



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

Smertelindring i forbindelse med suturering av fødselsrift

En kvalitativ intervjustudie om jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag i forbindelse med suturering av fødselsrift

Merete Aksnes Clausen & Gry Anett Nilsen

Veileder: Førsteamanuensis Solrunn Hansen

Masteroppgave i Jordmorfag, JMO-3008, 03- 2023.

Antall ord: 17 554

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og utfordrende prosess, men samtidig veldig lærerik. Vi har valgt et tema som interesserer oss og som vi anser svært nyttig og relevant å ta med oss inn i jordmoryrket. Arbeidet med oppgaven har lært oss masse om hva som er viktig og hva som er utfordrende når det gjelder smertelindring under suturering. Vi har også lært en del om kunnskapsbasert praksis, kvinnesentrert omsorg og hvordan jordmorfaget kan utvikles videre. Vi har hatt et godt samarbeid gjennom arbeidsprosessen til tross for at vi store deler har vært på hver vår kant av landsdelen.

Vi ønsker å takke vår veileder førsteamanuensis Solrunn Hansen for uvurderlig støtte og veiledning gjennom prosessen. Hennes kunnskap og kompetanse har vært svært inspirerende for oss. Vi ønsker videre å takke de flotte jordmødrene som har stilt opp og bidratt med sin kunnskap til studien vår. Vi vil også takke våre medstudenter for gode samtaler og innspill, spesielt takk til våre opponenter som ga oss gode tips på masterseminarene underveis. Til slutt vil vi takke venner og familie for støtte og tålmodighet gjennom denne tiden.

Sammendrag

Tittel: «Smertelindring i forbindelse med suturering av fødselsrift» - En kvalitativ undersøkelse om jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag i forbindelse med suturering av fødselsrift.

Hensikt: Studien søker å få økt innsikt i hvilke erfaringer norske jordmødre har til lindring av kvinners smerter og ubehag i forbindelse med suturering av fødselsrifter.

Problemstilling: Jordmors erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag i forbindelse med suturering av fødselsrift.

Metode: Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte individualintervju med åtte jordmødre i fødselsomsorgen. Datamaterialet ble analysert ved Malterud's systematiske tekstkondensering.

Resultat: Tre resultat kategorier ble identifisert. «*Jordmødre tilstreber en individuell tilnærming til kvinnen*», «*Tilrettelegging og individuell tilpasning fremmer smertelindring i forbindelse med suturering*» og «*Jordmødre synes smertelindring i forbindelse med suturering er viktig og ønsker et større faglig fokus*». Kategori én beskrev at jordmødrene erfarte viktigheten med å se kvinnens behov og tilpasse smertelindringen. Flere faktorer kunne påvirke kvinnens smerteopplevelse, herunder tidligere erfaringer, atmosfære og relasjonen til jordmor. Kategori to beskrev jordmødrenes tilrettelegging for smertelindring ved suturering. Type rift, jordmors kompetanse og arbeidsområdets tilrettelegging, avgjorde hvilken smertelindring som ble benyttet. Kategori tre beskrev jordmødres holdninger og kompetanse vedrørende smertelindring i forbindelse med suturering. Samarbeid med kollegaer, den enkelte jordmor, mangelfull opplæring og lite faglig fokus var viktige elementer.

Konklusjon: Jordmødre tilpasset smertelindringen til den enkelte kvinnen og arbeider i henhold til prinsipper for kvinnesentrert omsorg. Jordmødrene identifiserer smerteopplevelsen som flerdimensjonal, hvilket påvirker smerteopplevelsen. Jordmødre ønsker større faglig fokus på smertelindring under suturering.

Nøkkelord: Smertelindring, suturering, fødselsrift, jordmor, holdninger, kunnskapsbasert praksis, kvinnesentrert omsorg.

Abstract

Title: «Analgesia in connection to suturing of obstetric tears» - A qualitative interview study about midwives' experiences with relieving women's pain and discomfort in connection with suturing of obstetric ruptures.

Aim: The aim of the study is to explore midwives' experiences with relieving women's pain and discomfort in connection with suturing of obstetric ruptures.

Research question: Midwives' experiences with relieving the women's pain and discomfort in connection with suturing of obstetric ruptures.

Method: Qualitative research design with semi-structured individual interviews were used. The data were analyzed with Malterud's systematic text condensation.

Result: Three result-categories were identified. "*Midwives strives to have an individual approach to the woman*", "*Facilitation and individual adaption enhances pain-relief in connection with suturing*" and "*Midwives think pain-relief is important and want a greater professional focus*". Category one described that midwives experienced the importance to be aware of the woman's needs and adapt the pain-relief. Several factors could affect the woman's experience of pain, among others earlier experience, atmosphere and relation to the midwife. Category two described the midwives' adaption for pain-relief in connection with suturing. Type of rupture, the midwife's competence and the workplace adaption decided the choice of analgesia. Category three described the midwives' attitudes and competence in relation to pain-relief in connection with suturing. Cooperation with colleagues, the individual midwife, inadequate training and lack of academical focus on the subject were major elements.

Conclusion: Midwives adapted the pain-relief to each individual woman and follows principles for woman-centered care. Midwives identify the experience of pain as multi-dimensional, which affects the experience of pain. Midwives wish for a greater academic focus on pain-relief during suturing.

Keyword: Pain-relief, suturing, obstetric rupture, midwife, attitudes, evidence-based practice, woman-centered care.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Hensikt og problemstilling	10
1.3	Avklaringer	11
1.4	Oppgavens oppbygning	11
2	Teoretisk rammeverk	12
2.1	Jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg	12
2.2	Midwife-woman relationship	12
2.3	Smerte	13
2.3.1	Smertelindring	14
2.4	Kunnskapsbasert praksis	15
3	Metode og materiale	17
3.1	Forskningsmetode og design	17
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv	17
3.3	Utvalg og rekruttering	18
3.3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
3.3.2	Rekruttering	18
3.4	Praktisk gjennomføring og framgangsmåte	20
3.4.1	Intervju og intervjuguide	20
3.4.2	Praktisk gjennomføring	20
3.5	Bearbeiding og analyse av data	21
3.6	Etiske overveielser	24
3.6.1	Personvern og informert samtykke	24
3.6.2	Etiske problemstillinger	25
3.6.3	Datahåndtering og ROS-analyse	26
4	Resultater	28

4.1	Jordmor tilstreber en individuell tilnærming til kvinnen.....	28
4.2	Tilrettelegging og individuell tilpasning fremmer smertelindring i forbindelse med suturering.....	31
4.3	Jordmødre synes smertelindring i forbindelse suturering er viktig og ønsker et større faglig fokus.....	32
5	Diskusjon.....	35
5.1	Metodediskusjon.....	35
5.2	Diskusjon av resultater	40
5.2.1	Jordmor tilstreber en individuell tilnærming til kvinnen	40
5.2.2	Tilrettelegging og individuell tilpasning fremmer smertelindring i forbindelse med suturering.....	44
5.2.3	Jordmødre synes smertelindring i forbindelse med suturering er viktig og ønsker et større faglig fokus.....	47
5.3	Implikasjoner for praksis	50
6	Oppsummering	51
	Referanseliste	53
	Vedlegg 1 Flyer til fødeinstitusjoner.....	59
	Vedlegg 2 Informasjonsskriv	60
	Vedlegg 3 Intervjuguide.....	64
	Vedlegg 4 Tabell 3 – andre del av analyse trinn tre.....	65
	Vedlegg 5 Godkjenning fra NSD	66
	Vedlegg 6 Datahåndteringsplan	68
	Vedlegg 7 ROS-analyse	71

Tabelliste

Tabell 1-	Illustrasjon av analyse trinn 1 og 2. Fra foreløpige tema til kodegrupper	22
Tabell 2-	Illustrasjon første del av analyse trinn 3. Inndeling av kodegrupper i subgrupper...	23

Tabell 3- Andre del av analyse trinn tre. Et eksempel på prosessen fra meningsbærende enheter til resultatkategori.....	65
---	----

1 Introduksjon

Som jordmorstudenter har vi gjennom praktiske studier vært med på en del fødsler og suturering av fødselsrifter. Vi har her observert ulike tilnærminger til smertelindring i forbindelse med suturering og registrert at adekvat smertelindring ikke alltid oppnås. Ved spørsmål til jordmødre om smertelindring ved suturering har vi opplevd å få vage svar. Vi ønsket derfor å undersøke jordmødres erfaringer omkring temaet og hvilke holdninger jordmødre har til smertelindring i forbindelse med suturering.

1.1 Bakgrunn

Ifølge *Veileder i fødselshjelp* fra Norsk gynekologisk forening (2020) opplevde opp mot 85 % av norske førstegangskvinner å få skader i perineum i en eller annen form ved vaginalfødsel. Opp mot 60-70% av disse hadde behov for å få sin fødselsrift eller episiotomi suturert. Obstetriske skader er alle skader som affekterer genitalia under fødselen. Dette kan oppstå enten spontant eller intensjonelt ved at jordmor eller legen utfører en episiotomi (klipp før barnet forløses). Skader i perineum klassifiseres i fire kategorier etter hvilken muskulatur og hvilke slimhinner som er affisert ¹(Laine et al., 2020). Fremre skader defineres som skader som affiserer labia, fremre vaginalvegg, uretra og klitoris. Bakre skader er skader som affiserer bakre vaginalvegg, perinealmuskulatur og/eller den anale sfinkter (Wilson, 2012).

Yrkesetiske retningslinjer fremmer at jordmødre skal oppmuntre til en minste forventning om at ingen kvinner skal bli skadet på grunn av reproduksjon (DNJ, 2016). Dette gjelder også fødselsrifter. *Veileder i fødselshjelp* anbefaler at grad 1 og 2 rifter kan sutureres av jordmor, mens grad 3 og 4 rifter sutureres av lege (Laine et al., 2020). Det anbefales at jordmødre skal ha god opplæring i forebygging av perinealskader, herunder forebyggende forløsningsteknikk, identifisering av risikofaktorer og klassifisering av rifter. Ved suturering av fødselsrifter anbefaler *Veileder i fødselshjelp* bruk av infiltrasjonsanalgesi eller pudendalbedøvelse ved suturering av rifter grad 1 og 2 (Laine et al., 2020). Andre retningslinjer fra både WHO (2015) og NICE guidelines (2014) anbefaler også lokal infiltrasjon med Lidocain 1 % eller

¹ Grad 1 Overflatisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne; Grad 2 Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av anal sfinktermuskulatur; Grad 3 Skade som involverer anal sfinktermuskulatur; Grad 4 Analsfinktermuskulatur og anal/ rektalslimhinne er skadet (Laine et al., 2020)

lignende medikament, mens ved Oslo Universitetssykehus (2021) anbefales det å bruke Xylocain gel eller spray ved suturering av rifter grad 1 og 2.

Smerteopplevelsen under fødsel er unik, kompleks og flerdimensjonal, og den vil oppleves forskjellig fra kvinne til kvinne. Faktorer for hvordan kvinnen opplever smerte kan ha noe med kulturelle, sosiale og psykologiske forhold som spiller inn. Mental balanse, kvinnens innstilling til graviditet og fødsel og relasjoner har stor betydning på smerteopplevelsene (Ulvund, 2017). Fødselssmerter er et signal om viktig forandringsprosess som skjer i kroppen og kan for enkelte kvinner oppleves som positivt da smerten er en indikasjon på framgang i fødselen (Ulvund, 2017). Ved fødselsrifter har kvinnen fått en reell vevskade og smerten kan oppleves annerledes og mindre meningsfull. Noen kvinner kan uttrykke at sutureringen var verre enn selve fødselen (Dahlen & Priddis, 2019). En engelsk kvantitativ studie undersøkte hvilken effekt regional analgesi hadde for kvinner under suturering av fødselsrifter. Studien viste at kvinnene som ikke mottok analgesi oppga høyere smerte under suturering. Faktorer som tretthet og grad av forlegenhet kunne øke opplevelsen av smerte (Sanders et al., 2002). God smertelindring er essensielt. En kvinne som er godt smertelindret vil i større grad klare å slippe av, noe som kan lette sutureringsarbeidet (Dahlen & Priddis, 2019).

I en tverrsnittstudie gjort på et sykehus i Norge kom man fram til at de fleste kvinnene opplevde akseptabel smertelindring under suturering av sin fødselsrift, men det var også flere som opplevde ikke akseptabel smerte. Det var ikke bare smertelindringen alene som avgjorde om opplevelsen av sutureringen var god eller ikke. Informasjon, kommunikasjon og omsorg var like viktige faktorer. I denne studien presiseres det mangelfulle føringer for praksis både nasjonalt og internasjonalt, og at mer kunnskap trengs på feltet (Strædet, 2018).

Kvinnens opplevelse ved sutur av fødselsrift ble for første gang beskrevet av Salmon (1999) i sin kvalitative intervjustudie av seks kvinner fra England. Sutureringen ble forbundet med negative opplevelser grunnet mangel på smertelindring, mellommenneskelig kommunikasjon og informasjon, samt en følelse av å ikke bli hørt eller bli tatt på alvor (Salmon, 1999). Tilsvarende funn er senere blitt beskrevet av andre. I en engelsk studie av Thompson & Walsh (2015) framkommer det at kvinner aksepterer fødselsrifter som en del av den normale fødselen når det er håndtert optimalt. Tilfredsheten med sutureringen økte dersom de hadde fått relevant informasjon. Kvinnene vektla at informasjonen de får før og etter fødsel betyr vel så mye for opplevelsen som selve sutureringen. De som fikk dårlig informasjon om riften rapporterte mer smerte enn de som følte seg ivaretatt og mottok god informasjon (Thompson

& Walsh, 2015). Lignende resultater er rapportert av Hammond et al. (2022) som i en australsk kvalitativ studie konkluderte med at utførelsen av sutureringsprosessen har en signifikant påvirkning på kvinners kortsiktige og langsiktige fysiske og psykiske helse. Skadelige opplevelser ble identifisert ved for eksempel jordmødre eller leger som forverret situasjonen med å øke følelsen av redsel og sårbarhet og etterlot kvinnene med en følelse av å bli oversett og respektløst behandlet (Hammond et al., 2022). Faktorer som forverret kvinnens opplevelse under sutureringen var blant annet mangel på verbal forsikring, lite informasjon til rett tid, helsepersonell som bagatelliserte smerten, egen følelse av å bli ignorert og stress (Hammond et al., 2022). En engelsk kvalitativ studie beskriver at kvinnene følte seg sårbare, blottstilt og maktesløse gjennom fødsel og suturering. Følelsene disse kvinnene hadde ble beskrevet som et direkte resultat av handlingene helsepersonell utførte under suturering av fødselsrift (Priddis et al., 2018). En kvalitativ studie undersøkte kvinners erfaringer rundt forberedelser og håndtering av smerter. Denne viser at jordmors evne til å tilrettelegge for en trygg atmosfære, og en støttende partner, var faktorer som styrket kvinnenes evne til å håndtere smerte (Karlsdottir et al., 2014). Negative opplevelser i forbindelse med fødsel, inkludert suturering av fødselsrifter, kan føre til angst og redsel for en eventuell ny graviditet og fødsel, og kan dermed ha en sammenheng med utvikling av postpartum angst, depresjon og PTSD (Briscoe et al., 2015).

I en kinesisk randomisert kontrollstudie fra 2022 (Zou et al., 2022) ønsket de å se om tidlig hud-til-hud kontakt med barnet rett etter fødsel kunne ha en smertelindrende effekt hos kvinnene under suturering av fødselsrift eller episiotomi. Kvinnene ble delt inn i to grupper hvor den ene gruppen fikk barnet rett på brystet etter fødsel, mens barna i den andre gruppen ble umiddelbart undersøkt av lege. Studien viser at kvinnene som fikk umiddelbar nærkontakt med barnet opplevde mindre smerter under suturering av fødselsriften. I tillegg gikk sutureringstiden betraktelig ned (Zou et al., 2022). Her i Norge er tidlig hud-til-hud kontakt med barnet noe som allerede er anbefalt fra både WHO (2018) og *Veileder i fødselshjelp* (2020).

Det finnes lite forskning på jordmødres og helsepersonells erfaring når det gjelder suturering av fødselsrifter, noe som påpekes i studien til Briscoe (2015). I en australsk studie av Dahlen et al. (2007) har forfatteren ikke klart å finne forskning som omtaler jordmors holdninger og opplevelser når det gjelder suturering. Her fremkommer det at jordmødrene inkludert i studien er positive til suturering av fødselsrifter. Det viktigste aspektet for at jordmor og ikke lege skal sy rifter, er kontinuitet til fødekvinne (Dahlen et al., 2007), og at dette kan skape

økt trygghet rundt fødekvinne i suturerings situasjoner. En systematisk oversiktsartikkel viser at helsepersonell vedkjenner at suturering av fødselsrifter kan oppleves som traumatisk for kvinnen og at opplevelsen kan ha psykologiske og emosjonelle innvirkninger på kvinnen (Crookall et al., 2018).

1.2 Hensikt og problemstilling

Til tross for at det er mange kvinner som opplever å få sin fødselsrift suturert, så finnes det lite forskning som sier noe om både kvinners og jordmødres erfaringer rundt temaet. Det finnes få retningslinjer for jordmødre og annet helsepersonell som gjør rede for hvilken smertelindring som er å anbefale ved ulike typer fødselsrifter. Ifølge forskning, og til dels egne erfaringer i fra praksisfeltet som jordmorstudenter, sitter mange kvinner igjen med negative opplevelser i forbindelse suturering av fødselsrifter. Mangel på adekvat smertelindring, følelse av å ikke bli tatt på alvor, bagatellisering av kvinnens smerte, sviktende relasjoner og mangelfull informasjon, blir nevnt som årsaker til at kvinnene sitter igjen med dårlige erfaringer under sutureringssituasjonen. På bakgrunn av kvinnenes erfaringer og manglende forskning på jordmødres perspektiv rundt smertelindring under suturering, ønsker vi med denne studien å belyse jordmors erfaringer og holdninger til temaet. Hensikten med studien er å undersøke og få en bedre innsikt i hvilke erfaringer og holdninger norske jordmødre har til å lindre kvinners smerter og ubehag under suturering av fødselsrifter.

På denne bakgrunn er vi kommet fram til følgende problemstilling;

«Jordmors erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag i forbindelse med suturering av fødselsrift»

Vi ønsker med dette prosjektet å øke bevisstheten til jordmødre og annet helsepersonell på hvordan deres handlinger, valg og holdninger under sutureringen kan påvirke kvinnens opplevelse. En økt bevissthet kan her være med på å forbedre dagens praksis slik at flere kvinner kan sitte igjen med en fin opplevelse. Vi vil belyse jordmors tilnærming til smertelindring under suturering av fødselsrifter. Vi ønsker å få frem jordmors innstilling til smerter og hva hun i praksis gjør for å lindre kvinnens smerte og ubehag og hvilke faktorer jordmødre erfarer er av betydning for kvinnens smerteopplevelse.

1.3 Avklaringer

Jordmødre i denne studien vil bli omtalt som hun. Vi vil bytte på begrepene informant og jordmor for å skape bedre flyt i teksten.

Erfaring - Kunnskap som resultat av iakttagelse, opplevelse, etc. Livsvisdom som en person har tilegnet seg ved opplevelser (Det norske akademis ordbok, 2022a).

Ubehag - Følelse av ulyst, irritasjon, motvilje eller lignende (Det norske akademis ordbok, 2022c).

Tilnærming - se på, forholde seg til (Det norske akademis ordbok, 2022b).

Gynzone – Nettside som har som mål å forbedre kvinnehelse og helsepersonells kunnskap om fødsel og suturering. De tilbyr fysiske kurs og nettkurs i temaene suturering, diagnostikk og smertelindring (Gynzone, 2022).

1.4 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven følger IMRAD-modellen og benytter referansestilen APA 7th norsk. Første kapittel beskriver tema for oppgaven med bakgrunn, hensikt og problemstilling. Kapittel 2 presenterer det teoretiske grunnlaget for studien. Teorien ble valgt med utgangspunkt i studiens forskningsdesign. Kapittel 3 redegjør for studiens metode, design og fremgangsmåte. Resultater presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 diskuteres studiens funn opp mot forskning og teoretisk rammeverk. Diskusjon av metode vil også presenteres her, sammen med implikasjoner for praksis.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverk sentralt for problemstillingen. Ulike modeller med basis i jordmorfag vedrørende kvinnesentrert omsorg og relasjon samt teori rundt smertefysiologi og smertelindring, skal hjelpe oss å forstå de empiriske dataene.

2.1 Jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg

“*The Midwifery Model of woman-centred care*” (MiMo) er en jordmorfaglig modell som handler om å sette kvinnen i fokus og yte kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012). Modellen passer godt inn i vår problemstilling da vi ønsker å undersøke jordmødres erfaringer vedrørende å gjøre nettopp kvinnens opplevelse av suturering bedre.

Modellen er evidensbasert og utviklet med bakgrunn i studier utført i Sverige og Island. Modellen framhever fem hovedtemaer som utgjør kvinne-sentrert omsorg, hvorav tre sentrale og to omkringliggende temaer. De tre hovedtemaene er *gjensidig relasjon* som går ut på at man skal skape en god relasjon til fødekvinne gjennom å være til stede og tilgjengelig, samt at kvinnen må føle seg sett, være deltakende i egen fødsel og valgene som tas. Det andre hovedtemaet er *fødemiljø*. For å skape et godt fødemiljø fremheves ro, tillit, trygghet og at kvinnen skal føle seg styrket ved at det normale fødselsforløpet skal støttes uten unødvendig inngripen. Det tredje hovedtemaet er *grunnleggende kunnskap* som bygger på ulike typer innsikt, både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, og kompetanse i relasjon til kvinnen. Omkringliggende temaer er for det første *kulturell kontekst*. Dette innebærer at kulturelle normer både kan være promoterende og til hindring for å utføre kvinnesentrert omsorg. Det andre omkringliggende temaet er en *balansegang* for at jordmor skal kunne yte og forbedre god omsorg med kvinnen i fokus (Berg et al., 2012).

En studie fra 2020 hvor denne modellen har vært forsøkt implementert, viser at det var et nyttig verktøy i en travel hverdag da den gjorde at jordmødrene kunne fokusere mer på de viktige aspektene i jordmorfaget som MiMo-modellen representerer. Det ble dog understreket at på grunn av mange arbeidsoppgaver og liten tid, fikk de ikke alltid jobbet i henhold til disse prinsippene (Hansson et al., 2020)

2.2 Midwife-woman relationship

Relasjonen mellom jordmor og kvinne er en fundamental del av fødsel- og barselomsorgen. I studien til Eri (2020) nevnes relasjonen som en av kjernekonseptene i teoretiske jordmorfaglige modeller for omsorg som er direkte linket til jordmorfaglig filosofi knyttet til

International Confederation of Midwives (ICM, 2014). Forskningen sier noe om hvordan kvaliteten på relasjonen mellom jordmor og kvinnen har en innvirkning på hvordan fødselen oppleves (Hunter et al., 2008)).

