



UiT Norges arktiske universitet

# **Jordmors erfaring med vannfødsler en kvalitativ studie**

Det helsevitenskaplige fakultet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Sigrid Bjørkan Bøe & Nina Waaler

Veileder: Dosent Ingvild Aune

Masteroppgave i Jordmorfag, JMO-3008, mars 2023

Antall ord: 14 622

## Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en lærerik prosess, som har inneholdt blod, svette og tårer. På tross av, eller kanskje takket være dette, sitter vi igjen med et stort læringsutbytte og masse ny kunnskap som vi vil ta med oss videre i vår yrkesutøvelse som jordmødre.

Vi ønsker å rette en spesiell takk til jordmødrene som har tatt seg tiden til å dele sine erfaringer med oss. Uten deres deltagelse ville ikke denne studien latt seg gjennomføre.

Vi ønsker også å takke vår eminente veileder, dosent Ingvild Aune, for god støtte og veiledning gjennom hele prosessen. Dine innspill og kompetanse har vært til stor hjelp. En takk til medstudenter og Ingvil Nedberg (Førsteamanuensis) for gode tilbakemeldinger på seminar.

Takk til medstudenter Siv og Sofie som har tatt seg tid til å lese oppgaven med et kritisk blikk og gitt gode tilbakemeldinger og tips.

Vi vil også takke våre samboere, Anders og Aksel, for tålmodighet og støtte under hele prosessen. Takk til alle familiemedlemmer og venner som har vist interesse for oppgaven og forståelse for prosessen.

## Abstrakt

**Hensikt:** Hensikten er å undersøke jordmors holdninger til vannfødsel og hvordan det er tilrettelagt for å drive med vannfødsler i norsk fødselsomsorg.

**Problemstilling:** Jordmors erfaringer med vannfødsel i Norge.

**Metode:** Det er brukt kvalitativ metode i denne studien. Vi har gjennomført individuelle semistrukturerte intervju med åtte jordmødre fra forskjellige fødenivå. Det ble brukt systematisk tekstkondensering som analysemetode for å bearbeide datamaterialet.

**Resultat:** Jordmødrene hadde generelt positive holdninger til vannfødsel. Bruk av badekar som fødemiljø legger til rette for å fremme den normale fødselen. Jordmødrene beskrev flere faktorer som påvirket deres arbeid med vannfødsel: tilgang til opplæring, samarbeid med andre faggrupper, tilgjengelighet på utstyr, frykten for komplikasjoner og samtidighetskonflikter.

**Konklusjon:** Vannfødsel kan være et virkemiddel for å bevare en fødsel normal. Jordmødrene hadde et ønske om å jobbe kvinnesentrert for å fremme mestring hos fødekvinnen. Jordmødrene i studien opplevde at samarbeid med leger, tilgjengelighet på opplæring og frykten for komplikasjoner kunne være med på å begrense deres arbeid med vannfødsler.

**Nøkkelord:** Jordmor, Vannfødsel, Normal fødsel, Kvalitativ forskning, Demedikalisering

## Summary

**Aim:** The purpose of this study is to provide insight into midwives' attitudes towards waterbirth, as well as to get insight on how Norwegian maternity care is organized in regards to waterbirth.

**Thesis:** Midwives' experiences with water births in Norway.

**Method:** A qualitative method has been used in this study. We have conducted individual semi-structured interviews with eight midwives from different levels of maternity care. Systematic text condensation was used as an analysis method to process the data.

**Results:** The midwives generally had positive attitudes towards water birth. Using a birthing tub as a birth environment facilitates the preservation of normal birth. The midwives described several factors that influenced their work with water birth: access to training, collaboration with other professional groups, availability of equipment, the fear of complications and conflicts regarding capacity.

**Conclusion:** Water birth can be a tool for preserving a normal birth. The midwives wanted to work in a woman-centered way to help the woman feel empowered. The midwives in this study experienced that cooperation with doctors, availability of training and the fear of complications could limit their work with water births.

**Key Words:** Midwife, Waterbirth, Normal birth, Qualitative research, Demedicalization

# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	1
1.2	Hensikt .....	1
2	Bakgrunn .....	2
2.1	Sentrale begreper .....	2
2.1.1	Woman centered care .....	2
2.1.2	Normal fødsel .....	2
2.1.3	Medikalisering og demedikalisering .....	3
2.2	Retningslinjer og veiledere .....	4
2.3	Tidligere forskning .....	5
2.4	Birth Territory, en jordmorfaglig modell .....	7
2.5	Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	9
3	Metode .....	11
3.1	Kvalitativ metode .....	11
3.2	Utvalg og rekruttering .....	12
3.3	Datainnsamling og håndtering av data .....	13
3.4	Etiske overveielser .....	14
3.5	Tekstmateriale og analyseprosessen .....	15
4	Funn .....	18
4.1	Kvinnerentrert omsorg .....	18
4.2	Fagmiljø og samarbeid på tvers av yrkesgrupper .....	20
4.3	Jordmors mulighet til å tilby vannfødsel .....	21
4.4	Jordmors ansvar .....	23
5	Drøfting av funn .....	25
5.1	Jordmors erfaringer og holdninger til vannfødsel .....	25
5.2	Hvordan er det tilrettelagt for vannfødsel i Norsk fødselsomsorg? .....	29

6	Metodediskusjon .....	34
7	Avslutning .....	38
7.1	Konsekvenser for klinisk praksis og videre forskning .....	38
	Referanseliste .....	40
	Vedlegg 1 - Intervjuguide .....	49
	Vedlegg 2 - Informasjonsskriv .....	50
	Vedlegg 3 – Søknad NSD (Sikt) .....	52
	Vedlegg 4 – Datahåndteringsplan .....	55
	Vedlegg 5 - ROS-Analyse.....	57

# 1 Introduksjon

Gjennom jordmorstudiet har vi til nå hatt to praksisperioder innenfor fødselsomsorgen. I disse to praksisene har vi til sammen tatt imot nærmere 80 barn, og av disse har fem barn blitt født i vann. Vannfødsel er noe vi begge har en spesiell interesse for da vi mener det støtter tanken om å fremme den normale fødselen. Denne felles erfaringen om at kun en liten andel av fødsler skjer i vann har vekket en nysgjerrighet i oss, som førte til at vi ønsket å undersøke dette videre. Gjennom et omfattende litteratursøk, fant vi store mengder forskning gjort fra kvinners ståsted. Derimot fant vi lite forskning på vannfødsler fra et jordmorperspektiv. Spesielt så vi at det manglet forskning gjort på dette emnet i Norge. Dette kunnskapshullet ønsker vi å bidra til å dekke gjennom denne studien.

## 1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen vi har valgt å ta for oss i denne oppgaven er:

*“Jordmors erfaring med vannfødsel i Norge”*

Ut ifra problemstillingen har vi utarbeidet to forskningsspørsmål som vi ønsker å finne svar på:

1. Hvilke holdninger har jordmor til vannfødsel?
2. Hvordan er det tilrettelagt for vannfødsel i norsk fødselsomsorg?

## 1.2 Hensikt

Hensikten med studien er å belyse og få innsikt i jordmor arbeid med vannfødsel i Norge. Dette ønsker vi da det er manglende forskning på området. Dagens samfunn preges i stor grad av økende medikalisering av fødselsomsorgen og vi ønsker derfor å være med på å vekke interesse for å bevare den normale fødselen. For å kunne gjøre dette, mener vi det krever innsikt i jordmors arbeid og forståelse for hvordan fødselsomsorgen er organisert. Vi ønsker at studien kan være med på å løfte debatten om en demedikalisert fødselsomsorg og et økt fokus på bruk av vann i fødsel som verktøy mot dette målet.

## **2 Bakgrunn**

I dette kapittelet skal vi gi en kort introduksjon av sentrale begreper. Videre presenteres gjeldende retningslinjer og veiledere for svangerskap- og fødselsomsorgen. Deretter gir vi en innføring i tidligere forskning som er aktuell for å belyse vår problemstilling. Etterfølgende gir vi en innføring i den jordmorteoretiske modellen Birth Territory og videre tar vi for oss oppgavens vitenskapsteoretiske perspektiv.

### **2.1 Sentrale begreper**

#### **2.1.1 Woman centered care**

Woman centered care, som på norsk oversettes til kvinnesentrert omsorg, kan ifølge Fontein-Kuipers et al. (2018) defineres som en filosofi og et redskap for ivaretagelse av gravide kvinner. Kvinnesentrert omsorg handler om å benytte seg av en samarbeidende relasjon mellom kvinnen som individ og jordmor som profesjonelt individ. Samarbeidet tar form gjennom samhandling og anerkjennelse av hverandres kunnskap. Kvinnesentrert omsorg retter fokus mot kvinnens individuelle erfaringer, meninger og evne til å håndtere svangerskap og fødsel, så vel som å legge vekt på kvinnens og barnets velvære (Lundgren & Dahl, 2022). Kvinnesentrert omsorg handler ifølge Page (2008) om å gi kvinner makt i fødselsomsorgen. Med dette menes at kvinnen skal ha kontroll over omsorgen hun mottar. Makt i denne sammenhengen handler om å gi kvinnen verktøy og støtte, og å imøtekomme hennes individuelle behov.

#### **2.1.2 Normal fødsel**

Når vi bruker begrepet normal fødsel i denne oppgaven, er det disse to definisjonene vi har som utgangspunkt;

Verdens Helseorganisasjon (WHO) (1996) definerer normal fødsel slik;

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



Den norske boken *Gynekologi og obstetikk* har en lignende, men noe mer utfyllende definisjon. Denne er:

Normal fødsel starter og avsluttes spontant, etter fullgått svangerskap, uten instrumenter, med ett levende barn i hode- eller issepresentasjon, etter en varighet på under 20 timer for førstegangsfødende og under 15 timer for annen- og flergangsfødende. Etterbyrden skal fødes hel, uten inngrep, og blødningsmengden hos mor etter fødselen skal ikke overstige 500 ml (Bergsjø et al., 2015)

### **2.1.3 Medikalisering og demedikalisering**

Medikalisering er et fenomen som innebærer at det stadig søkes forklaring på menneskers problemer gjennom medisinske årsaksforhold. Medikalisering er en trend, spesielt innenfor de medisinske fagfeltene, hvor teknologien stadig er i utvikling og man ser økt press for å sentralisere og standardisere behandling (Kirkeveld, 2020). Dette fenomenet har påvirket organiseringen og utførelsen av fødselsomsorgen, også i Norge. Som andre høy-inntektsland har Norge en høy andel keisersnitt og andre medisinske fødselsintervensjoner (Skogheim & Lundgren, 2021). På nasjonalt nivå er målet å tilby demedikalisert og differensiert fødselsomsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Differensiert fødselsomsorg handler om å skape et tilbud som er tilpasset kvinnen og hennes families behov i forbindelse med fødselen. Dette handler også om seleksjon av kvinner til de ulike fødenivåene; kvinneklinikk, fødeavdeling og jordmorstyrte fødeenheter (Helsedirektoratet, 2010).

