kvinnen fikk mulighet til å være delaktig og ha medbestemmelse i egen fødsel. Grunnlaget for dette var god informasjon. Jordmødrene fortalte at mange av kvinnene var velinformerte og klar over risikoen som kom med overvekten. Det kunne i enkelte situasjoner oppstå et dilemma dersom kvinnen ikke ønsket å ha fokus på vekten, men jordmor måtte gi informasjon på bakgrunn av vekten. Dette kunne være i forbindelse med iverksetting av tiltak eller gjennomføring av prosedyrer. Jordmødrene ønsket ikke å stigmatisere kvinnen eller gjøre henne utilpass, men måtte oppfylle plikten til å gi informasjon. Noen av jordmødrene informerte direkte og la ikke skjul på grunnlaget, men de tok ikke opp vekten flere ganger enn

nødvendig. Jordmødre opplevde ofte at den overvektige kvinnen kunne omfattes av flere retningslinjer i fødsel. De brukte derfor den, eller de andre retningslinjene som ikke var på bakgrunn av overvekten som grunnlaget for informasjonen. Dermed kunne jordmor unngå fokuset på vekten.

Jeg respekterer deres ønske om å ikke snakke om det [vekta]. Samtidig er det der dilemmaet kommer, de skal ha tilstrekkelig informasjon om hvorfor vi gjør det vi gjør og da stritter det litt imot det å ikke skulle si noe. De har jo krav på informasjon. Det tror jeg er det vanskeligste med akkurat det temaet.

Den overvektige kvinnens rett til medbestemmelse i egen fødsel sto høyt hos jordmødrene. God relasjon og kommunikasjon mellom jordmor og kvinnen kom frem som avgjørende gjennom hele forløpet, men spesielt for at kvinnen skulle være medbestemmende. Dersom kvinnen ikke hadde gjort opp egne meninger eller var redd for å ta egne valg underveis i fødsel, gikk jordmødrene frem ved å veilede, fremfor å pålegge henne. Om kvinnen ikke ønsket å følge retningslinjen, for eksempel ved bruk av kontinuerlig overvåkning eller tidlig epidural ble god informasjon og dokumentasjon påpekt som svært viktig. Jordmødrene erfarte at kvinnene hadde forventninger til hvordan fødselen skulle gå. Så langt det lot seg gjøre forsøkte jordmødrene å imøtekomme den overvektige kvinnens ønsker. I noen tilfeller var disse forventningene og ønskene urealistisk i forhold til totalvurderingen og retningslinjen. I slike situasjoner ble viktigheten av veiledning fremhevet for å kunne hjelpe kvinnen til å beslutte gode valg for seg selv og barnet. I enkelte tilfeller kunne jordmødrene og fødekvinnen møtes på midten og inngå kompromisser, mens andre ganger var det ingen problem å innfri ønskene.

Jeg prøver å lytte til kvinnen og gjøre det bedre for henne ut fra hva hun ønsker og la hun få lov til å være med å bestemme litt. Men om hun ikke er enig må jeg forklare på en faglig god måte.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet reflekterer og drøfter vi studiens funn opp mot relevant forskning og det teoretiske rammeverket for oppgaven. Diskusjonen av resultatet vil foregå med utgangspunkt i studiens problemstilling: *Jordmors erfaringer i omsorg for fødende kvinner med KMI over 30 kg/m<sup>2</sup>. Og forskningsspørsmålet: Hvordan fremmer jordmor et normalt fødselsforløp hos den overvektige kvinnen?*

Diskusjonen blir presentert i samme kategorier som i resultatkapittelet, men enkelte temaer som var nevnt i flere kategorier blir samlet et på sted.

Deretter diskuterer vi studiens metode med styrker og svakheter i lys av refleksivitet, relevans og validitet. Til slutt redegjør vi for klinisk implikasjon.

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 Å balansere mellom retningslinjen og egne vurderinger

Tall fra medisinsk fødselsregister viser at forekomsten av fødekvinne med KMI over 30 kg/m<sup>2</sup> har vært økende de siste ti årene (Folkehelseinstituttet, 2022). Jordmødrene i studien vår erfarte at de nesten daglig hadde omsorg til fødende med overvekt. Forskning viste en sammenheng mellom stigende KMI og komplikasjonsfrekvens (Ellekjaer et al., 2017; N. Heslehurst et al., 2008). Med bakgrunn i den kjente risikoen ble den overvektige kvinnen knyttet til retningslinjen (Magnussen et al., 2020) og det var noe jordmødrene måtte forholde seg til. For å kunne gi en faglig forsvarlig og god fødselsomsorg til kvinner med overvekt kunne ikke jordmor se bort fra selekteringskrav og retningslinjen for overvektige kvinner i fødsel (Helsedirektoratet, 2010; Magnussen et al., 2020). Jordmødrene i vår studie anså retningslinjen som et godt verktøy og en trygghet i omsorgen til kvinnene. Retningslinjen var en form for teoretisk kunnskap. I følge MiMo-modellen er jordmors kunnskap bygd på blant annet teoretisk kunnskap, og det er vesentlig at jordmor har denne kunnskapen for å oppleve trygghet i sitt yrke (Berg et al., 2012). Dette støttes av Daemers, van Limbeek, Wijnen, Nieuwenhuijze og de Vries (2017) som hevdet at kunnskap i form av utdanning, veiledere og lokale -og nasjonale retningslinjer påvirket de kliniske valgene jordmødrene tok. Jordmødrene i studien vår påpekte at retningslinjen kunne bidra til å sikre et godt resultat av fødselen. Også Nicola Heslehurst et al. (2011) fremhevet viktigheten med retningslinjer, at de var gode å ha, og med på å gi et sikkert tilbud til den overvektige kvinnen. To andre studier viser til tilsvarende funn hvor jordmødrene så nødvendigheten av retningslinjen på bakgrunn av risiko (A. Kerrigan et al., 2015; Reither, Germano & DeGrazia, 2018).

I studien vår kom det frem en frustrasjon blant jordmødrene omkring selekteringen i retningslinjen. De påpeker at kvinnen havnet i et grenseland når hun hadde en KMI like over 30 kg/m<sup>2</sup>, og ingen andre risikofaktorer. I henhold til den nasjonale retningslinjen skulle kvinner med overvekt fra 30 kg/m<sup>2</sup> til 35 kg/m<sup>2</sup> selekteres til fødeavdelinger, eller et høyere nivå. Dette gjaldt uansett svangerskapsforløp, tilleggsfaktorer, tidligere fødsel og klinisk tilstand. Dersom kvinnen hadde overvekt over 35 kg/m<sup>2</sup> skulle hun som hovedregel føde ved kvinneklinikk, dersom hun hadde født normalt tidligere kunne fødeavdeling vurderes (Helsedirektoratet, 2010). Veilederen “Et trygt fødetilbud” er 12 år gammel og beskriver selektering i fødselsomsorgen. Helsedirektoratet (2020) hevdet i en rapport at seleksjonskriteriene for valg av fødested burde gjennomgås. Gjennomgangen hadde som mål å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i fødselsomsorgen. Rapporten anbefalte revisjon av veilederen på bakgrunn av endringene i kompleksiteten i fødepopulasjon og behovet for oppdatert kunnskap. Selv om jordmødrene var oppgitt over selekteringen viste studien vår en bekymring for den økte forekomsten av overvekt og påpekte at det ikke skulle normaliseres eller glorifiseres å være overvektig selv om kvinnen er var uten tilleggsfaktorer. Schmied et al. (2011) kom frem til den samme bekymringen og beskrev overvekt som en snikende normalitet, hvor helsepersonellets aksept i fødselsomsorgen for vekten var økende.

Selv om overvekt ikke skulle normaliseres oppfattet jordmødrene i studien vår retningslinjen som en brems i omsorgen for den overvektige kvinnen. To studier fra Storbritannia hevdet at retningslinjen gjorde det utfordrende for jordmødre å fremme fødselen til overvektige kvinner på en naturlig måte (A. Kerrigan et al., 2015; Singleton & Furber, 2014). Retningslinjen fra Storbritannia hadde fem nivåer av anbefalingsgrad mens i Norge hadde vi fire nivåer. Både i Storbritannia og i Norge baserte anbefalingene seg på ulike nivå av dokumentasjon (Denison et al., 2019; Norsk gynekologisk forening, 2020). Retningslinjen fra Storbritannia la vekt på at anbefalingene skulle være individuelt tilpasset (Denison et al., 2019). Selv om det i større grad var mulighet for individuelle vurderinger opp mot retningslinjen, kommer det frem at jordmødrene i Storbritannia også ble utfordret i den individuelt tilpassede omsorgen (Singleton & Furber, 2014). Jordmødrene i vår studie påpekte at selv om retningslinjen opplevdes som rigid kunne det være rom for å vise hensyn til flere faktorer. Dette var i tilfeller hvor kvinnen hadde lav vekttoppgang i svangerskapet og liten grad av overvekt. Reither et al. (2018) påpekte at retningslinjen også burde ha ikke-medikaliserte tiltak inkludert for å fremme normal fødsel hos denne gruppen. I vår studie tillot jordmødrene seg å gå utenfor retningslinjen etter faglige vurderinger og aksept fra lege. En fagartikkel av

Evenstad, Larsen og Gravningen (2020) kan relateres til vår studie da den så på etterlevelse av faglige retningslinjer hos helsepersonell i fødselsomsorgen. Artikkelen konkluderte med at helsepersonellens forståelse av retningslinjer, konkurrerende fagtradisjoner og verdier bidro til barrierer mot retningslinjene. Spesielt kunne vi se sammenheng mellom studien vår og erfaringer som bakgrunn for at retningslinjen ikke ble etterlevd. Jordmødrene med lengre erfaringskunnskap var de som oftest tillot seg å gå utenfor retningslinjen. Mens de med kortest erfaring synes det var tryggere å forholde seg tettere til den.