Modellen støtter at denne relasjonen starter i møtet mellom jordmor og fødekvinne. Dette møtet har fokus på de involverte partene som mennesker (Ólafsdóttir et al., 2022). Filosofien i møtet tar utgangspunkt i prinsippene tilstedeværelse, tilgjengelighet, gjenkjennelse og likeverdighet, samtidig som det delvis gjenspeiler samvær (Holopainen et al., 2014). Tilstedeværelse i denne forbindelse kan ses på som nærhet og å være der for hverandre slik at et autentisk møte og god dialog etableres. Fødekvinne blir et unikt subjekt hvor jordmor responderer på hennes individuelle behov og yter kvinnesentrert omsorg (Berg, 2005). Dette kan også linkes til modeller som tar for seg kontinuerlig omsorg hvor jordmor får mulighet til å bli kjent med kvinnen over tid, hvilket kan ha en positiv effekt, både emosjonelt og fysisk (Ólafsdóttir et al., 2022).

2.3 Smerte

International Association for the study of pain definerer smerte som:

«En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med eller likner det assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade» (IASP, 2020)

Smerte er alltid en personlig opplevelse som påvirkes av varierende grader av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (IASP, 2020). Siden smerteopplevelsen er subjektiv vil forskjellige personer ha ulik opplevelse av smerte selv om de har fått samme påvirkning. Noen faktorer som påvirker smerteopplevelsen er tidligere erfaring med smerte, sosial bakgrunn og kulturell bakgrunn. Èn og samme person kan også oppleve smerten forskjellig i forskjellige situasjoner. Èn idrettsutøver i kampsport kan for eksempel først merke smerten av et slag etterpå når situasjonen er normalisert (Sand et al., 2022). Personlig beskrivelse av smerte bør derfor respekteres (IASP, 2020).

Man skiller mellom akutt og kronisk smerte. Akutt smerte er et signal om en plutselig vevsskade og oppstår ved for eksempel et kutt eller at man brenner seg. Den akutte smerten er et viktig signal om at noe er galt. Kronisk smerte er smerter som varer over lengre tid som for eksempel ryggmerter. De kroniske smertesignalene har mindre betydning som varselsignal (Sand et al., 2022).

I likhet med frykt og sinne påvirker smertesansen det sympatiske nervesystemet og kan føre til høyere hjertefrekvens, høyere blodtrykk og redusert blodsirkulasjon til hud (Sand et al., 2022). Tre viktige elementer i en smertesituasjon er ubehag, frykt og unngåelseshandlinger. Smertesignaler ledes til hjernebarken slik at vi opplever dem bevisst. Samtidig ledes signalene til hjerneområder for behag og ubehag, til området for frykt og området for innlæring. At smerte er nært knyttet til læring, er hensiktsmessig, Det er nyttig å huske hva som påførte oss smerte, slik at vi unngår en tilsvarende situasjon senere (Hassel, 2018).

2.3.1 Smertelindring

Hvis årsaken til smerten ikke kan fjernes, er det aktuelt med smertebehandling for å lindre smerten. Analgesi kan skje ved hemming av aktiveringen i nociseptonerne, ved blokkering av impulsledningene, ved blokkering av signalføringen i smertebanene i sentralnervesystemet, eller ved aktivering av kroppens egne smertelindrende system (Sand et al., 2022).

Analgesi

Prostaglandiner forsterker virkningen av smerteutløsende stimuli på nociseptorene. Midler som brukes til lokalanestesi (prokain, lidokain) blokkerer ledningen av nerveimpulser. Disse har størst virkning på de umyeliniserte og svakt myelinserte fibrene i en nerve. Disse smertefibrene blokkeres derfor lettere enn de myeliniserte motoriske fibrene. Ved riktig dosering er det dermed mulig å dempe smertene i en kroppsdel og samtidig beholde tilnærmet normal muskelkontroll, som for eksempel ved pudendal- og epiduralbedøvelse (Sand et al., 2022).

Ikke medikamentell smertelindring

Kroppen har et eget smertestillende system som virker ved at morfinliknende, kroppsegne substanser binder de samme opioidreseptorene som morfin. Endorfiner, enkefaliner og dynorfin er viktige stoffer i kroppens egne smertestillende system. Det er ikke klart hvordan denne mekanismen aktiveres, men noen faktorer som er vist å modulere smerter er trening, stress og akupunktur. Endorfiner blir frigjort under lange treningsøkter og er naturlig smertestillende og humørfremmende (Sherwood, 2016).

Stimulering av andre sanser gir ofte smertelindring. Slik behandling kalles avledning. Årsaken til at hudstimulering (berøring, varme og kalde omslag) har denne virkningen, er at portcellene aktiveres via sidegrener fra sensoriske nervefibrer med nerveender i det stimulerte hudområdet. Svak elektrisk stimulering av huden gir også smertelindring ved at portcellene

blir aktivert. Det kommer av at de myeliniserte nervefibrene som aktiverer portcellene via sidegrener, er tykkere og blir lettere påvirket av elektrisk stimulering enn de tynne, umyeliniserte smertefibrene. Ved svak elektrisk stimulering blir portcellene derfor aktivert på tilsvarende måte som for eksempel ved massasje. Den smertelindrende virkningen av akupunktur er trolig en følge av økt frisetting av kroppens egne opioider i sentralnervesystemet (Sand et al., 2022).

Smertelindring kan også oppnås ved hjelp av placeboeffekten, det vil si medisiner som ikke inneholder virkestoff. Virkningen av placebo avhenger av at pasienten har positive forventninger til medikamentet eller behandlingen. Placeboeffekten har likevel et reelt fysiologisk grunnlag. Antagonister for opioidreseptorer reduserer den smertelindrende virkningen av placebo og det er derfor sannsynlig at en del av placeboeffekten kommer av økt frisetting av kroppens opioider. I smertebanene er det flere synapser der impulsledningen kan påvirkes, blant annet via nervefibre fra høyere nivåer i sentralnervesystemet. Det er grunnlaget for at hjernen, i tillegg til å motta smerteinformasjon, også kan dempe eller øke smerteopplevelsen. Bestemte sinnstilstander og forventninger kan for eksempel gjøre smerteopplevelsen mildere eller mer intens. Som nevnt kan placebo gi en reell smertelindring på grunn av tiltro til en bestemt behandlingsform. Derimot kan et pessimistisk syn på smertens årsak og utvikling, samt negative forventninger, føre til forsterket smerteopplevelse. Dette fenomenet kalles nocebo (Sand et al., 2022).

2.4 Kunnskapsbasert praksis

Som helsepersonell er jordmødre pliktig til å utøve sin virksomhet etter forsvarlighetskravet. Dette innebærer at jordmor skal ta hensyn til egne faglige kvalifikasjoner og hun er forpliktet til å holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999). Dette kommer også fram i de yrkesetiske retningslinjer for jordmødre hvor det står: «*Jordmor skal ivareta en trygg jordmorfaglig praksis i alle miljøer og kulturer ved å jobbe kunnskapsbasert og profesjonelt*» (DNJ, 2016). Å jobbe kunnskapsbasert vil si at jordmor tar faglige avgjørelser som bygger på kunnskaper fra aktuell forskning, erfaringsbasert kunnskap og hva kvinnen selv har av ønsker og behov (Nortvedt et al., 2021).

Forskningsbasert praksis baserer seg på at jordmor kan innhente aktuell kunnskap fra eksisterende forskning (Nortvedt et al., 2021). Det vil si at jordmor evner å stille seg kritisk til de ulike kunnskapskildene og er bevisst på forskningens styrker og svakheter. Enkelte studier beskriver utfordringer i forhold til bruk av forskningsbasert kunnskap. Dange og Beshah

(2021) rapporter at jordmødre møter utfordringer i form av lite tid og dårlig tilrettelegging på arbeidsplass til å finne relevant forskning. Svarthaug (2012) beskriver i sin masteravhandling at norske spesialsykepleiere stiller seg positive til å benytte forskningsbasert kunnskap, men hadde ikke nødvendig kunnskap for å finne eller vurdere forskningen. De var mer komfortable med å benytte seg av egne eller kollegaers erfaringer. Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap jordmor tilegner seg gjennom praktisk gjennomføring og refleksjoner rundt situasjoner. Dette er kunnskap som erverves over tid og det blir ofte referert til som skjønn, det kliniske blikket eller taus kunnskap (Nortvedt et al., 2021).

Kunnskapsbasert praksis baserer seg også på brukermedvirkning. Fødekvinnens meninger og behov skal tas til etterretning når det skal fattes en beslutning (Nortvedt et al., 2021). Dette er lovpålagt gjennom Pasient- og brukerrettighets loven (1999). Denne beskriver fødekvinnens rett til medvirkning i egen behandling og at tjenestetilbudet skal, innenfor forsvarlighetens grenser, tilpasses kvinnens ønsker og preferanser. En forutsetning for dette er at jordmor må gi kvinnen nødvendig innsikt og informasjon om egen helsetilstand og eventuelle risikoer og bivirkninger. Jordmor er gjennom Helsepersonelloven (1999) lovpålagt å tilpasse informasjonen til fødekvinnens alder, modenhet, erfaring, kultur og språkforståelse.

3 Metode og materiale

3.1 Forskningsmetode og design

I vår studie har vi benyttet oss av kvalitativ metode. Ved bruk av denne metoden har vi kunnet utforske menneskers egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017). Vi undersøkte hvilke erfaringer og opplevelser jordmødre har rundt forskjellige situasjoner hvor suturering av sår/rifter etter fødsel er aktuelt. For å få frem jordmødrenes erfaringer og for å avdekke deres opplevelser, benyttet vi oss av individuelle semistrukturelle intervju som design. Systematisk tekstkondensering ble anvendt for å analysere innsamlede data. Analysemetoden er velegnet til å analysere data fra semistrukturerte individualintervju (Malterud, 2017).

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

I dette prosjektet valgte vi å benytte oss av systematisk tekstkondensering. I følge Malterud (2017) er systematisk tekstkondensering inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, men det er likevel ikke en fenomenologisk metode. Vi som forskere i dette prosjektet trenger ikke å ha en filosofisk forforståelse, men det er en forutsetning at vi likevel har vitenskapsteoretisk basiskunnskap for kvalitative forskningsmetoder. Med systematisk tekstkondensering deler vi fenomenologens oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap, men at vi likevel ikke fordyper oss i den livsverden som grunnleggende analyseperspektiv (Malterud, 2017). Systematisk tekstkondensering vektlegger erkjennelsen og betydninger av forskerens ståsted som en viktig forutsetning for den situerte kunnskapen og regner det verken som ønskelig eller mulig å opprettholde en slik analytisk distanse gjennom prosjektet. Med fenomenologisk metode søker man objekters essens gjennom gradvis reduksjon (Malterud, 2017). Fellestrekket mellom fenomenologi og systematisk tekstkondensering er likevel at analysen skal beskrive de mest relevante sidene av det fenomenet vi undersøker så nøyaktig og omhyggelig som mulig, herunder relasjoner til andre fenomener (Malterud, 2017).

Vi har fra tidligere vår forforståelse etter opplevelser i praksis. Forforståelse innebærer at vi har med oss en bagasje som innebærer erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv omkring fenomenet vi forsker på. Forforståelsen vi har er ofte en god motivasjon for å starte prosjektet, men vil også farge måten vi samler, tolker og leser data (Malterud, 2017). Vi har i praksisfeltet opplevd flere uheldige tilnærminger til suturering av fødselsrifter, noe som kan være med på å farge vårt syn og måten vi samler inn og tolker data på. Vi har derfor forsøkt å

være vår forforståelse bevisst slik at vi ikke gikk inn i prosjektet med skylapper og forsøker å finne, tolke data som kan bekrefte vår forforståelse, men fokusere på at resultatene skal stamme fra det faktiske empiriske materialet (Malterud, 2017).

3.3 Utvalg og rekruttering

Studien har til hensikt å belyse jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag i forbindelse med suturering av fødselsriff. Et strategisk utvalg ble derfor sett som mest hensiktsmessig da jordmødre er målgruppen for studien. Malterud (2017) definerer dette som et utvalg med vekt på mangfold av informanter som kan gi oss bedre informasjonsstyrke og som er sammensatt av mennesker vi mener er best egnet for vårt forskningsprosjekt. Jordmødre med ulik arbeidserfaring og med forskjellige arbeidssteder ble rekruttert fordi de på grunn av ulike erfaringer best mulig kunne belyse vår problemstilling (Malterud, 2017). Rekrutteringen viste seg å være utfordrende og det ble vanskelig å få til et optimalt strategisk utvalg. Det ble i prosessen benyttet snøballteknikk, noe som vil si at vi rekrutterte informanter ved å benytte nettverket til de som allerede hadde sagt ja. Når denne typen rekruttering benyttes, beskriver Malterud at utvalget blir et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017).

3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene var at informantene måtte ha autorisasjon som jordmor, ha nåværende stilling i fødselsomsorgen og ha arbeidet aktivt med fødsel i minst et år. Det var ønskelig å få inn jordmødre med erfaringer fra forskjellige seksjoner i fødselsomsorgen for å få en variasjon i datamaterialet. Informantene måtte også beherske norsk skriftlig og muntlig slik at de både kunne forstå innholdet i informasjonsskrivet og gi utfyllende svar under intervjuene. Jordmødre som ikke hadde arbeidet aktivt med fødsel det siste året ble ekskludert på grunn av mulige endringer i retningslinjer.

3.3.2 Rekruttering

Rekrutteringsperioden varte fra 05.11.2022 til 10.01.2023. Rekrutteringen ble startet med at det ble lagt ut et innlegg med informasjon om prosjektet på facebookgruppen «*Jordmødre i Norge*». Dette er en lukket gruppe kun for jordmødre og jordmorstudenter som jobber eller er fra Norge. Vi fikk ingen respons på innlegget vårt.

Vi valgte derfor å lage en flyer med informasjon om prosjektet og bilder av oss selv, samt kontaktinformasjon som kunne henges opp på ulike fødeinstitusjoner (Vedlegg 1). Vi forfattet en mal for e-post som vi skulle sende ut til ledere ved ulike fødeinstitusjoner. Innholdet i e-

posten ga en kort beskrivelse av vår bakgrunn og informasjon om prosjektet. Vi ytret også ønske om at e-posten ble videresendt til ansatte ved fødeinstitusjonen og at flyerene kunne bli hengt opp på egnet sted. Informasjonsskriv (Vedlegg 2), og flyer (Vedlegg 1) ble lagt som vedlegg i e-posten.

Det å komme i kontakt med ledere ved fødeinstitusjoner viste seg å være mer utfordrende enn først antatt. Vi sendte e-post med samme informasjon om prosjektet til alle helseforetakene i Norge hvor vi også forespurte om kontaktinformasjon til ledelsen ved fødeinstitusjonene i helseforetakene. Flere helseforetak svarte ikke i det hele tatt. Ved to av foretakene vi fikk kontakt med måtte vi fylle ut en søknad om innsamling av data og få denne godkjent. Dette ble gjort og søknadene ble godkjent.

Etter rekruttering beskrevet ovenfor fikk vi rekruttert fem informanter hvor vi fikk gjennomført intervju med fire av disse. Gynzone hadde et seminar om analgesi ved suturering 22.11.2022. I forkant av dette kontaktet vi Gynzone og lurte på om de kunne dele vårt prosjekt under seminaret, noe de også gjorde. Ingen informanter ble rekruttert som følge av dette. Vi la videre ut to innlegg til i facebookgruppen «*Jordmødre i Norge*» hvor vi også la ved flyerene (Vedlegg 1) som bilde. I tillegg delte vi dette innlegget på vår egen facebookside og oppfordret venner til å dele. Innlegget ble delt i alt trettisju ganger. Vi fikk da rekruttert fire nye informanter, men bare gjennomført intervju med én av disse. Dette fordi flere informanter avlyste intervjuet i siste liten av ulike grunner. Noen avlyste flere ganger og svarte ikke når vi tok kontakt for å avtale nytt tidspunkt for intervju. Etter nyttår meldte en ny informant seg og vi fikk da gjennomført vårt sjette intervju. Gjennom denne informanten fikk vi rekruttert en informant til som vi gjennomførte intervju med. Den åttende informanten hadde ytret ønske om å delta i studien allerede fra start, men hadde ikke mulighet til å stille til intervju før i midten av januar. I utgangspunktet hadde vi som mål å få rekruttert åtte til ti informanter da dette var anbefalt fra vår veileder for å få nok materiale. Etter å ha gjennomført åtte intervjuer følte vi dog at informasjonsstyrken vår var god nok. Vi hadde dessuten knapt med tid til å gjennomføre flere intervjuer grunnet rekrutteringsproblemer.

Utvalget vårt består av åtte jordmødre. De hadde arbeidet fra 7 til over 30 år, gjennomsnittlig 15,5 år i fødselsomsorgen. Seks av disse arbeidet på fødeavdeling og to på kvinneklinikk. De aller fleste hadde erfaring fra flere seksjoner innen fødselsomsorgen. De kom fra ulike deler av landet, fra både nord, midt, øst og vest. Halvparten av informantene var fra Nord-Norge.

3.4 Praktisk gjennomføring og framgangsmåte

3.4.1 Intervju og intervjuguide

I denne studien har vi benyttet oss av intervjumetoden semistrukturerte intervju som vil si at vi på forhånd utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 3) med utgangspunkt i vår problemstilling. Dette for lettere å kunne forholde seg til temaet underveis i intervjuet (Malterud, 2017). Utgangspunktet for problemstillingen er jordmødres individuelle erfaringer og opplevelser, derfor ble individualintervju benyttet. Denne formen for intervju gir informanten tid og rom for å hente fram erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke for å deles (Malterud, 2017).

I utarbeidelsen av intervjuguiden (Vedlegg 3) har vi forsøkt å bruke åpne spørsmål slik at intervjuene skal bli noe midt imellom en åpen samtale og en lukket spørreskjemasamtale (Kvale & Brinkmann, 2021). På den måten fikk informantene fritt rom til å dele det som er viktig for dem (Malterud, 2017). Intervjuguiden er laget med forslag til spørsmål ut fra temaet smertelindring og lindring av ubehag under suturering av fødselsrifter, men skal også gi rom for at informantene kan komme med egne betraktninger (Kvale & Brinkmann, 2021). Det er lagt vekt på at spørsmålene ikke skal være for ledende slik at informantene kunne fortelle om sine egne opplevelser/erfaringer uten å bli farget av våre bevisste eller ubevisste fordommer (Malterud, 2017).

Pilotering er primært brukt i implementeringsforskning og handler om å utprøve et format og dennes gjennomførbarhet, slik at den kan justeres for praksis (Malterud, 2017). For å teste ut vår intervjuguide og sikre oss at spørsmålene var dekkende, ikke for ledende eller kunne oppleves som støtende, gjennomførte vi derfor et pilotintervju med en medstudent over digital videokonferanse gjennom plattformen Microsoft Teams. Vi så ikke noe behov for å justere intervjuguiden etter pilotintervjuet. Under masterseminaret utført i regi av UiT i uke 48, 2022 fikk vi derimot tips fra medstudenter og veiledere om å legge til spørsmålet «Hvordan vurderer du din egen evne til å lindre kvinnens smerter og ubehag under suturering?». Utenom dette var det ingen justeringer av intervjuguiden.

3.4.2 Praktisk gjennomføring

Det ble gjennomført totalt åtte intervjuer. Intervjuene hadde en gjennomsnittslengde på trettiseks minutter. Begge studentene deltok i alle intervjuene. I forkant av intervjuene fordelte vi roller hvor en av studentene ledet intervjuet, mens den andre observerte og skrev

notater (Malterud, 2017). Hovedsakelig hadde studentene samme rolle i alle intervjuene, men rollene ble byttet i to av intervjuene. Dette for at begge studentene skulle få læringsutbytte av intervjusituasjonen.

Det var ønskelig at intervjuene skulle foregå fysisk, men av praktiske årsaker ble sju av åtte intervju gjennomført gjennom Microsoft Teams. Informantene og vi studentene hadde derfor fortsatt mulighet til å se hverandre. Ved ett av intervjuene var den ene studenten til stede fysisk, mens den andre deltok over Teams. Der den ene studenten var til stede fysisk foregikk intervjuet på et skjermet rom utenfor avdeling på informantens arbeidsplass etter informantens ønske. Dette for at informanten skulle føle seg trygg og ha rom til å snakke fritt. Fordelen med å få gjennomført et fysisk intervju er at intervjuet kan oppleves mer personlig for informanten og non-verbale signaler som kroppsspråk og mimikk kan komme bedre fram (Malterud, 2017).

Intervjuene og det muntlige samtykket ble tatt opp med UiOs Nettskjema sin diktafon-app for smarttelefon (UiO, 2022). Begge studentene tok opp med denne på hver sin telefon som en sikkerhet hvis teknikken skulle svikte.

3.5 Bearbeiding og analyse av data

Bearbeidingen av datamaterialet begynte med transkripsjon av intervjuene, hvor lydopptakene ble omgjort fra tale til tekst (Malterud, 2017). For å sikre at konteksten fra intervjuene ble ivaretatt, ble alt skrevet ned ordrett, også pauser og nøling ble skrevet ned (Malterud, 2017).

De transkriberte intervjuene utgjorde 69 dataskrevne sider og var rådataene våre. Disse ble videre filtrert slik at det tekstmaterialet vi satt igjen med kun var det som brakte ny kunnskap til forskningsprosjektet eller det som hadde potensiale til å gjøre dette. Etter filtreringen av rådataene ble dataene videre fortolket ved hjelp av metoden systematisk tekstkondensering som beskrevet under (Malterud, 2017).