Medikalisering av fødselsomsorg innebærer overforbruk av teknologi og medisinsk behandling. Medisinske intervensjoner, når det ikke er nødvendig, kan i mange tilfeller fremkalle komplikasjoner i fødselsforløpet (Miller et al., 2016). Det er for eksempel påvist en høyere forekomst av operative vaginale forløsninger, keisersnitt og episiotomier dersom lavrisikokvinner får tilført syntetisk oxytocin i fødsel (Espada-Trespalacios et al., 2021). Medikalisering fører med seg en hyperfiksering på risiko og sikkerhet, hvor fokuset ligger på fødselens truende og akutte dimensjoner (Downe et al., 2019; Miller et al., 2016). I kontrast til medikalisering definerer WHO demedikalisering som å bevare en prosess så normalt som det er medisinsk forsvarlig. I fødsel innebærer dette å unngå unødvendige intervensjoner der man ikke har medisinsk grunnlag (Chalmers et al., 2001). Bak denne tankegangen ligger synet på fødsel som en normal livshendelse, ikke en medisinsk problemstilling (International Confederation of Midwives (ICM), 2014).

## 2.2 Retningslinjer og veiledere

Det finnes ingen nasjonal prosedyre for selektering i forbindelse med vannfødslar.

Prosedyrane kan i noen grad variere fra fødested til fødested, men de inneholder i stor grad de samme kriteriene. Dette er kriterier som har til hensikt å sikre en trygg fødsel for kvinnen og hennes barn. Kriteriene er; spontan fødselsstart, tidlige ukompliserte fødsler, normalt svangerskap, lavrisikoføddende, barnet må ligge i hodeleie, det må kun være ett foster, svangerskapslengden må være mellom 37+0 uker til 12 dager over ultralydtermin, riene må ha startet innen 18 timer etter spontan vannavgang, fostervann må være normalt farget, kvinnen skal ha temperatur under 38 grader og pulsen må være normal (Oslo Universitetssykehus, 2022).

I Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* anbefales det at man skal tilby kvinnen helhetlig omsorg gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Det skal også legges mindre vekt på fysiske parametere og fokuset skal rettes mot veiledning og informasjon slik at kvinnen selv kan ta informerte valg. Veilederen anbefaler at en helhetlig svangerskap-, fødsel- og barselomsorg skal være i tråd med Verdens helseorganisasjon (WHO) sine verdier og prinsipper. Prinsippene handler blant annet om at omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være demedikalisert. Med bakgrunn i føringene fra WHO har helsedirektoratet anbefalt at norsk fødselsomsorg praktiserer seleksjon av gravide, samt et differensiert og desentralisert føde- og barseltilbud tilpasset grader av risiko, og kvinnens egne preferanser (Helsedirektoratet, 2010).

Norsk gynekologisk forenings *Veileder i fødselshjelp* omtaler bruk av vann i fødsel som en metode som kan hjelpe kvinnen å slappe av. De beskriver også at bruk av vann i fødsel kan redusere smerteopplevelsen og gi økt mestringsfølelse hos kvinnen. Legeforeningen har kommet frem til at vannfødslar kan redusere behovet for epidural og fødespinal, samt at det kan forkorte åpningsfasen i fødsel. Foreningen understreker at det ikke er økt risiko for komplikasjoner for mor eller barn ved vannfødslar, men at det mangler studier av høy kvalitet på dette området (Ullensvang et al., 2020).

The International Confederation of Midwives (ICM) publiserte i 2014 en "Position Statement" med navn *Keeping Birth Normal*. I dokumentet beskrives det at jordmor skal være kompetent til å støtte alle aspekter av en normal fødsel, og at kvinner burde ha tilgang til jordmorstyrt omsorg, en-til-en støtte i aktiv fødsel, og valget om hjemmefødsel og tilgang til bruk av vann i fødsel. ICM anbefaler at jordmor skal jobbe sammen med kvinnen for å

fremme normal fødsel. De anbefaler at jordmors utdannelse gir henne ferdigheter og kompetanse innenfor normal fødsel og at hun skal ha tilgang til ressurser og undervisning som vil gi kunnskap og lærdom om normal fødsel (ICM, 2014).

### **2.3 Tidligere forskning**

Ulfsdottir et al. (2020) gjorde en tverrsnittstudie hvor de undersøkte jordmødre og fødselslegers holdninger til vannfødsel. I artikkelen “Testing the waters- a cross-sectional survey of views about waterbirth among Swedish health professionals” konkluderer Ulfsdottir et al. med at jordmødre hadde en betydelig mer positiv holdning til vannfødsel sammenlignet med legegruppene som deltok i undersøkelsen. De fant også at jordmødre hadde mer erfaring og kunnskap om vannfødsler. Flertallet av jordmødrene i studien rapporterte at de var villige til å bistå ved vannfødsler etter å ha mottatt tilstrekkelig opplæring. Blant legene mente flertallet at vannfødsler ikke burde være et tilbud, da det kunne medføre økt risiko for både kvinnen og barnet. Dette mente de til tross for at det finnes svake vitenskapelige bevis på at vannfødsler fører med seg økt risiko. Studien konkluderte også med at det er behov for opplæring og informasjon om nyere forskning. Meninger blant svenske helsepersonell rundt temaet vannfødsel var, ifølge studien, til en viss grad basert på holdninger som mangler underliggende erfaring og kunnskap. Det er nødvendig at jordmødre og leger samarbeider for å kunne tilby et optimalt fødetilbud som består av kompetente og trygge helsepersonell. De understreker at denne studien er spesifikk for Sverige hvor vannfødsler tidligere har vært et kontroversielt tema, og som frem til nylig ikke har vært et tilbud i offentlig sykehus (Ulfsdottir et al., 2020).

Cooper et al., (2021) gjennomførte en studie hvor målet var å få innsikt i Australiske jordmødres arbeid med vannfødsel. I studien kom det frem at jordmødres autonomi ble truet av systemet. De siste årene hadde prosedyrene og retningslinjene til vannfødsel blitt betydelige strengere, noe som gjorde det vanskelig for jordmor å tilby vannfødsel. Blant annet måtte kvinnene signere en skriftlig avtale før de gikk i badekaret, noe jordmødrene mente var unødvendig og fikk kvinnene til å føle at de gjorde noe som egentlig ikke var anbefalt. Jordmødrene merket spesielt effekten av en medikalisert fødselsomsorg. De opplevde at økt fokus på risiko og sikkerhet hemmet deres arbeid med kvinnesentrert omsorg. Informantene mente at ledelsen og fødselsleger ikke var oppdatert på forskning og hadde en negativ innstilling til vannfødsel. Dersom praksisen skal endres, må man sette seg inn i jordmødres arbeidshverdag og de utfordringene hun møter i arbeid med vannfødsel (Cooper et al., 2021).

Cluett & Burns (2009) peker i sin artikkel “Immersion in water in labour and birth” på at å føde i vann kan bidra til at kvinnen føler seg avslappet. De understreker også at bruk av badekar på fødeavdeling kan styrke jordmors mulighet til å tilby kvinnen medbestemmelse og frihet i fødsel. Dette fører til at kvinnen har økt mulighet for å ha kontroll over egen fødsel. I artikkelen “Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature”, en studie av fagfellevurdert litteratur, ble 38 studier om vannfødsler fra 11 ulike land inkludert. Her fant de at forskning på vannfødsel per i dag viser at det er minimal risiko for mor og barn, og utfallet er sammenlignbare med det man kan forvente i en frisk populasjon som føder på land. Eksisterende data støtter at jordmødre med riktig kompetanse kan tilby friske kvinner å føde i vann uten økt risiko for kvinnen eller barnet. En av studiene fra denne litteraturgjennomgangen hadde sett en mulig sammenheng mellom vannfødsel og økt risiko for ruptur av navlesnor etter forløsning. I artikkelen konkluderes det med at dette kan være en risiko, men at det ikke øker de negative utfallene for mor eller barn så lenge jordmor er klar over risikoen og har nødvendige hjelpemidler for å håndtere situasjonen (Nutter et al., 2014).

Chapman & Charles (2018) skriver i boken *The midwife's labour and birth handbook* at bruk av badekar og varmt vann i fødsel kan virke muskelavslappende og avspennende, noe som senker produksjonen av adrenalin under fødselen. Dette gir kroppen bedre forutsetninger for å nyttiggjøre seg av det naturlige oxytocinet som dannes under fødselen. Oxytocin er hormonet som bidrar til å skape effektive og regelmessige rier under fødsel. Ved å øke utskillelsen av naturlig oxytocin bidrar man til å minske sannsynligheten for bruk av epidural og syntetisk oxytocin. Dette gir igjen redusert risiko for intervensjoner under fødselen, og kan bidra til å øke sannsynligheten for en vaginal fødsel uten bruk av operative hjelpemidler som vakuumpompe eller tang (Chapman & Charles, 2018).

Å føde i vann er frivillig og det er kvinnen selv som bestemmer om hun ønsker dette, dersom hun oppfyller seleksjonskriteriene. “Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences” er en Svensk kvalitativ studie som inkluderte 111 kvinner som fødte i vann. I denne studien peker de på at vannet fysisk kunne bidra til en følelse av vektløshet og gi god smertelindring. Psykisk bidro det til en følelse av avslapning i demedikalisererte og trygge omgivelser. Ulempene ved vannfødsel var at avdelingen ikke alltid hadde tilstrekkelig utstyr tilgjengelig for at vannfødsler skulle gjennomføres på en god måte (Carlsson & Ulfsdottir, 2020). Feeley et al. (2021) peker i sin studie “A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth” på at kvinner opplevde økt mestring under og etter vannfødsel. Deres

funn tyder også på at bruk av vann i fødsel er en anerkjent og verdsatt tilnærming til fødsel fra kvinners perspektiv. De peker på bruk av vann i fødsel som en metode som støtter kvinnen til å håndtere smerter og som støtter den fysiologiske prosessen i fødsel. Bruk av vann i fødsel er en kostnadseffektiv og lavteknologisk tilnærming som burde være tilgjengelig for alle kvinner (Feeley et al., 2021).

## **2.4 Birth Territory, en jordmorfaglig modell**

I et historisk perspektiv har jordmors rolle i stor grad endret seg de siste 100 årene. Jordmødre var tidligere omtalt som fødekoner og hadde en nær tilknytning til fødekvinnen og samfunnet hun levde i. Jordmødre var selvstendige og jobbet med og for kvinnen, i deres eget hjem. Etter hvert ble jordmoryrket flyttet fra hjemmet til sykehusene og kvinnene måtte da bevege seg fra kjente og trygge omgivelser, til et ukjent miljø for å få hjelp i fødselen. Tilgang på medisinsk utstyr har med tiden økt, og fødsel har i takt med dette, i større grad, blitt ansett som en medisinsk hendelse. Parallelt med dette ble jordmødres autonomi svekket fordi legene fikk større ansvar for fødselen (Page, 2008).