I følge Lukasse og Henriksen (2019) ville jordmødres autonomi avta som følge av at arbeidet i økende grad ble styrt av retningslinjer og prosedyrer. Det ble påpekt at leger oftere var forfattere av prosedyrer og at jordmødre hadde begrenset innflytelse på dem. Jordmødrene hevdet at legene hadde blitt mer involvert i fødslene og det var et økt fokus på patologi som førte til flere intervensjoner. Studien vår viste at omsorgen til den overvektige kvinnen var avhengig av et godt lege-jordmor samarbeid for gjennomføring av individuelle vurderinger. Et godt samarbeid med annet helsepersonell blir ansett som avgjørende for jordmors rolle (Den norske jordmorforening, 2016). En studie kom frem til at et godt samarbeid mellom jordmødre og leger var avhengig av å gi faglig støtte, anerkjenning og ansvar til hverandre (Reiger & Lane, 2009). Denne påstanden kan bekreftes fra vår studie hvor jordmødrene opplevde at legene anerkjente og stolte på jordmødrenes vurderinger. Daemers et al. (2017) bekrefter at samarbeidet var avgjørende, videre at jordmødre ofte var trygg på egne avgjørelser og kompetanse. utfordringer kunne oppstå, hvor en profesjonell dialog fra begge parter kunne være vanskelig da begge fagfeltene hadde forskjellig oppfatning av hva som var riktig behandling og fremgangsmåte. Det kunne bekreftes av jordmødre i studien vår som påpeker at det var krevende å argumentere for at den overvektige kvinnen skulle få gå utenfor de anbefalingene som var satt. Samtidig viste funn i en studie av Hansson, Lundgren, Hensing og Carlsson (2019) at det var et ønske om å øke det tverrfaglige samarbeidet da de andre fagpersonene bare oppfattet fragmenterte bilder av jordmødrenes arbeid.

Jordmødrenes refleksjoner til retningslinjen i studien vår omfattet aspekter som pekte på at retningslinjen både kunne gi og ta i omsorgen for den overvektige kvinnen. De la vekt på at intervensjonene i noen tilfeller var unødvendige, andre ganger helt nødvendig. Viktigheten av et reflektert syn og holdning til det medikaliserte og demedikaliserte i fødselsomsorgen kom fram. Begrepet medikalisering er definert ved at moderne medisin har ekspandert og tar seg av forhold som ikke ble regnet som medisinske problemer tidligere. Fødsel er et eksempel på det (Helman, 2007). Demedikalisering er et begrep som beskriver at nødvendig omsorg gis



med et minimum av intervensjoner (Chalmers et al., 2001). Miller et al. (2016) fant at den medikaliserte tankegangen og omsorgen i høy-inntektsland var vanlig praksis. Videre hevdet studien at det gjaldt å finne en balansegang mellom de to tilnærmingene og ikke ekskludere det ene eller det andre. Denne balansegangen kommer også frem i den kvinnesentrerte modellen MiMo av Berg et al. (2012) som bekrefter viktigheten av å balansere kulturell kontekst med jordmors rolle i en travel fødeavdeling hvor medisinsk tankegang, tidspress og hvor medisinsktekniske verdier er dominerende.

Jordmødrene i studien vår påpekte at det var viktig å ta hensyn til kvinnens individuelle behov og unngå standardisering av omsorgen. Thorbjørnsdottir et al. (2020) beskriver i en studie med norske overvektige kvinner at kvinnene ønsket anerkjennelse som enkeltpersoner, men opplevde å bli sett på som et objekt. Av det kom en følelse av å være en stereotype, som at alle kvinner med overvekt var like. Noen av kvinnene opplevde en krenkende og nedverdiggende følelse av å bli møtt med «fedmepakken» med standardisert innhold fra både jordmødre og leger. Skogheim og Lundgren (2021) påpekte at kvinnen ikke bare trengte medisinsk behandling og bistand gjennom standardiserte rutiner, men de var i behov for individuelt tilpasset omsorg. Ingen fødsel er lik og hvilken oppfølging som er rett for den enkelte vil naturligvis variere ut fra hele kvinnen. Jordmødrene i vår studie antydte det samme, at det var en kompleks og sammensatt omsorg som skulle gis på bakgrunn av ikke bare overvekten, men kvinnen som person. Jordmødres salutogene tilnærming til faget ble undersøkt av Magistretti, Downe, Lindstrøm, Berg og Schwarz (2016) hvor omsorgen ble sett i en kontrast mellom individuell, empatisk omsorg og ansvaret med standardiserte upersonlige prosedyrer og behandling på sykehuset. Videre hevdes det at når alle kvinner hadde samme systemet å tilpasse seg til, gikk kvinnens individualitet tapt. Blaaka og Schauer Eri (2008) viser til lignende funn, hvor jordmødre kunne komme i et dilemma fordi fødselsomsorgen ble mer standardisert og det ble vanskeligere å gi kvinnen individuell omsorg. Det var ikke optimalt at omsorgen fikk et ensidig fokus mot enten det medikaliserte eller det demedikaliserte. For at omsorgen skulle bli god måtte den omfatte både forskning og retningslinjer hvor salutogenese, fødekvinnens perspektiv og opplevelser hadde en sentral rolle (Davis-Floyd, 2001; Smith et al., 2014).

Jordmødrene i studien vår fremhevet at de gjorde individuelle vurderinger i varierende grad og ut fra kvinnens risikobilde, fødselsforløp og personlige behov. Dette blir støttet av Daemers et al. (2017) som hevdet at jordmødrene varierte tilnærmingen sin til retningslinjen, fra konsekvent bruk til mer individuell tilpasning sammen med kvinnen. Videre beskrev

Daemers et al. (2017) flere temaer som var avgjørende for kliniske valg, et av de var karakteristika hos jordmødrene, både deres profesjonelle og personlige karakter. Spesielt ble hennes oppfatning av det fysiologiske i fødselen løftet frem som avgjørende for hvordan den individuelle vurderingen vil bli. Jordmødrene i studien vår fremhevet at de ønsket å gjøre de individuelle vurderingene av hensyn til å sikre kvinnen en god fødselsopplevelse. I Nyman, Prebensen og Flensner (2010) ble den individuelle omsorgen fremhevet som svært viktig for den overvektige kvinnen. Individuelle vurderinger og tiltak som førte til oppnåelse av individuelle mål gav kvinnene glede. Thorbjörnsdottir et al. (2020) sine resultatet viste at kvinnene i studien opplevde positive møter der de ble møtt som «bare» en fødende kvinne. De følte seg sett og hørt og ble løftet med oppmuntring og tilstedeværelse. Studien påpekte viktigheten av at alle fødende skulle møtes som en individuell kvinne uansett risikovurdering. De individuelle vurderingene som jordmødrene i vår studie tok i omsorgen til den overvektige kvinnen kan sterkt relateres til kvinnesentrert omsorg som beskrives i MiMo. Kunnskapen hun utviklet gjennom interaksjon med kvinnen ga henne ressurser og ferdigheter til å møte og respondere på hver kvinnes individuelle behov. Under temaet som i modellen omhandler balansegangen i omsorgen ble respekt for den individuelle kvinnen og hennes unike behov fremhevet. Jordmødrene fikk mulighet til å støtte og veilede kvinnen i hennes fødsel på hennes premisser uten å bli styrt av en standardisert omsorg omfattet av normer (Berg et al., 2012).

### **5.1.2 Å verne om det normale i fødselen til en risikofødende**

Studien vår påpekte at det var viktig for jordmødrene å ivareta det normale i fødselen til den overvektige kvinnen selv om de ble regnet som risikofødende. Det kan ses i sammenheng med hva International Confederation of Midwives (ICM) definerer som jordmors rolle og arbeid. Jordmødre er en ansvarlig fagperson og arbeider aktivt med å fremme det normale hos kvinnen i fødsel. Det er jordmors ansvar å gi nødvendig støtte, omsorg og å avdekke mulige komplikasjoner (International Confederation of Midwives, 2018). Jordmor modellen MiMo av Berg et al. (2012) beskriver at jordmødre måtte stole på normaliteten og å tilrettelegge for en normal fødsel, også om det var kjente risikofaktorer og mulighet for komplikasjoner. Jordmødre skulle se det normale hos den overvektige kvinnen til tross at det var en kjent risikofaktor. I avhandlingen til A. M. Kerrigan (2017) ble det presentert som en grunnleggende del av jordmorrollen og jordmors integritet å fremme det normale forløpet til den overvektige kvinnen. Jordmødrene var klar over at den overvektige kvinnen tilhørte en risikogruppe, men uavhengig av kvinnens obstetriske og medisinske bakgrunn skulle jordmor

arbeide aktivt for å fremme normaliteten hvor det var mulig (A. Kerrigan et al., 2015; Singleton & Furber, 2014).