Analysen foregår i fire trinn. I det første trinnet dannet vi oss et helhetsbilde av materialet. Dette ble gjort ved at begge gjennomgikk tekstmaterialet med problemstillingen i bakhodet og markerte og noterte ned spesielle ting vi la merke til, eller ting som gikk igjen (Malterud, 2017). Vi skrev deretter ned hver for oss det vi anså som foreløpige temaer, diskuterte våre funn muntlig opp mot problemstillingen og sammenlignet. Vi kom da frem til totalt tretten foreløpige temaer. Deretter gikk vi videre til trinn to. Her gjennomgikk vi materialet mer

inngående, leste det linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Det vil si sitater som gir eller har potensiale til å gi ny kunnskap til studien. Vi plukket ut sitater som sa noe om de foreløpige temaene og sorterte disse (Malterud, 2017). Ved en mer systematisk og grundig gjennomgang av materialet kunne vi se at flere av de foreløpige temaene gikk inn i hverandre og de ble derfor slått sammen. Ved denne gjennomgangen var det også flere av temaene som ble vurdert til å ikke være relevant for problemstillingen. Disse ble derfor ekskludert. Deretter sorterte vi de meningsbærende enhetene etter foreløpige tema. Dette dannet grunnlaget for våre kodegrupper. Vi kom fram til totalt tre kodegrupper. Ved systematisering av materialet så vi at noe av materialet måtte flyttes fra en kodegruppe til en annen og så videre. Kodegruppene endret også navn underveis etter hvert som materialet ga oss innspill og ideer (Malterud, 2017). Prosessen fra foreløpige temaer til kodegrupper er forsøkt illustrert i tabell 1 (Tabell 1).

Tabell 1- Illustrasjon av analyse trinn 1 og 2. Fra foreløpige tema til kodegrupper

Foreløpige tema	Sammenslåing av foreløpige tema	Kodegrupper
1. Kvinnens innstilling til smerte 2. Informasjon til kvinnen 3. Jordmors holdning 4. Jordmors arbeidsstilling 5. Kommunikasjon 6. Atmosfære/ Miljø 7. Analgesi 8. Individuelle forskjeller hos kvinnene 9. Kollegiet 10. Postpartumsamtale 11. Praktiske ferdigheter 12. Se på riften etterpå 13. Forskning/fokus/retningslinjer	1. Kvinnens innstilling til smerte 8. Individuelle forskjeller hos kvinnene 6. Atmosfære/miljø, <i>sensitive jordmor</i> 2. Informasjon til kvinnen, <i>forberedelse</i> 5. Kommunikasjon 10. Postpartumsamtale 12. se på riften etterpå 4. Jordmors arbeidsstilling 11. Praktiske ferdigheter 7. Analgesi 3. Jordmors holdning 9. Kollegiet 13. Forskning/fokus/retningslinjer	1) Jordmors tilnærming til fødekvinnen 2) De praktiske handlinger jordmor utfører 3) Forhold som påvirker jordmors tilnærming til smertelindring

Videre i analysens tredje trinn sammenfattet vi informasjonen som ble sortert i de foregående trinnene. Vi tok for oss én og én kodegruppe og fant ut hva hovedaspektene i den kodegruppen var (Malterud, 2017). Dette dannet subgrupper i kodegruppene. Vi sorterte deretter de meningsbærende enhetene innad i subgruppene. Da de meningsbærende enhetene var sortert gikk vi igjen grundig igjennom dem for å lage et kondensat. Et kondensat er en

sammenfatning av alle de meningsbærende enhetene i subgruppen. Kondensatet skal være tekstnært og representere hver og en av informantene. Det skrives i jeg-form mest mulig likt som informantene har ordlagt seg i intervjuene (Malterud, 2017). Etter at kondensatet var ferdigstilt valgte vi ut det Malterud (2017) kaller for *gullsitat*. Dette er et sitat fra en av informantene som vi tenker best representerer det som er kommet fram i den gitte subgruppen. Gullsitatet brukes også under den analytiske teksten fra trinn 4 og presenteres i resultatkapitlet. Underveis i analyse trinn 3 fikk også kodegruppene nye mer analytiske navn. I tabell 2 har vi forsøkt å illustrere inndelingen av kodegruppene i subgrupper (tabell 2). I tabell 3 har vi illustrert et eksempel på kondenseringen gjort i analyse trinn 3 med meningsbærende enheter og utdrag fra kondensat (Vedlegg 4, tabell 3).

Tabell 2- Illustrasjon første del av analyse trinn 3. Inndeling av kodegrupper i subgrupper

Kodegrupper		
1.Jordmors tilnærming til fødekvinnen	2.De praktiske handlinger jordmor utfører	3.Forhold som påvirker jordmors tilnærming til smertelindring
Subgrupper til kodegruppene		
1,1.Kvinner har ulike behov når det kommer til smertelindring	2,1. God planlegging legger til rette for en vellykket suturering	3,1. Smertelindring under suturering prioriteres høyt, men er ikke alltid like lett å få til
1,2. En god atmosfære gir gode forutsetninger for en god opplevelse for kvinnen	2,2. Hvilken medikamentell smertelindring jordmor velger avhenger av riften og egen erfaring	3,2. Samarbeid med kollegaer er positivt, men kan tidvis være utfordrende
1,3. Trygghet og tillitt kan være med på å redusere smerter		3,3. Faglig fokus og opplæring er mangelfullt

I det fjerde og siste trinnet av analysen satte vi sammen bitene igjen. Dette vil si at vi sammenfattet og omgjorde kondensatene fra trinn tre til en analytisk tekst for hver kodegruppe, hvor hvert avsnitt illustrerte en subgruppe. Etter hvert avsnitt satte vi inn et gullsitat som oppsummerte hovedfunnene. Målet med dette trinnet er å gi teksten et analytisk løft og sammenfatningen av funnene ble derfor skrevet som fortolkete syntèseser som kunne gi grunnlag for nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2017). Mange av begrepene fra de meningsbærende enhetene ble beholdt slik at den analytiske teksten var tro mot det opprinnelige innholdet. For å få en analytisk avstand ble teksten skrevet i tredje person (Malterud, 2017). Validering av funn ble gjort ved at vi gjennomgikk transkripsjonen flere

ganger og sjekket opp hva informantene faktisk hadde sagt. Vi tilpasset også navnene på resultatkategoriene underveis og tilpasset de til den sammenheng de var hentet fra. De navnene på resultatkategoriene som til slutt ble stående, stammer fra de opprinnelige temaene og kodene, men bærer preg av økt innsikt fra analysen, teorien og syntesen (Malterud, 2017). Den analytiske teksten som ble til trinn fire av analysen utgjør resultatkapittelet i oppgaven.

3.6 Etiske overveielser

Formålet med forskningsetikken er å bevisstgjøre samfunnet og spesielt forskerne om de etiske problemstillingene som oppstår som følge av forskning. For å få økt tillit til forskningen, vil god forskningsetikk være meget viktig. Dette innebærer måten forskningen gjennomføres og hvordan resultatene blir lagt fram (Carlsen et al., 2019).

3.6.1 Personvern og informert samtykke

I forkant av intervjuet mottok informanten et informasjonsskriv (Vedlegg 2) med informasjon om hva forskningsprosjektet innebærer, dets formål og hvordan det skulle gjennomføres, samt informantens rettigheter. Informasjonsskrivet er utferdiget med utgangspunkt i momenter i NSD sitt informasjonsskriv (NSD, 2022a). Med informasjonsskrivet fikk informantene et grunnlag som de kunne bygge sin avgjørelse på hvorvidt de ønsket å delta i studien eller ikke.

Samtykke ble innhentet før intervjustart, ved at det muntlig ble tatt opp på egen lydfil ved bruk av UiOs Nettskjema sin app for lydopptak (NSD, 2022d) I informasjonsskrivet (Vedlegg 2) er det satt opp en mal for muntlig samtykkeerklæring. Denne er inspirert av en tidligere masteroppgave ved UiT (Skogfelt & Pedersen, 2022).

Informanten kan når som helst, inntil sletting av materialet eller innlevering av masteroppgaven, velge å trekke seg fra prosjektet. Da informanten meldte sin interesse for å delta i prosjektet fikk hun utdelt et nummer. Ved ønske om å trekke seg kunne informanten oppgi dette nummeret og vi ville slette alt av data som er tilknyttet informanten. Andre rettigheter informantene har er rett til innsyn. Dette innebærer at de har rett til å vite om det behandles personopplysninger om dem, og i så tilfelle få innsyn i hvilke personopplysninger det er snakk om (NSD, 2022c). Det ble informert om at informanten har rett til å få sine opplysninger rettet dersom informanten mener informasjonen er feil. De kan også be om å få sine opplysninger begrenset for en periode, samt at de har rett til å protestere om personopplysninger ikke behandles riktig. Dersom informanten protesterer, medfører dette at personopplysningene slettes (NSD, 2022c)

Informantene i forskningsprosjektet fortalte om sine erfaringer og tanker rundt suturering. Gjennom intervjuene kunne det komme fram informasjon som kan gjøre informanten gjenkjennbar, som for eksempel ved uforvarende angivelse av arbeidssted. For å ivareta anonymiteten ble informasjon som dette derfor ikke transkribert.

Når det innhentes personopplysninger er det informasjonsplikt overfor de det samles opplysninger om (NSD, 2022b). På bakgrunn av dette ble prosjektet søkt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og vi mottok en godkjenning fra NSD (Vedlegg 5) 05.11.2022. Personopplysninger som inngår i prosjektet er stemmebruk i lydopptaket, men også andre indirekte personopplysninger som ved sammenstilling kan identifisere informanten. Disse kan være ansiennitet innad fødselsomsorgen og hvilket fødenivå de jobber på. Vi tenker derfor at ansiennitet transkriberes i 5 til 10- års kategorier. Disse dataene oppgis på gruppenivå i masteroppgaven. Vi vurderer at disse opplysningene er såpass generelle at det er liten sjanse for at de kan identifisere informanten.

I informasjonsskrivet (Vedlegg 2) og i forkant av intervjuet understreket vi at informanten ikke kan utlevere pasienthistorier da de som helsepersonell er underlagt taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999). Dette ble også gitt muntlig beskjed om før oppstart av intervjuet.

3.6.2 Etske problemstillinger

En etisk problemstilling vi kan møte på er at det kan virke dømmende og kritiserende å snakke om jordmors opplevelse av sutureringssituasjonen. Det var derfor viktig at vi forsøkte å stille spørsmål på en måte som gjorde at det ikke ble oppfattet som kritikk, men heller en mulighet for jordmødrene til å kunne belyse sine tanker og følelser omkring sutureringssituasjonen og dermed bidra til nytenking om hvordan man legger opp sutureringssituasjonen.

Vi som kommende jordmødre intervjuet i denne studien andre jordmødre. Ved å forske på kollegaer kan det oppstå spesielle utfordringer (Malterud, 2017). Helsinkideklarasjonen, som ble utarbeidet av World Medical Assosiation i 1964, omfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning (Malterud, 2017). Pasienter er mer beskyttet gjennom Helsinkideklarasjonen enn hva helsepersonell er og det er i slike situasjoner vi som forskere i dette prosjektet må utøve vår beste skjønn i forhold til forskningsetikk (Malterud, 2017). Det krever stor tillitt fra informantene å dele sin kunnskap og sine tanker. Det kan være vanskelig å åpne opp om vanskelige faglige dilemmaer som i enkelte tilfeller ikke har en optimal løsning. Det var

derfor viktig at vi som forskere i dette prosjektet viste en nøkternhet og at vi i møte med informantene ikke ble farget av våre følelsesmessige eller politiske verdier. Dette for å bevare nødvendig edruelighet for å håndtere informasjon og data på en vitenskapelig måte (Malterud, 2017).

På den annen side må vi kanskje tåle å møte noen negative reaksjoner fra informanter og fagmiljøet. Dette da vi dels belyser uheldige møter som er egnet til å kunne medføre en bedre praksis for kvinnene som opplever en smertefull suturerings situasjon.

3.6.3 Datahåndtering og ROS-analyse

For å sikre riktig datahåndtering ble det laget en datahåndteringsplan (Vedlegg 6) i Norsk senter for forskningsdata (NDS) sin portal i henhold til UiTs retningslinjer. Datahåndteringen vil skje i tråd med UiTs retningslinjer for behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekt (UiT, 2021).

Datamaterialet i vår studie er lydopptak og transkribert materiale. Lydopptakene av intervjuene og muntlig samtykke ble gjort ved bruk av diktafon-appen til Nettskjema.no. Her ble også lydopptakene lagret. Vi opprettet egne lagringssteder i Nettskjema for bruk av diktafon-appen. Lydopptakene vil automatisk slettes 6 måneder etter siste opptak (UiO, 2022). Det er kun vi studenter som har tilgang til lydfilene.

Det som utgjør det skriftlige datamaterialet, er transkribert tekst fra intervjuene. Disse ble i henhold til UiTs retningslinjer lagret i Microsoft Office 365 OneDrive og SharePoint med to-trinns autentisering. Dette er skytjenester godkjent av UiT og ingenting av datamaterialet ble lagret på private datamaskiner. Både veileder og studenter har tilgang til det skriftlige materialet (UiT, 2021).

Alt datamateriale vil slettes ved prosjektslutt, senest ved utgangen av november 2023 (UiT, 2021).

Før oppstart av forskningsprosjekt eller behandling av personopplysninger skal man ifølge UiTs retningslinjer foreta en risikovurdering. Vi har brukt en ROS-analyse (Vedlegg 7) etter mal fra Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT for å vurdere risiko i vårt prosjekt. Hensikten med en ROS-analyse er å se hvor stor risiko det er for at sensitive opplysninger, blant annet personopplysninger, kommer på avveie. Om risikonivået anses som høyt må man

sette inn tiltak for å senke risikonivået i studien (UiT, 2022) Risikonivået i dette prosjektet ble vurdert som lavt.

4 Resultater

Som et resultat av analysen ble det utarbeidet tre resultat kategorier: 1) *Jordmor tilstreber en individuell tilnærming til kvinnen*, 2) *Tilrettelegging og individuell tilpasning fremmer smertelindring i forbindelse med suturering* og 3) *Jordmødre synes smertelindring i forbindelse med suturering er viktig og ønsker et større faglig fokus*. Videre i dette kapittelet blir det gjort rede for funnene i de forskjellige kodegruppene. Informantenes sitater vil bli presentert i kursiv.

4.1 Jordmor tilstreber en individuell tilnærming til kvinnen

Overordnet kom det fram at jordmødrene tilstreber å ha en individuell tilnærming til smertelindring i forbindelse med suturering av fødselsrift. De påpekte at hver kvinne er forskjellig og har ulike behov når det kommer til smertelindring. Noen kvinner trenger mye smertelindring, andre mindre. Jordmor forsøker å se hvilken kvinne hun har med å gjøre og tilpasse seg hennes spesifikke behov. Redsel for nålestikk eller smerter, men også tidligere opplevelser som seksuelle eller andre overgrep, ble av jordmødrene pekt ut som medvirkende årsaker til økt smerteopplevelse for kvinnen og kunne redusere effekten av smertelindrende behandling i forbindelse med suturering. Noen har også erfart at kvinnene som tidligere har opplevd ulike former for overgrep, synes det er ubehagelig å bli blottstilt på den måten man blir under suturering. Tidligere opplevelser hos kvinnen er derfor noe jordmødrene ønsker å vite om på forhånd slik at de kan ta hensyn til det under suturering. Det ble også opplyst om at ofte sier ikke kvinnene noe om tidligere erfaringer, men jordmødre erfarer at de kan fornemme det for da er ofte også fødselsopplevelsen tøff for kvinnene. Noen jordmødre formidlet at de gangene de ikke kommer i mål med smertelindring, skyldes det ofte at kvinnene er livredde. Jordmødrene fortalte at de noen ganger kan se en sammenheng mellom kvinnens reaksjon på smertelindring under suturering og hvilken smertelindring kvinnen fikk under fødselen. Manglende produksjon av endorfiner ved mye smertelindring under fødselen, ble forklart som en mulig årsak til dette. Selve fødselsopplevelsen erfarer jordmødrene ikke har så stor innvirkning på kvinnens mottakelighet for smertelindring under sutureringen. Det ble imidlertid påpekt at hvis kvinnen har hatt en lang og slitsom fødsel, vil hun naturligvis være mer sliten og at det kan føre til en økt smerteopplevelse.

Når du skal suturere og holde på med kvinnens underliv betyr det veldig mye hvilken kvinne du har framfor deg. Om hun har vært utsatt for noen tidligere overgrep for eksempel, eller er engstelig for stikk, nåler og har sprøyteskrek. Jeg tror kanskje noen ganger at tanken på at ting kan gjøre vondt sitter mellom ørene på oss, at vi tror det er vondere enn det egentlig er. Selv om ens smerter er personlige og individuelle, og

ingen kan si hva som er vondt for deg, så tror jeg slike ting kan være med på å innvirke blant annet når du skal suturere da (Jordmor 1).

Jordmødrene uttrykte at en viktig del av smertelindringen, i forbindelse med suturering av fødselsrift, er å skape en god atmosfære for kvinnen. Noen tiltak de tok i bruk er dempet belysning for å skape behagelig stemning i rommet slik at kvinnen skal finne ro og for å slappe av. Det å sikre kvinnen en behagelig stilling, å gi henne mat og drikke, og sørge for at hun ikke fryser, er viktige elementer for å redusere ubehag og smerter. Mange av de overnevnte tiltakene som brukes til å fremme fødsel, brukte jordmødrene også til å skape en god situasjon under suturering, men forskjellen er at kvinnen ikke har rier, hun har et barn og er bedre rustet til å holde ut det som skal skje, hevdet jordmødrene. De erfarer at det å få barnet lagt til brystet bidrar til smertelindring, hvilket de antar kan ha sammenheng med økt oxytocinfrigjøring. I tillegg vil fokus på babyen avlede kvinnen, hvilket er positivt for å minske ubehag og smerter i suturerings situasjonen. En jordmor fortalte at «*Det å ha babyen på brystet er smertelindring deluxe faktisk. Når de har babyen der så kan de nærmest gå igjennom ild og vann*». Jordmødrene var tydelige på at de før sutureringen tilrettelegger for at barnet legges til mors bryst. De erfarte at de gangene kvinnen ikke har barnet hos seg, oppleves suturering av fødselsrifter som mer utfordrende og smertefull. De påpekte at når barnet blir tatt ut av fødestua, var ofte partner også ute, og at det å være alene kunne gi følelse av utrygghet hos kvinnen og føre til en økt smerteopplevelse. Jordmødrene fremhevet viktigheten av at kvinnen har en god partner som kan støtte henne, gi henne en hånd å klype i, vise medfølelse og lignende. Dette kan være med på å gi økt trygghet og dermed skape en bedre situasjon for kvinnen. Det påpekes også at partner er en god ressurs når det gjelder informasjonsflyt da vedkommende ofte oppfatter det som blir sagt i større omfang enn kvinnen.

Det som fremmer god smertelindring tror jeg da, er å få babyen på brystet, få seg litt å drikke, få seg noen kjeks, litt frukt, litt sånn raskt få de behovene under kontroll. Hvis barnet må ut, barnet er borte og mannen er med barnet så er jo det noe som hemmer smertelindring. Alt blir verre av å være alene tror jeg. Så tror jeg jo det sånn som i fødsel at å ha litt dempet belysning og heller ha en god lampe akkurat i arbeidsområdet, at man skaper det litt hyggelig kan fremme smertelindring (Jordmor 6).

Jordmødrene viste en felles forståelse for betydningen av relasjon, kommunikasjon og informasjon for å oppnå god smertelindring under suturering av fødselsrift. De fremhevet særlig betydningen av å skape en relasjon slik at kvinnen har tillit til deg, noe som gir økt trygghet og større sjanse for å nå frem med smertelindring. En jordmor fortalte at «*Trygghet*

og kommunikasjon kan være med på å redusere frykt og smerter». Flere av jordmødrene hevdet at det er en forskjell på hvor godt de får til å lindre kvinnens smerter hvis det er en kvinne de kjenner og har fulgt gjennom fødselen kontra når de må overta for en annen jordmor akkurat under sutureringen. Noen jordmødre har også erfart at de kan se en redusert effekt av smertelindringen når en annen jordmor eller lege må overta sutureringen for dem – og tillegger det at vedkommende er fremmed for kvinnen. Kontinuitet ble derfor trukket fram som en faktor for å fremme lindring av kvinnens smerter og ubehag. Det ble dog påpekt at de ikke trenger å være lenge sammen med kvinnen for å skape en relasjon, men det hjelper på at de har støttet henne under fødselen. Flere uttrykte at å kommunisere med kvinnen under sutureringen er noe av det viktigste de gjør som jordmødre. Dette for å kunne vite hva kvinnen trenger og når hun trenger det. Noen påpekte at kommunikasjon kan være utfordrende og ikke alltid lar seg etablere på en god måte. Dette kan føre til at situasjonen oppleves forskjellig av partene. Hvis kvinnen ikke sier noe, kan jordmoren oppfatte det som at kvinnen har det rimelig bra og er tilstrekkelig smertelindret, mens realiteten kan være en annen. Samtidig signaliserte jordmødrene en varhet for kvinnens non-verbale kommunikasjon og fremhevet dette med *«å se kvinnen du har framfor deg, se hvilke signaler hun gir, om hun spenner seg»*. De trakk frem viktigheten av å se hvilken kvinne du har med å gjøre, og ut fra dette vurdere hvilken informasjon du skal gi og når. Jordmødrene opplever at kvinnene generelt har for lite kunnskap om rift og suturering. Noen kvinner er veldig redde og tror de er ødelagt for alltid etter en rift. Informantene har en felles enighet om at rett informasjon til rett tid gir økt trygghet og kan redusere smerter. Sentralt er å forberede kvinnen og gi henne realistiske forventninger i forhold til smertelindring ved suturering. Jordmødrene fremhevet viktigheten av å informere kvinnen om at det ikke går an å bedøve bort all smerte og berøring. Slik kan kvinnen være mer forberedt til å holde ut berøringen og få bedre effekt av smertelindringen. Jordmødrene påpekte at det å informere kvinnen om hva du gjør underveis i sutureringen, er med på å forberede kvinnen på hva som kommer og kan redusere overraskelsesmomenter som eventuelt kan gi økt smerteopplevelse.

Det viktigste for meg under suturering er at jeg har god kommunikasjon med damen. Det tror jeg er det absolutt viktigste. Å fortelle hva jeg gjør og at det kommer til å kjennes og at uansett hvor mye vi bedøver kommer hun til å kjenne at jeg er der og gjør noe. Så det å kommunisere tror jeg er det viktigste faktisk (Jordmor 3).