Birth Territory er en jordmorteoretisk modell som handler om fysiske og psykiske aspekter ved fødemiljøet som må ligge til rette for å fremme den normale fødselen. Siden dette studiet handler om jordmors erfaringer med vannfødsel, anser vi Birth territory som svært relevant og det kan trekkes mange paralleller mellom studien og den jordmorteoretiske modellen. Teorien handler om det fysiske føderommet i seg selv og hvem som har myndighet over dette rommet; terrain og jurisdiction. "Terreng" beskriver et ideelt terreng kalt "sanctum" som er med på å fremme en normal fødsel og gi kvinnen det beste utgangspunktet for en positiv fødselsopplevelse. "Sanctum" oversettes til norsk som tilfluktsted, fristed eller et hellig sted. I denne oppgaven vil vi bruke oversettelsen fristed. Det er et miljø som optimaliserer privatliv og komfort. Kvinnen har toalett og badekar lett tilgjengelig, utsikt mot naturen og en dør hun kan lukke og låse fra innsiden. Desto mer hjemlig og komfortabelt miljøet er for kvinnen, jo tryggere og mer selvsikker vil hun føle seg. Motsetningen til et fristed beskrives som et "surveillance room", et klinisk oppbygd rom som er designet for at helsepersonell skal kunne overvåke kvinnen og for å lette deres arbeid. Fødesengen er plassert mitt i rommet og alt medisinsk utstyr er synlig og lett tilgjengelig. Rommet legger ikke til rette for kvinnens privatliv da det er konstruert slik at helsepersonell lett har innsyn. Disse omgivelsene blir beskrevet som at det igangsetter frykt og usikkerhet hos kvinnen (Fahy, 2008).

“Jurisdiction”, oversatt i denne sammenhengen til myndighet, er den psykiske komponenten i Birth Territory. Dette elementet handler om hvem som har makten i rommet i forbindelse med fødsel. I følge Birth Territory er det kvinnen som skal ha den største myndigheten (Fahy & Hastie, 2008). Jurisdiction består av fire sub-kategorier som har nær relasjon til hverandre; “integrative power” og “disintegrative power”, “midwifery guardianship” og “midwifery domination” (Fahy & Parratt, 2006).

“Integrative power” handler om å støtte kvinnens integritet slik at hun føler seg trygg på å kunne respondere spontant på kroppens signaler og følge sin intuisjon gjennom fødselen. “Integrative power” kan brukes av alle som er til stede i fødemiljøet. Dette innebærer at alle deltagerne er talspersoner for kvinnens ønsker i situasjoner hvor hun må ta en avgjørelse. En viktig del av denne sub-gruppen er at det støtter kvinnen til å føle mestring, selv om fødselen ikke utfolder seg slik hun opprinnelig hadde ønsket. Dette har nær tilknytning til “Midwifery Guardianship” som handler om at jordmor skal kunne utøve myndighet i føderommet, men på måter som gagnar kvinnen. Jordmor har blant annet myndighet over hvem som går inn og ut av rommet etter ønsker fra kvinnen. En annen rolle jordmor har, er å skape og opprettholde harmoni mellom seg selv og kvinnen. Målet med “Midwifery Guardianship” er å fremme kvinnens “integrativ power”. Når kvinnen kan overlate ansvaret for “guardianship” til jordmor, har hun bedre forutsetninger for å kunne lytte til kroppen og følge sine instinkter i fødsel (Fahy & Hastie, 2008).

I motsetning til “Integrative power” er “Disintegrative power” en ego-sentrert maktbruk som hindrer annen form for positiv myndighet i rommet. Denne maktbruken kan brukes av kvinnen, jordmor eller andre i rommet. Når det brukes av kvinnen, kan det handle om en rigid holdning i forbindelse med forventninger til et spesifikt fødselsutfall. Uavhengig av hvem som bruker makten, hemmer det kvinnens evne til å selvsikkert overgi seg til å følge kroppens instinkter og signaler. Når denne makten brukes av helsepersonell, refereres det til å ta fra kvinnen evnen og makten til å ta informerte valg om egen fødsel. “Midwifery Domination” er en form for “disintegrative power” som baserer seg på bruken av disiplinert makt. Maktbruken er manipulerende, subtil og kan være vanskelig å gjenkjenne. Sluttproduktet til denne maktbruken er at kvinnen føyer seg til jordmors veiledning og kvinnen mister evnen til medbestemmelse (Fahy & Hastie, 2008).

## 2.5 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Innenfor den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen fokuserer man på tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse. Hermeneutikk innebærer tolkning av tekster med vekt på forholdet mellom deler og helhet, og på betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2021). Fenomenologi omfatter forståelsen av menneskers bevissthet og subjektive erfaringer. En forutsetning for forståelse er å sette tidligere kunnskap til side, og rette fokus mot den aktuelle subjektive erfaringen. Essensen av fenomenet som observeres skal beskrives så nøyaktig som mulig og i relasjoner til andre fenomener. Oppfatningen av sanseinntrykk og kroppslige erfaring har særlig plass i fenomenologien (Malterud, 2021). Sosialkonstruksjonisme vektlegger betydning av kultur, tekst og dialog, med samfunn, narrativer og symboler som sentrale elementer for forståelse av kunnskap (Alvesson & Skoldberg, 2009; Berger & Luckmann, 1967). Sosialkonstruksjonisme anser sosiale fenomener som utformet og skapt gjennom menneskers samhandling. Dette innebærer at det relative og lokale får større tyngde enn det absolutte og universelle. Gjennom tekst og dialog skapes mening, definisjoner og forståelse, og mangfold i subjektiviteter blir mer sentralt enn objektive fakta (Lock & Strong, 2010). I praksisnære disipliner som helsefagene, som omfatter møtet med individer i ulike livssituasjoner, kan disse perspektivene representere relevante veier til kunnskap (Malterud, 2021).

De overnevnte filosofiske og idehistoriske retningene har vokst frem i forlengelsen av hverandre. Det er mange viktige forskjeller mellom dem, men til sammen har de levert et sentralt teoretisk grunnlag for det fortolkende paradigmet og de kvalitative metodene, der forståelse og utforsking av menneskelige subjekter og samhandling står i fokus. Alle de kvalitative metodene inneholder elementer av teksttolkning, bevegelse mellom del og helhet, forståelse av menneskelige erfaringer i lys av deres livsbetingelser, samt mangfoldige og samfunnsskapt subjekter. Det er ingen av de filosofiske retningene som er nevnt over som "eier" disse egenskapene mer enn andre. Dessuten er det viktig å huske at forskningsmetode ikke er det samme som filosofi, selv om det kan være forbindelser mellom disse (Malterud, 2021).

Systematisk tekstkondensering (STC) er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode (Giorgi, 1985). Selv om man ved STC ønsker å undersøke subjektive erfaringer fra livsverdenen er den ifølge Malterud (2021) ikke en fenomenologisk metode. Forskjellen mellom STC og den fenomenologiske analysemetoden er at man ved STC ikke

fordyper seg i livsverden som analyseperspektiv. I første trinn av analyseprosessen i STC forsøker man å sette til side erfaringer, for å være åpen for deltagerens innspill. En slik holdning kan relateres til det fenomenologiske begrepet “bracketing”, som innebærer at forskeren tilsidesetter sine personlige erfaringer. STC erkjenner imidlertid betydningen av forskerens perspektiv som en viktig forutsetning for den situerte kunnskapen. I STC regnes det verken som ønskelig eller mulig å skape en analytisk distanse gjennom hele prosjektet. Fenomenologi som metode søker objektets essens gjennom gradvis reduksjon. På dette punktet har STC nærere tilknytning til sosialkonstruksjonisme fordi man ikke søker etter essensen av et fenomen, men heller at et fenomen kan ha ulike dimensjoner, avhengig av perspektiv. STC og fenomenologi har likevel fellestrekk i form av at analysen skal beskrive de mest relevante sidene av det fenomenet man undersøker, så nøyaktig som mulig. Herunder skal også relasjoner til andre fenomener beskrives. Vi er altså opptatt av subjektivitetens kontekst (Malterud, 2021). Dette er det vitenskapsteoretiske utgangspunktet for denne oppgaven.



## 3 Metode

I dette kapittelet starter vi med å presentere kvalitativ metode før vi gir en kort redegjørelse for systematisk tekstkondensering. Videre ønsker vi å gi leseren et innblikk i rekrutteringsprosessen og presenterer utvalget. Deretter gis en innføring i prosessen rundt innsamling av data og hvordan vi har håndtert datamaterialet. Videre vil vi gå gjennom etiske overveielser som inkluderer oversikt over søknader som er gjort i forkant av studien. Til slutt presenteres analysen av datamaterialet med tabeller for å illustrere prosessen.

### 3.1 Kvalitativ metode

Kvalitative forskningsmetoder er forankret i tolkningen av hermeneutisk filosofi, sosialkonstruksjonisme og fenomenologisk filosofi og representerer en felles strategi for kunnskapsutvikling. Kvalitativ forskning tar utgangspunkt i empirisk data som støtter seg på teoretiske perspektiver innenfor det aktuelle forskningsområdet. Samlet kalles dette for metodologi, en gruppe metoder som har mange fellestrekk, men samtidig har forskjeller. En metode har en spesifikk og konkret utforming av prinsipper. Kvalitative metoder er et bredt spekter av strategier for tolking og systematisk analysing av empirisk data fra observasjoner, samtaler eller skriftlig kildemateriale. I likhet med metoder som benytter talldata som materiale, stilles det store krav til systematisk analyse når man skal tolke tekstdata, som inneholder opplevelser og erfaringer. Kvalitativ forskning handler ikke om å finne universelle sannheter, men muligheten til å åpne for nye spørsmål og forskningsretninger. Målet er dermed rettet mot kunnskapsutvikling innenfor feltet man forsker på (Malterud, 2021).

Kvalitativ metode benyttes når man ønsker å beskrive, analysere og fortolke kvaliteter ved et fenomen. Materialet kan bestå av tekst som dannes ut fra en samtale eller observasjon. Ved å bruke kvalitativ metode vil man få frem subjektive erfaringer, mangfold og nyanser.

Kvalitativ metode egner seg i tilfeller hvor man ønsker å undersøke menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Det gir også rom for at man kan spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og adferd (Malterud, 2021). I denne studien ønsket vi å undersøke jordmors erfaringer med vannfødsel og det er derfor hensiktsmessig å benytte en kvalitativ tilnærming.

For å analysere datamaterialet vi har innhentet har vi valgt metoden Systematisk tekstkondensering. Dette er en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data.

Metoden er ifølge Malterud (2021) utviklet med hensikt å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte. Dette medfører at man ikke må ha erfaring innenfor den kvalitative metodetradisjon for å forstå prosessen (Malterud, 2021). Vi mener at denne analysemetoden passer godt til en masteroppgave da vi kun har erfaring med akademiske tekster fra bacheloroppgave og undervisning i forbindelse med masterforløpet.