At jordmødre møtte den overvektige kvinnen i et sykehusmiljø, kunne være medvirkende til en medikalisert holdning, hvor det var utfordrende å fremme det normale. Dette fordi grensen og tilgjengeligheten til det medikaliserte og tekniske var kort (Berg et al., 2012). Studien vår viste at jordmødrene kunne utfordres i denne balansegangen hvor det medikaliserte og risikoen var ledende, men de ønsket at det ikke skulle ta overstyring i arbeidet. To studier bekrefter at det normale forløpet kunne bli hindret ved at den overvektige kvinnen fikk betegnelser som «hun med vekten» eller «risikofødende». Jordmor fikk automatisk et medikalisert syn i tilnærmingen og det kunne settes begrensninger for å gi optimal omsorg (Schmied et al., 2011; Singleton & Furber, 2014). Dette bekreftes av jordmødre i studien vår, hvor de hevdet at det var kort vei til en medikalisert tankegang i møte med den overvektige kvinnen. I studien til Lukasse og Henriksen (2019) uttrykte jordmødre bekymring for at det var vanskelig å jobbe kvinnesentrert og fødselsfremmende da risikotankegangen i sykehusmiljøet overskygget det. Det var et overforbruk av intervensjoner og medisinsk teknisk behandling i fødselsomsorgen, som ikke var assosiert med et bedre fødselsutfall for mor eller barn, og det ga ikke en bedre omsorg (Miller et al., 2016; Skogheim & Lundgren, 2021). Dette bekreftes om fødselsomsorgen i Norge hvor det vises en økende trend i bruken av intervensjoner (Folkehelseinstituttet, 2022). Avhandlingen til A. M. Kerrigan (2017) hevdet at å være overvektig ga kvinnen en mindre sannsynlighet for en normal fødsel på bakgrunn av retningslinjen og den medikaliserte tilnærmingen kvinnen føder i. Terskelen for å gjøre intervensjoner var lav, selv om de ikke var nødvendige.

Studien vår bekreftet at jordmødrene erfarte at det ble gjort mange unødvendige medisinske intervensjoner i omsorgen til den overvektige kvinnen. Å ha en aktiv og jordmorfaglig tilnærming til den overvektige kvinnen ga mindre sannsynlighet for unødvendige intervensjoner (Carlson, Corwin & Lowe, 2017; Jevitt et al., 2021). Hollowell et al. (2014) bekreftet at for å oppnå en normal fødsel hos den overvektige burde den være jordmorstyrt og den naturlige tilnærmingen oppnås dermed lettere. De så på hvordan omsorgen til den overvektige kvinnen burde ha en demedikalisert tilnærming hvor helheten, eventuelle tilleggsfaktorer og komorbiditet burde ses i sammenheng. Jordmødrene i vår studie var bevisste på å bruke både sitt kliniske blikk og jordmor kompetanse for å verne det normale å få omsorgen bort fra et ensidig medikalisert fokus. I motsetning kunne medisinske intervensjoner i noen tilfeller bli brukt med hensikt og tanke for å fremme det normale

forløpet og bevegelse (A. M. Kerrigan, 2017). Jordmødrene i vår studie kunne bruke skalpelektrode i fosterovervåkningen for at kvinnen skulle få bedre mulighet for bevegelse.

Jordmormodellen MiMo beskriver at å fremme en normal fødsel ikke var et fravær av medisinsk teknisk utstyr, men at det kun skulle brukes når nødvendig (Berg et al., 2012). Studien vår viste at jordmødrene gjorde det de kunne for å minimalisere bruken av medisinsk teknisk utstyr hvor det var mulig, og på denne måten kunne de fremme normaliteten hos den overvektige kvinnen. For at jordmødre skulle fremme det normale var det også nødvendig å kunne bruke teknologi og utstyr, men det skulle ikke være et overforbruk. I dagens moderne medisin er det en viktig del av jordmors rolle å kunne se hvor det er nødvendig og når hun skal la være (Den norske jordmorforening, 2016; International Confederation of Midwives, 2018; World Health Organization, 1998). Blaaka og Schauer Eri (2008) bekrefter at jordmødre skulle være trygge i bruken av medisinsk teknisk utstyr og intervensjoner i fødselsprosessen, men det skulle kun brukes der det var nødvendig. Jordmødrene i vår studie var bevisste på at det var større bruk av medisinsk utstyr hos den overvektige kvinnen, og gjorde små grep for å redusere utstyret. De ønsket å fremme fødselsfaktorer som bevegelse med bruk av intermitterende lytting fremfor kontinuerlig fosterovervåking som immobiliserte kvinnen. Dette bekreftes fra et annet studie hvor kontinuerlig overvåking var beskrevet som den største utfordringen både fordi det ledet til begrenset mobilisering av kvinnen og kunne føre til unødvendige intervensjoner og ytterligere medikalisering av fødselen (A. Kerrigan et al., 2015).

Studien vår viste en beredskapstankegang hos jordmødrene i omsorgen med den overvektige kvinnen. Risikofaktoren var alltid i bakhodet og de tenkte to skritt fram i tilfelle mulige komplikasjoner. En studie som bekreftet en slik tankegang og tilnærming er Singleton og Furber (2014), de fant at jordmødre som arbeidet med den overvektige kvinnen alltid var klar over risikoen og hadde det med seg i møtet med henne. Blaaka og Schauer Eri (2008) påpeker at jordmor skulle være mentalt tilstedeværende i omsorgen med risikofødende, det krevde at jordmødre var oppmerksomme for å gjøre de riktige handlingene og vurderingene. De poengterte en diskresjon hvor beredskapen og frykten for feilvurderinger eller komplikasjoner ikke skulle overføres til kvinnen, hvor den overvektige kvinnen ikke skulle bli distraheret i sitt fødselsarbeid. En slik diskresjon kom til syne hos jordmødrene i vår studie der de bar med seg en beredskap som ikke ble synliggjort for fødekvinnen. De var bevisst en dempet atferd for ikke å unødig engste eller forstyrre henne. Aune et al. (2015) beskrev at kvinnene ønsket en god emosjonell støtte hvor de kunne jobbe uforstyrret i sitt fødselsarbeid. Tankegangen som

beskrevet hos våre jordmødre, kan ses i sammenheng med MiMo som beskriver at jordmødre skal balansere det som er i omgivelsene for å gi best mulig omsorg (Berg et al., 2012). Studien vår påpekte at jordmødrene var oppmerksomme i sine vurderinger, men de var også redde for å gjøre feilvurderinger hos den risikofødende. Slike feilvurderinger kunne noen ganger ha betydning for fødselsforløpet. I en norsk studie kom det frem at jordmødre som jobbet på sykehus var redde for uønskede hendelser eller at noe skulle gå galt med mor eller barn (Lukasse & Henriksen, 2019). Det bekreftes av Healy, Humphreys og Kennedy (2016) som kom fram til at omsorgen for en risikofødende var kompleks, og at det førte til en risikokultur som ble forsterket av jordmødrenes frykt for feilvurderinger og uheldige utfall i fødselen. Denne frykten gjorde at jordmødrene parallelt med å verne om det normale hadde en mental og praktisk tilnærming og forberedelse i tilfellet komplikasjoner eller noe uant skulle oppstå i fødselen.

Å føde barn er en uunngåelig situasjon for den gravide kvinnen. Det var essensielt at kvinnen var tilstedeværende i både kroppen og sinnet (Berg et al., 2012). Å være jordmor var å se på fødselen som mer enn et øyeblikk, men fødselen var en del av et større bilde og en god fødselsopplevelse var viktig for hvordan kvinnen fikk det senere (Magistretti et al., 2016). Studien vår bekreftet at jordmødrene var aktive for at den overvektige kvinnen skulle få en god fødselsopplevelse. Jordmor ønsket å flytte fokuset bort fra vekten og over på kvinnen selv for at hun skulle få tro på egen kropp og mestringsfølelse. Dette kunne ses i sammenheng med salutogenese der jordmor var fremtredende i tilnærming til den overvektige kvinnen for å hjelpe med å finne begripelighet, håndterbarhet og mestringsstrategier til å komme gjennom fødselen. Mestringsressursene var evner til å håndtere livets utfordringer på en bedre måte (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Tilnærmingen jordmødrene i vår studie hadde til den overvektige kvinnen kan ses i lys med den salutogene tilnærmingen. Jordmor skulle bruke seg selv aktivt for å bistå den overvektige kvinnen med å finne hennes OAS og få tro på seg selv til å stå i det (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Hermansson & Mårtensson, 2011). En slik tilnærming er i tråd med at jordmor skulle styrke kvinnens selvtillit og gjenkjenne hennes styrker og kapasitet (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Langeland (2009) understreker at for å fremme et individs OAS, måtte jordmor fokusere på å redusere utfordringer samtidig som de interne og eksterne ressursene ble styrket. Aune et al. (2015) bekrefter at gjennom støtte skulle jordmor hjelpe kvinnen til å få en god fødselsopplevelse. Studien vår avdekket at jordmødrene ofte sanset at den overvektige kvinnen hadde flere negative følelser om seg selv, de var mer skamfulle og bluferdige enn den normalvektige kvinnen. Jordmødrene oppfattet at

slike følelser kunne være et hinder for at kvinnen skulle å få en god fødselsopplevelse. En studie av Nyman et al. (2010) konkluderte med at den overvektige kvinnen ofte følte seg skamfull og fremmedgjort i egen kropp, hvor kroppen bare var et redskap for svangerskap og fødsel. Mulherin et al. (2013) viste til resultater at den overvektige kvinnen hadde dårligere fødselsopplevelse enn de normalvektige kvinnene. I motsetning viste vår studie at jordmødrene ikke erfarte at den overvektige kvinnen uttrykte dårligere fødselsopplevelse. For en normal fødsel og god opplevelse var det avgjørende at kvinnen var tilstedeværende i seg selv og tiden, turte å stole på egen kropp og egne evner til å gjennomføre en fødsel (Berg et al., 2012). Dette støttes av en studie som så på en salutogen tilnærming i jordmorfaget (Magistretti et al., 2016). For å fremme kvinnens mestringsstrategier og positive følelser viste studien vår at jordmødrene var tilstedeværende i rollen sin, de var årvåkne og brukte sansene sine for å kunne hjelpe den overvektige kvinnen. Dette bekreftes av Lundgren og Berg (2007) som understreker betydningen av tilstedeværelse for tillitsbygging og i å styrke kvinnen.