4.2 Tilrettelegging og individuell tilpasning fremmer smertelindring i forbindelse med suturering

Gode arbeidsforhold og god oversikt over kvinnens underliv var noe jordmødrene beskrev som viktige forutsetninger ved suturering av fødselsrift. En adekvat smertestilt kvinne er en forutsetning for at jordmor kan diagnostisere fødselsriften og kunne tilpasse videre smertelindring. Å sikre god oversikt over fødselsriften både under diagnostisering og suturering ble beskrevet forskjellig, men de trakk fram faktorer som god arbeidsstilling for jordmor, godt arbeidslys, bruk av beinholdere og at kvinnen klarer å slappe av. I tilfeller hvor tilpasninger ikke lot seg gjøre, opplevde jordmødrene det som utfordrende å få diagnostisert riften og dermed suturert best mulig. God planlegging i forkant av suturering var derfor noe jordmødrene beskrev som viktig, da de ofte arbeider alene inne på fødestuen etter fødsel. De erfarte at tilrettelegging i forkant av sutureringen la føring for at de kan arbeide mest mulig effektivt og slippe å måtte avbryte sutureringen for å hente mer smertestillende eller utstyr. Enkelte av jordmødrene trakk fram at dersom det var rom for det, kunne en pause i forkant eller underveis være til fordel både for jordmor og kvinnen. Dersom jordmor ikke følte seg opplagt nok til å kunne ivareta kvinnen på best mulig måte, eller at vaktskiftet nærmet seg, ville det være en fordel å bytte personale for å kunne oppnå et godt resultat av sutureringen.

Da får jeg jo jobbet mye bedre. Hvis kvinnen ligger og spenner seg så er det jo umulig å komme til. Så det å i alle fall prøve så godt vi å bruke det vi har tilgjengelig selvfølgelig. [...] Også dette med å sitte godt, at jeg kommer greit til så langt det lar seg gjøre. Slik at en prøver, men jeg har jo stått på hode og sydd rifter også. Det blir jo sånn noen ganger, og kanskje er det beste der og da. Men skal jeg sy en ordentlig rift, så må man få det så godt man kan i alle fall slik at man kommer til med rett arbeidsstilling (Jordmor 7).

For å lindre kvinnens smerter under suturering benytter jordmødrene medikamentell smertelindring. Dersom kvinnen ga uttrykk for smerter eller ubehag underveis i sutureringen, oppga jordmødrene behov for å stoppe opp i situasjonen for å øke smertelindringen eller på annen måte legge bedre til rette for at kvinnen skal mestre sutureringssituasjonen på en mer optimal måte. Jordmødrene fortalte at de anvender medikamentell smertelindring i form av bedøvende gel, spray og/eller infiltrasjon i huden. De fleste jordmødrene formidlet god erfaring med å legge litt bedøvende gel rett før eller etter forløsning av barnet. Tiltaket ble begrunnet med at da fikk bedøvelsen virke lengst mulig mens jordmor ventet på placenta eller klargjorde til en eventuell suturering. Samtlige jordmødrene opplevde sutureringen som mer utfordrende dersom de brukte for mye infiltrasjon som smertelindringsmetode på grunn av økt hevelse i vevet. Noen har erfart fordelene å benytte pudendalblokkade som god smertelindring

både under utdrivelsesfasen og ved suturering da denne ikke gjør at vevet blir så hovent. Kun halvparten av jordmødrene hadde kompetanse i å kunne tilby pudendal. En jordmor oppgir imidlertid at hun er restriktiv til bruk av pudendal hos førstegangsfødende før barnet er født, da hun erfarer at kvinner ikke alltid kjenner pressrier. Mange av jordmødrene har også positive erfaringer med å bruke lystgass som smertelindring under suturering, men også som avledning slik at de da slapper mer av. En jordmor oppga at hun ikke tilbød lystgass under suturering dersom barnet lå på brystet da det var manglende avtrekk på fødestuen.

Det er litt avhengig av størrelsen på riften hvilke remedier jeg bruker. Jeg bruker nok inndelingen av første- og andregrads rift. Når det er en første grad så klarer man kanskje seg med bare gele, men går den i muskelvev og slikt, så synes jeg nok at infiltrasjon eller pudendus er bra (Jordmor 4).

4.3 Jordmødre synes smertelindring i forbindelse suturering er viktig og ønsker et større faglig fokus

Selv om smertelindringen kan være utfordrende å få til, anser jordmødrene sin egen evne til å lindre smerter og ubehag som god. De fleste erfarer at de som oftest får til en god smertelindring. En av jordmødrene hevdet likevel at smertelindring er avhengig av den enkelte jordmor og hvor mye flid som legges i. Jordmødrene formidler at smertelindring under suturering er noe de setter høyt og noe de ønsker å få til. De synes det er unødvendig at kvinner skal ha særlige smerter under suturering. En ga uttrykk for at hun ikke gir seg før smertelindring er oppnådd og anså det som en forutsetning for å kunne suturere. Det ble påpekt at hvis kvinnen er godt smertelindret, er jordmoren mer avslappet og kan jobbe i fred, og dermed få gjort en bedre jobb. En jordmor fortalte: «*Altså jeg kjenner jo smertene til kvinnene når jeg suturerer*». En annen ga uttrykk for at suturen uansett må gjennomføres og at hun føler seg såpass faglig trygg at hun ikke blir emosjonelt engasjert dersom smertelindringen ikke er optimal. Jordmødrene er oppmerksomme på at hele fødselsopplevelsen kan bli preget av hvordan kvinnene har hatt det under suturering og at en fin fødselsopplevelse kan bli forringet av dårlig smertelindring under suturering. Dette opplever jordmødrene som trasig og unødvendig. De anser det som sin oppgave som jordmor å få kvinnen helskinnet igjennom sutureringen med mål om at kvinnen skal sitte igjen med en god opplevelse og ønske å komme tilbake. Flere av jordmødrene ga uttrykk for at de tar seg god tid til smertelindring under suturering og at sutureringen er noe du gjør til sist når det er bedre tid. De ville også unngå å bruke for lang tid da de anser suturering som en utrivelig del

av fødselen. Et annet aspekt som flere jordmødre trakk fram er at de trækker over mange intimgrenser og respekten overfor kvinnene må derfor bevares.

Det skal ikke være vondt. Man skal ikke ligge å bli sydd i underlivet sitt av fremmede folk også skal man ligge å ha smerter. Det er helt bestialsk og det er helt unødvendig i det landet vi befinner oss i, men jeg tror det har mye med den enkelte jordmoren å gjøre (Jordmor 5).

Samarbeid med kollegaer var noe jordmødrene opplevde som positivt. De fortalte at det var fint å kunne spørre en kollega om hjelp, og at de fleste følte at samarbeidet i denne sammenheng var godt. Det ble ansett som verdifullt å ha gode kollegaer å sparre med dersom en hadde stått i en vanskelig suturerings situasjon. Flere av jordmødrene framhevet det som ønskelig at suturerings situasjonen ble snakket mer om med mål om å gjøre samarbeidet enda bedre. De trakk fram at samarbeidet med kollegaer stort sett gikk bra og at det var en felles forståelse for smertelindring og suturering. En av utfordringene var å påpeke uheldige forhold når de selv ikke sto ansvarlig for sutureringen. Dersom en lege eller en jordmorkollega suturerte opplevde noen av informantene at det var vanskelig å si fra hvis kvinnen ikke var godt nok smertelindret. Det ble beskrevet som en barriere å be den som suturerte å sette mer smertestillende. Hierarkiet med legene og respekten for den andres arbeid ble pekt på som mulige årsaker til disse utfordringene. Det ble poengtert at jordmødrene mente at det uansett var viktig å tale kvinnenens sak og tørre å si ifra hvis man så at kvinnen ikke var tilstrekkelig smertelindret. Å være alene på fødestua konstaterte en av jordmødrene var utfordrende da hun i en slik situasjon ville måtte ha kontroll på både mor, rift og baby. Dette medførte at hun flere ganger ble avbrutt og dermed forstyrret i sitt sutureringsarbeid. Det ble trukket fram at det ville lettet arbeidet betydelig dersom jordmoren hadde noen sammen med seg der inne, men at dette ikke alltid lot seg gjøre. Tidsperspektivet - om man tok seg for god tid - ble av flere trukket fram som et moment som kunne skape diskusjon og irritasjon i kollegiet. Noen synes at de var flinke til å kunne la neste skift ta sutureringen dersom det ble knapt med tid, og at overlevering sjelden var et problem.

Vi er heldige da som har kollegaer som kan trå til og hjelpe til og se. Det er jo dessverre sånn av og til at man får noen rifter man ikke helt skjønner hvordan skal henge sammen igjen, så det kan være litt utfordrende noen ganger, så det å ha noen man kan ringe er veldig nyttig. [...] Men det å i hvert fall ha noen gode kollegaer, jordmor-kollegaer som har vært i det her før (Jordmor 7).

Jordmødrene fortalte at de ikke følte seg forberedt til å suturere når de var nyutdannet.

Suturering og smertelindring har vært det området de har brukt lengst tid på å føle seg trygg

på og opparbeide selvtillit rundt. Lite undervisning under utdannelsen og mindre mengdetrening ble her nevnt som påvirkende faktorer. De hevdet at jordmødre er blitt flinkere til å støtte under fødsel, og de opplevde at det har blitt mindre rifter som må sutureres og dermed mindre trening. Samtlige viste til at suturering er et håndverk som må trenes på for å bli god, og må holdes ved like. Det oppleves som varierende på hvor mye opplæring de får, og hvor mye fokus avdelingen har på suturering og smertelindring under suturering. Nettsiden Gynzone var noe alle trakk frem som er viktig verktøy i forhold til ferdighetstrening og at dette var en ressurs som alle jordmødre bør ha tilgang til. Dette da det er lite forskning og kunnskapsbaserte kilder å finne ellers. I mangel på kunnskapsbaserte kilder anga jordmødrene at det å bruke hverandre har vært den beste læringen gjennom observasjoner, felles diskusjoner og erfarings- og kunnskapsutveksling med erfarne kollegaer. Faglige diskusjoner på vaktrommet omkring avdelingens suturerings- og smertelindringspraksis ble nevnt som viktig med et mål om å gjøre hverandre gode. Kurs og fagdager ble arrangert hvor de fikk opplæring i nye teknikker, smertelindring og suturknuter. Mange av jordmødrene fortalte at de likevel ofte valgte å gå tilbake til de teknikkene de var trygge på, grunnet mangelfull oppfølging i etterkant. De fleste jordmødrene syntes det er viktig at suturering og smertelindring blir tatt opp som et fokusområde. Noen nevnte at enkelte ofte fokuserer mer på selve fødselen og at sutureringen fort kan bli litt glemt. Et større fokus blant jordmødre og mer forskning på området smertelindring og suturering er ønskelig. Noen sa at de savner retningslinjer og prosedyrer i avdelingen. En jordmor formidler at noen retningslinjer foreligger, men hun opplever de som lite oppdatert. Enkelte kommer med oppfordringer til jordmorutdanningen om å ha større fokus på suturering og smertelindring og spesielt opplæring av pudendalblokkade. Nyutdannede jordmødrene kan da dele erfaringer og lære bort teknikken i praksisfeltet.

Vi har snakket om at det er behov for å ha noen slike superbrukere eller ressurspersoner innenfor sutureringen i avdelingen slik at vi sørger for at det blir faglig vedlikeholdt. At en går gjennom utstyret vi har. Ser på smertelindringsmetode og teknikker, og kanskje på lik linje med andre treninger vi har, så bør suturering og rifter være et fokusområde (Jordmor 2).

5 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er delt inn i metodediskusjon, resultatdiskusjon og implikasjoner for praksis. Metodediskusjonen vurderer studiens styrker og svakheter gjennom hele forskningsprosessen. Avslutningsvis blir studiens implikasjon for praksis og klinisk relevans diskutert.

5.1 Metodediskusjon

Ved å diskutere våre metodiske valg ønsker vi å vise refleksivitet. Refleksivitet handler om at forskeren i prosess og produkt skal vise evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke. Dette innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningen (Malterud, 2017). Refleksivitet beskrives av Malterud (2017) som en aktiv holdning som forskeren må oppsøke og vedlikeholde. Vi har derfor gjennom hele prosjektet forsøkt å være dette bevisst og gjennomgående stilt kritiske spørsmål til egen forskning og metode.

Definisjonen av validitet handler om en uttalelser sannhet, riktighet og styrke. I forskning handler validitet om metoden som brukes er egnet til å undersøke det man undersøker. I kvalitativ forskning innebærer validitet om de observasjoner vi gjør faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene vi ønsker å vite noe om (Kvale & Brinkmann, 2021). Malterud (2017) skiller mellom intern validitet og ekstern validitet. Intern validitet handler om i hvilken grad metoden og referanserammen er egnet til å gi gyldige svar på de spørsmålene vi har stilt. Valg av metode ble valgt på bakgrunn av vår problemstilling. Ifølge Malterud (2017) skal det gjennom forskningsprosessen være en rød tråd mellom problemstilling, teoretisk referanseramme og valg av metode. Den interne delen av valideringen er derfor om både forskningsmetode og systematisk tekstkondensering er rett metode for å undersøke jordmors erfaringer med lindring av kvinners smerter og ubehag under suturering av fødselsrift. Vi har benyttet oss av kvalitativ metode og ifølge Malterud (2017) er dette en egnet metode for å utforske menneskers erfaringer, motiver, forventninger og holdninger. Dette styrker den interne validiteten. Vi har også sett på fenomenologi som vi brukte som vitenskapsteoretisk perspektiv og i likhet med systematisk tekstkondensering skal analysen beskrive de mest relevante sidene av fenomenet vi undersøker så nøyaktig og dyptgående som mulig (Malterud, 2017). Dette styrker den interne validiteten da vi har brukt systematisk tekstkondensering som analysemetode. Vår begrensede erfaring med forskning kan dog ha svekket validiteten i prosjektet.

Ekstern validitet handler om i hvilken kontekst vi har stilt spørsmålene og om funnene våre er overførbare til en annen kontekst (Malterud, 2017). Overførbarheten handler i stor grad om utvalgsstrategien. Utvalgsstrategien vår var i utgangspunktet et strategisk utvalg for å styrke studiens pålitelighet, men på grunn av rekrutteringsproblematikk endte vi med et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017). Selv om utvalget vårt ble et tilgjengelighetsvalg fikk vi en variasjonsbredde med tanke på informantenes ansiennitet, arbeidserfaring fra ulike fødenivå og at informantene kom fra ulike steder i Norge. Vi velger å tro at variasjonsbredden var en styrke i utvalget da det bidro til et mer nyansert datamateriale og ny kunnskap (Malterud, 2017). På grunn av rekrutteringsproblematikk hadde halvparten av informantene kjennskap til studentene. Dette er en svakhet som kan ha påvirket overførbarhet og relevans. Vi kunne da ha valgt ut informanter vi visste var engasjert i temaet. Det å ha en relasjon til informantene kan i tillegg ha gjort at de ikke fullt ut var ærlige overfor oss i intervjusituasjonen (Malterud, 2017). Utvalget vårt besto av åtte jordmødre. Disse alene kan ikke representere norske jordmødre og dermed er overførbarheten svak. Ifølge Malterud (2017) kan et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke gi et godt grunnlag for utvikling av kunnskap i kvalitative studier. Informasjonsstyrken bestemmes ikke av antall deltakere i studien, men henger blant annet sammen med studiens problemstilling og utvalgets spesifisitet angående problemstillingen (Malterud, 2017). Vi anser informasjonsstyrken i vår studie som god, da datamaterialet som ble samlet inn i studien bidro til å bringe kunnskap til sider av problemstillingen. Metning blir i kvalitativ metode beskrevet som en faktor for å avgrense utvalget og metning anses oppnådd når det tenkes at ytterligere datainnsamling ikke vil føre til ny kunnskap (Malterud, 2017). Metning ble i vår studie ikke oppnådd da det kan hende at flere informanter kunne tilført ny kunnskap. På grunn av rekrutteringsproblematikk, masteroppgavens omfang og innleveringsfrist, ble det besluttet å gå videre med det vi hadde. Informasjonsstyrken kan derfor ha blitt redusert og påliteligheten kan ha blitt svekket, men vi synes likevel vårt datamateriale var rikt, variert og kunne bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

Innsamling av data skjedde gjennom semistrukturerte individuelle intervju. Dette innebar at vi på forhånd utarbeidet en intervjuguide. Vi gjennomførte også et pilotintervju med en medstudent. Dette for å styrke studiens pålitelighet (Malterud, 2017). Vi fikk etter masterseminar arrangert av UiT tips om å legge til et til spørsmål som omhandlet hvordan jordmødrene vurderte sin egen evne til smertelindring under suturering. Dette styrket studiens relevans da problemstillingen med dette ble ytterligere belyst (Malterud, 2017). Spørsmålene

var delt inn i fire temaer som inneholdt ett til to hovedspørsmål hver. Disse temaene var tanker/holdning/innstilling, praktisk handling, hemmer/fremmer/utfordringer ved smertelindring og rammer. Alle hovedspørsmålene var åpne med rom for at deltakeren kunne komme med egne betraktninger. Under hvert hovedspørsmål var det oppfølgingsspørsmål for å kunne utdype informantenes svar knyttet til erfaringer med smertelindring under suturering, samt å holde intervjuet innenfor temaet (Kvale & Brinkmann, 2021). Det var veldig varierende om informantene svarte fritt og utdypende eller holdt seg strikt til spørsmålene.

Intervjuet mellom deltaker og forsker forutsetter gjensidig respekt. Årsaken er at datainnsamlingen i kvalitative studier ofte er av personlig karakter. Hvis deltakeren ikke er fortrolig med den som intervjuer, kan deltakeren holde igjen informasjon vedkommende tror kan bli oppfattet som ufordelaktig (Malterud, 2017). Den interne validiteten kan derfor ha blitt svekket av informantenes åpenhet. Spørsmål rundt jordmors holdninger til smertelindring under suturering kan ha blitt oppfattet som dømmende og ubehagelig. Derfor kan vi ikke utelukke at informantenes svar ble påvirket av at de følte seg dømt eller var redd for å bli kjent igjen av kollegaer (Kvale & Brinkmann, 2021). Dette er også en av teoriene bak hvorfor vi slet med rekrutteringen. Vi fikk likevel inntrykk av at informantene virket fortrolige og ga oss et ærlig og relevant materiale. Valget med å bruke individuelle intervju gjorde at jordmødrene fikk ro og ikke ble påvirket av hva de andre svarte.

Vi gjennomførte de fleste intervjuene via videokonferanse på Microsoft Teams. Dette anså vi både som en styrke og svakhet for validiteten. Styrken var at det var lettere for informanten å velge egnet sted til intervjuet. Det ga også større fleksibilitet med hensyn til tidspunkt. De fleste satt hjemme i trygge omgivelser. Ved det ene fysiske intervjuet fikk deltakeren velge tidspunkt og sted selv, noe som var med å skape gode rammer for historier og erfaringer (Malterud, 2017). Et rikt datamateriale krever imidlertid at forskeren investerer tid og krefter for å etablere optimal nærhet. Digital gjennomføring av intervjuene påvirket etableringen av personlig relasjon og nærhet. Vi opplevde at det var lettere å skape en personlig relasjon og nærhet ved et fysisk intervju. Vi merket likevel ingen sikker forskjell på åpenheten blant deltakerne. For å få en rik og relevant kunnskap om problemstillingen, var vi som forskere bevisste på å ha et åpent sinn, lytte og gi deltakerne tid og rom til å komme med sine betraktninger. For å styrke validiteten ble det underveis i intervjuene gjennomført dialogisk validering for å sikre at vi hadde felles forståelse med deltakeren. Dette ble gjort ved å stille spørsmål som «Har jeg forstått deg rett når du sier [...]?» (Malterud, 2017). Da vi hørte gjennom lydopptakene i etterkant av intervjuene oppdaget vi at det var flere

oppfølgingsspørsmål vi kunne stilt. Deltakerne kunne da fått utdypet sine betraktninger mer, hvilket kunne økt relevansen. Kvaliteten på intervjuet måles ut fra styrken og verdien på den kunnskapen som produseres, og er ifølge Kvale & Brinkmann (2021) noe som læres gjennom intervjupraksis. Dette var noe vi merket ved at vi følte en bedret kvalitet på intervjuene etter hvert som vi gjorde flere. Men vår manglende erfaring og praktiske ferdigheter med intervju på masternivå har utvilsomt preget forskningsprosessen og dermed svekket studiens relevans og overførbarhet.

Intervjuene ble tatt opp med UiO Nettskjemas applikasjon for smarttelefon (UiO, 2022). Dette var både en fordel og en ulempe. Fordelen var at det var enkelt å huske å ha båndopptaker tilgjengelig til intervjuene. Ulempen var at opptaket på den ene telefonen ble veldig metallisk og skjærende å høre på. På den andre telefonen ble opptaket av god kvalitet og det var lett å fange opp ord og setninger som var utydelige, noe som gjorde transkriberingsarbeidet enklere. Vi forsøkte å gjøre transkriberingsarbeidet fortløpende etter intervjuene for å unngå fordreining og best mulig kunne huske hva som hadde blitt sagt. Uansett har vi neppe oppnådd å få en helt gyldig gjengivelse av det som er blitt sagt under transkriberingen. Talespråket skiller seg fra skriftspråket ved at det er mer oppstykket. Ved omgjøring fra tale til tekst kan det skje en fordreining av det som faktisk har blitt sagt, noe som kan påvirke studiens validitet (Malterud, 2017). Vi samarbeidet om transkriberingen og gikk gjennom lydopptakene flere ganger for å styrke studiens validitet. Å gjengi teksten helt ordrett kan gi rom for misforståelser, spesielt hvis begge både deltaker og intervjuer har dialekter med særpreg. Vi valgte derfor å transkribere alt på bokmål for å sikre deltakernes anonymitet og unngå språklige misforståelser. Vi var selv deltakere under intervjuet og dette gjorde at vi lettere kunne oppklare uklarheter eller betydningsfulle momenter når vi selv transkriberte. Dette mener vi styrket validiteten i materialet. Gjenopplevelsen av erfaringene fra datainnsamlingen kunne dessuten åpne nye aspekter eller gi oss indikasjon om at det ga lite informasjon (Malterud, 2017). Transkriberingen ga oss godt kjennskap til materialet som var positivt for analyseprosessen og førte til at vi lettere kunne reflektere kritisk over mulige svakheter ved datamaterialet. Vi har gjennom hele innsamlingsprosessen vurdert datamaterialet og vært åpne for, og tatt stilling til, om det var behov for endringer underveis. Datamaterialet vurderte vi som relativt mangfoldig og egnet til å kunne bidra med kunnskap til problemstillingen vår. Studiens overførbarhet og relevans i forhold til resultatene styrkes av dette (Malterud, 2017).