### **3.2 Utvalg og rekruttering**

For å sikre at utvalget av jordmødre som deltok i studien hadde relevant kunnskap om vannfødslar, dannet vi disse inklusjonskriteriene; Jordmor må arbeide ved en fødeenhet i Norge, ha erfaring med vannfødsel og ha gode norskkunnskaper. Sistnevnte var for å unngå misforståelser knyttet til språk både med tanke på informasjon som ble gitt ut i forkant av, og under intervjuene. Vi har til tross for inklusjonskriteriene valgt å inkludere en informant som ikke lenger jobber i fødselsomsorgen. Dette fordi vedkommende hadde lang erfaring med vannfødslar og nylig hadde sluttet i sin stilling som jordmor.

Vi ønsket i utgangspunktet et strategisk utvalg av jordmødre, for å sikre at vi fikk data fra informanter med ulike synspunkter. Vi startet prosessen med å rekruttere ved å sende ut mail til avdelingsledere ved ulike fødesteder, men med denne metoden fikk vi lite respons. Vi la derfor ut et innlegg i Facebook-gruppen *Jordmødre i Norge*, gjennom dette innlegget kom vi i kontakt med fire jordmødre som ønsket å delta. Tre av disse jobbet ved kvinneklinikk og én ved fødeavdeling. Videre ringte vi til ulike fødeenheter for å etterspørre om avdelingsledere hadde videreformidlet vår mail til personalet. Vi fikk da rekruttert ytterligere en jordmor. En jordmor ønsket å delta etter et tilfeldig møte med en av oss hvor hun fikk høre om masterprosjektet. De resterende to informantene ble rekruttert via tips fra medstudenter som hadde blitt kjent med jordmødre gjennom sine praksisstudier. Vi innhentet i disse tilfellene mailadressene fra medstudentene og sendte ut informasjon om prosjektet. Utvalget ble derfor ikke strategisk, men tilfeldig.

Vårt utvalg består av åtte jordmødre som jobber, eller tidligere har jobbet, ved norske fødestuer, fødeavdelinger eller kvinneklinikker. Tre av jordmødrene vi har intervjuet jobber ved kvinneklinikk, to jobber ved fødeavdeling, en jobber ikke lenger som jordmor, men har jobbet ved fødeavdeling tidligere og to jobber ved jordmorstyrte fødestuer. Jordmødrene vi har intervjuet har alder fra 26 til 55 år og har jobbet som jordmor mellom 2 og 21 år. Vi har

fortløpende vurdert informasjonsstyrken i innhentet data, og kom frem til at de åtte intervjuene har svart godt på vår problemstilling og forskningsspørsmål.

### **3.3 Datainnsamling og håndtering av data**

For å gjennomføre datasamling har vi benyttet oss av dybdeintervju. Dette kalles også semistrukturerte intervju. Vi utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 1) med fem åpne spørsmål som grunnlag for intervjuprosessen. Åpne spørsmål gir intervjuet struktur, men også rom for at informanten skal kunne snakke fritt rundt temaet (Malterud, 2021). Før vi startet intervjuprosessen simulerte vi intervju internt i forskningsgruppen. Dette gjorde vi for å få en indikasjon på om spørsmålene var relevant og klart formulert. Vi hadde også veiledning rettet mot intervjuguiden som kvalitetssikring. Vi startet med et pilotintervju som bekreftet at intervjuguiden gav svar på det vi ønsket å undersøke, og vi valgte derfor å inkludere pilotintervjuet i studien.

Vi har valgt å gjennomføre individuelle intervjuer for å gi deltageren rom og frihet til å fortelle om sine erfaringer og overveielser. Intervjuene ble gjennomført via Teams. Jordmødrene som deltok fikk selv velge når intervjuene skulle gjennomføres, og det ble satt av 90 minutter til hvert intervju. Intervjuene hadde en varighet mellom 37 og 55 minutter. Forskningsgruppen forsøkte å oppmuntre jordmødrene til å fortelle fritt om sine erfaringer. Vi stilte oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene der vi så muligheten for å innhente mer utdypende svar.

Vi startet intervjuene med en kort introduksjon av forskningsgruppen og hensikten med prosjektet. Vi forsikret oss også om at deltageren hadde lest og forstått informasjonsskrivet (Vedlegg 2) de fikk tilsendt i forkant. Samtykke ble innhentet muntlig og lagret som en separat lydfil og ble kodet slik at kun forskningsgruppen kan identifisere hvilken deltager som hører til hvilket intervju. For opptak av intervjuet har vi brukt nettskjema sin diktafon app, og lastet lydfilen opp i nettskjemas portal for sikker lagring. Vi har gjort opptak på to enheter ved hvert intervju for å sikre god kvalitet på opptakene og at ingenting skulle gå tapt dersom man opplever tekniske problemer. Vi har vekslet mellom å være den som har hatt hovedansvaret for intervjuet og hvem som skriver feltnotater og observerer. I etterkant av intervjuene har vi hørt gjennom opptakene og transkribert intervjuene ordrett, med feltnotater, og lest over hver for oss. Etter den endelige transkriberingen av intervjuene ble lydfilene med intervjuene slettet.

### 3.4 Etiske overveielser

Forskning innenfor medisin- og helsefag skal følge en etisk standard som fremmer respekt for alle mennesker, og beskytter deres helse og rettigheter. Medisinsk forskning som omfatter mennesker, skal overveies nøye. Det er viktig at man i slike tilfeller forsikrer seg om at formålet er viktigere enn den risiko og belastning som forskningen innebærer for informanten. Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker med normer og verdier som viktige elementer av kunnskapen som utvikles. Som forsker må man være kjent med de etiske utfordringene som dette innebærer, og ha kjennskap til regelverket som er gjeldende for medisinsk forskning (Malterud, 2021). Richards & Schwartz (2002) trekker frem fire potensielle risikoer som deltagere i en studie kan være utsatt for; psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjennelse. De anbefaler ulike strategier for å minimalisere risikoen for å utsette informanten for disse faktorene; sikre vitenskapelig soliditet, organisere oppfølging av informantene i de tilfeller hvor det er nødvendig, innhenting av samtykke som en prosess, sikre konfidensialitet og å ha en refleksiv holdning i analysen (Richards & Schwartz, 2002).

I forkant av datasamlingsprosessen har vi søkt godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD/Sikt) som er en organisasjon som sikrer etisk forsvarlig håndtering av data. Det ble sendt inn en datahåndteringsplan (Vedlegg 3) og meldeskjema (Vedlegg 4). Disse ble godkjent 22.09.22 og har referansenummer 662787. Vi har også gjort en ROS-analyse i samarbeid med veileder (Vedlegg 5). ROS-analyse er en risiko og sårbarhetsanalyse for studiet. Hensikten er å indentifisere sannsynligheten for mulige trusler mot deltagerens konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Denne ble levert inn til studieleder for jordmorutdanningen ved Universitetet i Tromsø den 27.09.22, og ble godkjent samme dag. Gjennom ROS-analysen ble risikoen ved vår studie vurdert som lav sammenlignet med potensielle fordeler.

Uavhengig av hvilken metode forskning bruker, stilles det tydelige krav til at man skal handle forskningsetisk og ivareta etiske prinsippet (Fangen, 2022). Vi har forsøkt å sikre forskningens soliditet ved å følge metodens steg, slik som den er beskrevet i Malterud (2021). Vi har også etterstrebet å sette vår forforståelse til side under tolkning av tekstmaterialet. Det har ikke vært behov for oppfølging av informantene i vår studie. Alle informantene har vår kontaktinformasjon, og kan derfor henvende seg til oss dersom de har spørsmål angående studiet. Informantene har fått informasjon om at de når som helst kan velge å trekke seg fra studien og at materiale fra deres intervju da vil bli slettet. Vi har sikret informert samtykke

ved å gjennomgå informasjonsskrivet sammen med informantene i forkant av intervjuene. Konfidensialitet og integritet har blitt ivaretatt ved å utelukke informasjon som kan gjøre jordmødrene gjenkjennelige, både i transkripsjonen av intervjuene og i forskningsprosjektet.

### **3.5 Tekstmateriale og analyseprosessen**

Etter at intervjuene var ferdig transkribert, leste vi gjennom samtidig som vi hørte på lydfilen. Dette gjorde vi for å forsikre oss om at vi ikke hadde oversett viktig informasjon og for å danne et helhetsinntrykk av datamaterialet. Tekstmaterialet som besto av de transkriberte intervjuene utgjorde 67 sider, skriftstørrelse 12 med enkel linjeavstand. Alle intervjuene ble fordelt i hvert sitt dokument slik at de ikke ble forvekslet med hverandre. Etter dette fulgte vi stegene i analysemetoden systematisk tekstkondensering (STC), for å bearbeide datamaterialet.

Analysens første steg består av å danne et helhetsbilde av tekstmaterialet. Det er viktig å ha et åpent sinn og en beskrivende holdning til datamaterialet. Vi har forsøkt å sette vår forforståelse til side for å være åpen for empirien fra intervjuene. Etter å ha lest gjennom hele tekstmaterialet, vurderte vi hvilke temaer som gikk igjen i teksten. Vi kom da frem til disse foreløpige temaene;

- Samarbeid med andre jordmødre
- Samarbeid med leger
- Personlig ønske og ansvar for opplæring
- Fagdager med fokus på vannfødsler
- Kvinners valg
- Ønsker å imøtekomme kvinnens ønsker
- Bevare det normale
- Rolig og avslappet stemning
- Krevende arbeidsstillinger
- Utdaterte badekar
- Jordmors mulighet til å bevare sin autonomi
- Frykt for komplikasjoner

Etter at vi hadde identifisert de foreløpige temaene markerte vi hver av dem med ulike farger. Dette gjorde vi for å enkelt kunne danne oss en oversikt over hva intervjuene inneholdt når vi gikk videre i steg to av analysen.

Steg to i analysen innebærer å finne meningsbærende enheter fra det empiriske datamaterialet. Vi gikk gjennom hvert enkelt intervju hver for seg og markerte meningsbærende enheter med samme farge som det foreløpig tema vi mente det tilhørte. Videre samlet vi de meningsbærende enhetene, fra alle intervjuene, i et dokument og sorterte dem i de gruppene de tilhørte. Her så vi tydelig hvilke temaer som inneholdt mye data og hvilke det var noe mindre data på. Vi gikk deretter igjennom de foreløpige temaene og identifiserte hvilke av dem som inneholdt nærliggende tematikk. Videre slo vi sammen foreløpige tema som hadde likhetstrekk og dannet kodegrupper. Etter dette analysesteget leste vi gjennom transkripsjonene på nytt for å se om vi hadde oversett noen relevante meningsbærende enheter. Etter dette endte vi med disse kodegruppene:

- Kvinnesentrert omsorg
- Fagmiljø og samarbeid på tvers av yrkesgrupper
- Jordmors mulighet til å tilby vannfødsel
- Jordmors ansvar

Tabell 1 viser en oversikt over hvilke foreløpige tema som ble slått sammen for å danne kodegruppene.