Studien vår viste at en god atmosfære på fødestuen var avgjørende og en sentral faktor for å fremme fødselen og mestringsstrategiene til den overvektige kvinnen. Trygge rammer og miljø var viktig for fødselsprosessen. Og det kunne ses i sammenheng med salutogenese, hvor jordmor arbeidet for å legge til rette med de ytre faktorene for å hjelpe kvinnen (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Berg et al. (2012) viser i sin jordmormodell viktigheten av fødeatmosfæren for å kunne fremme den normale fødselen og unngå forstyrrelser. En god fødselsatmosfære gir et fødested som stråler følelser av ro, tillit og trygghet. Det er en atmosfære som styrker og støtter normaliteten av fødselen i henhold til den aktuelle situasjonen. Jordmødrene i vår studie oppga at en god fødselsatmosfære hadde kvinnen i sentrum og det var et fravær av fokus på medikaliserte tiltak og prosedyrer eller andre ting som forstyrret fødselsprogresjonen. Norsk forskning som ser på fødselsfremmende faktorer bekrefter også at trygge omgivelser er avgjørende (Aune et al., 2015).

### **5.1.3 Respektfull ivaretagelse av kvinnens rett til informasjon og brukermedvirkning**

I tråd med de yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (Den norske jordmorforening, 2016) kommer studien vår frem til at jordmødrene var opptatt av at kvinnene skulle få god og relevant informasjon gjennom hele fødselsforløpet. Som helsepersonell var jordmødre pliktig til å gi tilstrekkelig og forståelig informasjon til kvinnen for at de skal kunne forstå fødselsforløpet, fordeler og risiko ved intervensjoner og tiltak som blir lagt frem (Den norske jordmorforening, 2016; Helsedirektoratet, 2010; Kukla et al., 2009; Pasient- og

brugerrettighetsloven, 2001). Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) beskriver det som en del av jordmorrollen og den faglige integriteten at informasjonen var tilpasset kvinnen.

Jordmorsrolle og faglig integritet kan ses i sammenheng med empowerment. I studien vår var målet for jordmødrene å hjelpe den overvektige kvinnen og med kontinuerlig, god og tilstrekkelig informasjon som et enkelt tiltak (Hermansson & Mårtensson, 2011; Lundgren & Berg, 2007; Manning & Malone, 2017).

Studien vår viste at jordmødrene var delte i hvordan de skulle gå frem når de skulle gi informasjon. Jordmødrene følte at de kom i et dilemma om kvinnen ikke ønsket å ha fokus på vekten, mye av informasjonen som skulle bli gitt var på bakgrunn av overvekten til kvinnen. Uansett hadde de en respektfull tilnærming til måten de gav informasjonen på. Andre studier belyser også at jordmødrene møter utfordringer når informasjon skulle formidles til den overvektige kvinnen, da det kunne være sensitivt og påvirket henne negativt. Jordmødre kunne oppleve en kamp om hvordan de skulle gå frem i samtalen med tilstrekkelig informasjon for å unngå at det skulle få et negativt emosjonelt utfall (Christenson, Johansson, Reynisdottir, Torgerson & Hemmingsson, 2018; Christenson et al., 2020; Nicola Heslehurst et al., 2011; Schmied et al., 2011).

Jordmødre arbeidet for å sikre lik behandling til alle kvinner uansett sosioøkonomisk status og hvilke ressurser kvinnen og partner hadde (International Confederation of Midwives, 2018). Flere rapporter legger frem at overvektige i Norge hadde lavere utdanning og sosioøkonomisk status enn normalvektige, dette var gjeldende uansett kjønn og alder. Avstanden mellom utdanning og sosioøkonomisk status hos de overvektige var blitt mindre de siste årene (Meyer et al., 2017; Midthjell et al., 2013). For å forsikre seg om at kvinnen fikk tilstrekkelig informasjon burde jordmor ha denne kunnskapen med seg (Den norske jordmorforening, 2016; International Confederation of Midwives, 2018). En studie fra Storbritannia viste at jordmødrene mente at den overvektige kvinnen ikke var tilstrekkelig informert. Det var viktig at hun var bedre informert i forkant av fødselen slik at det ikke skulle bli konflikter og uheldige påkjenninger i forhold til informasjonen som skulle bli gitt (A. Kerrigan et al., 2015). I motsetning til studien vår som viste at jordmødrene opplevde kvinnene som velinformerte når de kom inn til fødsel. En tidligere studie viser at norske kvinner følte seg godt informert og klare til fødselen som kom (Aune et al., 2015). Selv om kvinnene var velinformerte, kommer det frem i fra annen norsk studie at kvinnene savnet å kunne diskutere med jordmor om forskjellige alternativer for fødselen og være mer delaktig (Bringedal & Aune, 2019).

I studien vår ble kvinnens rett til medbestemmelse løftet frem som et viktig punkt i omsorgen. De yrkesetiske retningslinjene for jordmødre presenterte at en viktig del av jordmors rolle var å la kvinnen aktivt delta i beslutninger vedrørende egen omsorg og brukermedvirkning (Den norske jordmorforening, 2016). Det ble også presisert i Helsedirektoratet (2010) krav til fødselsomsorgen, *et trygt fødetilbud*, at kvinnen hadde rett til å medvirke og ta avgjørelser i egen helse, behandling og i utformingen av omsorgen.

Jordmødrene i studien vår påpekte at samarbeid og relasjon mellom henne og kvinnen var avgjørende for at kvinnen skulle ha mulighet til å være medbestemmende. På bakgrunn av at medikalisert omsorg ofte innebar rutiner begrenset det kvinnens delaktighet i valg og valgmuligheter. Det kunne forstås som en barriere mot den kvinnesentrettede omsorgen (Brady, Lee, Gibbons & Bogossian, 2019; Fontein-Kuipers, de Groot & van Staa, 2018). Lundgren og Berg (2007) fremhevet relasjonen som viktig både ved normal og risikofødsel. Dialog, åpenhet og delt ansvar ble pekt på som avgjørende komponenter i en gjensidig relasjon. Ved at kvinnen mottok informasjon og at oppmerksomheten ble rettet mot henne ville hun ha mulighet til å forstå og være mer involvert. I MiMo (Berg et al., 2012) er gjensidig relasjon sentralt og kvinnens deltagelse i egen fødsel løftes frem. Modellen viser at jordmor skulle støtte kvinnen i å ta ansvar ved avgjørelser både basert på samarbeid med jordmor og av selvstendighet. Jordmødrene i studien vår hadde som mål å gi den overvektige kvinnen like godt grunnlag for valg og hjelpe kvinnen til å ta de gode valgene for seg selv og barnet som alle andre fødekvinne. Bringedal og Aune (2019) hevdet at kvinner ønsket å være medvirkende i valg angående fødselen sin og konkluderte med at kontinuitet fra jordmor bidro til det. Nyman et al. (2010) påpekte at støtten og inkludering fra jordmor var spesielt viktig for overvektige kvinner. For å oppnå at de skulle føle seg inkludert måtte jordmor lytte, vise hensyn, respekt og støtte dem (Thorbjörnsdottir et al., 2020).

Studien vår fastslo at kvinnes forventninger, ønsker og valg ikke alltid var gjennomførbare med hensyn til hennes situasjon og fødselsforløp. Studien vår peker samtidig på at det var uproblematisk da kvinnen viste forståelse om hun fikk tilstrekkelig, god og tilpasset informasjon. En studie fra Canada viser at kvinnes mulighet for valg og kontroll under fødsel hadde betydning for hvordan de opplevde fødselen. De som var mer involvert i avgjørelser hadde flere positive fødselsopplevelser (Cook & Loomis, 2012). En norsk studie som så på den overvektige kvinnens perspektiv viste at de ønsket å føle seg inkludert og involvert i omsorgen og behandlingen for å ha en viss kontroll over egen fødsel (Thorbjörnsdottir et al., 2020). En til norsk studie viste at kvinner ønsket å være involvert i



avgjørelser, bli sett og forstått som individer og at relasjonen til jordmor var viktig for kvinnens opplevelse av støtte, slik at hun kunne ha medbestemmelse (Bringedal & Aune, 2019). Et kriterium som belyses for at empowerment skulle fremtre hos kvinnen var at jordmor arbeidet for å involvere henne, muliggjøre valg og medbestemmelse (Hermansson & Mårtensson, 2011). Cook og Loomis (2012) hevdet at kvinnen viste større tillit til avgjørelsene jordmødrene tok når de fikk være med å ta beslutningene. Jordmødrene i vår studie påpekte at kvinnen ofte la sin lit til jordmor og lot henne ta valgene sammen med seg, spesielt når det dreide seg om intervensjoner. En studie viser tilsvarende, at det var viktig for kvinnene å være med på å ta avgjørelser vedrørende bruk av intervensjoner i fødsel (Bringedal & Aune, 2019). Funnet bekreftes også i en annen studie at dersom det var behov eller ønske for intervensjoner ønsket kvinnene kontroll over seg selv gjennom beslutninger som hun har medvirket til (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet & Gulmezoglu, 2018).

## 5.2 Diskusjon av studiens kvalitet

Troverdighet bør være et kjennetegn for alt vitenskapelig arbeid, hvor hele forskningsprosesser er grundig, systematisk, pålitelig, etisk utført og gjort rede for (Malterud, 2017). I følgende kapittel diskuteres studiens kvalitet ved hjelp av begrepene *validitet*, *relevans* og *refleksivitet*. Malterud (2017) trekker dette frem som sentrale punkter for vurderingen av studiens kvalitet gjennom styrker og svakheter.

Refleksivitet er en aktiv rolle hvor vi viser evne og vilje til å stille spørsmålsteget til egen fremgangsmåte og konklusjon (Malterud, 2017). Videre poengterer Malterud (2017) at forskerens egen forforståelse har en sentral rolle i refleksiviteten. Ved å klargjøre forforståelsen i forkant av studien bevisstgjorde vi oss selv og leseren på motivasjonen og hva som kunne være et hinder i forskningsprosessen. Forforståelsen skulle ikke få for stor plass da det kunne være et hinder for ny kunnskap i det empiriske materialet i studien. Med en refleksiv holdning til forskningsprosessen hadde vi klargjort vår egen forforståelse og ståsted i forkant av arbeidet.