Analysemetoden benyttet i studien er systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud (2017). Forforståelse er de individuelle erfaringene og hypotesene du har med deg fra tidligere før du går inn i forskningsprosjektet. Datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon påvirkes ofte av forskerens egen person (Malterud, 2017). Vi kan ikke derfor ikke utelukke at vår forforståelse har preget studiens validitet ved for eksempel å ha påvirket tolkningen av datamaterialet slik at ikke ny kunnskap kom fram. Forforståelsen vår kan også ha påvirket analyseprosessen ved at den har tatt for stor plass. Vi har forsøkt å være lojale mot informantenes utsagn (Malterud, 2017). Vi har underveis i prosjektet ført prosjektlogg slik at vi lett kunne gå tilbake i analysetrinn og tilbakeføre funnene i den sammenheng de var hentet fra. Dette ble gjort som en vurdering av resultatenes gyldighet (Malterud, 2017). På den måten så vi om funnene våre hadde endret mening fra det opprinnelige datamaterialet.

Forskerens evne til å kommunisere sin forskning påvirker gyldigheten kunnskapen får, dette kalles kommunikativ validitet. Formidling av forskningsprosessen og dens resultater gjør at vi kan dele og utfordre den nye kunnskapen vi har utviklet (Malterud, 2017). Gyldigheten i vår studie er påvirket ved at vi har valgt å ikke skrive artikkel. Dette medfører at det blir begrenset med formidling av kunnskap til andre siden studien ikke blir publisert i et tidsskrift. Det er mulighet for publisering i universitets portal *Munin*, noe som kan styrke den kommunikative validiteten.

Resultatkapitlet skal belyse problemstillingen ved hjelp av en tekst som sammenfatter og abstraherer tolkningene våre. I en kvalitativ analyse skal man løfte frem og prioritere de funnene som kan fortelle oss noe vi ikke visste fra før. I kvalitative forskningsstrategier styrkes påliteligheten ved å utnytte mangfoldet som fenomenet man undersøker representerer, og vi erkjente at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen (Malterud, 2017). Ulike nyanser i datamaterialet ble forsøkt illustrert, da kunnskap som i hovedsak stammer fra enkeltindivider og ikke slår røtter i hele datamaterialet, vil begrense studiens overførbarhet. Relevans handler om at resultatet bringer ny kunnskap som kan brukes videre. Relevansen i studien blir derfor svak om tilsvarende beskrivelser allerede er presentert av andre (Malterud, 2017). For å styrke relevansen i studien har funnene blitt vurdert opp mot foreliggende empiri og teori. Dette er en kvalitativ studie, som vil si at vi som forskere er aktive deltakere i kunnskapsutviklingen. Det at forskningsprosessen var tilgjengelig for innsyn og utfordring, vil kunne styrke troverdighet til oss som forskere (Malterud, 2017).

5.2 Diskusjon av resultater

I dette kapitlet vil vi reflektere over funnene i studien og diskutere disse opp mot teoretisk referanseramme og forskning. Diskusjonen vil være sentrert rundt studiens problemstilling; «*Jordmors erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag i forbindelse med suturering av fødselsrift*». Vi vil presentere diskusjonen under samme kategori som i resultatkapitlet.

5.2.1 Jordmor tilstreber en individuell tilnærming til kvinnen

Jordmødrene i vår studie påpeker viktigheten av å se den enkelte kvinne og derved fordelen med å ha en individuell tilnærming til smertelindring. Smerte defineres som en sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med mulig faktisk eller potensiell vevskade (IASP, 2020). Selve smerteopplevelsen er alltid en personlig opplevelse og dermed ulik for den enkelte (IASP, 2020). I Berg et al. (2012) jordmorfaglige modell for kvinnesentrert omsorg påpekes det at jordmor må bli kjent med fødekvinnen slik at hun kan se, støtte og imøtekomme den enkelte kvinnes unike behov (Berg et al., 2012). Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) hevder at individualisert omsorg er selve hjertet i jordmorfaget.

Frykt, ubehag og unngåelseshandlinger er tre viktige komponenter i en smertesituasjon (Hassel, 2018). Et av våre funn er at jordmødrene erfarer at kvinner for eksempel kan være redd for smerter eller nålestikk og at dette forsterker deres opplevelse av smerte. Dette er i harmoni med en britisk studie hvor det går fram at kvinner som i forkant var redd for suturering, var redd for nåler eller bekymret for tilhelingsprosessen etter suturering, rapporterte høyere grad av smerte enn de som ikke var redde (Briscoe et al., 2015). Våre funn om jordmødrenes erfaring om at kvinnens smerteopplevelse preges mye av tidligere erfaringer, kan forklares i lys av teori om smertefysiologi ved at tidligere erfaringer med smerte preger hvordan den enkelte opplever smerte (Sand et al., 2022). En norsk studie fra 2013 som intervjuet kvinner tidligere utsatt for overgrep, viser at kvinner opplevde det som meget invasivt og retraumatiserende at fødselshjelperne tok på underlivet deres og at de fikk underlivet sitt blottlagt slik man får i fødsel (Halvorsen et al., 2013). Dette korresponderer med våre funn hvor jordmødrene erfarer at kvinner som tidligere har vært utsatt for overgrep synes det er ubehagelig å bli blottstilt slik man blir ved suturering i underlivet og at dette kan forsterke smerten og ubehaget i sutureringssituasjonen. Priddis et al. (2014) sin kvalitative studie om kvinners opplevelse av skader i perineum ved fødsel, viser at kvinnene føler seg sårbare og eksponert under slik suturering.

Jordmødrene i studien anerkjente tidlig hud-til-hud kontakt mellom mor og barn som viktig for å redusere smerter i forbindelse med suturering, både som avledning og ved frigjøring av oxytocin. Dette bekreftes av funn i en kvalitativ studie hvor kvinners opplevelse av å bli suturert etter fødsel konkluderer med at kvinnene verdsatte å få barnet til brystet og at dette positivt påvirket opplevelsen av sutureringen (Hammond et al., 2022). Tilsvarende viser en kinesisk RCT studie hvor kvinner som fikk barna på brystet rapporterte mindre smerter under suturering enn kvinnene der barna ble tatt ut (Zou et al., 2022). Uforstyrret og tidlig hud-til-hud kontakt mellom mor og barn er noe som er anbefalt fra WHO (2018) og er implementert som en anbefaling i *Veileder i fødselshjelp* (2020). Uforstyrret hudkontakt mellom mor og barn er også et forslag til en kvalitetsindikator i helsedirektoratets kvalitetskrav til den norske fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010).

I den jordmorfaglige modellen for kvinnesentrert omsorg er et av hovedpunktene i modellen å skape en god fødeatmosfære. I denne modellen beskrives en god fødeatmosfære som et sted som utstråler en følelse av ro, tillit og trygghet. Atmosfæren skal være styrkende og hjelpe kvinnen til å møte det ukjente (Berg et al., 2012). Jordmødrene i vår studie angir at de bruker mange av de samme tiltak for å lindre smerter og ubehag under suturering som de gjør under fødsel. Viktig i denne sammenheng er å skape en god og avslappet atmosfære, så kvinnen best mulig kan slappe av. Dette inkluderer dempet belysning, ha få personer inne på fødestua og en rolig stemning. Å skape en rolig og positiv atmosfære kan føre til redusert frykt og stress (Thorp & Anderson, 2015), noe som igjen kan virke positivt på smerteopplevelsen. Stress og frykt er sterke følelsesmessige reaksjoner som påvirker smerte (Sand et al., 2022). I en studie hvor det ble undersøkt hvordan kvinner håndterer smertene i forbindelse med fødsel, var jordmors bidrag for å skape en rolig og trygg atmosfære et viktig punkt for at kvinnene skulle takle smertene (Karlsdottir et al., 2014). Flere av jordmødrene i vår studie trakk fram at det var en trygghet for kvinnen å ha en partner til stede og at det kunne være med på å lindre smerteopplevelsen under suturering. Partners betydning underbygges av flere studier som omhandler kvinnens opplevelse og håndtering av fødselssmerter (Bondas-Salonen, 1998; Emelonye et al., 2017; Karlsdottir et al., 2014). Det påpekes i flere av studiene at partner ikke trenger å være aktivt deltakende, men tilstedeværelsen er viktig. En partner som kjenner kvinnen godt vil kunne viderefremme hennes behov for eksempel vedrørende smertelindring om hun ikke klarer å gi uttrykk for dette selv (Bondas-Salonen, 1998; Karlsdottir et al., 2014). Funnene i vår studie tyder på at jordmødrene anser partner som en ressurs både når det gjelder smertelindring og informasjonsflyt. Den emosjonelle relasjonen mellom kvinnen og partneren

har klar betydning for om partners tilstedeværelse er positiv eller negativ (Bondas-Salonen, 1998). En studie viser at et fåtall av jordmødre mener at partners tilstedeværelse kan innvirke negativt på kvinnen og hennes smerter. Noen trakk også fram at det å ha en mannlig partner til stede på fødestuen stred imot jordmødrenes egen kulturelle og religiøse overbevisning (Emelonye et al., 2017). Om rollen til partneren på fødestuen er uavklart og kvinnen føler at partneren ikke blir sett eller ivaretatt, kan dette føre til mer uro hos kvinnen (Bondas-Salonen, 1998). Jordmødrene i vår studie anførte ikke noe negativt ved å ha partner til stede, men det kan tenkes at en negativ relasjon til enten partner eller mellom partner og jordmor kan påvirke situasjonen negativt. I Berg et al. (2012) modell for kvinnesentrert omsorg påpekes viktigheten av at jordmor skaper en gjensidig relasjon til kvinnen og hennes partner.

Relasjonen mellom jordmor og kvinne er en fundamental del av fødsel- og barselomsorgen. I studien til Eri (2020) nevnes dette forholdet som et av kjernekonseptene i teoretiske jordmor modeller for omsorg, og er igjen direkte linket til jordmorfaglig filosofi i henhold til International Confederation of Midwives (ICM, 2014). Forskning viser at relasjonen mellom kvinnen og fødselshjelperen har stor innvirkning på kvinnens opplevelse (Briscoe et al., 2015; Hammond et al., 2022; Henriksen et al., 2017; Hunter et al., 2008; Karlsdottir et al., 2014; Page, 2003; Salmon, 1999). Funnene i vår studie viser at jordmødrene anser det som veldig viktig å skape en relasjon til kvinnen for å lindre smerter under suturering. Relasjon mellom kvinne og jordmor blir, i Berg et al. (2012) sin jordmorfaglige modell for kvinnesentrert omsorg, beskrevet som et gjensidig forhold. For at et slikt gjensidig forhold skal kunne oppnås, angir Berg et al. (2012) at jordmor må være til stede både fysisk og mentalt for og med fødekvinnen. En del av dette innebærer at jordmor er kontinuerlig til stede og tilpasningsdyktig overfor kvinnens påkommende behov (Berg et al., 2012). NICE guidelines anbefaler en-til-en omsorg i aktiv fase, noe som også er listet opp som et av punktene i høringsutkastet til nasjonal retningslinje for fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2022; NICE, 2014). En-til-en omsorg blir beskrevet som viktig for å kunne skape en god atmosfære til kvinnen. Kvinner som har mottatt en-til-en omsorg er mer fornøyd enn kvinner som ikke har hatt en slik relasjon i fødesituasjonen (Page, 2003). Kontinuitet og det å kjenne kvinnen fra fødsel var sentralt for jordmødrene i vår studie for å lindre smerter under suturering. Tilsvarende med vår studie, viser flere studier viser at kontinuitet og kjennskap til jordmoren gjør kvinnens opplevelse bedre ved at det skaper trygghet og tillit (Bohren et al., 2017; Karlsdottir et al., 2014). Da blir også opplevelsen av sutureringssituasjonen bedre (Hammond et al., 2022). Funnene i vår studie viser at trygghet og tillit er faktorer jordmor anerkjenner

som ledd i smertelindring. Kontinuerlig støtte av jordmor anses som et promotiv kulturell norm i jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012). I vår studie var kommunikasjon, både i forberedelse og under i suturering, et fremtredende verktøy i forbindelse med lindring av kvinnens smerter og ubehag. Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) beskriver at en del av jordmors kompetanse innebærer evnen til å ha en styrkende kommunikasjon med kvinnen. God kommunikasjon og jordmorens utsagn er en viktig faktor for hvordan kvinner takler smerter (Karlsdottir et al., 2014). Negative interaksjoner innvirker på hvor sårbare og eksponerte kvinner føler seg og kan påvirke de i lang tid etter fødsel (Crookall et al., 2018; Priddis et al., 2014). Om kvinnen ikke føler seg hørt eller sett, eller opplever at helsepersonellet undergraver/minimaliserer hennes smerteopplevelse, så påvirker dette kvinnens opplevelse av sutureringen i stor grad (Hammond et al., 2022; Salmon, 1999). En rolig og klar kommunikasjon samt anerkjennelse av at suturering er en stor emosjonell og fysisk påkjenning for kvinnen, ble sett på som en styrkende faktor (Hammond et al., 2022). Det å forstå kvinnen man har foran seg og anerkjenne hennes følelser og non-verbale uttrykk, trekker jordmødrene i vår studie fram som en viktig faktor

I yrkesetiske retningslinjer for jordmødre fremgår det at «*Jordmødre jobber med den enkelte kvinne i et partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen mellom jordmor og kvinne vektlegger brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke*» (DNJ, 2016). Funnene våre viser at informasjon er noe jordmødre er opptatt av og deres erfaringer er at rett informasjon til rett tid kan medvirke til å lindre smerter og ubehag. Dette støttes av funn i flere studier som undersøker kvinnens fødselsopplevelse og opplevelse av suturering. Disse studiene viser at kvinner som har fått god informasjon er mer fornøyd enn de som har fått dårlig informasjon (Henriksen et al., 2017; Karlsdottir et al., 2014; Priddis et al., 2014; Thompson & Walsh, 2015). Likevel viser funn i et systematisk revju at de fleste kvinner som har opplevd skader i perineum, føler at de har fått for lite informasjon (Crookall et al., 2018). Jordmødrene i vår studie påpeker kvinners manglende kunnskap om rifter og suturering. De trekker fram at hvis kvinnene har realistiske forventninger til smertelindringen, vil de i større grad kunne holde ut den berøringen det ikke lar seg gjøre å bedøve bort. I en mixed method study gjort av Henriksen et al. (2017) som har til hensikt å belyse faktorer relatert til en negativ opplevelse for kvinner, viser funnene at forventningene har mye å si for hvordan totalopplevelsen blir. Funnene i vår studie viser at å være i forkant med informasjon tar bort overraskelsesmomentet og forberede kvinnen på hvert sting, og kan dermed positivt påvirke smerte og ubehag. Dette korresponderer med andre studier som viser at informasjon underveis

i prosessen gir kvinner en bedre opplevelse av suturering (Priddis et al., 2014; Thompson & Walsh, 2015).

5.2.2 Tilrettelegging og individuell tilpasning fremmer smertelindring i forbindelse med suturering

Resultatet i vår studie viser at jordmødrene i stor grad forsøkte å tilpasse hvilken type smertelindring de skal benytte ut fra hvor stor fødselsriften var og aktuell lokalisasjon. En forutsetning for dette var at jordmødrene hadde gode forhold til å kunne gjøre rett diagnostikk av riften. Ifølge studien til Macarthur & Macarthur (2004) kan manglende identifikasjon og klassifisering av skaden i perineum medføre ikke optimal suturering av fødselsriften. Utilfredsstillende smertelindring ved suturering kan føre til sosiale, psykiske og fysiske konsekvenser for kvinner på både kort og lang sikt. Skader i perineum er forbundet med betydelig smerte og ubehag som kan virke hemmende i forhold til kvinnens mobilitet. I tillegg kan det gi ubehag og problemer ved vannlatning og avføring, samt at det kan virke negativt på kvinnens evne til å amme og ta vare på sitt nyfødte barn (Chang et al., 2016; East et al., 2012).

Tilrettelegging for identifisering og suturering av riften, innebar for jordmødrene i studien vår å kunne få en god oversikt over fødselsriften. Dette inkluderte god arbeidsstilling, kvinnens bein i benholdere, behagelig leie for kvinnen og bruk av godt arbeidslys. Nevnte tiltak samsvarer med NICE guidelines (2014) sine anbefalinger i forbindelse med vurdering av fødselsskader etter fødsel. Gjennom systematisk vurdering av perineum og gjennom riktig identifisering av fødselsriftens grad, vil jordmor legge et viktig grunnlag for, og planlegging av, videre smertelindring og at sutureringen kan bli så bra som mulig (Kalis et al., 2017). Ved bruk av godt lys er det lettere for jordmor å kunne se omfanget av skadene og hvilke anatomiske strukturer som er affisert (Dahlen & Priddis, 2019). Sett fra et kvinnesentrert omsorgs perspektiv kan det tolkes som at jordmødrene i vår studie bruker sine sanser for å se hvilke skader kvinnen har pådratt seg under fødsel og at hun ut fra sine observasjoner og ervervede grunnkunnskaper legger til rette for videre tiltak som er tilpasset hver enkelt kvinne (Berg et al., 2012).

Resultater fra denne studien viser til betydningen av en opplagt jordmor ved suturering. Fødsler i dag er stadig mer komplekse og krever stadig mer av jordmor (Lukasse & Henriksen, 2019). Forskning viser til at tretthet og fatigue øker sjansene for å gjøre feil, reaksjonstiden blir lengre og muligheten for uhell og skader øker (Garrubba & Joseph, 2019).

Jordmødre er lovpålagte å arbeide etter forsvarlighetspinstippet for å kunne sikre god pasient sikkerhet (Helsedirektoratet, 2010; Helsepersonelloven, 1999). Funn i vår studie kan indikere at bytte av personell eller å ta en pause kan være fordelaktig for å skape best mulig sutureringssituasjon for kvinnen. På den annen side kan det ses på som en fordel om fødselsriften sutureres så fort det er mulig. Bakgrunnen for dette angis i litteraturen å være redusert risiko for infeksjoner og blodtap (Dahlen & Priddis, 2019). Det finnes få retningslinjer som sier noe om når en fødselsrift bør sutureres. I *Veileder for fødselshjelp* nevnes det at suturering av sfinktermuskulatur forsøkes gjort så raskt som mulig, men at det er muligheter for å utsette inntil 12 timer uten at det vil ha et dårligere resultat for kvinnen (Laine et al., 2020).

Jordmødrene i vår studie trakk fram at de alltid bruker en eller annen form for medikamentell smertelindring ved suturering av fødselsrift. Hvilken form for smertelindring som benyttes bestemmes ut fra fødselsriften og kvinnens reaksjoner under sutureringen. En kvinne som ikke er preget av smerter vil kunne slippe av mens jordmor suturerer (Dahlen & Priddis, 2019). NICE guidelines (2014) presiserer at dersom kvinnen gir uttrykk for smerter, skal det settes i gang tiltak umiddelbart. Dette samsvarer med modell for kvinnesentrert omsorg som sier at jordmor skal være sensitiv til kvinnens smerte, bruke sine sanser og gjøre nye vurderinger ut fra dette (Berg et al., 2012).

Veileder i fødselshjelp anbefaler at det benyttes lokal infiltrasjon eller pudendalblokkade ved suturering av grad 1 og 2 rifter (Laine et al., 2020). I likhet med NICE guidelines (2014) og WHO (2015) som begge anbefaler bruk av lokal infiltrasjon med Lidocain 1 % eller lignende medikament. Vår studie viser at jordmødrene benyttet bedøvende gel eller spray som smertelindring i forbindelse med suturering av mindre fødselsrifter, mens ved større rifter benyttet de lokal infiltrasjon. Flere studier viser at bedøvende gel, krem eller spray kan ha like god smertelindrende effekt som bedøvelse satt som lokal infiltrasjon. Kvinnene inkludert i disse studiene foretrakk gjerne bruk av bedøvende kremer eller gel som smertelindring da dette opplevdes som mindre invasivt, primært ved at nålestikk da unngås (Abbas et al., 2020; Moradi et al., 2019). Til tross for at veiledere og retningslinjer anbefaler lokal infiltrasjon som bedøvelse, rapporterte jordmødrene likevel restriktiv bruk av infiltrasjon da de opplever at vevet og strukturen i underlivet kan bli ødematøst og dermed vanskeligere å suturere ordentlig.

Resultatene fra vår studie viser at jordmødrene hadde positive erfaringer med bruk av pudendalblokkade som smertelindring under suturering av fødselselrift, men ikke alle hadde kompetanse til å kunne sette slik bedøvelse. Dette er forenelig med en norsk kvantitativ studie fra 2022 som viste at det kun var 44,6% av jordmødrene som brukte pudendalblokkade i sin daglige praksis, hvor kun halvparten av disse igjen brukte pudendalblokkade ofte (Lukasse et al., 2022). *Veileder i fødselshjelp* anbefaler også bruken av pudendalblokkade som smertestillende under suturering av fødselsrifter grad 1 og 2 (Laine et al., 2020). Vår studie viser at jordmødrene har positive erfaringer med pudendal og de opplevde lite komplikasjoner med slik analgesi. Forskning viser at dette er en effektiv og trygg smertelindring ved suturering av fødselsrifter (Langhoff-roos & Lindmark, 1985; Sultan et al., 2021; Weinschenk et al., 2016), og fungerer som en effektiv smertelindring opp til 48 timer etter episiotomi (Aissaoui et al., 2008). Det har vært spekulert på om bruk av pudendalblokkade er assosiert med høyere forekomster av postpartum urinretensjon, men en studie ved (Waldum et al., 2021) viste ingen slik sammenheng. Selv om pudendalblokkade er forbundet med lite bivirkninger, viser studier at det er en prosedyre som ikke bør brukes rutinemessig, men kun på indikasjon (Langhoff-roos & Lindmark, 1985). Til tross for at pudendalblokkade blir sett på som effektiv smertelindring, har det vært en betraktelig nedgang av bruken av den i Norge (Lukasse et al., 2022).

Resultatene i vår studie indikerer at jordmødrene hadde positive erfaringer med bruk av lystgass som smertelindring under suturering. Det finnes lite nasjonale retningslinjer i forhold til bruken av dette, men NICE guidelines (2014) anbefaler at kvinnen tilbys lystgass i forbindelse med suturering. Det finnes mange studier som konkluderer med at lystgass er en effektiv smertelindring, men at det kan oppstå bivirkninger som kvalme, oppkast, slapphet og svimmelhet hos kvinnen (Berlit et al., 2013; Likis et al., 2014). Lystgass er ikke forbundet med andre risikoer for barnet, kvinnen eller helsepersonell som er til stede (Rooks, 2011). Til tross for dette var det ikke alle jordmødrene i vår studie som tilbød lystgass som smertelindring på grunn av dårlig avtrekk på fødestuen. Dette ble ytterligere begrunnet med at det finnes lite dokumentert forskning på hvordan lystgassen påvirker barnet. En studie fra 2022 fant at bruken av lystgass under fødsel kunne være en medvirkning til B12-vitamin mangel hos utsatte nyfødte (Ljungblad et al., 2022).