Foreløpig tema	Kodegrupper
Ønsker å imøtekomme kvinnens ønsker Kvinner valg Rolig og avslappet stemning	Kvinnesentrert omsorg
Samarbeid med andre jordmødre Samarbeid med leger	Fagmiljø og samarbeid på tvers av yrkesgrupper
Personlig ønske og ansvar for opplæring Fagdager med fokus på vannfødsler Krevende arbeidsstillinger Utdaterte badekar	Jordmors mulighet til å tilby vannfødsel
Jordmors mulighet til å bevare sin autonomi Frykt for komplikasjoner Bevare det normale	Jordmors ansvar

Steg tre i analysen startet med å danne *subgrupper* under hver av kodegruppene. Subgruppene etableres for å representere nyanser innenfor hver kodegruppe. Dette gjorde vi ved å slå sammen de meningsbærende enhetene som hadde likt eller samme innhold, og gi dem et navn

som representerte hva subgruppen inneholdte. Underveis i denne prosessen har forskningsgruppen hatt tett samarbeid og diskutert subgruppene fortløpende. Vi har også måttet revidere subgruppene underveis da vi etter hvert oppdaget at noen av gruppene fremdeles inneholdt mange like aspekter. Gjennom denne prosessen har vi også hatt veiledning.

Tabell 2 viser hvilke subgrupper som ble dannet under de ulike kodegruppene.

Kodegruppe	Kvinnesentrert omsorg	Fagmiljø og samarbeid på tvers av yrkesgrupper	Jordmors mulighet til å tilby vannfødsel	Jordmors ansvar
Subgrupper	På kvinnens premisser Fødemiljøet	Samarbeid internt mellom jordmødrene Møte med legene	Opplæring Utstyr og tilrettelegging	Jordmorautonomi Frykten for komplikasjoner

De meningsbærende enhetene under hver av subgruppene ble deretter omgjort til et *kondensat*. Et *kondensat* vil si et kunstig sitat som inneholder essensen av de meningsbærende enhetene. Dette er et viktig steg i analysemetoden STC. Kondensatet ble bygget opp som en kronologisk logisk tekst som sammenfatter alle de meningsbærende enhetene. Kondensatet ble skrevet i jeg-form for å minne oss på at det representerer informantenes stemmer. Videre ble kondensatet brukt som arbeidsnotat og utgangspunkt før arbeidet startet med å fremstille resultatene. For hvert kondensat, ble det også trukket ut et tilhørende *gullsitat* fra de meningsbærende enhetene, som vi mener representerer subgruppens innhold. Disse gullsitatene vil bli presentert sammen med funnene (Malterud, 2021).

Steg 4 innebærer å sette bitene sammen igjen, rekontekstualisere. Dette innebærer å sammenfatte det vi har funnet i form av fortolkete synteser. Fremstilling av resultatene fra analysen blir gjort i tekstformat og skal være lojal mot deltagerens stemme. Vi har forsøkt å fremstille empirien vi har tilegnet oss gjennom intervjuene på en måte som gir leseren innsikt og tillitt (Malterud, 2021)

## 4 Funn

I denne delen av oppgaven vil funnene fra analysen bli presentert. Kodegruppene som ble dannet gjennom analyseprosessen brukes som overskrifter, og subgruppene presenteres under de tilhørende kodegruppene. Sitater fra intervjuene presenteres fortløpende i tekst og er skrevet i kursiv. Funnene presenteres kronologisk i samsvar med tabell 2.

### 4.1 Kvinnesentrert omsorg

#### *På kvinnens premisser:*

I intervjuene kom det frem at alle jordmødrene ønsket at kvinner skulle ha et valg om å føde i vann. For jordmødrene handlet det om å anerkjenne kvinnen og imøtekomme hennes ønsker for å kunne gi henne en god fødselsopplevelse. Jordmødrene la vekt på helhetlig og kvinnesentrert omsorg i forbindelse med fødselen. *“Hvorfor skal ikke kvinnen få ta valget selv om å føde eller ikke føde i vann?”* Informant 2. Informantene beskrev også et ønske om at kvinnene skulle føle mestring i forbindelse med fødselen. De opplevde at kvinner som ønsket å føde i vann, og som fikk innfridd dette ønsket, oppnådde høy grad av mestring. Det ble understreket at jordmødre alltid ønsket det beste for kvinnen og at hun strakk seg langt for å imøtekomme hennes ønsker og behov.

Noen av jordmødrene vi intervjuet jobbet ved avdelinger hvor de ikke praktiserte vannfødsler. Dette fordi legene ved avdelingen hadde en oppfatning av at man utsetter kvinnen og barnet for økt risiko ved vannfødsel. Jordmødrene hadde erfart at kvinnene hadde god nytte av det varme vannet og at hun dermed ikke ønsket å gå opp fra badekaret når fødselen nådde den siste fasen. Jordmødrene understrekte at de syntes det var mye mer forsvarlig å kunne tilby kvinnen å føde barnet i vannet, dersom hun ønsket det, sammenlignet med å forflytte kvinnen ut av badekaret rett før fødselen. *“Det er mye mer forsvarlig å la det gå sin gang i vannet, stille og rolig, enn å tvinge kvinnen opp når hodet nærmest kroner. Det er mye mer uforsvarlig synes jeg”* Informant 6.

En av grunnene til at jordmødrene vi intervjuet ønsket å kunne tilby vannfødsler, var at de så på det som et godt verktøy for å bevare den normale fødselen. Jordmødrene fortalte at kvinnene som kan føde i vann har vært gjennom en selekteringsprosess, og er blitt vurdert som lavrisikofødende. De understrekte at lavrisikofødsler er definert som jordmorstyrte. Disse kvinnene er forventet å ha en normal fødsel og derfor ble det viktig for jordmødrene å hjelpe kvinnen på en slik måte at man unngikk unødvendige intervensjoner. *“For å holde den*



*normale fødselen normal så tenker jeg at badekar lindrer smerte på en fin måte og det hjelper å holde det normalt*” Informant 8.

Jordmødrene beskrev at de ofte opplevde at kvinnene var mottagelige for forslag fra jordmor, for eksempel med tanke på smertelindringsmetoder. Jordmødrene beskrev at de ofte hadde en trinnvis strategi for smertelindring i fødsel og at de ofte ønsket å starte med ikke-medikamentelle metoder. De beskrev at de pleide å oppfordre kvinnene til å forsøke badekar før de foreslo andre metoder som for eksempel epidural. De opplevde selv at deres forslag i slike situasjoner hadde stor betydning for hva kvinnen valgte. *“Vi jordmødre må jo på en måte kunne tilby det da, ikke bare hoppe til epidural ved første mulighet. Å kunne tilby noe annet for å holde det friske normalt er viktig for meg*” Informant 5. Jordmødrene understreket også at de aldri nektet kvinnen andre smertelindringsmetoder dersom hun ikke opplevde ønsket effekt av badekar.

### ***Fødemiljøet:***

Stemningen rundt badekaret var en faktor jordmødrene la stor vekt på underveis i intervjuene. *“Det er en egen stillhet ved vannfødsel, det blir en annen stemning, lite klinisk og mer hjemmekoselig. Kvinnen blir skjermet på grunn av badekaret. Det er dempet belysning, lave stemmer og gjerne musikk*” Informant 3. Jordmor fortalte at når kvinnen gikk ned i badekaret endret stemningen i rommet seg. Kvinnen og hennes partner fant ro og slappet av. Vannfødsel ble gjentatte ganger beskrevet som “magisk” av jordmødrene. *“Det er jo fantastisk å forløse uansett, men å forløse i vann er helt spesielt altså*” Informant 6. Flere beskrev at kvinnene ble mer selvstendig i badekaret og ikke trengte like mye fysisk støtte eller veiledning fra jordmor, fordi de kunne bevege seg mer fritt og intuitivt lyttet til fødekroppen. Jordmødrene beskrev at de følte kvinnen ble mer skjermet i badekaret, og at kvinnen hadde større grad av eierskap til sitt fødemiljø når hun lå i badekaret. Dette gjorde at jordmor tenkte seg litt ekstra om før hun fysisk nærmet seg kvinnen. Likevel var dette ikke noen hindring for å gjøre nødvendige undersøkelser av barnets hjertefrekvens. *“Man prøver jo å ha ro på stua, ikke blande seg for mye i det som skjer oppi badekaret. Det er på en måte mye mer naturlig og mer det urinstinktet i oss som kommer frem. Mor beveger seg jo fritt dersom man ikke blander seg for mye*” Informant 5.

Ifølge jordmødrene gav vannfødsel også partner større mulighet til å være involvert under fødselen. Det gav rom for god partnerstøtte da fødemiljøet hadde avstand til det medisinske utstyret. Denne avstanden bidro, ifølge jordmor, til å ufarliggjøre situasjonen for partner. Selv

om det medisinske utstyret ikke alltid blir brukt når kvinnen ligger i fødesengen, opplevde jordmødrene at det likevel skapte en barriere mellom partner og kvinnen. *“Jeg synes det er lettere å involvere partner i en vannfødsel. Inne på fødestua er det en stol i hjørnet som han ofte blir sittende på og tørr kanskje ikke komme nærme senga for det er så mye utsyr rundt. Der føler han seg lettere i veien, mens ved badekaret så må han sitte helt inntil, nesten oppi badekaret”* Informant 4.

## **4.2 Fagmiljø og samarbeid på tvers av yrkesgrupper**

### ***Samarbeid internt i jordmorgruppen:***

I intervjuene kom det frem at jordmødrene generelt hadde en positiv holdning til vannfødsler. Jordmødrene fortalte at de fleste av deres jordmor-kolleger også hadde denne innstillingen, men at ikke alle hadde et ønske om å praktisere vannfødsler selv. På tross av dette fortalte de som praktiserte vannfødsler aktivt, at de opplevde å få god støtte fra andre jordmødre. *“Vi oppmuntrer hverandre, alle er veldig positive til det”* Informant 3. Noen av jordmødrene fortalte at ved deres avdeling hadde de hatt spesielt fokus på vannfødsler den siste tiden, noe som hadde vekket interesse hos flere av jordmødrene. *“Vi er alle litt spente når vi hører at noen har en kvinne i fødsel som ligger i badekaret”* Informant 3. Dette skapte fellesskap og engasjement i avdelingen, som også bidro til at jordmødrene følte at de fikk støtte fra sine kollegaer.