En viktig motivasjon for studien var forforståelse presentert i metodekapittelet. Flere deler av vår forforståelse har blitt utfordret. Mange av praksisopplevelsene var basert på den overvektige kvinnens fortellinger, mens vi har utforsket jordmors erfaringer. Jordmødrene ønsket at kvinnen skulle få en god ivaretagelse, deltagelse og opplevelse av egen fødsel. De baserte ikke omsorgen på at retningslinjen skulle overholdes til enhver tid, men la vekt på at individuelle vurderinger og å fremme det normale alltid kom høyt. Dette var i strid med vår

forforståelse hvor vi trodde de fulgte retningslinje mer enn hva som kom til uttrykk i vårt materiale. Det kan ikke utelukkes at forforståelsen kunne ha preget intervjuene og innhenting av materialet. Vi arbeidet aktivt med å holde forforståelsen nøytral med en nøye gjennomtenkt og gjennomarbeidet intervjuguide. Gjennom analyseprosessen stilte vi oss stadig refleksive og kritiske spørsmål til egen empiri.

Validitet er gyldigheten til det studien forteller noe om. I kvalitative studier kan det være vanskelig å si klart om funnene er sanne eller ikke, og om de svarer på det fenomenet som utforskes. Validitetsbegrepet deles inn i *intern validitet* og *ekstern validitet* (Malterud, 2017). *Intern validitet* menes gyldigheten til studiens resultater og i hvilken grad utvalget, metoden, den teoretiske referanserammen og tolkning av data er egnet til og relevant for å gi gyldige svar på problemstillingen. Vi anser at studien vår har høy intern validitet og gjennom forskningsprosessen har vi fått en nyansert og bedre forståelse for jordmors erfaringer med den overvektige kvinnen og hvordan hun arbeider med denne gruppen. Malterud (2017) påpeker at kvalitative studier kjennetegnes av å ha høy intern gyldighet. Dette begrunnes med at utvalget i studien er kilden som har kunnskap til fenomenet som skal utforskes.

Valget av kvalitativ metode ga styrke til studien. Metoden ga en åpen tilnærming til temaet og mulighet for å utforske jordmødrenes erfaringer i møte med den overvektige kvinnen (Malterud, 2017). Vi brukte semistrukturerte intervju som design for innhenting av datamaterialet, vi fikk dermed muligheten til å samle inn et detaljert og nyansert materiale, med individuelle beretninger fra jordmødrene. En styrke ved intervjuene var at de ble gjennomført individuelt. Derfor kunne jordmor føle seg trygg i delingen av erfaringer og ikke bli farget av andre informanter. De semistrukturerte intervjuene ba likevel på utfordringer fordi vi aldri hadde gjennomført intervju tidligere og dette kan anses som en svakhet. I forkant av datainnsamlingen leste vi oss opp på intervjuferdigheter og gjennomførte et pilotintervju. Det ga lærdom og et bedre utgangspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Under de første intervjuene var vi mer bundet til intervjuguiden og klarte ikke bruke oppfølgingsspørsmålene adekvat. Intervjuferdighetene ble utviklet gjennom datainnsamlingsprosessen og intervjuteknikken ble bedre. På bakgrunn av dette innså vi at de første intervjuene hadde noe dårligere kvalitet enn de siste. Intervjuguiden ble endret i prosessen av datainnsamlingen. Etter gjennomgang av materialet innså vi at det ikke ga tilstrekkelig med nyanser. Det var ikke tilstrekkelig med oppfølgingsspørsmål og det kunne bli dårlig flyt i samtalen. Malterud (2017) beskriver det som en styrke at vi reviderte intervjuguiden i innsamlingsprosessen, da intervjusituasjon ikke skulle bli standardisert av en

låst intervjuguide. Malterud (2017) legger frem at det var en styrke at vi har vært to personer gjennom forskningsprosessen og at begge deltok på alle intervjuene. Vi har sett stor nytte av å være to personer til stede, både for teknisk bistand og bedre gjennomføringsevne av selve intervjuet. Ved at begge deltok på intervjuene, var vi to som var lydhøre og kunne lettere avdekke om det oppsto misforståelser. I slike tilfeller ble det gjort dialogisk validering underveis for å spørre jordmoren om vi hadde forstått riktig.

Datainnsamlingen ble gjennomført mens det var covid-19 restriksjoner i samfunnet. For å unngå mange nærkontakter ble de fleste intervjuene gjennomført digitalt. Vi kunne tenke oss til at dette kunne ha påvirket utvalget av informanter ved at mange kunne være usikre på digitale plattformer, og dermed ikke ønsket å stille opp. Svakheter ved digitalt intervju var at internettforbindelsen kunne være dårlig og stemmen til informant ble utydelig, vi måtte derfor be henne om å gjenta seg. Dette virket forstyrrende for flyten i samtalen. En annen ulempe med digitale intervju var at non-verbal kommunikasjon gikk tapt. En fordel med å gjennomføre intervjuene digitalt var at jordmødrene selv kunne velge når og hvor intervjuet skulle foregå og de fikk trygge rammer. Enda en styrke med digital gjennomføring var at vi fikk jordmødre fra hele landet som kunne delta (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

Studien har benyttet en fenomenologisk tilnærming som var godt egnet da vi ønsket å få innsikt i erfaringer til jordmødre i omsorgen til den overvektige kvinnen i fødsel. En slik tilnærming forutsatt at vi hadde bakgrunnskunnskaper om den filosofiske tilnærmingen (Malterud, 2017; Thornquist, 2018). Vi forsøkte å sette oss inn i den fenomenologiske teorien, en svakhet til studien kan anses ved at det var vanskelig å få tilstrekkelig kunnskap og forståelse til den teoretiske tilnærmingen.

Det ble gjennomført et strategisk utvalg for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte. Det var et bevisst og hensiktsmessig utvalg med klare inkluderingskriterier, for å få et rikt datamateriale. Det strategiske utvalget var en styrke for studien (Malterud, 2017). I innhenting av jordmødre forsøkte vi først med en åpen tilnærming hvor jordmødrene med interesse for temaet skulle kontakte oss, men vi fikk bare tre jordmødre på denne måten. Derfor gikk vi over til snøballteknikk hvor vi kontaktet jordmødre direkte gjennom bekjentskap som stilte opp eller henviste oss videre til andre jordmødre med interesse for temaet. Denne tilnærmingen kunne ha vært med å farge datamaterialet og gi oss få nyanser. Dette fordi vi kjente til enkelte av jordmødrene og deres meninger før datainnsamling. Til tross for dette var troverdigheten til informantene høy, da vi var klar over at de hadde en stor

interesse og kunnskap for temaet til studien. Datainnsamlingen var av personlig karakter og det krevde en god dialog for å skape gjensidig tillitt og respekt. Jordmødrene skulle føle seg trygge i intervjusituasjonen, hvor de ikke ble presset til å dele erfaringene eller følte at tiden ble misbrukt. På den måten kunne vi være sikre på ærlig og åpen dialog hvor informasjon ikke ble tilbakeholdt (Malterud, 2017). Vi ønsket at jordmødrene ikke skulle være farget av normer fra arbeidsplassen. Vi var bevisste på at utvalget skulle være representert fra flere arbeidsplasser og deler av landet. Dette lyktes vi med og vi regner det som god informasjonsstyrke på materialet med de åtte jordmødrene som ble inkludert i studien vår (Malterud, 2017).

Det var en fordel at studien ble utført i eget fagfelt, ved at vi som jordmorstudenter hadde et godt grunnlag for å forstå jordmødrenes erfaringer og snakket samme «språk». Det var lettere for jordmødrene å uttrykke seg uten å måtte forklare fagterminologi og andre begreper i forbindelse med fødsel. Det ble presisert i forkant av intervjuene at jordmødrene skulle fortelle det de anså som innlysende, fordi helheten kunne ha betydning for studien. Vår kjennskap til fagfeltet kunne imidlertid ha gjort at nyanser som ikke samsvarte med våre egne erfaringer og forforståelse som jordmorstudenter ble oversett (Malterud, 2017).

En styrke med studien var at transkriberingen ble gjort like etter gjennomføring av intervjuene, noe som har bidratt til at vi har bevart stemningen og helheten. Vi fordelte transkripsjonsarbeidet likt mellom oss ved at vi tok annen hvert intervju. Materialet ble først gjennomgått hver for oss, deretter flere ganger sammen. Vi fikk dermed god kjennskap og nærhet til materialet, men det var tidskrevende (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). En svakhet i gjennomføringen av intervjuet var at stedsnavn og navn på sykehus ble nevnt, selv om det ble presisert i forkant at alle gjenkjennelige navn ikke skulle oppgis. Vi kunne ikke starte hele intervjuet på nytt da det hadde vært forstyrrende for både intervjuer og jordmor. Derfor ble det tatt hensyn til ved transkribering og setningen ble enten fjernet helt eller byttet med xx.