5.2.3 Jordmødre synes smertelindring i forbindelse med suturering er viktig og ønsker et større faglig fokus

Resultatene i vår studie viser til at jordmødrene opplever at smertelindring i forbindelse med suturering av fødselsrift kan være utfordrende, men at de i stor grad opplever å få dette til. I Helsedirektoratets retningslinjer «*Et trygt fødetilbud*» (2010) vurderes jordmoryrket til å være krevende og med omfattende ansvar. Svikt kan få store konsekvenser for kvinnen, barn, familie og samfunnet. Det settes store krav til jordmors kunnskaper, ressurser og ferdigheter for å kunne opprettholde en helsefremmende og forsvarlig praksis som setter hver enkelt kvinne i fokus (Helsedirektoratet, 2010). Forskning viser at mange kvinner erfarer dårlig smertelindring under suturering og at mange sitter igjen med en negativ opplevelse (Briscoe et al., 2015; Hammond et al., 2022; Salmon, 1999). Våre funn indikerer at opplevelsen kvinnen har under suturering kan påvirke hennes fødselsopplevelse. Dette samsvarer med flere studier som trekker frem at suturerings situasjonen ikke er en enkeltstående opplevelse i livet til kvinnen, men at erfaringene hun sitter igjen med er direkte forbundet med hele fødselsopplevelsen. Disse erfaringene kan ha store implikasjoner på kvinnens kort- og langsiktige helse (Briscoe et al., 2015; Crookall et al., 2018; Hammond et al., 2022)

Resultatene i vår studie viser at tilpasset smertelindring er en forutsetning for å kunne suturere optimalt, først og fremst grunnet hensynet til kvinnens smertelindring og opplevelse. Dette korresponderer med Berg et al. (2012) modell for kvinnesentrert omsorg der det beskrives en balansegang for å kunne utføre kvinnesentrert omsorg. Dette innebærer at handlingene til jordmor i sum skal skape et gjensidig forhold og en god fødselsatmosfære. Jordmor skal benytte seg av sine grunnkunnskaper til å gi omsorg som bygger på en jordmorfaglig modell for omsorg, samtidig som hun håndterer de hindrende faktorene som er til stede både i henne selv, kvinnen og på fødeavdelingen. Denne kontinuerlige balansegangen inkluderer å vise respekt for den individuelle kvinnen og hennes individuelle behov (Berg et al., 2012).

Dersom sutureringssituasjonen opplevdes som vanskelig, opplevde jordmødrene i vår studie at det kunne være positivt å involvere kollegaer. Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre drar fram at jordmor skal jobbe innfor sin egen kompetanse og innhente hjelp dersom hun ser behovet for dette (DNJ, 2016). Jordmor er dessuten lovpålagt å jobbe etter forsvarlighetsprinsippet som er beskrevet i Lov om helsepersonell (1999) §4. Dette vil si at det forventes at jordmor skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og at hun skal hente bistand eller henvise kvinnen videre der det er nødvendig. Resultatet i vår studie viser at jordmødre noen ganger kan oppleve samarbeid med kollegaer som utfordrende. For

eksempel at det kan være vanskelig å si fra om inadekvat smertelindring i forbindelse med suturering når de selv ikke står ansvarlig for sutureringen. Dette bekreftes i en studie av Daemers et al. (2017) som viser at dersom jordmor og andre obstetrikere hadde ulik filosofi om hvordan omsorg skulle utføres og forskjellige måter å arbeide på, så kunne deres samarbeid bli utfordret. Jordmødrene i vår studie reflekterer dette til å handle om respekt for kollegaenes arbeid eller om det baseres på jordmors usikkerhet på egen faglig kompetanse og erfaring i forhold til kollegaens. De opplever det likevel som viktig å tørre å si fra i respekt for kvinnenens opplevelse. Dette samsvarer med å jobbe mot en kvinnesentrert omsorg som bygger på å skape et tillitsfullt miljø hvor kvinnen kan føle seg sett og respektert som et individ (Berg et al., 2012).

Våre funn indikerer at jordmødrene hadde positive erfaringer med å lære av og støtte hverandre. Kollegastøtte er et begrep som anses til å være viktig for jordmødre. I en norsk studie beskrives det at jordmor jobber mye alene. For en uerfaren og sårbar jordmor kan det være vanskelig å søke støtte hos sine kollegaer. I stedet for å reflektere over sine erfaringer sammen med de andre jordmødrene holder hun dette for seg selv (Brunstad et al., 2007). De fleste jordmødrene i vår studie opplevde at de hadde begrenset kompetanse med tanke på smertelindring og suturering når de var ferdigutdannet og erfarte opplæringen som varierende. Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre er klar på at jordmor skal søke aktiv personlig, intellektuell og profesjonell vekst gjennom hele sin karriere og at denne veksten blir integrert i egen fagutøvelse (DNJ, 2016). Veileder for «*Et trygt fødetilbud*» beskriver viktigheten av å holde seg faglig oppdatert for å kunne sikre forsvarlighet i arbeidet som jordmor (Helsedirektoratet, 2010; Helsepersonelloven, 1999). I Høringsutkastet fra Helsedirektoratets faglige nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen (2022) legges det vekt på en kunnskapsbasert praksis, regelmessige praktiske treninger og tverrfaglige møteplasser. For å oppnå trygghet og sikkerhet i utøvelsen av faget, krever det et visst volum med situasjoner som gradvis øker ferdighetene. Jordmødrene i vår studie påpekte at de fikk mindre mengdetrening på suturering på grunn av at nye støtteteknikker førte til færre rifter. I en intervensjonsstudie utført i Norge viste resultatene at støtteteknikk for å bremse hodet under fødsel førte til færre sfinkterskader (Laine et al., 2008). Det å støtte perineum og bremse hodet, en to-hånds støtteteknikk anbefales også av *Norsk veileder for fødselshjelp* for å forebygge perianale sfinkterskader (Laine et al., 2020). Sett i lys av kvinnesentrert omsorg vil de grunnleggende kunnskapene hos jordmor være sentrale. Dette bygger på de ulike typer kunnskaper som jordmor erverver seg både gjennom teori og erfaringsbasert kunnskap (Berg

et al., 2012). Denne kunnskapen bygger på gjeldende forskning, erfaringsbasert kunnskap som jordmor erverver gjennom egen praksis og gjennom refleksjon og kunnskapsdeling med kollegaer, samt brukermedvirkning (Nortvedt et al., 2021).

Funnene i vår studie beskriver at jordmødrene savner større faglig fokus, opplæring og klarere retningslinjer for suturering og smertelindring ved suturering av fødselsrifter. Motivasjonen for større faglig kompetanse ble i en studie beskrevet som å kunne tilby et mer kvinnesentrert omsorgstilbud som bygger på kontinuerlig omsorg (Dahlen & Homer, 2008). Dette harmonerer med den jordmorfaglige modellen *Midwife-woman relationship*, hvor kontinuerlig omsorg blir beskrevet som et bærende element (Sandall et al., 2016). Vår studie viser at jordmødrene hadde god erfaring med å erverve seg erfaringsbasert kunnskap gjennom felles faglige diskusjoner, refleksjoner og observasjoner av erfarne kollegaer. For å kunne arbeide mer kunnskapsbasert, etterlyste jordmødrene mer forskningsbasert opplæring. Forskning viser at jordmødre generelt ønsker mer kompetanse innenfor suturering og smertelindring under suturering, og at opplæring er nødvendig (Dahlen & Homer, 2008; Hunter & Bick, 2019; Selo-Ojeme et al., 2015).

Jordmødrene i vår studie har god erfaring med bruken av Gynzone for å innhente kunnskaper fundert på kunnskapsbasert praksis. Både nettsidene og kursene som Gynzone tilbyr, oppleves som en god ressurs for kompetanseheving i forbindelse med smertelindring og suturering. Studier viser at kursing og workshops er gode tiltak for å gi jordmødre økt kompetanse og selvtillit i forbindelse med vurdering av rifter og videre tiltak for smertelindring i denne sammenheng (Dahlen & Homer, 2008; Selo-Ojeme et al., 2009; Selo-Ojeme et al., 2015; Wilson, 2012). Funn i vår studie viser at jordmødrene opplever at avdelingene legger til rette for kurs og fagdager. Dette for å øke og opprettholde kunnskap, men at smertelindring i forbindelse med suturering ikke er et prioritert tema. Det ble derfor opp til hver enkelt jordmor å ta seg tid til, og følge opp, nettbaserte kurs. I følge Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) er helseforetakene pliktig til å gi påkrevd opplæring, etterutdanning og videreutdanning for at helsepersonell skal kunne utføre sitt arbeid i henhold til forsvarlighetskravet (Helsepersonelloven, 1999).

Selv om jordmødrene oppfordres til å benytte seg av kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2010) og får relevant opplæring og kurs, opplever jordmødrene i vår studie at de ofte går tilbake til sin ervervede basiskunnskap og til den kunnskapen de vet fungerer. Disse funnene er forenlige med en studie som viste at det er stort gap i hvordan

implementering av kunnskapsbasert praksis foregår blant jordmødre (Bick et al., 2012). Refleksjoner rundt dette kan tolkes som at jordmødrene ikke opplevde tilstrekkelig med kompetanse til å kunne ta i bruk anbefalte retningslinjer for lindring og suturering av fødselsrifter, og at de på denne bakgrunn ikke ønsker å utsette kvinnen for unødvendig smerte. En nederlandsk studie identifiserte at jordmors kliniske beslutninger er komplekse. De så på faktorer som hadde innvirkninger på jordmors beslutninger. Kilder til kunnskap var en av faktorene som påvirket jordmors beslutninger innenfor det kliniske arbeidet (Daemers et al., 2017). Selv om det tas høyde for at kunnskapsbasert praksis er å anbefale i kvinnesentrert omsorg, reflekter jordmor over sin egen kunnskap og praksis. Kvinnesentret omsorg handler nettopp om flere forskjellige typer kunnskap. Refleksjon rundt egen kompetanse viser at jordmor har innsikt i egen erfaring og samtidig har sensitivitet overfor kvinnen ved at hun velger bort en prosedyre som hun tenker kan være mer negativ enn positiv for kvinnen (Berg et al., 2012). En balansegang mellom disse forskjellige kunnskapene er essensielle for jordmors følelse av trygghet i hennes profesjonelle rolle. Dette er en forutsetning for en tillitsfull veiledning gjennom sutureringssituasjonen (Berg et al., 2012).

5.3 Implikasjoner for praksis

Flere studier viser at kvinner ikke er fornøyd med smertelindringen de får under suturering av fødselsrifter og at dette forringer deres fødselsopplevelse. Vår studie kan bidra til å sette lys på et tema innenfor fødselsomsorgen som trenger mer oppmerksomhet.

Jordmødre vil kunne dra nytte av erfaringene våre informanter hadde i denne studien. Dette innebærer for eksempel: Individuell tilnærming til smertelindring, smertens mange aspekter, viktigheten av en avslappet atmosfære, betydningen av tidligere opplevelser, partner som ressurs og jordmors totale relasjon til kvinnen. Mange jordmødre i denne studien opplevde at det var lite forskning og fokus på dette temaet. De savnet også gode retningslinjer for smertelindring under suturering. Det finnes mange veiledere og retningslinjer for smertelindring under fødsel. Det bør lages tilsvarende for smertelindring under suturering. Noe som også ble nevnt, var at dette var for lite vektlagt under utdanningen. Kanskje dette er noe som bør tas til følge når læreplaner for jordmorutdanning skal revideres?

6 Oppsummering

I masteroppgaven har vi presentert vårt arbeid med å utforske jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter i forbindelse med suturering av fødselsrift. Dette ble gjort gjennom individuelle semistrukturerte intervju med åtte informanter.

Ved å anerkjenne kvinners ulike behov, tilstrebet jordmødrene en individuell smertelindring under suturering av fødselsriften. Studien avdekket en flerdimensjonal tilnærming til kvinnens smerteopplevelse. Forsterkende faktorer var blant annet redsel for nålestikk, tidligere negative erfaringer og at partner ikke var til stede. Dempende faktorer var informasjon, en god atmosfære, styrkende kommunikasjon og barnet til mors bryst. Betydningen av en god relasjon tuftet på trygghet og tillit for å etablere god smertelindring, ble framhevet. Jordmødrenes praksis harmonerte med Berg et al. (2012) sin modell for kvinnesentrert omsorg.

Alle jordmødrene i studien benyttet seg av medikamentell smertelindring under suturering. Flere faktorer var av betydning når jordmødrene skulle velge type smertelindring. Av betydning her var type rift og kvinnens smerter, men også jordmors kompetanse med de ulike medikamentene. Smertelindring, diagnostikk, god planlegging og oversikt ble fremmet som nødvendige elementer for å få til en mest mulig optimal smertelindring i forbindelse med suturering.

Studien viste at jordmødre er opptatt av, og ser viktigheten av, smertelindring i forbindelse med suturering. De anser sin egen evne til å smertelindre som god, selv om flere studier viser at kvinner ikke er fornøyd med sin smertelindring ved suturering. Jordmødrene erkjente at de ikke alltid fikk etablert tilfredsstillende smertelindring og at dette plaget dem. Studien viser et positivt samarbeid med kollegaer rundt smertelindring, men utfordrende ved uenighet om tiltak og holdninger. Funnene i vår studie viser at jordmødre savner et større faglig fokus på smertelindring ved suturering, at de ønsker bedre oppdaterte retningslinjer og bedre vilkår for opplæring. Mange av våre funn stemte overens med relevant forskning. Vi konstaterte at de aller fleste jordmødrene inkludert i studien hadde sterkt engasjement rundt smertelindring i forbindelse med suturering. På bakgrunn av våre opplevelser i praksis (vår forforståelse) og at det finnes lite forskning på temaet, anser vi dette funnet som litt overraskende.

Studien vår bidrar til å sette søkelys på lindring av kvinnens smerter ved suturering av fødselsrift. Det kommer frem både i studien vår og tidligere forskning at det foreligger

begrenset forskning på temaet. Vi ser derfor behovet for ytterligere forskning. En kvalitativ studie av et større omfang ville vært nyttig. Det ville også vært interessant å differensiere på praksis mellom ulike nivå i fødselsomsorgen som for eksempel fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Viktig er det også innhente ytterligere kunnskap om kvinners opplevelser med smertelindring under suturering.

Referanseliste

- Abbas, A. M., Mohamed, A. A., Mattar, O. M., El Shamy, T., James, C., Namous, L. O., Yosef, A. H., Khamis, Y., & Samy, A. (2020). Lidocaine-prilocaine cream versus local infiltration anesthesia in pain relief during repair of perineal trauma after vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 33(6), 1064-1071. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512576>
- Aissaoui, Y., Bruyere, R., Mustapha, H., Bry, D., Drissi Kamili, N., & Miller, C. (2008). A Randomized Controlled Trial of Pudendal Nerve Block for Pain Relief After Episiotomy. *Anesth Analg*, 107(2), 625-629. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e31817ee48f>
- Berg, M. (2005). A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *J Perinat Educ*, 14(1), 9-21. <https://doi.org/10.1624/105812405X23577>
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Berlit, S., Tuschy, B., Brade, J., Mayer, J., Kehl, S., & Sütterlin, M. (2013). Effectiveness of nitrous oxide for postpartum perineal repair: a randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 170(2), 329-332. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.06.025>
- Bick, D. E., Ismail, K. M., Macdonald, S., Thomas, P., Tohill, S., & Kettle, C. (2012). How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1), 57-57. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-57>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), CD003766-CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bondas-Salonen, T. (1998). New mothers' experiences of postpartum care : a phenomenological follow-up study. *J Clin Nurs*, 7(2), 165-174. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1998.00138.x>
- Briscoe, L., Lavender, T., O'Brien, E., Campbell, M., & McGowan, L. (2015). A mixed methods study to explore women and clinician's response to pain associated with suturing second degree perineal tears and episiotomies [PRAISE]. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.010>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Brunstad, A., Nilsen, A. B. V., & Aasheim, V. (2007). Forlovningspraksis og fodselsrifter: jordmodres erfaringer. *Vård i Norden*, 27(2), 9. <https://doi.org/10.1177/010740830702700204>
- Carlsen, K. C. L., Staff, A., Arnesen, H., & Oslo, u. (2019). *Forskningshåndboken : fra idé til publikasjon* (6. utg. ed.). Oslo universitetssykehus i samarbeid med Haukeland universitetssykehus.
- Chang, S.-R., Chen, K.-H., Lee, C.-N., Shyu, M.-K., Lin, M.-I., & Lin, W.-A. (2016). Relationships between perineal pain and postpartum depressive symptoms: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*, 59, 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.012>
- Crookall, R., Fowler, G., Wood, C., & Slade, P. (2018). A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. *J Adv Nurs*, 74(9), 2038-2052. <https://doi.org/10.1111/jan.13724>

- 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>
- Dagne, A. H., & Beshah, M. H. (2021). Implementation of evidence-based practice: The experience of nurses and midwives. *PLoS One*, *16*(8), e0256600-e0256600. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256600>
- Dahlen, H. G., & Homer, C. S. E. (2008). What are the views of midwives in relation to perineal repair? *Women Birth*, *21*(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.12.003>
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Cooke, M., Upton, A. M., Nunn, R., & Brodrick, B. (2007). Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, *34*(4), 282-290. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00186.x>
- Dahlen, H. G., & Priddis, H. (2019). Perineal care and repair. In S. Pairman, S. K. Tracy, H. G. Dahlen, & L. Dixon (Eds.), *Midwifery Preparation for Practice* (Vol. 2). Elsevier.
- Det norske akademis ordbok. (2022a). *Erfaring*. Det norske akademis ordbok. Retrieved 01.11.2022 from <https://naob.no/ordbok/erfaring>
- Det norske akademis ordbok. (2022b). *Tilnærming*. Det norske akademis ordbok. Retrieved 01.11.2022 from <https://naob.no/ordbok/tiln%C3%A6rming>
- Det norske akademis ordbok. (2022c). *Ubehag*. Det norske akademis ordbok. Retrieved 01.11.2022 from <https://naob.no/ordbok/ubehag>
- DNJ. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. Den Norske Jordmorforening. Retrieved 10.10.2022 from [file:///C:/Users/gry_a/Downloads/Yrkesetisk%20retningslinjer%20for%20jordm%20B8dre%202016%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/gry_a/Downloads/Yrkesetisk%20retningslinjer%20for%20jordm%20B8dre%202016%20(8).pdf)
- East, C. E., Sherburn, M., Nagle, C., Said, J., & Forster, D. (2012). Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*, *28*(1), 93-97. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.009>
- Emelonye, A. U., Vehviläinen-Julkunen, K., Pitkäaho, T., & Aregbesola, A. (2017). Midwives perceptions of partner presence in childbirth pain alleviation in Nigeria hospitals. *Midwifery*, *48*, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.004>
- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E., & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *Eur J Midwifery*, *4*(July), 30-30. <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>
- Garrubba, M., & Joseph, C. (2019). *The impact of fatigue in the healthcare setting: A scoping review*. Center for Clinical Effectiveness, Monash Health. Retrieved 09.03.2023 from https://monashhealth.org/wp-content/uploads/2020/03/Health-worker-fatigue_Scoping-Review2019_FINAL.pdf
- Gynzone. (2022). *We share womens's care*. GynZone. Retrieved 03.08.2022 from <https://gynzone.com/>
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci*, *25*(4), 806-817. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., & Sørli, T. (2013). Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study. *Birth*, *40*(3), 182-191. <https://doi.org/10.1111/birt.12054>
- Hammond, A., Priddis, H., Ormsby, S., & Dahlen, H. G. (2022). Improving women's experiences of perineal suturing: A pragmatic qualitative analysis of what is helpful and harmful. *Women Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.008>

- Hansson, M., Lundgren, I., Dencker, A., Taft, C., & Hensing, G. (2020). Work situation and professional role for midwives at a labour ward pre and post implementation of a midwifery model of care - A mixed method study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1848025-1848025. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1848025>
- Hassel, B. (2018). Sanser. In G. Nicolaysen & P. Holck (Eds.), *Kroppens funksjon og oppbygging* (Vol. 3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeomsorgen*. Helsedirektoratet. Retrieved 10.09.2022 from https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edfb-e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2022). *Fødselomsorgen (Høringsutkast): Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. Retrieved 20.02.2023 from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast>
- Lov om helsepersonell, (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonell>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Holopainen, G., Kasén, A., & Nyström, L. (2014). The space of togetherness - a caring encounter. *Scand J Caring Sci*, 28(1), 186-192. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x>
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Ó. Á., & Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24(2), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.02.003>
- Hunter, C., & Bick, D. (2019). *Early-career midwives' experiences of preineal assesment and repair after normal vaginal birth*. British Journal of Midwifery. Retrieved 01.03 from IASP. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. International Association For The Study of Pain. Retrieved 06.03.2023 from <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475>
- ICM. (2014). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. International Confederation of Midwives. Retrieved 02.01 from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- Kalis, V., Rusavy, Z., & Prka, M. (2017). Episiotomy. In S. K. Doumouchtsis (Ed.), *Childbirth Trauma*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-4471-6711-2>
- Karlsdóttir, S. I., Halldorsdóttir, S., & Lundgren, I. (2014). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scand J Caring Sci*, 28(2), 315-327. <https://doi.org/10.1111/scs.12061>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg ed.). Gyldendal akademisk.
- Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R., & Pirhonen, J. (2008). Decreasing the Incidence of Anal Sphincter Tears During Delivery. *Obstet Gynecol*, 111(5), 1053-1057. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31816c4402>