### ***Møtet med legene:***

Jordmødrene som deltok i studien, fikk spørsmål om hvordan samarbeidet med andre faggrupper påvirket deres arbeid med vannfødsler. Det kom frem at jordmødrene hadde ulike opplevelser rundt dette temaet. Noen av informantene fortalte at de hadde godt samarbeid med legene, og at legene hadde tiltro til jordmors kompetanse. De understrekte opplevelsen av respekt fra legene når det kom til den jordmorstyrte fødselen. *“Gynekologene stoler virkelig på oss, er dama grønn (lavrisikofødende) så holder de fingrene unna”* Informant 3. Flere hadde opplevd at nyutdannede leger ønsket å være med og observere under vannfødsler, noe som ble sett på som en inngangsport til et godt samarbeid videre. Andre informanter fortalte om opplevelsen av at de ikke fikk støtte fra legene. *“Det kan dessverre føles som om jordmødrene og legene arbeider litt mot hverandre”* Informant 1. Jordmødrene fortalte at legene ikke hadde samme perspektiv på fødsel som jordmødrene. De sa at legene i hovedsak er til stede ved fødsler som har foreliggende risikofaktorer, eller blir tilkalt dersom det oppstår komplikasjoner. Dette førte, ifølge jordmødrene, til at legene i svært få tilfeller deltok under

normale fødsler. *“Så jeg tenker at hvis du bare går rundt i en patologisk verden så blir du patologisk. Dersom du går rundt i en normal verden og ser det normale også, så klarer du kanskje bedre å se nyansene og å ha troen på det naturlige”* Informant 6. Noen jordmødre hadde opplevd at legene, dersom det underveis i en vannfødsel oppsto komplikasjoner, tidvis kunne stille spørsmål til jordmors vurderinger og kompetanse.

### **4.3 Jordmors mulighet til å tilby vannfødsel**

#### ***Opplæring:***

Jordmødrene hadde ulike opplevelser når det kom til anskaffelse av kompetanse på vannfødsler. Noen av jordmødrene fortalte at det ikke var noe problem å få opplæring for å kunne drive med vannfødsler. *“Det er alltid en mer erfaren jordmor på jobb som kan hjelpe til dersom noen er usikker”* Informant 4. Andre jordmødre fortalte derimot at det kunne være utfordrende å få tilstrekkelig opplæring. De ønsket å kunne tilby vannfødsler, men hadde få eller ingen jordmødre som praktiserte det ved sin avdeling, noe som gjorde det vanskelig å gjennomføre opplæring. Jordmødrene fortalte at de hadde krav om hospitering for blant annet å få opplæring på vannfødsler. Men, de hadde ingen garanti for at de fikk være med på vannfødsler under hospiteringen.

Under intervjuene kom det frem at avdelingene som hadde få jordmødre som hadde kompetanse på vannfødsel, ikke kunne gi lovnad om at kvinnen fikk muligheten til å føde i vann. *“Også er vi veldig få som kan ta imot i badekar, starter du en fødsel og sier at du skal føde i vann, så er det ikke sikkert jordmoren som kommer etter deg kan ta imot i vann”* Informant 7. Det kom frem at det krevde en del tilrettelegging og kartlegging for å kunne imøtekomme kvinnene som ønsket vannfødsel. Noen jordmødre fortalte at de hadde en kultur ved deres avdeling for å ringe inn jordmor som kunne ta imot i vann, dersom en kvinne hadde et sterkt ønske om dette, mens andre avdelinger ikke hadde denne ordningen. Ved de avdelingene hvor man kunne ringe inn jordmor hadde de en intern avtale med leder, og jordmoren kunne selv bestemme når hun ønsket å være tilgjengelig.

Jordmødrene fortalte at det ikke ble stilt krav fra ledelsen om at de skulle ha opplæring på vannfødsler. De hadde en oppfatning av at det var deres eget ansvar å oppsøke kunnskap og opplæring. Jordmødrene fortalte at de hadde fagjordmor som kunne legge til rette for internundervisning om vannfødsler, men at dette var noe de selv måtte ønske eller etterspørre. På et organisatorisk nivå hadde jordmødrene et inntrykk av at det ikke spesifikt ble lagt vekt på vannfødsler, men heller kompetanseheving etter jordmødrenes ønske og behov. *“Etter vi*

*hadde fagdag om vannfødsel så er det mange som har kommet og sagt at de nå føler seg mer trygg på å ha det” Informant 4.*

### ***Utstyr og tilrettelegging:***

Jordmødrene fortalte at vannfødsel ikke krever mye utstyr, men at man naturligvis har behov for et fungerende badekar. Noen av jordmødrene angav at de hadde nyere badekar, mens andre hadde eldre og utdaterte badekar. Uavhengig om badekarene var nye eller gamle, kommenterte alle jordmødrene at badekarene på ett eller annet vis ikke var optimale med tanke på ergonomi. De fleste så ikke på dette som en utfordring da de som jordmødre var vant med å tilpasse seg omgivelsene og finne gode løsninger og arbeidsstillinger. *“Når jeg tenker på vannfødsel så tenker jeg egentlig at det er de fødslene som ikke krever så mye utstyr, hvis man er litt kreativ så kan man hjelpe seg selv til en god arbeidsstilling, selv om man ikke har alt utstyr”* Informant 1. Andre fortalte at de syntes det gikk helt fint å stå bøyd over karet den korte tiden de skulle stå der. Samtidig sa flere at de ønsket seg badekar som hadde hev og senk funksjon. Jordmødrene fortalte at de forsto at innkjøp og installasjon av slike badekar var en stor kostnad for sykehuset og ikke blir prioritert så lenge de gamle badekarene fungerte. Det ble nevnt at flere hadde kolleger som ikke ønsket å praktisere vannfødsler nettopp på grunn av arbeidsstillingen det kunne medføre. *“Man kan bli ganske sliten i ryggen og man kan ha dårlige arbeidsstillinger”* Informant 8.

Ved spørsmål om de hadde annet utstyr, som for eksempel lange hansker, speil og sil, sa jordmødrene at de hadde det utstyret de følte de trengte tilgjengelig. Noen av jordmødrene sa at de hadde lange hansker, mens andre ikke hadde det. De var enige om at som jordmor er man vant til å håndtere avfall i fødsel og ingen av jordmødrene så på det som en utfordring at de bare hadde korte hansker, noen foretrakk disse, da de satt trangere rundt håndleddet og forårsaket mindre lekkasje inn i hansken. *“Vi har utstyr, men ikke lange hansker. Men hallo, du er jordmor, WHO CARES??... Jeg bruker sterile hansker fordi de sitter tett inntil slik at du ikke får masse vann inn”* Informant 3.

Samtidighetskonflikter kunne være utfordrende i jordmors arbeid med vannfødsler.

Jordmødrene fortalte at de alltid etterstrebet å være to jordmødre til stede under fødselstidspunktet ved vannfødsel, men at dette tidvis ikke lot seg gjøre. *“Det er prosedyre å være to jordmødre ved vannfødsel, men det er ikke alltid mulig dersom avdelingen er veldig travel”* Informant 4. Jordmødrene fortalte at de kunne ha mange kvinner i fødsel samtidig og at de da kunne oppleve kapasitetsproblemer i form av at de ikke hadde ledige fødestuer med

badekar. De fortalte at de etterstrebet å kunne tilby kvinner å føde i vann, men at det ikke alltid lot seg gjøre grunnet utfordringer knyttet til kapasitet. Det var ikke alltid mulig å flytte en annen kvinne eller vaske en stue i tide.

#### **4.4 Jordmors ansvar**

##### ***Jordmor autonomi:***

Jordmødrene hadde under intervjuene fokus på deres ansvar og jordmors autonomi. I forbindelse med dette nevnte jordmødrene selekteringsprosessen og ansvarsfordeling. De påpekte at man som jordmor må være våken og kompetent for å kunne skille det normale fra det patologiske. I intervjuene kom det frem at jordmødrene følte de måtte være trygge på sine valg og kunne stå for de avgjørelsene som ble tatt. *“Jeg hadde jo mange års erfaring som jordmor da jeg begynte med vannfødsler og var trygg på mine vurderinger, jeg kan tenke meg til at det hadde vært verre dersom jeg var helt fersk”* Informant 2. De følte på et stort ansvar for fødselen, og i forbindelse med vannfødsler, pekte jordmødrene spesielt på ansvaret de hadde for å overvåke barnet. Dette omfattet, ifølge jordmødrene, også kontinuerlig vurdering av tiltak for mor og barnets beste. Dersom jordmor oppdaget noe uforventet, var det hennes jobb å vurdere om fødselen avviker fra det normale, og å gjøre nødvendige tiltak. *“Man må være autonom og si ifra hvis man må opp på grunn av komplikasjoner”* Informant 3.

##### ***Frykten for komplikasjoner:***

Et utfordrende aspekt ved vannfødsler kunne ifølge jordmødrene være at man under trykktiden ikke hadde kontinuerlig visuell oversikt over fremgang og perineum. De fortalte at de kunne bruke speil for å få oversikt, men at det ikke alltid lot seg gjøre. I slike tilfeller la jordmødrene vekt på at man er nødt til å bruke andre metoder for vurdering. *“Mange er veldig opptatt av å ha fullstendig oversikt over perineum når barnet kommer ut, da blir det vanskelig å gjennomføre i vann for man ser ofte ingenting”* Informant 8. En annen utfordring kunne også være ens egen frykt for komplikasjoner. *“Det er ens egen redsel som begrenser oss, ikke kvinnene”* Informant 2. Det ble påpekt viktigheten av gode prosedyrer, men også å øve på akutte hendelser i badekar ved simulering.

Jordmødrene reflekterte i intervjuene over estimering av blødning etter fødselen. De beskrev at det kunne være utfordrende å estimere blødning i badekaret fordi blodet blandet seg med vannet. Nesten alle jordmødrene hadde sett videoer via læringsverktøyet GynZone som illustrerte blødningsmengde i vann, men mange av jordmødrene følte ikke at dette var tilstrekkelig. *“Vi ser jo videoer om hvordan man estimerer blødning, men man kan aldri være*

*helt sikker på at det blir riktig*” Informant 2. Det kom i intervjuene frem at jordmødrene kunne føle på skepsis fra legene angående sine estimat når det kom til blødning. Jordmødrene sa at de alltid etterstrebet å estimere blødning så korrekt som mulig, men dette var utfordrende da de ikke kunne måle det på annen måte enn å vurdere fargen på vannet i badekaret. Selv om det ikke alltid var mulig å estimere nøyaktig blødning, følte jordmødrene at de likevel klarte å differensiere mellom en liten og en betydelig blødning. De fortalte også at de kunne måle hemoglobin for å følge opp fødekvinnen i ettertid dersom man mistenkte at blødningen var over 500ml.

## 5 Drøfting av funn

I dette kapittelet vil vi drøfte funnene opp mot forskningsspørsmålene, tidligere forskning og teori. Noen av subkategoriene fra funnene er i denne delen av oppgaven endret til mer utfyllende og beskrivende overskrifter og sortert under hvilken del av problemstillingen/forskningsspørsmålene de svarer på.