Som uerfarne så vi det som hensiktsmessig å bruke Malteruds systematiske tekstkondensering for analysen av materialet. Metoden beskrives som egnet for uerfarne og den ga en enkel, systematisk innføring i analyseprosessen (Malterud, 2017). Enda en svakhet med metoden var at omfanget av datamateriale var så stort at det ble utfordrende å sortere de meningsbærende enhetene og sette tydelige skiller mellom kategoriene. Til tross for et omfattende materiale fikk vi frem mange nyanser hvor vi med en refleksiv tilnærming gikk frem og tilbake, bevist

stoppet opp og stilte oss spørsmål som «Hva forteller materialet oss?», «Kan det tolkes på flere måter?» og «Svarer dette på problemstillingen?». En annen styrke var at vi var to som gjorde analysen, med dette fikk vi frem flere nyanser som den andre kunne oversett (Malterud, 2017). En svakhet med metoden var at analyseprosessen var tidkrevende og vi hadde en gitt tidsramme på gjennomføringen. Med bakgrunn av nærheten vi fikk til materialet kunne det være vanskelig å reflektere kritisk over egne funn. Det kunne være vanskelig å se andre alternativer når en bestemt løsning var identifisert og Malterud (2017) påpeker derfor viktigheten av å ta et skritt tilbake i tolkingen av datamaterialet.

*Ekstern validitet* (overførbarhet) så på hvilken grad kunnskapen kunne gjøres gjeldende utover den konteksten den var undersøkt i, og ekstern validitet sier noe om funnene var overførbare utover seg selv (Malterud, 2017). Hver jordmors beretninger var unike og ga oss god innsikt i hva som var viktig for jordmødre i omsorgen til den overvektige kvinnen i fødsel. Vi vil påpeke at studien hadde et for lite utvalg til å kunne si noe generelt om fødselsomsorgen. Vi ser likhetstrekk i omsorgen i skandinaviske land og studien vår er i en viss grad overførbart til disse. *Relevans* gikk i første rekke ut på hva funnene i studien kunne brukes til og om den har overføringsverdi utenfor studien (Malterud, 2017). Vi vurderer studien til å ha overføringsverdi til fødselsomsorgen og de som jobber med den overvektige kvinnen i fødsel.

### **5.3 Klinisk implikasjon**

På bakgrunn av økende forekomst av overvekt i Norge og hos kvinner i fertil alder, vil jordmødre i fødselsomsorgen møte denne gruppen kvinner ofte i sitt arbeid. Vi ønsket med studien vår å bringe økt bevissthet omkring omsorgen til denne gruppen kvinner. Jordmødre og andre som jobber i fødselsomsorgen vil kunne dra nytte av erfaringer fra studien vår ved å sette fokus på balansegangen mellom det medikaliserte og demedikaliserte i omsorgen til den overvektige fødekvinne.

## 6 Konklusjon og avslutning

Hensikten med masteroppgaven var å utforske erfaringer fra jordmødre i omsorgen til den overvektige kvinnen i fødsel. Vi ønsket å sette søkelys på deres tanker og holdninger på hvordan de gikk frem for å fremme et normalt fødselsforløp hos denne gruppen fødekvinner. Den norske fødselsomsorgen hadde en medikalisert tilnærming hvor retningslinjen fokuserte på sykdom og risikoen for komplikasjoner. Vår studie avdekket at jordmødrene ønsket å ha et mer naturlig fokus og tilnærming til kvinnen, selv om hun hadde en kjent risikofaktor.

Vår studie viste at jordmødrene så på retningslinjen som et verktøy og trygghet. Samtidig ble det uttrykt en frustrasjon over selekteringskravene hvor det var lite fokus på faktorer som hvordan svangerskapet hadde forløpt og hvilken form kvinnen var i. Retningslinjen hadde lite fokus på demedikaliserte tiltak som fremmet det normale forløpet og risikotenkningen kom i første rekke. Jordmødrene gjorde individuelle vurderinger, viste mot og styrke til å argumentere og måtte samarbeide med legene for å kunne gå utenom retningslinjen.

Å fremme normalitet i fødsel var en sentral del av jordmødrenes rolle og integritet. I møte med en kjent risikofaktor arbeidet jordmor aktivt for å fremme det normale og ikke ha et medikalisert fokus i omsorgen til den overvektige kvinnen. Selv om jordmødrene fokuserte på å fremme det normale hos den overvektige kvinnen var de klar over risikofaktoren og var i beredskap og arbeidet forutsigbart. Essensielt her var at kvinnen ikke skulle merke og føle at jordmødrene var bevisste på komplikasjoner som kunne oppstå. For jordmødrene var det viktig at den overvektige kvinnen fikk en god fødselsopplevelse hvor risikotenkning og mulige negative følelser ikke skulle komme i veien for dette. Det var avgjørende med empowerment og en salutogen tilnærming hvor de skulle styrke kvinnen og hjelpe henne med å finne mestringsstrategier slik at hun kunne komme styrket ut av fødselen.

Jordmødrene anså i tråd med sin faglige rolle viktigheten av informasjon og brukermedvirkning. De kunne komme i et dilemma mellom hvordan informasjon og medbestemmelse skulle formidles og ivaretas for den overvektige kvinnen, uten å ha fokus på vekten.

Den kvinnesentrerte jordmormodellen MiMo (Berg et al., 2012) har vært sentral i studien og jordmødrenes praksis harmonerer med modellen. De fem elementene gjensidig relasjon, fødeatmosfære, jordmor kunnskap, kulturell kontekst og balansegangen var alle sentrale for hvordan jordmødrene arbeidet med å fremme det normale hos den overvektige kvinnen.

Modellen setter lys på hvilken tilnærming jordmødre hadde til fødekvinnen, noe vi hadde ønske å fokusere på i studien vår. I lys av at den overvektige kvinnen regnes som en risikofødende var det avgjørende at jordmødre klarte å se det normale og hente frem ressursene til alle kvinner.

Maternell overvekt er et godt utforsket område innenfor fødselsomsorgen, men arbeidet med studien avdekket at det var en overvekt av medikalisert fokus på forskningen. Studien avdekker at det var lite norsk forskning som undersøker jordmødrenes erfaringer med den overvektige kvinnen for å fremme det normale i fødsel. Fødselsomsorgen hadde klare retningslinjer for ivaretagelse av den overvektige kvinnen på bakgrunn av den kjente risikofaktoren. Med vår studie avdekte mangler på retningslinjen for å fremme det normale hos denne gruppen. Retningslinjen til den overvektige kvinnen og omsorgen snur i feil retning hvor det normale blir satt i skyggen av den medikaliserte tankegangen norsk fødselsomsorg fortsatt er i.

Vi vil fremme forslag om ytterligere forskning på omsorgen til den overvektige kvinnen. For fremtiden vil det være viktig at fokus på det normale hos risikofødende må komme tydeligere fram i retningslinjer. Fødselsomsorgen er mer enn risiko og sykdom og det bør bli utvidede nasjonale retningslinjer som ikke bare omhandler dette, men hvor jordmors perspektiv får større plass.

## Referanseliste

- Andersen, L. L. T., Damm, P., Jensen, D. M., Nøhr, E. A., Renault, K., Tanvig, M. H., . . . Vinter, C. A. (2017). *Den overvægtige gravide*. Sandbjerg: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. Hentet fra [https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/589c4939c534a5c46bb02cec/1486637374599/Den+overvægtige+gravide++San+dbjerg\\_2017\\_Final\\_rettet.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/589c4939c534a5c46bb02cec/1486637374599/Den+overvægtige+gravide++San+dbjerg_2017_Final_rettet.pdf)
- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Berg, M., Asta, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care - In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Blaaka, G. & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K. & Bogossian, F. (2019). Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 107-119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Bringedal, H. & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 77, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Carlson, N. S., Corwin, E. J. & Lowe, N. K. (2017). Labor intervention and outcomes in women who are nulliparous and obese: Comparison of nurse - midwife to obstetrician intrapartum care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(1), 29-39. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12579>
- Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth issues in perinatal care* 28(3), 202-207. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>
- Christenson, A., Johansson, E., Reynisdottir, S., Torgerson, J. & Hemmingsson, E. (2018). Shame and avoidance as barriers in midwives' communication about body weight with pregnant women: A qualitative interview study. *Midwifery*, 63, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.020>
- Christenson, A., Torgerson, J. & Hemmingsson, E. (2020). Attitudes and beliefs in Swedish midwives and obstetricians towards obesity and gestational weight management. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1-755. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03438-1>
- Cook, K. & Loomis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>
- Daemers, D. O. A., van Limbeek, E. B. M., Wijnen, H. A. A., Nieuwenhuijze, M. J. & de Vries, R. G. (2017). Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 345-345. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 06.02.22 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>



- Den norske jordmorforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer Hentet 31.10.21 fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Denison, F. C., Aedla, N. R., Keag, O., Hor, K., Reynolds, R. M., Milne, A. & Diamond, A. (2019). *Care of women with obesity in pregnancy* (Green-top 72). Oxford, England: RCOG Hentet fra <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/care-of-women-with-obesity-in-pregnancy-green-top-guideline-no-72/>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M. & Gulmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PloS one*, 13(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197791>
- Ellekjaer, K. L., Bergholt, T. & Lokkegaard, E. (2017). Maternal obesity and its effect on labour duration in nulliparous women: A retrospective observational cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 222-222. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1413-6>
- Evenstad, B., Larsen, L. S. & Gravningen, K. (2020). Barrierer mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus. *Sykepleien forskning (Oslo)*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82573>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 22. februar). Medisinsk fødselsregister: Statistikkbank. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R. & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal Of Midwifery*, 2(May), 5-5. <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet 06. mars 2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery: The primacy of the good midwife. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806-817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G. & Carlsson, I.-M. (2019). Veiled midwifery in the baby factory — A grounded theory study. *Elsevier Women Birth*, 32(1), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.012>
- Healy, S., Humphreys, E. & Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Elsevier Women Birth*, 29(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010>
- Helman, C. G. (2007). Gender and reproduction. I C. G. Helman (Red.), *Culture, health and illness* (5. utg., s. 156-184). London: Hodder Arnold.
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødslesomsorgen* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