- Laine, K., Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen, I. P., & Fodstad, K. (2020). *Prerinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel*. Norsk gynekologisk forening. Retrieved 10.06 from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodselskjelp/>
- Langhoff-roos, J., & Lindmark, G. (1985). Analgesia and maternal side effects of pudendal block at delivery: A comparison of three local anesthetics. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 64(3), 269-273. <https://doi.org/10.3109/00016348509155127>
- Likis, F. E., Andrews, J. C., Collins, M. R., Lewis, R. M., Seroogy, J. J., Starr, S. A., Walden, R. R., & McPheeters, M. L. (2014). Nitrous Oxide for the Management of Labor Pain: A Systematic Review. *Anesth Analg*, 118(1), 153-167. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182a7f73c>
- Ljungblad, U. W., Lindberg, M., Eklund, E. A., Saeves, I., Bjørke - Monsen, A. L., & Tangeraas, T. (2022). Nitrous oxide in labour predicted newborn screening total homocysteine and is a potential risk factor for infant vitamin B12 deficiency. *Acta Paediatr*, 111(12), 2315-2321. <https://doi.org/10.1111/apa.16530>
- Lukasse, M., Bratsberg, A., Thomassen, K., & Nøhr, E. (2022). Use of pudendal nerve block among midwives in Norway: A national cross-sectional study. *European journal of midwifery*, 6(June), 1-10. <https://doi.org/10.18332/ejm/146690>
- Lukasse, M., & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nurs Open*, 6(4), 1559-1570. <https://doi.org/10.1002/nop2.358>
- Macarthur, A. J., & Macarthur, C. (2004). Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*, 191(4), 1199-1204. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.02.064>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder for medisin og helsefag* (4. ed.). Universitetsforlaget.
- Moradi, Z., Kokabi, R., & Ahrari, F. (2019). Comparison of the Effects of Lidocaine-Prilocaine Cream and Lidocaine Injection on the Reduction of Perineal Pain While Doing and Repairing Episiotomy in Natural Vaginal Delivery: Randomized Clinical Trial. *Anesth Pain Med*, 9(3), e90207-e90207. <https://doi.org/10.5812/aapm.90207>
- NICE. (2014, 14.12.2022). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Nice guidelines. Retrieved 30.09.2022 from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Norsk gynekologisk forening. (2020). *Veileder i fødselskjelp*. Norsk gynekologisk forening. Retrieved 10.09.2022 from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/>
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., Gundersen, M. W., & Nortvedt, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- NSD. (2022a). *Informasjon til deltagerne*. Norsk Senter for forskningsdata. Retrieved 01.09.2022 from <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltagerne/?fbclid=IwAR3NXTKgFt0YxBAdiUkmtZlrzpBEe4QmuBhMAnXdxDC7o2m11QsAjXQwkTM>
- NSD. (2022b). *Personvernordbok*. Norsk senter for forskningsdata. Retrieved 07.09.2022 from <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/personvernordbok/?fbclid=IwAR1KjsheQEb3PwhHvKusTmUdXiue6zK3wsn6zIJD5uD-NYpbYxkIXToXnTU>

- NSD. (2022c). *Rettighetene til de registrerte*. Norsk senter for forskningsdata. Retrieved 27.09.2022 from <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/rettighetene-til-de-registrerte>
- NSD. (2022d). *Samtykke og andre behandlingsgrunnlag*. Norsk senter for forskningsdata. <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/samtykke-og-andre-behandlingsgrunnlag/>
- Ólafsdóttir, Ó. Á., Murto, T., & Dahl, B. (2022). Midwife-woman relationship. In I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfreðsdóttir, A. Wikberg, & E. Aagaar Nøhr (Eds.), *Theories and perspectives for midwifery - a nordic veiw* (Vol. 1. edition). Studentlitteratur AB.
- Oslo universitetssykehus. (2021). *Perinalrifter. Forebygging av rifter, sutureringsteknikk og oppfølging*. Oslo universitetssykehus eHåndbok. Retrieved 05.10.2022 from <https://ehandboken.ous-hf.no/document/1705>
- Page, L. (2003). One-to-one Midwifery: Restoring the "with Woman" Relationship in Midwifery. *J Midwifery Womens Health*, 48(2), 119-125. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00425-7](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00425-7)
- Priddis, H., Schmied, V., & Dahlen, H. (2014). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Womens Health*, 14(1), 32-32. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-32>
- Rooks, J. P. (2011). Safety and Risks of Nitrous Oxide Labor Analgesia: A Review. *J Midwifery Womens Health*, 56(6), 557-565. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00122.x>
- Salmon, D. (1999). A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. *Midwifery*, 15(4), 247-256. <https://doi.org/10.1054/midw.1999.0182>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., Toverud, K. C., & Sand, O. (2022). *Menneskets fysiologi* (3. utgave. ed.). Gyldendal.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD004667-CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sanders, J., Campbell, R., & Peters, T. J. (2002). Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *BJOG*, 109(9), 1066-1068. [https://doi.org/10.1016/S1470-0328\(02\)02533-8](https://doi.org/10.1016/S1470-0328(02)02533-8)
- Selo-Ojeme, D., Ojutiku, D., & Ikomi, A. (2009). Impact of a structured, hands-on, surgical skills training program for midwives performing perineal repair. *Int J Gynaecol Obstet*, 106(3), 239-241. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.04.014>
- Selo-Ojeme, D., Pathak, S., & Joshi, V. (2015). The knowledge, practice and opinion of midwives' in the UK on their training in obstetric perineal repair. *Arch Gynecol Obstet*, 291(6), 1265-1270. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3574-0>
- Sherwood, L. (2016). *Human physiology : from cells to systems* (9th ed.). Cengage Learning.
- Skogfelt, M., & Pedersen, K. (2022). *Mental forberedelse til Fødsel* UiT Norges arktiske universitet]. UiT Munin åpent vitenarkiv. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/24998/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Lov om spesialisthelsetjenesten, (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=Spesialisthelse>
- Strædet, J. (2018). *Kvinnens tilfredshet med smertelindring ved suturering av fødselsrifter* [Høgskulen på Vestlandet]. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2502597>
- Sultan, P., Sultan, E., & Carvalho, B. (2021). Regional anaesthesia for labour, operative vaginal delivery and caesarean delivery: a narrative review. *Anaesthesia*, 76(S1), 136-147. <https://doi.org/10.1111/anae.15233>

- Svarthaug, L. A. (2012). *Kunnskapsbasert praksis blant anestesisykepleiere i et norsk helseforetak* [NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmloi/bitstream/handle/11250/143712/LASvarthaug.pdf?sequence=1>
- Thompson, S., & Walsh, D. (2015). Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth. *British Journal of Midwifery*, 23(8). https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/research/women-s-perceptions-of-perineal-repair-as-an-aspect-of-normal-childbirth?fbclid=IwAR3d5tDI91MyToN8dw_yZpxfAjhQljJ5U0EamKwE_XpdAMEKYGAXC2sTjM
- Thorp, J., & Anderson, J. (2015). Supporting women in labour and birth. In S. Pairman, S. K. Tracy, H. G. Dahlen, & L. Dixon (Eds.), *Preparation for Practice 4e* (Vol. 2). Elsevier Australia.
- UiO. (2022). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. Universitetet i Oslo. Retrieved 08.08.2022 from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- UiT. (2021). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekt*. UiT Norges arktiske Universitet. Retrieved 21.08.2022 from <https://uit.no/Content/755221/cache=1637158889000/Retningslinjer+for+behandling+av+personopplysningar+i+forskings-+og+studentprosjekt+ved+UiT+%28oppdatert+300921%29.pdf>
- UiT. (2022). *Om risikovurderinger*. UiT Norges arktiske Universitet. Retrieved 09.09.2022 from https://uit.no/om/informasjonssikkerhet#innhold_675410
- Ulvund, I. (2017). Fødselsmerter og smertelindring. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka*. Cappelen Damm AS.
- Waldum, Å. H., Staff, A. C., Lukasse, M., Falk, R. S., Sørbye, I. K., & Jacobsen, A. F. (2021). Intrapartum pudendal nerve block analgesia and risk of postpartum urinary retention: a cohort study. *Int Urogynecol J*, 32(9), 2383-2391. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04768-0>
- Weinschenk, S., Hollmann, M. W., & Strowitzki, T. (2016). New perineal injection technique for pudendal nerve infiltration in diagnostic and therapeutic procedures. *Arch Gynecol Obstet*, 293(4), 805-813. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3812-0>
- WHO. (2015). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. World Health Organization. Retrieved 03.11.2022 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1>
- WHO. (2018). *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Retrieved 10.09.2022 from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Wilson, A. E. (2012). Effectiveness of an educational programme in perineal repair for midwives. *Midwifery*, 28(2), 236-246. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.02.011>
- Zou, Y., Li, Y., Jiang, M., & Liu, X. (2022). Effect of early skin - to - skin contact after vaginal delivery on pain during perineal wound suturing: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*, 48(3), 729-738. <https://doi.org/10.1111/jog.15120>

Vedlegg 1 Flyer til fødeinstitusjoner

Ønsker du å bidra til forskningsprosjektet

«Jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag under suturering av fødselsrift»?

Vi er to studenter som tar master i jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet. I den forbindelse holder vi på med masterprosjektet «Jordmødres erfaringer med lindring av smerte og ubehag under suturering av fødselsrift». Det er gjort mye forskning på kvinnens opplevelse av smertelindring under suturering, men det er lite forskning fra jordmødres perspektiv. I vårt prosjekt ønsker vi nettopp å belyse jordmødres erfaringer og innsikt i forbindelse med lindring av smerter og ubehag under suturering av fødselsrifter.

Vi søker deg som har norsk autorisasjon som jordmor og har jobbet med fødsler i minst ett år. Vi ønsker å komme i kontakt med, og intervjuer jordmødre i hele landet som jobber på ulike nivåer i fødselsomsorgen (kvinneklinnikk, fødeavdeling og fødestue).

Hvis dette høres interessant ut, ta kontakt! Vi vil da sende en mail med mer informasjon om prosjektet og eventuelt avtale intervju.

Med vennlig hilsen Merete og Gry Anett



(Bilder av Merete og Gry Anett fra den første ferdighetstreningen ved jordmorstudiet)

Kontaktinformasjon:

Merete Aksnes Clausen, epost: mcl004@post.uit.no , tlf: 977 76 264 Gry Anett

Nilsen, epost: gni025@post.uit.no , tlf: 976 24 790.

Vedlegg 2 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag under suturering av fødselsrift

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke jordmødres erfaringer med å lindre smerter og ubehag under suturering av fødselsrift. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Mange kvinner opplever å få en fødselsrift som må sys etter fødsel. Det er forsket mye på kvinners opplevelse av lindring av smerter og ubehag under suturering. Det finnes dog lite forskning på erfaringene leger og jordmødre har i forbindelse med dette. Formålet med studien er å få innsikt i hvilken erfaring norske jordmødre har i forhold til lindring av smerter og ubehag under suturering av fødselsrifter. Med vårt prosjekt ønsker vi å belyse jordmors tilnærming til smertelindring under suturering av fødselsrifter. Vi ønsker å få frem jordmors tanker og hva h* n i praksis gjør for å lindre kvinnens smerte og ubehag, og hvilke faktorer jordmødre erfarer er av betydning for kvinnens smerteopplevelse.

Prosjektet er en masteroppgave som er en del av studiet i master i jordmorfag. Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning – og fagutvikling innenfor jordmorfaget.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Forskergruppen består av:

Jordmorstudent Merete Aksnes Clausen og jordmorstudent Gry Anett Nilsen. Daglig ansvarlig og veileder for prosjektet er førsteamanuensis Solrunn Hansen ved UiT Norges arktiske universitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju jordmødre med erfaring innenfor fødselsomsorgen. Utvalgskriteriene våre er jordmødre som har jobbet minst et år i fødselsomsorgen og fortsatt arbeider aktivt med fødsler. Deltakere må også beherske norsk muntlig og skriftlig. Vi ønsker å få intervjuet jordmødre fra alle nivåer i fødselsomsorgen (kvinneklinikk, fødeavdeling på lokalsykehus og jordmorstyrt fødestue). Det er også ønskelig for vårt prosjekt å intervju jordmødre fra forskjellige deler av landet. Du får tilsendt dette skrivet enten fordi du har meldt din interesse via facebookgruppen «Jordmødre i Norge», eller fått informasjon om prosjektet fra din leder ved den fødeinstitusjonen du jobber på, og meldt din interesse. Du selv eller din leder har gitt oss din kontaktinformasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

I dette prosjektet vil vi benytte oss av metoden semistrukturerte individuelle dybdeintervju. Dette vil si at intervjuet foregår enten fysisk eller via teams. Begge studenten og du vil være til stede. Ved fysisk intervju får du bestemme hvor det skal holdes, det er viktig for oss at

intervjuet avholdes på en arena som er trygg for deg. I forkant av intervjuet vil vi be deg gi et muntlig samtykke, mal for dette sees på siste side i dette informasjonsskrivet. Hensikten med dette er at vi skal forsikre oss om at vi har ditt samtykke til å bruke de opplysninger som kommer fram under intervjuet i forskningsprosjektet. Dette vil bli tatt opp på egen lydfil. Vi har en intervjuguide vi vil forholde oss løst til, men vil også gi rom for at du skal kunne komme med egne betraktninger. Den ene studenten vil lede intervjuet, mens den andre vil ta notater underveis. Begge studentene vil ta lydopptak av intervjuet ved hjelp av Nettskjema.no sin diktafon-app. Dette gjør at lydopptaket lagres direkte inne i nettskjema i et sikkert område som kun oss to studenter har tilgang til. Vi skal intervjuer til sammen åtte til ti jordmødre, og vi har beregnet at intervjuene skal vare om lag 45-60 minutter.

Foruten det muntlige samtykke og stemmen din i lydopptak, vil vi ikke lagre personopplysninger om deg. Direkte personidentifiserende opplysninger utover din stemme i lydopptak vil ikke bli tatt opp i selve intervjuet. Opplysninger fra intervjuet holdes anonymt, og opplysninger som indirekte kan identifisere deg som informant som for eksempel ansiennitet, nivå på arbeidssted transkriberes ikke, men samles og rapporteres på gruppenivå i masteroppgaven. Det er kun vi studenter som kjenner din identitet. Om du skulle komme til å røpe noen personopplysninger underveis i intervjuet, vil ikke disse transkriberes.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. For å trekke deg tar du kontakt med en av oss i forskningsgruppen. Du kan også få be om innsyn i det transkriberte materialet av ditt intervju.

Taushetsplikt

Vi minner om at siden du som helsepersonell er underlagt taushetsplikten, er det derfor ikke anledning til å gjenfortelle direkte pasienthistorier. Vi etterspør heller generelle erfaringer som gjelder suturering av fødselsrifter.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Intervjuet tas opp på godkjent lydopptaker gjennom en app på mobiltelefon. Denne appen er utviklet av Nettskjema.no ved Universitet i Oslo UiT og som UiT har avtale med. Vi vil følge UiTs retningslinjer for sikker datahåndtering. Dette betyr at lydfilene blir lagret i Nettskjema hvor vi på forhånd har opprettet et lagringssted for lydfilene og som kun vi to studenter i prosjektet har tilgang til. Lydopptakene slettes automatisk 6 mnd etter siste opptak.

Lydopptakene vil anonymiseres og lagres i koder. I etterkant av intervjuene vil lydopptakene transkriberes som betyr at det skrives til tekst. Transkribert materiale vil lagres og behandles gjennom UiTs plattform Microsoft Office 365 Onedrive Sharepoint med to-trinns autentisering. Det transkriberte materialet vil også anonymiseres og lagres i koder. Både vi to studenter og veileder vil ha tilgang til det transkriberte materialet. Transkribert tekst vil makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2023. Dette vil si at ved prosjektets slutt vil all data vi har samlet inn gjennom prosjektet slettes. Dette følges opp av forskergruppen.

Data analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet vil bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres gjennom UiTs åpne formidlingsarkiv Munin og bli tilgjengelig for andre; for eksempel jordmødre, jordmorstudenter og andre som har interesse.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven er forventet godkjent innen juni 2023, og senest innen november 2023. Alt datamaterialet vil da slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

Hvis du har spørsmål til studien, noe du ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Jordmorstudent Merete Aksnes Clausen, telefon 977 76 264, epost: mcl1004@uit.no, øg jordmorstudent Gry Anett Nilsen, telefon 976 24 790, epost: gni025@uit.no eller førsteamanuensis Solrunn Hansen ved UiT Norges arktiske universitet, telefon 992 71 762, e-post: solrunn.hansen@uit.no

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

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Ta gjerne kontakt om du ønsker å vite mer om prosjektet, eller har andre spørsmål! Med vennlig hilsen

Merete Aksnes Clausen
Masterstudent

Gry Anett Nilsen
Masterstudent

Solrunn Hansen
Førsteamanuensis

Mal for muntlig samtykkeerklæring

Det vil bli innhentet muntlig samtykke med datainnsamlingsverktøyet Nettskjema diktafon-app.

Følgende tekst leses opp:

«Jeg (fullt navn), har mottatt informasjonsskriv og forstått informasjonen om prosjektet *Jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag under suturering av fødselsrift*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i dag den, (dagens dato), til å delta i intervju og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

Vedlegg 3 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE – Jordmødres erfaringer med lindring av kvinners smerter i forbindelse med suturering av fødselsrift

Introduksjon

Takke for deltakelsen, fortelle litt om vår bakgrunn. Klarere å ha lest informasjonsskrivet, informere om at mal for samtykke finnes på side 3 her.

Forklare kort om formålet med intervjuet:

Individuelt intervju, gi rom til å snakke mest mulig fritt om temaet, skildre erfaringer. Intervjuguide som vi forholder oss løst til. Taushetsplikt, ikke pasienthendelser. Intervjuets varighet. Informere om muligheter for pause og avbrytelse.

Direkte personidentifiserende opplysninger må ikke oppgis under intervjuet

Identifiserende opplysninger vil bli transkribert i ansiennitetsgrupper. Oppgis på gruppenivå i oppgaven (ansiennitet transkriberes i års- grupper, fødenivå oppgis).

Har informanten spørsmål før oppstart av intervjuet?

Stemmeprøve og lydprøve.

Innhente muntlig samtykke før oppstart av intervju.

Bakgrunns- spørsmål: Ansiennitet, nivå i fødselsomsorgen

Spørsmål under intervjuet Tanker/holdning/innstilling

1. Hva er dine tanker som jordmor om smertelindring under suturering?
2. Hva er viktig for deg når du skal suturere en fødselsrift? (hva fokuserer jordmor på når hun skal suturere, er det smertelindring eller hvordan riften skal sutureres)

Praktisk handling

1. Kan du fortelle litt om din erfaring med smertelindring i forbindelse med suturering av fødselsrifter? (Hva gjør du? Hvordan? Vurdering av egen evne)
 - a. Hvilke vurderinger gjør du med hensyn til smertelindring ved sutureringen av riften? (I forkant, undervegs, etterkant på fødestua)
 - b. Hva gjør du (hvilke tiltak) for å lindre smerter ifbm med suturering?
 - c. Andre tiltak enn analgesi for å lindre smerter og annet ubehag? Beskriv annet ubehag

Hemmer/fremmer/utfordringer smertelindring

1. Uten å beskrive konkrete pasientsituasjoner, når kvinner har god smertelindring i forbindelse med suturering og situasjoner hvor du ikke; hva var forskjell på situasjonene? Hva tenker du gjorde at du fikk til/ ikke fikk til god smertelindring?
2. Hvilke utfordringer møter du i forbindelse med smertelindring ved suturering av fødselsrift?

Rammer

1. Hvilken erfaring har du med opplæring og vedlikehold av ferdigheter med tanke på suturering av fødselsrifter? Og da spesielt med tanke på smertelindring
 - a. Utdannelse – forberedt til praksis?
 - b. Ledelse og organisering
 - c. Tilgjengelighet på opplæring / opplæringsmateriell

Stikkord for oppfølgingsspørsmål:

- Kan du utdype, fortelle mer om ?

Avslutning

Er det noe du har lyst til å tilføye til det vi har snakket om nå?

Takke for deltakelsen. Slå av båndopptaker. Spørre hvordan informanten synes det var.

Vedlegg 4 Tabell 3 – andre del av analyse trinn tre

Tabell 3- Andre del av analyse trinn tre. Et eksempel på prosessen fra meningsbærende enheter til resultatkategori

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat	Resultatkategori
<p>Jeg synes det er viktig at selv om man har vært ferdig utdannet i mange år, må man noen ganger be om hjelp. Man skal være ydmyk og bare spørre om hjelp.</p> <p>Det er en sånn felles forståelse for smertelindring, også å fylle på etterpå</p> <p>Om man har hatt en vanskelig situasjon er det fint å kunne sparre med de andre «Hva kunne man ha gjort annerledes».</p> <p>Jeg føler at vi er flinke på at hvis du ser at klokka går og det nærmer seg vaktskifte og du vet at du kanskje får begynt på suturen, men ikke blir ferdig. Da prøver vi å være flinke å heller gi smertelindring, la de få pause og la neste skift ta det.</p> <p>Jeg opplever det som litt tullele av og til når man suturerer når man er helt alene der. Det var utrolig deilig å ha de barnepleierne som man hadde før, for når man sitter der har du jo både mor og barn du skal sjekke, og det er utrolig vanskelig å ha kontroll på den ungen.</p> <p>Jeg tenker at man er glade uviten om det som skjer der ute og da bruker man den tiden man trenger</p> <p>Det er utfordrende der man ikke selv står ansvarlig for sutureringen, men det er andre som suturerer og man ser at kvinnen ikke er adekvat smertelindret. For det er noe med det, det kan være en jordmorkollega også det. Respekt for den andres arbeid.</p> <p>Jeg tror jo at at det er viktig å snakke kvinnenens sak</p> <p>For at damen skal få en god opplevelse til slutten tenker jeg at man må ta seg tid. Men det er jo klart at det igjen kan bli et sånt irritasjonsmoment for resten av staben</p>	<p>Forhold som påvirker jordmors tilnærming til smertelindring</p>	<p>Samarbeid med kollegaer er positivt, men kan være utfordrende</p>	<p>Jeg mener det er viktig at man er ydmyk og tør å spørre om hjelp, uansett hvor lang erfaring man har. Det er bedre å spørre en gang for mye enn å gå løs på suturering alene hvis man er usikker. Det er veldig fint å kunne ha kollegaer å spørre om hjelp. Det er fint jeg har kollegaer jeg kan sparre med, spesielt hvis jeg har opplevd en dårlig situasjon. Jeg spør alltid en jordmor-kollega først, før jeg spør legene, vi må ta jordmorrollen tilbake og ta selvstendige avgjørelser uten å konsultere legene. Jeg kan oppleve det som vanskelig å si ifra hvis en kollega suturerer og kvinnen ikke er godt nok smertelindret, dette gjelder spesielt leger på grunn av hiarkiet. Jeg har respekt for den andres arbeid og synes derfor det er vanskelig å si ifra, dette gjelder også jordmorkollegaer. Uansett det er viktig at jeg snakker kvinnenens sak og sier ifra til kollegaer som suturerer om kvinnen ikke er tilstrekkelig smertelindret. Jeg ber legen om å stoppe, om vedkommende holder på å plukke når kvinnen ikke er godt nok smertelindret. Jeg synes det kan være vanskelig å være alene på fødestua etter fødselen da det blir mye å holde styr på alene med både suturering og baby. Jeg får mange avbrudd i mitt sutureringsarbeid fordi jeg stadig må sjekke babyen, jeg skulle hatt en barnepleier som kunne passet på babyen. Når det gjelder å ta seg god tid til suturering erfarer jeg at dette kan bli et irritasjonsmoment i staben, men jeg synes det er fint å ikke vite om alle oppgaver som venter, slik at jeg kan bruke den tiden jeg trenger. Jeg synes stort sett at vi har et fint samarbeid på jobb og en felles forståelse for suturering og smertelindring. Hvis jeg ser at klokken går og jeg ikke rekker å bli ferdig, gir jeg smertelindring og overlater sutureringen til neste skift</p>	<p>Jordmødre synes smertelindring i forbindelse med suturering er viktig og ønsker et større faglig fokus</p>

Vedlegg 5 Godkjenning fra NSD

18.11.2022, 15:49

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema / Jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag u...](#)
/ Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
463704	Standard	05.11.2022

Prosjekttittel

Jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag under suturering av fødselsrift.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Solrunn Hansen

Student

Merete Aksnes Clausen

Prosjektperiode

16.09.2022 - 30.11.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 30.11.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

TAUSHETSPLIKT

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

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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 medprosjektet
- 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).