### 5.1 Jordmors erfaringer og holdninger til vannfødsel

#### *På kvinnens premisser:*

I studien kom det frem at jordmødrene ønsket å anerkjenne og imøtekomme kvinnene ved å gi dem mulighet til selv å velge hvordan de ønsket å føde. Dette er essensen i kvinnesentrert omsorg og har nær tilknytning til den jordmorteoretiske modellen Birth Territory. I likhet med funnene våre omfatter Birth Territory prinsippet om et gjensidig forhold mellom jordmor og kvinnen, som bygger på å støtte og bekrefte kvinnens ønsker og valg (Fahy & Hastie, 2008; Page, 2008). Mulighet til å velge hvordan man ønsker å føde handler om å skape et helhetlig fødetilbud som baserer seg på å gi kvinner ressurser for å ta informerte valg (Helsedirektoratet, 2010). Anerkjennelse og imøtekommelse av kvinnen som ønsker å føde i vann, kan bidra til økt følelse av mestring etter fødselen (Nutter et al., 2014; Ullensvang et al., 2020). Jordmors jobb er å handle i kvinnens beste interesse. Jordmor skal ivareta kvinnens ønsker og behov og har et ansvar for kvinnens opplevelse av fødsel, så vel som fødselsutfallet. Dette gjenspeiles i meningen av ordet “Midwife” som på språket Angelosaxon betyr “med kvinnen”, og har nær tilknytning til “Midwifery Guardianship”, som er et tema innenfor den jordmorteoretiske modellen Birth Territory (Page, 2008). Jordmors ansvar og oppgave ovenfor kvinnen i fødsel er å utøve myndighet på vegne av kvinnen og å være hennes talsperson for å øke kvinnens “integrative power” (Fahy & Hastie, 2008).

I et samfunnsperspektiv kan man argumentere for at et helhetlig fødetilbud, som inkluderer vannfødsler, handler om kvinners rettigheter og økt fokus på kvinnehelse (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Jordmødrene hadde et ønske om å kunne tilby vannfødsler, men flere fortalte at de hadde få jordmødre som praktiserte vannfødsler ved deres avdeling. Dette medfører et mangelfullt tilbud som går på bekostning av den kvinnesentrerte omsorgen (Page, 2008). Sentralisering av fødetilbudet har i økende grad vært en trend de siste tiårene. Flere av de jordmorstyrte fødetilbudene har blitt lagt ned, som et kostnadsbesparende tiltak (Helse og Omsorgsdepartementet, 2008-2009). Jordmorstyrte fødetilbud har den høyeste forekomsten av bruk av vann i fødsel, da disse avdelingene har et

begrenset tilbud innenfor medikamentell smertelindring. Sentralisering av fødetilbudet for økonomisk gevinst er et paradoks da det er anbefalt et differensiert og desentralisert tilbud. Hensikten med et differensiert fødetilbud er å sikre et variert tilbud for kvinnen, som baserer seg på hennes ønsker og seleksjonskriterier (Helsedirektoratet, 2010). Altså kan man si at den besparende og sentraliserende politikken som de siste tiår har vært en trend, ikke vektlegger kvinnesentrert omsorg.

Informantene påpekte at vannfødsel er velegnet for å fremme den normale fødselen. Burns et al. (2012) og Henderson et al. (2014) fant i sine studier at å føde i vann er assosiert med høyere forekomst av spontan vaginal fødsel. Å flytte fokuset fra fødsel som en medisinsk hendelse, til en normal fysiologisk prosess har nær tilknytning til prinsippet om demedikalisering (Chalmers et al., 2001; ICM, 2014). Jordmødrene i vår studie opplevde at fødekvinnene ofte var mottagelig for veiledning underveis i fødselen, spesielt med tanke på valg av smertelindring. At kvinnen er mottakelig for veiledning fra jordmor, tyder på at jordmor har mestret evnen i å yte “midwifery guardianship”, fremfor motpolen “midwifery domination”. Kvinnen verdsetter jordmors forslag og veiledning når hun føler jordmor arbeider i hennes beste interesse (Fahy & Hastie, 2008). En jordmor med ønske om å bevare den normale prosessen i fødsel, vil veilede kvinnen til å forsøke ikke-medikamentelle metoder som første steg i smertelindringen. Altså kan man argumentere for at jordmors holdninger og evne til å skape en god relasjon til kvinnen, kan ha innvirkning på om kvinnen velger å føde i vann, eller ikke (Cluett & Burns, 2009). Men, å rette fokus mot demedikalisering handler ikke om å utelukke medisin som fagområde i fødselsomsorgen. Det handler om en balansegang mellom det medisinske feltet, en demedikalisert tilnærming og å ha kvinnens ønsker i sentrum (Miller et al., 2016).

### ***Et godt fødemiljø:***

Informantene som deltok i studien la vekt på at stemningen under vannfødsel var preget av avslapning og ro. Den jordmorteoretiske modellen Birth Territory trekker frem to motsatte tilstander som kan forekomme i fødsel; “calm and connected” og “activation and defence”. Den første tilstanden er preget av ro og avslapning, dette medfører at kvinnen ikke behøver å bruke energi på annet enn fødselsarbeidet. I denne tilstanden produserer og nyttiggjør kvinnen seg av oxytocin og fødselen progredierer normalt. Den andre tilstanden, “activation and defence”, oppstår dersom kvinnen befinner seg i en situasjon hvor hun ikke føler seg trygg. I denne tilstanden produserer kvinnen adrenalin som hemmer fremgangen i fødsel (Foureur, 2008). At jordmor skaper et fødemiljø som preges av ro vil kunne være med på å fremme



trygghet hos kvinnen og hennes partner (Antonakou et al., 2018; Dado et al., 2022; Maude & Foureur, 2007). Legeforeningens “Veileder i fødselshjelp” peker på bruk av vann i fødsel som et godt verktøy for å hjelpe kvinnen å slappe av (Ullensvang et al., 2020). Dette gjenspeiles i Birth Territorys beskrivelse av føde terreng. Et *fristed* legger til rette for kvinnens naturlige produksjon av oxytocin, mens et klinisk og medikalisert “surveillance room” gir økt produksjon av adrenalin (Fahy, 2008). Dersom fødemiljøet er tilrettelagt for naturlig produksjon av oxytocin, vil dette redusere behovet for tilførsel av syntetisk oxytocin. Nyttiggjørelse av naturlig produsert oxytocin øker sjansene for et normalt forløp uten behov for intervensjoner (Chapman & Charles, 2018). Intervensjoner i fødsel ved bruk av medisinsk teknologi vil øke kvinnens stresshormoner og sette i gang nevro-hormonelle hendelser som kan ha negative konsekvenser for fødselens progresjon og utfall (Foureur, 2008).

Informantene trakk også frem andre positive konsekvenser ved bruk av badekar som fødemiljø. De opplevde at kvinnene ble mer selvstendige og hadde større bevegelsesfrihet i vannet. Dette medførte at kvinnene hadde bedre forutsetninger for å følge deres fødeinstinkter. Dado et al. (2022) peker på at vannfødsler kan hjelpe kvinner å håndtere fødselen. Dekker (2018) beskriver at vannets lindrende effekt legger til rette for at kvinnen skal kunne føde instinktivt. Ved vannfødsel har fødemiljøet avstand til medisinsk og teknologisk utstyr, noe som legger til rette for at kvinnen kan føle økt kontroll under fødsel (Fahy, 2008). Dette støtter studiene gjort av Cluett & Burns (2009) og Carlsson & Ulfssdottir (2020) som også fant at bruk av badekar er med på å gi kvinnen økt følelse av kontroll. Ifølge Maude & Foureur (2007) og Dado et al. (2022) gir bruk av badekar også en følelse av privatliv. Fahy (2008) beskriver badekar som et ultimatum fødeterreng da det gir kvinnen adskillelse fra andre personer, varme fra vannet og bevegelsesfrihet.

I vår studie kom det frem at badekar som fødemiljø også vil gi partner bedre forutsetninger for å være deltagende, da det er mindre medisinsk-teknisk utstyr rundt fødekvinnen. Partnerstøtte er sentralt for at fødekvinnen skal føle seg avslappet, rolig, trygg og støttet (Antonakou et al., 2018; Bjerk et al., 2021; Dado et al., 2022). Dette har direkte innvirkning på fødselsforløpet da det er påvist at å ligge i badekar, samt å ha kjente personer til stede som man har tillitt til, kan øke produksjonen av oxytocin (Dado et al., 2022; Foureur, 2008). Jordmors evne til å skape en relasjon til kvinnen og hennes partner kan derfor ha direkte innvirkning på fødselsforløpet og fødselsopplevelsen (Dahlberg og Aune, 2013; Fahy et al., 2011; Hildingsson et al., 2011; Page, 2008).

### ***Fagmiljø og samarbeid på tvers av yrkesgrupper:***

Jordmødrene løftet frem at de hadde godt samarbeid og god støtte fra sine jordmorkolleger i deres arbeid med vannfødslar. Ved å oppmuntre hverandre skapte det et økt fokus og engasjementet rundt vannfødslar på avdelingen. Denne støttende kulturen ved en fødeavdeling vil kunne bidra til at jordmor yter god omsorg ovenfor fødekvinne (Page, 2008; Ulfsdottir et al., 2020). Ifølge Nielsen et al. (2017) er kollegastøtte viktig for overføring av kunnskap, utvikling, læring og god prestasjon i jobbsammenheng. Catling et al. (2022) fant i sin studie at jordmødre i Australia la vekt på kollegastøtte, respekt og forståelse som viktige faktorer i arbeidshverdagen. Videre verdsatte de samarbeid, tilstrekkelig bemanning og mulighet for felles fagutvikling.

Jordmødrene hadde ulike opplevelser av om de fikk støtte fra sine legekolleger. Noen av jordmødrene opplevde skepsis fra leger som ikke ønsket at vannfødslar skulle være et tilbud, mens andre opplevde tillitt og støtte. Ulfsdottir et al. (2020) fant i sin studie at fødselsleger i større grad hadde negative holdninger til vannfødslar, da de mente det kunne gi økt risiko for både mor og barn. Motstand fra leger i forbindelse med vannfødslar kan ifølge Ulfsdottir et al. (2020) ha sammenheng med manglende erfaring og kunnskap. At vannfødslar gir økt risiko for komplikasjoner for mor og barn er ikke vitenskapelig bevist (Cluett & Burns, 2009; Georgsson et al., 2018; Nutter et al., 2014). Norsk Veileder i Fødselshjelp konkluderer også med at det ikke finnes sterke evidens for at vannfødsel gir økt risiko for komplikasjoner (Ullensvang et al., 2020). Cooper et al. (2021) beskriver uvitende leger som en hindring i jordmors arbeid med vannfødslar. De mener en sentral faktor for å finne en balanse mellom jordmors og fødselslegers ansvar er samarbeid på tvers av fagmiljøene og gjensidig respekt. Når jordmødre og leger har et godt samarbeid, foregår det en utveksling av ideer og informasjon. I følge Birth Territory kan denne utvekslingen bare finne sted i omstendigheter hvor leger og jordmødre deler på makt og ansvar. Dette innebærer også respekt for hverandres behov for yrkesautonomi. Deling av makt betyr at leger må gi noe av sin autoritet over til jordmødrene. Dette krever i høy grad gjensidig tillit (Brodie & Leap, 2008). Dette er en forutsetning for å kunne tilby et helhetlig, kompetent og trygt tilbud innenfor fødselsomsorgen (Ulfsdottir et al., 2020).