- Hermansson, E. & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005>
- Heslehurst, N., Moore, H., Rankin, J., Ells, L. J., Wilkinson, J. R. & Summerbell, C. D. (2011). How can maternity services be developed to effectively address maternal obesity? A qualitative study. *Midwifery*, 27(5), e170-e177.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.01.007>
- Heslehurst, N., Simpson, H., Ells, L. J., Rankin, J., Wilkinson, J., Lang, R., . . . Summerbell, C. D. (2008). The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. *Obesity Reviews - Wiley Online Library*, 9(6), 635-683. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00511.x>
- Hollowell, J., Pillas, D., Rowe, R., Linsell, L., Knight, M. & Brocklehurst, P. (2014). The impact of maternal obesity on intrapartum outcomes in otherwise low risk women: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG*, 121(3), 343-355. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12437>
- International Confederation of Midwives. (2018). ICM Definitions. Hentet 09.03.22 fra <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Jevitt, C. M., Stapleton, S., Deng, Y., Song, X., Wang, K. & Jolles, D. R. (2021). Birth outcomes of women with obesity enrolled for care at freestanding birth centers in the United States. *Journal of Midwifery Womens Health*, 66(1), 14-23.  
<https://doi.org/10.1111/jmwh.13194>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2018). Personopplysningsloven. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Kerrigan, A., Kingdon, C. & Cheyne, H. (2015). Obesity and normal birth: A qualitative study of clinician's management of obese pregnant women during labour. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(1), 256-256. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0673-2>
- Kerrigan, A. M. (2017). *Care of obese women during labour: the development of a midwifery intervention to promote normal birth* (Doktoravhandling). ProQuest Dissertations Publishing.
- Kukla, R., Kuppermann, M., Little, M., Lyerly, A. D., Mitchell, L. M., Armstrong, E. M. & Harris, L. (2009). Finding autonomy in birth. *Bioethics - Wiley Online Library*, 23(1), 1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00677.x>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 4(4), 288-296.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0143>
- Lukasse, M. & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nursing open*, 6(4), 1559-1570.  
<https://doi.org/10.1002/nop2.358>
- Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220-228.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x>
- Lødrup Carlsen, K., Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, A. G., Jacobsen, A. F. & Omenaas, E. (2019). *Forskningshåndboken: fra ide til publikasjon* (8 utg.) O. Universitetssykehus (Red.). Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Forskningshandboken8utgave2019.pdf>

- Magistretti, C. M., Downe, S., Lindstrøm, B., Berg, M. & Schwarz, K. T. (2016). Setting the stage for health: Salutogenesis in midwifery professional knowledge in three European countries. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 33155-33112. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.33155>
- Magnussen, E., Sagedal, L., Skogøy, K. & Roland, M. C. P. (2020). Adipositas i svangerskap og fødsel. Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp. Hentet 26. januar 2022 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/adipositas-i-svangerskap-og-fodsels-hjelp/>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidskriftet- den norske legeforening*, (122), 2468-2472.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Manning, V. & Malone, M. (2017). Information giving in health promotion. I J. Bowden & V. Manning (Red.), *Health promotion in midwifery: Principles and practice* (3. utg., s. 93-106). Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis.
- Maxvell, C., Gaudet, L., Cassir, G., Nowik, C. M., Lynne, Jacob, C.-E. & Walker, M. (2019). Guideline No. 392-Pregnancy and Maternal Obesity Part 2: Team Planning for Delivery and Postpartum Care. *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE*, 41(11), 1660-1675. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.03.027>
- Meyer, H. E., Bøhler, L. & Vollrath, M. E. M. T. (2017). *Folkehelse rapport: Overvekt og fedme i Noreg*: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Midthjell, K., Lee, C. M. Y., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., . . . Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical Obesity*, 3(1-2), 12-20. <https://doi.org/10.1111/cob.12009>
- Miller, S. P., Abalos, E. M. D., Chamillard, M. M. D., Ciapponi, A. M., Colaci, D. M. D., Comandé, D. B. I. S., . . . Althabe, F. M. D. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Mulherin, K., Miller, Y. D., Barlow, F. K., Diedrichs, P. C. & Thompson, R. (2013). Weight stigma in maternity care: women's experiences and care providers' attitudes. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 19-19. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-19>
- nettskjema.no. (u.å). Nettskjema: Spørreskjema, påmeldinger og bestillinger. Hentet 01. januar 2022 fra <https://nettskjema.no/>
- Norsk gynekologisk forening. (2020). Veileder i fødselshjelp Hentet 02. mars 2022 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å-a). Lag en datahåndteringsplan. Hentet 01. februar 2022 fra <https://www.nsd.no/lag-en-datahandteringsplan/>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å-b). NDS. Hentet 23. januar 2022 fra <https://www.nsd.no/>
- Nyman, V. M. K., Prebensen, Å. K. & Flensner, G. E. M. (2010). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.008>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

- Queensland Clinical Guidelines. (2021). *Obesity and pregnancy (including post bariatric surgery); formerly titled Obesity in pregnancy*: Queensland Health. Hentet fra <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
- Reiger, K. M. & Lane, K. L. (2009). Working Together: Collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Australian Health Review*, 33(2), 315-324. <https://doi.org/10.1071/AH090315>
- Reither, M., Germano, E. & DeGrazia, M. (2018). Midwifery Management of Pregnant Women Who Are Obese. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(3), 273-282. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12760>
- Schmied, V. A., Duff, M., Dahlen, H. G., Mills, A. E. & Kolt, G. S. (2011). 'Not waving but drowning': a study of the experiences and concerns of midwives and other health professionals caring for obese childbearing women. *Midwifery*, 27(4), 424-430. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.010>
- Singleton, G. & Furber, C. (2014). The experiences of midwives when caring for obese women in labour, a qualitative study. *Midwifery*, 30(1), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.008>
- Skogheim, G. & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(1). <https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Benstoem, C. & Devane, D. (2014). Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of intrapartum interventions: A systematic review of systematic reviews. *Midwifery*, 30(4), e151-e156. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.002>
- Svensk förening för obstetrik & gynekologi. (2022). Råd och riktlinjer. Hentet 14. mars 2022 fra <https://www.sfog.se/start/raadriktlinjer/>
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). Intervjuet: samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder* (s. 17-44). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorbjørnsdottir, K. E., Karlsen, I. E., Dahl, B. & Røseth, I. (2020). "Talk to me, not at me": obese women's experiences of birth and their encounter with birth attendants-a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1845286-1845286. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1845286>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- UiT Norges arktiske universitet. (2020). Rutiner for helseforskning - Helsefak og UNN. Hentet 02. februar 2022 fra <https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak>
- UiT universitetsbibliotek. (2022). Endnote. Hentet 02. februar 2022 fra <https://uit.no/ub/skriveogreferere/endnote>
- Victorian agency for health information. (2018). *Obesity during pregnancy, birth and postpartum*. Melbourne: State of Victoria, Australia. Hentet fra <https://www.bettersafecare.vic.gov.au/clinical-guidance/maternity/obesity-during-pregnancy-birth-and-postpartum#goto-intrapartum-care>
- World Health Organization. (1998). Postpartum care of the mother and newborn : a practical guide : report of a technical working group. Hentet 24. august 2021 fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66439>
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global pandemic* (ISSN 0512-3054): World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). Obesity and overweight. Hentet 12. august 2021 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

# Vedlegg 1: Intervjuguide

Introduksjon og ønsker velkommen. Takker for deltagelse.

Informerer om åpen tilnærming i intervjuet og deltagerne oppfordres til å utdype selvfølger og forhold som oppleves som innforstått. Samt utdype egne opplevelser tanker og refleksjoner om aktuelt tema.

Klargjøre «kjøreregler» i forkant av at intervjuet starter, det skal ikke forekomme egne persondata eller pasienthistorier i intervjuet. Taushetsplikten gjelder fortsatt, skal ikke fortelle noe som kan spores tilbake til en pasient eller informant selv.

## **Innledningsspørsmål**

Hvor lenge har du arbeidet som jordmor?

Hvilket nivå i fødselsomsorgen har du erfaring fra? (Fødeavdeling eller kvinneklinikk?)

## **Hovedspørsmål**

Kan du beskrive hvordan du som jordmor arbeider med overvektige kvinner med KMI > 30 i fødsel?

Oppfølging: Hva er din erfaring? Hvordan påvirker det måten du jobber på?

Hvilken tilnærming har du som jordmor til bruk av retningslinjene i møte med overvektige kvinner?

Hva tenker du om retningslinjene?

Oppfølging: Hvilke vurderinger gjør du? Hvordan bruker du retningslinjene?

Hvilke tanker har du rundt risiko og overvektige kvinner i fødsel?

Oppfølging: Hvordan balanserer du som jordmor mellom risiko og det normale for denne gruppen fødekvinne? Hva gjør du for å fremme det normale? utfordringer? Hvordan balansere? Hvordan møter du som jordmor kvinner med forhøyet KMI i fødsel for å bidra til å redusere risiko?

Kan du beskrive eventuelle dilemma eller utfordringer du opplever i omsorgen for overvektige kvinner i fødsel?

Oppfølging: Hvordan håndterer du utfordringene?

Hva blir viktig for deg som jordmor i møtet med overvektige kvinner i fødsel? For ivaretagelse.

Oppfølging: Stigma. Ikke være en pakke. Kan ikke gjøre noe med retningslinjer.

Hvilke hensyn tar du i omsorgen til denne gruppen?

## **Avslutning**

Er det noe mer utfyllende om temaet du vil fortelle?

Takker igjen for deltagelse og minner om personvern og retten til å trekke seg uten å oppgi grunn frem til studien er levert inn.

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE  
FAKULTET  
INSTITUTT FOR HELSE- OG  
OMSORGSFAG  
**MASTER I JORDMORFAG**

### **Forespørsel til jordmor om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag**

Vi er to studenter ved master i jordmorfag, Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. I forbindelse med studiet skal vi skrive en masteroppgave. Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning – og fagutvikling innenfor jordmorfaget. Datainnsamling til oppgaven vil gjøres ved intervju av jordmødre.