Personverntjenester 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

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson hos oss: Lene Chr. M. Brandt Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 6 Datahåndteringsplan



DATAHÅNDBTERINGSPLAN

Jordmødres erfaringer med lindring av kvinnens smerter og ubehag under suturering av fødselsrift.

I lys av kvinners erfaring, hva vi som jordmorstudenter har erfart i praksis, og manglende forskning på jordmors eller legens perspektiv i forhold til lindring under suturering, ønsker vi å belyse jordmødres erfaringer og holdninger til temaet. Hensikten med studien er å undersøke og få en bedre innsikt hvilke erfaringer og holdninger norske jordmødre har til lindring av fødekvinners smerter og ubehag under suturering av fødselsrifter. Mange kvinner opplever å måtte få sin fødselsrift suturert etter en vaginal fødsel og på bakgrunn av forskning og erfaringer fra praksis er dette et tema som er veldig relevant til dagens praksis ute i fødselsomsorgen. Vi ønsker med dette prosjektet å øke bevisstheten til jordmødre og andre helsepersonell på hvordan deres handlinger, valg og holdninger under sutureringen kan påvirke kvinnens opplevelse, og at en økt bevissthet kan være med på å forbedre dagens praksis slik at flere fødekvinner kan sitte igjen med en fin opplevelse.

Fagfelt

Medisinske fag

Forskningsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektvarighet

16.09.2022 — 30.11.2023

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke jordmødres erfaringer og holdninger vedrørende egen tilnærming til suturering av fødselsrifter, og få en bedre innsikt hvilke erfaringer og holdninger norske jordmødre har til lindring av fødekvinners smerter og ubehag under suturering av fødselsrifter.

Nytteverdi

Vi ønsker med dette prosjektet å øke bevisstheten til jordmødre og andre helsepersonell på hvordan deres handlinger, valg og holdninger under sutureringen kan påvirke kvinnens opplevelse, og at en økt bevissthet kan være med på å forbedre dagens praksis slik at flere fødekvinner kan sitte igjen med en fin opplevelse.

Etiske retningslinjer

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Helsinkideklarasjonen
- Vancouveranbefalingene
-

Opphavs- og eiendomsrett

presisere
uit. vi eier prosjektet, er under veileder,
ingen andre, vi har hovedeierskap.

Datamateriale fra kvalitative intervju

Beskrivelse

Lydfil av intervju som transkriberes til tekst

Datatype

Tekst, Lyd

Språk

Norsk bokmål

Nøkkelord

Kvalitativ metode, Individuelle semistrukturerte dybdeintervju, Systematisk tekstkondensering, Jordmorfag,

Jordmødres erfaringer og opplevelser, Suturering av fødselsrifter

Data om personer:

JA

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

Nei

Kategorier av personopplysninger

Alminnelige

Utvalgets størrelse

8- 10

Konfidensialitetsklassifisering

Intern

Kommentar

Intervjuene vil bli tatt opp og lagret som lydfiler i UiO Nettskjema. Vi vil i tillegg ta opp samtykke med personopplysning som navn i egen lydfil . De personopplysningene vi er ute etter er ansiennitet i forbindelse med arbeid i fødsel, hvilket nivå i fødselsomsorgen vedkommende jobber på. Som en ekstra sikkerhet tenker vi at ansiennitet transkriberes i 5 til 10- års kategorier. Disse data oppgis på gruppenivå i masteroppgaven. Vi vurderer at disse opplysningene er såpass generelle at det er liten sjanse for at de kan identifisere informanten. Opplysninger som kan spores tilbake til personen skal ikke transkriberes. Informanten får beskjed om å ikke oppgi personopplysninger i intervjuet. Informantene vil også få beskjed om at det ikke skal utleveres pasienthistorier da de er underlagt taushetsplikt (Lov om helsepersonell, 1999).

Innsamlingsperiode

15.10.2022 — 15.01.2023

Innsamlingsenheter

- UiO Nettskjema

Datakvalitet

Datainnsamlingen følger UiTs anbefaling om å anvende Nettskjema diktafonapp. For å sikre datakvaliteten har vi utarbeidet en intervjuguide og skal utføre to pilotintervju før vi starter datainnsamlingen. Dette for å kunne teste og bli kjent med utstyret, og eventuelt gjøre justeringer for å sikre best mulig kvalitet på datamaterialet. Vi vil bestrebe å være to studenter til stede på hvert intervju og at begge gjør lydopptak slik at om den ene ikke fungerer, har den andre lydopptak. Intervjuet optimalt fysisk, dersom ikke mulig teams 365 videokonferanse godkjent løsning ut. uten videre opptak, bare lyd som blir tatt opp.

Metode

Intervju, Opptak, Transkripsjon

Beskrivelse

Vi vil utføre individuelle semistrukturerte dybdeintervju. Vi vil rekruttere jordmødre på ulike fødenivåer, i ulike deler av landet og med ulik erfaring. Disse vil få utlevert et informasjonsskriv med mal for muntlig samtykkeerklæring. Samtykke vil bli tatt opp på egen lydfil. Vi vil utføre intervjuene med to studenter og informant. Intervjuene bestrebes til å avholdes fysisk, men der det blir utfordrende vil dette gjøres over videokonferanse med Microsoft teams som er en godkjent løsning av UiT. Vi har på forhånd laget en intervjuguide og vil utføre pilotintervju i forkant av datainnsamlingen. Lydopptakene vil bli gjort med Nettskjema sin diktafon-app. Begge studentene vil benytte denne og ta opp intervjuet. Planen er at begge studentene skal være tilstedeværende, men at den ene intervjuer, mens den andre observerer. Transkriberingen av intervjuene vil skje fortløpende i etterkant, det vil tilstrebes at det går kortest mulig tid mellom intervjuet og transkriberingen. Vi vil transkribere et intervju før vi starter på et nytt. Intervjuene er beregnet til å vare ca. 45 minutter.

Størrelse:

100 MB

Kommentar

Vi vet ikke hvor store filene blir å være da vi har begrenset erfaring med bruk av lyd- og tekstfiler av denne størrelse.

Format

txt

Programvare

UiO Nettskjema diktafon app, Microsoft Word gjennom UiTs Microsoft Office 365 – Onedrive

Kommentar

Lydfilene vil transkriberes fortløpende og lagres i egne mapper. Disse vil kodes med for eksempel intervju1.

Deretter vil vi fortløpende opprette nye versjoner av filene etter hvert som de blir renskrevet og analysert. De nye versjonene vil få nye navn som for eksempel intervju1analysetrinn1.

Navnekonvensjoner

Vi vil lage egne mapper i Onedrive 365 for transkribert materiale. Vi vil opprette en egen mappe for hvert intervju og kalle disse for eksempel intervju 1. Her vil transkripsjonen og den videre analysen fra dette intervjuet ligge. Filene i mappene vil bli navngitt etter hvor mange steg de er analysert for eksempel:

Intervju1råtranskripsjon, intervju1analysetrinn1, osv. Vi vil organisere dette slik at man kan gå tilbake noen steg i analysen slik at vi får kontrollert at analysen er korrekt.

Kommentar

Transkriberingen vil skje fortløpende. I første del av transkripsjonen vil lydmaterialiet skrives ordrett fra intervjuene. Pauser og nonverbale uttrykk som kommer fram under intervjuene vil bli notert, dersom dette har betydning for senere analyse av materialet. Vi vil i hovedsak skrive bokmål, ikke dialekt for å unngå mulighet for identifisering. Videre vil det bli renskrevet og deretter analysert i fire trinn ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Lagring

- Skytjeneste, institusjonsavtale

Overføring

- E-post, institusjon

Kommentar

UiT Microsoft Office 365 OneDrive Sharepoint med to-faktor autentisering benyttes for deling av transkribert materiale og øvrige filer med materiale (analyser, fragmenter transkripsjon). Ved eventuell sending av masteroppgave via intern e-post, merkes det internt i eposten. Det er kun prosjektgruppen med prosjektleder Solrunn Hansen og masterstudentene Gry-Anett Nilsen og Merete Aksnes Clausen som skal ha tilgang til datamaterialet lagret gjennom UiTs plattform. I tillegg vil intervjuobjektene få tilbud om å lese transkripsjon av sitt intervju slik at de ikke føler de er blitt framstilt feil og fortsatt samtykker til at vi kan bruke deres intervju som datamateriale.

Arkivering

Nei

Kommentar

Materialet vil slettes etter endt prosjekt.

Vedlegg 7 ROS-analyse



MAL FOR RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE AV STUDENTPROSJEKTER, HELSE

Om dette skjemaet:

Denne malen brukes for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av studentprosjekter ved Helsefak. Fyll ut informasjon om prosjektet under, og gå deretter i gang med å risikovurdere prosjektet ditt.

Hvilke punkter skal jeg fylle ut?

I skjemaet er det laget forslag til ulike risikoelementer som kan være felles for studentprosjektør, og du velger selv hvilke av disse som er aktuelle for deg. Du kan også føre opp egne risikoelementer nedover i skjemaet. Kolonnene "Hvordan kan det oppdages?" og "Hva kan gjøres" må du selv fylle ut på de punktene som er relevante for deg, og du må også sette poeng for sannsynlighet og konsekvens under "Risikonivå".

Hva regnes som høy risiko?

Etter hvert som du fyller ut skjemaet og angir risikonivå under "Sannsynlighet" og "Konsekvens", vil dette summeres til et samlet risikonivå for prosjektet ditt. Risikonivået er delt inn i tre farger:

Grønn risiko = ikke nødvendig med tiltak

Gul risiko = trolig ikke nødvendig med tiltak. Dersom du for eksempel setter 1 på "Sannsynlighet" og 4 på "Konsekvens" vil det ikke i alle tilfeller være nødvendig eller mulig å lage tiltak.

Eksempel: dersom strømmen skulle gå den dagen du skal ha eksamen, og du dermed ikke har tilgang til datamaterialet ditt (eller PC), vil dette ha store konsekvenser. Sannsynligheten for at det skal skje er likevel såpass lav – og det vil ikke være nødvendig å foreslå sikkerhetstiltak.

Red risiko = her må du lage tiltak som kan ta ned risikoen i prosjektet ditt. Det er likevel slik at det noen ganger ikke vil være mulig å ta ned risikoen, til tross for at risikonivået er rødt.

Har du spørsmål til skjemaet, eller til gjennomføring av ROS-analyser ved Helsefak? Kontakt oss på e-post (klikk lenke under):

Prosjektinformasjon:

Prosjektnavn: *Jordmorfaglige utfordringer med å skape en god opplevelse for fødekjvinnen i forbindelse med suturering av fødselsrifter.*

Studieretn: Master i Jordmorfæ UiT Norges Arktiske Universitet/Det helsevitenskapelige fakultet/Institutt for helse- og omsorgsfag

Student: Merete Aksnes Clausen & Gry Anett Nilsen

Veileder: Solrunn Hansen

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoelement)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)?	Risikonivå			Hva kan gjøres for å unngå dette (tiltak)?	Ansvarlig for oppfølging	Dato
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Risiko			
<i>Beskrivelse</i>	<i>Hva kan skje? Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke sap oppstår?</i>	<i>Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva initierer hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og motiv har trusselaktøren? Hvilken svakhet/feil kan utnyttas her?</i>	<i>Hvordan kan man oppdage denne hendelsen? Hvilke muligheter har dere per i dag for å kontrollere eller finne ut av om den</i>				<i>Hvilke sikkerhetstiltak kan gjøres? Hvilke tiltak kan gjøres for å få ned risikoen? Beskriv hvilke spesifikke tiltak som gjennomføres i prosjektet. De kan deles opp i organisatoriske,</i>	<i>Hvem skal følge opp tiltaket? Navnet på personen som skal følge opp dette tiltaket føres opp</i>	<i>Når skal tiltaket gjøres? Dato for når tiltaket skal gjøres føres</i>	

1	Alle	Rekruttering av informanter og innsamling av data starter før prosjektet er meldt inn til NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenten har ikke satt seg tilstrekkelig inn i UiTs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Kan oppdages ved at man ser at det er kommet inn datamateriale uten at datainnsamling skal være startet.	1	2	3	Ha godt samarbeid med prosjektleder/veileder. Veileder må gi klarsignal for innsending av meldeskjema NSD. Ikke sette i gang med datainnsamling før man har fått godkjent søknad fra NSD.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.10.2022
2	Alle	Studenten innhenter ikke informert samtykke før intervjuet gjøres	Studenten glemmer å samle inn skriftlig samtykkeskjema før intervjuet. Studenten glemmer å spørre etter muntlig samtykke på bånd/video-opptak før intervjuet	Dette kan oppdages ved at egen lydfil med samtykke ikke finnes i Nettskjema.	1	2	3	Vi har utarbeidet en sjekkliste for intervjuene, hva som skal gjøres før man går i gang med intervjuet; herunder oppta muntlig samtykke i egen lydfil i Nettskjema mobil app. Tilstrebe å være to studenter til stede på alle intervjuene slik at man kan minne hverandre på å innhente samtykke.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022
3	Alle	Lydvideo-opptaker med intervju kan komme på avveie/mistes	Opptaker blir borte før data er overført og slettet	Kan oppdages ved at man ikke finner lydfil i nettskjema etter endt datainnsamling	1	2	3	Benytte Nettskjema sin app, slik at det lagres i en sikker nettsky. Begge studenter tilstede og bruker dobbelt opptak, slik at om en får tekniske problemer har vi alltid back-up. Som en ekstra sikkerhet, lagres lydopptaket kryptert på mobilenheten i 30 dager og kan lastes opp igjen dersom filen slettes i Nettskjema - ved en brukerfeil. Nettskjema er en garanti for at lydfilen ikke kommer på avveie. Lydfilen slettes automatisk av Nettskjema etter 6 måneder etter siste opptak	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022
4	Alle	Studenten bruker privat opptaksutstyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenten er ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studenten har ikke fått opplæring/er ikke kjent med godkjente løsninger for opptak. Det oppstår tekniske utfordringer i opptaksituasjonen, som gjør at studenten må bruke privat utstyr for å få gjennomført intervjuet.	Filer med annet filformat enn det som lagres i Nettskjema sin diktafon-app dukker opp i datamaterialet.	1	2	3	Ikke bruke privat utstyr, heller utsette intervjuet dersom det blir for mange tekniske problemer. Begge studenter til stede, begge benytter Nettskjema diktafon-app, mindre sannsynlig at begge skal ha tekniske problemer samtidig.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022
5	Alle	Personopplysninger kommer på avveie	Samtykkekløring oppbevares ikke forskriftsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forskriftsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studenten bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å sikre personopplysninger er for dårlig. Opplysningen om prosedyrene er for dårlig. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.	At andre enn de i prosjektgruppen får tilgang til datamateriale. Personer utenfor prosjektgruppen har sett materialet. Materialet ligger ikke på lagringssted i Microsoft word onedrive 365.	1	2	3	Lydfiler lastes aldri ned fra Nettskjema. Transkripsjonen utføres ved å lytte til lydopptak i Nettskjema gjennom anbefalt nettleser Firefox. Lytting skjer skjemat fra andre personer. Transkripsjonen og videre bearbejdet materiale lagres aldri på privat enhet. Uelukkende benyttes UiTs plattform Microsoft Office 365 Onedrive og Sharepoint med to-trinns-autentisering til lagring, bearbejding og deling av transkribert materiale og videre bearbejdede filer. Om masteroppgaven sendes per e-post merkes filen internt. Personopplysninger i transkripsjonen holdes på et minste nødvendig nivå - tilstreber anonymisering hvor utvalgte variabler transkriberes i kategorier og rapporteres bare på gruppenivå i masteroppgaven.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022

6	Alle	Data er ikke tilgjengelig	Data er ikke tilgjengelig på grunn av manglende nettilgang, eller på grunn av teknisk svikt. Manglende lokal backup av data ved eksamen/viktige datoer/datoer der man ikke kan risikere nedetid.	Man får ikke tilgang til datamaterialet fra skyen.	1	2	3	Data lagres elektronisk i Onedrive. Være steder man har tilgang til nett.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022
7	Alle	Data er slettet eller endret	Data har blitt endret/slettet ved en feil av student/prosjektleder. Student har ikke kjennskap til lagring av data, noe som fører til at eldre data blir brukt videre. Datainbrudd der data har blitt slettet av uvedkommende.	Man finner ikke datamateriale i på lagringssted i Microsoft Onedrive. Det er blitt gjort endringer på dokumentene som ingen i forskningsgruppen kjenner seg igjen i.	1	2	3	To-trinns autentisering for å unngå hacking, at uvedkommende får tilgang til datamaterialet. Følge hyppig med på endingsloggen til filene. Opprette en mappe med back-up av transkribert materiale.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022
8	Studenter som lagrer data i Office	Lydopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.		1	2	3	Sette seg godt inn i forsvarlig lagring av data. Alltid følge UiTs retningslinjer om kun å bruke UiTs sky tjeneste Office som er kryptert. Lydfil lastes ikke ned fra Nettskjema.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022
9	Studenter som lagrer data i Office 365	Data krypteres ikke med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) (AIP), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og dekrypterer filen av bekvemmelighetshensyn.		2	2	4	Benytte seg av PC som støtter Azure information Protection. Ha det å klassifisere data (personopplysninger) med Azure Information Protection som en del av sjekklisten for gjennomføring av datainnsamling. Ta kontakt med IT om man ikke får åpnet filen i stedet for å dekryptere.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022
#	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig	Veileder har ikke tilgang til å slette data. Veileder vet ikke hvor data er lagret. Studenten glemmer å slette data.	Transkribert materiale blir ikke slettet. Veileder får ikke bekreftelse på at data er slettet.	2	2	4	Man lagrer data på godkjent sted i Onedrive hvor veileder og studenter har tilgang, men også egen gruppe for studenter. God kontakt i prosjektgruppen og minner hverandre på å slette data. Ved prosjektslutt må studentene bekrefte til veileder via e-post at transkribert materiale er slettet fra felles gruppe, fra egen gruppe eller gruppe studentene oppretter seg i mellom.	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	30.11.2022
#	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne eller andre ansatte ved UiT kan få tilgang til forskningsdata	Forskningsdata lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes ikke	At andre enn de i prosjektgruppen	1	2	3	Lagre på riktig sted i UiT Office, ha en ekstra kontroll på at filen lagres på riktig område; i riktig gruppe, eget område. Bruke Azure Information Protection	Gry Annett Nilsen og Merete Aksnes Clausen	15.11.2022

6	Studen-ter som skal lagre data i TSD	Lyddopptak/data tas opp med diktafon e.l. (og ikke via TSD Media Capture-appen), og lagres ukryptert før eller ved overføring til TSD	Studenten bruker ikke TSD Media Capture-appen for opptak av intervju. Data krypteres ikke direkte på diktafon/kamera/minnekort før overføring. Diktafon/kamera med ukryptert materiale sikres ikke tilstrekkelig, evt. materialet slettes ikke på sikker måte. Data mellomlagres på privat datamaskin eller ikke godkjent minnepenn. Data krypteres ikke med 7zip før overføring, og er derfor sårbar ved overføring eller ved deling i TSD.	Ikke aktuelt			0			
7	Studen-ter som skal lagre data i TSD	Studenten lagrer persondata på feil område på TSD	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Studentmappene er ikke merket tydelig med navn. Studenten importerer data til feil mappe. Data er ikke kryptert før overføring til TSD. Veileder dekrypterer data før de er flyttet til studentens eget område i TSD. Student eller veileder flytter data til feil mappe når de skal dele data med hverandre. Administrator (veileder) av området kan gi feil tilgang når TSD-område bestilles/administratør.	Ikke aktuelt			0			
8	Studen-ter som skal lagre	Nettskjemadata (TSD) kommer på avveie	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Alle brukerne av området har tilgang til mappe for nettskjema-innsendinger. Krypteringsnøkkel er tilgjengelig for studentene.	Ikke aktuelt			0			
9	Studen-ter som skal lagre	Nettskjema/TSD Media Capture fungerer ikke, og dette medfører tap av forskningsdata	Teknisk svikt hos TSD. Studenten har ikke gjort seg kjent med app eller utstyr før opptak. Studenten har ikke gjort prøveopptak før intervju.	Ikke aktuelt			0			
#	Studen-ter som skal lagre	Nettskjema/TSD Media Capture er ikke tilgjengelig	Teknisk svikthetid hos TSD.	Ikke aktuelt			0			
#	Alle	Resultat i oppgaven er ikke anonymisert	Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.	Informantene gjenkjenner seg selv, eller blir gjenkjent av andre som leser oppgaven	1	2	3	Sørge for god anonymisering. Kun oppgi personopplysninger på gruppenivå. Direkte personidentifiserende opplysninger forekommer ikke i verken transkribert materiale eller i selve masteroppgaven	<i>Gry Anett Nilsen og Marlene Aksnes Clausen</i>	15.04.2023

#	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape integritetsproblemer for institusjonen.	Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studiens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke generert data som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke analysert data på adekvat måte som er tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen. Fremstillingen av resultater bidrar ikke til å frembringe ny eller relevant kunnskap.	Det er få som ønsker å stille til intervju. Resultater gjenspeiler ikke problemstillingen.	2	2	4	Godt samarbeid med veileder. Være aktiv og pågående i rekruttering. Sette seg godt inn i metoden.	<i>Gry Anett Nilsen og Marlene Aksnes Clausen</i>	15.01.2023
---	------	--	--	--	---	---	---	---	---	------------