Tema for masteroppgaven er: *Jordmors erfaringer i omsorg for fødende med KMI over 30. Hensikten med studie er å få innsikt i jordmødres erfaringer og tanker i forhold til valgt tema.*

Vi retter en forespørsel til deg for å høre om du er villig til å delta i studien og dermed la deg intervjuet. Fokus for intervjuet er dine erfaringer med det valgte jordmorfaglige temaet. Kriteriet for å delta i studien er at du har vært jordmor i minimum to år, har erfaringer med omsorg for kvinner med KMI over 30 i aktiv fødsel og jobber med en fødeavdeling eller kvinneklinikk i Norge.

I underkant av ti jordmødre vil bli inkludert i studien og vil bli intervjuet hver for seg. I forkant av intervjuet har vi utarbeidet en intervjuguide med noen spørsmål, men som også vil gi mulighet for å utdype områder. Det gjøres også notater underveis. Intervjuet vil ta om lag 20-60 minutter. I forkant av intervjustart tas samtykkeerklæring fra deg som deltager. På grunn av Covid-19 pandemien planlegger vi å gjennomføre intervjuene på videokonferanse verktøyet Teams eller Zoom, med mindre vi ikke oppholder oss i samme by på intervju tidspunktet (Tromsø).

Intervjuet tas opp med Nettskjema-diktafon, en mobilapp utviklet av Universitetet i Oslo (UiO). Nettskjema er en sikker løsning for ivaretagelse av personvern ved opptak av intervju i forbindelse med forskning. Lydopptaket lagres på en sikker server gjennom nettskjema.no ved UiO og vil kun være tilgjengelig for oss studenter. Lydfilen vil bli skrevet om til tekst (transkribert) til bruk i analysearbeidet. Materialet vil bli lagret og bearbeidet fra et personlig lagringssted ved UiTs server,

OneDrive/Sharepoint, som bare studenter og veileder har tilgang til gjennom en to-trinns autentisering. Materialet lagres aldri på en privat datamaskin. Lydfil av både intervju og samtykke slettes automatisk i Nettskjema etter et halvt år etter siste opptak. Transkribert materiale slettes når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2022.

Studien er fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjent. Utover din stemme i lydopptaket, holdes øvrige opplysninger anonymiserte. Under intervjuet skal du som informant ikke oppgi identifiserbare opplysninger. Det vil ikke bli stilt spørsmål eller transkribert svar som gjør at du som informant kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserende opplysninger. Det er kun vi som studenter som kjenner din identitet. Vi minner om at som informant er du fortsatt underlagt helsepersonelloven og skal ikke fortelle pasienthistorier eller gi opplysninger som kan identifisere pasienter.

Data analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Bestått masteroppgave kan publiseres og bli tilgjengelig for fagmiljøet og andre som har interesse for tema. Det er frivillig å delta i studien, og du samtykker muntlig til å delta i intervju. Samtykket vil bli tatt opp og lagret som egen lydfil på nettskjema.no. Du kan frem til inntil innlevering av oppgaven og senest innen sletting av lydfil av intervju og samtykke, og uten å oppgi grunn, trekke deg og be om at materialet slettes. Ønsker du å delta eller har spørsmål angående studien, kan du kontakte: student Ann Kristin Suhr på telefon 98691817 eller mail [asu035@uit.no](mailto:asu035@uit.no) eller student Julie Heitmann på telefon 938 97 780 eller mail [jhe077@uit.no](mailto:jhe077@uit.no)

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder ved UiT Norges arktiske universitet er: førsteamanuensis Solrunn Hansen, 99271762 eller [solrunn.hansen@uit.no](mailto:solrunn.hansen@uit.no). UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)

Med vennlig hilsen

Sted og dato

Tromsø, 17.11.21

Ann Kristin A. Suhr

Student

Julie Heitmann

Student

## Vedlegg 3: Muntlig samtykkeerklæring

### Muntlig samtykkeerklæring til deltagelse i masterstudie:

Samtykke tas muntlig på egen lydfil før intervjuet starter. Vi bruker diktafonappen til nettskjema.no

«Jeg, ditt navn, har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet og er villig til å delta i studien»



## Vedlegg 4: NDS godkjenning

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET: Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2022

LOVLIG GRUNNLAG:

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

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

TAUSHETSPLIKT: NSD minner om at deltagerne vil være underlagt taushetsplikt som helsepersonell.

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-  
endringer-i-meldeskjema](https://nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-<br/>endringer-i-meldeskjema)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 5: Datahåndteringsplan

# Datahåndteringsplan fra NSD:

## Jordmors møte med kvinner KMI over 30 i aktiv fødsel

Studien har til hensikt å undersøke jordmors erfaringer i omsorgen til overvektige kvinner med KMI over 30. KMI over 30 er forbundet med økt risiko i fødsel. I Norge har vi retningslinjer og anbefalinger i fødselsomsorgen til denne gruppen. Forskning viser at jordmødre synes det kan være utfordrende å møte den overvektige kvinnen i fødsel. Medikaliserte holdninger og risikotenkning styrer omsorgen, og det kan være vanskelig å fremme kvinnens egne ressurser. Studier viser at overvektige kvinner har en dårligere fødselsopplevelse enn normalvektige. En nylig studie fra Norge viser at overvektige kvinner i fødsel følte seg dårlig behandlet, tap av autonomi og ble ikke snakket til som enkelte individer, men sett på som stereotypiske objekter med en «overvekts pakke». Vi ønsker å se på jordmødres fødselsomsorg for denne pasientgruppen og hvordan balanserer mellom medikalisering og demedikalisering. Det skal brukes en kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.

**Fagområder:** Medisinske fag

**Forskningsansvarlig institusjon:** UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

**Prosjektvarighet:** 09.08.2021 — 08.08.2022

**Formål:** Undersøke jordmors erfaringer i omsorgen for fødende kvinner med KMI over 30.

**Nytteverdi:** Bedre fødselsopplevelse for kvinner med forhøyet KMI. Styrke jordmorfaget med å bevisstgjøre om det er mangler i denne omsorgen.

**Etiske retningslinjer**

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Helseforskningsloven
- Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt

**Opphavs- og eiendomsrett:** Studentprosjekt i samarbeid med UiT Norges Arktiske universitet.

## Intervju

**Beskrivelse:** Intervju av jordmødre.

**Datatype:** Lyd

**Språk:** Norsk

**Data om personer:** Ja

**Er det noen andre grunner til at dataene dine trenger ekstra beskyttelse?:** Nei

**Kategorier av personopplysninger:** Anonyme

**Utvalgets størrelse:** 10

**Konfidensialitetsklassifisering:** Intern

**Kommentar:**

Muntlig samtykke blir tatt opp i eget lydopptak og blir lagret i nettskjema.no. Lydopptaket med intervjuet inneholder ikke personopplysninger og er anonymisert i det transkriberte datamaterialet. All data lagres i henhold til UiT sine retningslinjer og skal lagre på sikre servere enten via nettskjema.no fra UiO (lydfiler) og UiT OneDrive med to-faktorsinnlogging (transkribert materiale, videre arbeid).

**Innsamlingsperiode:** 11.10.2021 — 17.12.2021

## **Innsamlingsenheter**

- UiO Nettskjema

### **Datakvalitet**

Det skal gjennomføres en test opptak med valgt lydopptaker (nettskjema.no diktafon) før samtykke og intervjuet starter.

**Metode:** Intervju

### **Beskrivelse:**

Kvalitativ metode blir benyttet da den er egnet for å studere erfaringer/fenomener. Det skal gjennomføres individuelle dybdeintervjuer for å hente inn empiri, vi skal intervju i underkant av 10 jordmødre som har minimum to årserfaring i faget og jobber i spesialist helsetjenesten (fødeavdeling eller kvinneklinikk). I forkant av intervjuene lages en intervjuguide som skal holde struktur. Det vil også bli gjennomført et pilotintervju før oppstart for å teste intervjuguide.

**Størrelse:** 10000 MB

**Kommentar:** Lydfiler og transkriberte tekstfiler.

**Format:** doc

**Programvare:** OneDrive/Sharepoint 365 ved UiT med to-faktorsinnlogging, produsert av Microsoft. Diktafon fra nettskjema.no via UiO.

### **Kommentar:**

Det er bare studentene som har tilgang til lydfilene, herunder samtykket og intervjuene. Sammen med studentene har også veileder tilgang på det transkriberte materialet og tekstfilene.

**Navnekonvensjoner:** Mapper og filer navngis etter innhold, eks. transkribering. og filnavn navngis etter innhold. eks informant|transkribert. Med denne måten å navngi vil ikke datamaterialet kunne blandes og hver informant holdes for seg selv.

**Kommentar:** Med denne måten å navngi vil ikke datamaterialet kunne blandes eller forveksles og hver informant holdes for seg selv. Det vil være enkelt å jobbe med datamaterialet.

### **Lagring**

- Skytjeneste, institusjonsavtale

### **Kommentar**

Vi skal ikke bruke kryptert minnepenn for lagring av dokumenter og filer, men lagrer alt av dokumentfiler på OneDrive/SharePoint 365 med to-sikker innlogging via UiT Norges arktiske universitet sine servere.

**Arkivering:** Nei

### **Kommentar**

Det er små mengder data som skal samles inn og det er ikke behov for langtidslagring til senere forskningsprosjekter. Datamaterialet skal slettes etter bestått oppgave. Datamaterialet slettes automatisk fra nettskjema.no 6 måneder etter siste opptak. Det transkriberte materialet og tekstmateriale slettes av studentene. Det bekreftes på mail til veileder når datamaterialet er slettet.