Gjennom studien vår kom det frem at noen jordmødre opplevde at nyutdannede leger ønsket å delta på vannfødsel for å observere jordmors arbeid. Dette ble sett på som positivt for samarbeidet videre. Ifølge Rothman (1999) kan man ikke lære om normale fødsler dersom man ikke har erfart dette. Spesielt kan dette gjelde for leger som er utdannet ved større

medikaliserte kvinneklinikker. Historisk har legen kun blitt tilkalt dersom jordmor sto i en “desperat situasjon” (Odent, 2008). I disse situasjonene er ikke lenger fødselsforløpet normalt, og legen ser derfor de truende og akutte situasjonene. Ifølge Skogheim & Hanssen (2015) må man erfare normale fødsler uten intervensjoner eller inngrep for å bevare troen på den normale fødselen. Dette gjelder både for jordmødre og leger.

## **5.2 Hvordan er det tilrettelagt for vannfødsel i Norsk fødselsomsorg?**

### ***Jordmors autonomi:***

I intervjuene kom det frem at jordmødrene følte på ansvar for å ivareta sin egen autonomi i forbindelse med fødsel. I takt med økt forekomst av medisinske intervensjoner har jordmors autonomi blitt svekket i fødselsomsorgen (Cooper et al., 2021; Page, 2008). Seleksjon av fødekvinne er en metode for å skille det normale fra det patologiske, men fokus på risikofaktorer har stadig økt de siste årene (Cooper et al., 2021). Dette til tross for at målet innenfor norsk fødselsomsorg er et demedikalisert og helsefremmende tilbud (Skogheim & Lundgren, 2021). Strengt eksklusjonskriterier for vannfødsel er nødvendig for å sikre kvinnen og barnets helse, men ifølge Cooper et al. (2021) er ikke kriteriene alltid evidensbaserte. Dette kan være med på å undergrave jordmors autonomi da hennes ansvarsområde blir begrenset (Cooper et al., 2021; Page, 2008). Dersom jordmor føler at hun må forsvare og begrunne hvorfor hun tilbyr vannfødsel ovenfor leger eller andre med høyere autoritet, svekkes den profesjonelle autonomien (Cooper et al., 2021). For at jordmor skal kunne yte god omsorg ovenfor kvinnen må hennes arbeidsmiljø være funksjonelt, støttende og hun må ha tillitt til og fra sine kollegaer (Page, 2008).

### ***Opplæring og økt kompetanse på vannfødsel:***

I studien kom det fram at jordmødrene selv hadde ansvar for å skaffe seg kompetanse for å kunne praktisere vannfødsler. Det ble ikke stilt krav om at de måtte inneha denne kompetansen og de måtte selv ta initiativ til å tilegne seg kunnskap og opplæring. I Helsedirektoratets (2010) veileder “Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen” står det at man skal ha et eget opplæringsprogram for nyansatte og vikarer. Man må ha bemanning som tilsier at det er tid til faglig fordypning, kvalitetsarbeid og opplæring av kollegaer. Det står også at hospitering er obligatorisk for de som jobber ved mindre fødeenheter for å sikre mengdetrening og kompetanseøkning (Helsedirektoratet, 2010). Våre informanter angav at hospitering var nyttig med tanke på mengdetrening, men at man ikke kunne være sikker på at man fikk opplæring eller trening på vannfødsel i denne prosessen.

Dette fordi det er tilfeldig om kvinnene de møter, i det korte tidsrommet som hospitering innebærer, ønsker å føde i vann.

Ledelsen ved en fødeavdeling har et faglig ansvar for alle aspekter ved virksomheten. Dette innebærer utarbeiding og innføring av nødvendige prosedyrer, at ansatte har nødvendig opplæring og faglig oppdatering (Helsedirektoratet, 2010). Helsepersonell har også et selvstendig ansvar for faglig forsvarlighet og å yte omsorgsfull hjelp ut ifra sine kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette vil si at leder har et overordnet ansvar, mens jordmor har et utøvende ansvar. Lovverk og retningslinjer er førende dokumenter som kan skape et dilemma da man kan oppleve kravene som motstridende. Jordmors ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og å være kompetent innenfor alle aspekter av normal fødsel stilles da opp mot hennes ansvar for å ikke handle utenfor sine kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4; ICM, 2014). Det understrekes også at det kan være potensielt farlig at jordmødre ikke har erfaring med vannfødsel dersom det dukker opp en medisinsk krise mens kvinnen er i vann (Chapman & Charles, 2018). En årsak til at det ikke stilles krav til kompetanse om vannfødsler kan være at det blir sett på som en form for alternativ behandling som ikke er en nødvendighet innenfor fødselsomsorgen (Russell et al., 2014).

Jordmødrene hadde ulike erfaringer rundt hvor tilgjengelig opplæringen på vannfødsler var for dem i deres avdeling. Jordmødrene som jobbet ved avdelinger hvor de hadde mange jordmødre på vakt samtidig og høye fødselstall angav at det ikke var noe problem å tilegne seg kompetanse. En sentral del av opplæringsprosessen på alle felt, inkludert ved vannfødsler, er at man må utføre oppgaven gjentatte ganger for å øke selvstendighet og selvsikkerhet (Bandura, 1997). Informantene som jobbet ved mindre fødeenheter, med lavere fødselstall, fortalte at det kunne være utfordrende å anskaffe seg kompetansen som var nødvendig for å drive med vannfødsler. Dette fant også Nicholls et al. (2016) i sin studie. De skriver at det kan være utfordrende og tidkrevende å gjennomføre opplæring på vannfødsler ved mindre fødeenheter med få fødsler. For å effektivisere opplæring og fagutvikling innenfor vannfødsler kan man gjennomføre felles “*workshop*” for jordmødre under fagdager eller internundervisning hvor man simulerer situasjoner som kan oppstå ved vannfødsler. Informantene løftet frem at gode prosedyrer og simulering av akutte hendelser var nyttig for å føle seg trygg på vannfødsler. Jordmor må være kjent med prosedyrene som gjelder ved den avdelingen hun jobber. Gode og tydelige prosedyrer gjør at flere jordmødre ønsker å drive med vannfødsel (Nicholls et al., 2016). Ved simulering og ferdighetstrening kan man oppnå

mengdetrening på hendelser som sjeldent opptrer i daglig praksis. Simulering hvor man har god tid til reflektering og debriefing gjør at personalet utvikler ferdigheter og føler seg tryggere i jobben (Lendahls & Oscarsson, 2017). Spesielt ved avdelinger med lavere fødselstall kan dette vise seg å være nyttig (Nicholls et al., 2016). Men simulering og trening på akutte hendelser er i seg selv ikke tilstrekkelig for at jordmor skal være kvalifisert til å tilby vannfødsler selvstendig. Likevel kan dette vekke en felles interesse som er med på å skape en forståelse for vannfødsel innad i arbeidsgruppen (Bearman et al., 2019; Nicholls et al., 2016; Russell et al., 2014).

I studien kom det frem at tilbudet om vannfødsel ved noen avdelinger var sårbart på grunn av at et fåtall av jordmødrene hadde tilstrekkelig kompetanse. Noen av jordmødrene fortalte at de hadde en intern avtale hvor de kunne ringe til en jordmor som hadde kompetanse dersom det kom inn en kvinne som ønsket å føde i vann. Dette krevde en del kartlegging og tilrettelegging i forkant. Jordmors tilbud om å være tilgjengelig tyder på et sterkt ønske om å jobbe kvinnesentrert og demedikalisert. Å være en jordmor som jobber “med kvinnen” innebærer en relasjon hvor de to kjenner til hverandre. Denne måten å jobbe på speiler gjensidig tillitt og at jordmor ønsker å jobbe i kvinnens beste interesse. Det kan dras paralleller mellom denne måten å praktisere på og jordmoryrkets opprinnelse, hvor jordmor var tilgjengelig for kvinnen etter behov (Page, 2008).

### ***Ergonomi og tilgjengelighet på utstyr:***

Jordmødrene fortalte i intervjuene at vannfødsler ikke krever mye utstyr og de følte i stor grad at de hadde det de trengte. Det kom frem at de hadde som vane å tilpasse seg miljøet og det utstyret de hadde, dog var ingen helt tilfreds med badekarenes utforming eller funksjonalitet. Dersom man ønsker at vannfødsel skal være et tilbud, behøver man fasiliteter som gjør dette mulig (Lewis et al., 2018). Carlsson og Ulfsdottir (2020) undersøkte vannfødsel fra et kvinneperspektiv og fant at heller ikke kvinnene var fornøyde med utformingen av badekarene. De manglet ofte håndtak eller justeringsmuligheter som kunne gjøre fødselsarbeidet lettere for både kvinnen og jordmor. Meyer et al. (2010) fant i sin studie at arbeidsstilling kunne være en utfordring ved vannfødsler, spesielt med tanke på ryggbelastning. Ifølge arbeidsmiljøloven §4-4 skal arbeidsplassen innredes og utformes slik at jordmor unngår uheldige fysiske belastninger. Nødvendige hjelpemidler skal stilles til disposisjon for å unngå belastning og for å forebygge skader (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-4). I Norge er fødselstilbudet offentlig, noe som gjør at finansiering er begrenset, som igjen medfører at det ikke finnes ubegrensede økonomiske ressurser til å bytte ut badekar. Samtidig

er vannfødsler et kostnadsbesparende tiltak over tid dersom det forhindrer bruk av andre medisinske intervensjoner som for eksempel epidural (Feeley et al., 2021). Dersom avdelinger ikke har ergonomisk utstyr tilgjengelig, kan man argumentere for at dette kan være begrensende i jordmors arbeid med vannfødsler og er dermed en faktor som kan ha innvirkning på kontinuiteten i tilbudet.

I intervjuene kom det frem at kapasitet og samtidighetskonflikter var faktorer som kunne spille inn i jordmors arbeid med vannfødsler. Dette handlet både om tilgang på personell og fødestuer med badekar. Den siste tiden har media kastet lys over jordmormangel i Norge. NAV gjennomfører hvert år en estimering av manglende arbeidskraft. Vurderingen fra mars 2021 viser at det har vært en betydelig nedgang i tilgang på jordmødre og at det på landsbasis manglet rundt 130 jordmødre (Helsedirektoratet, 2022). En fødeenhet arbeider med en grunnbemanning som skal dekke gjennomsnittlig fødetall. Samtidig kan antall fødsler per dag i stor grad variere. I de tilfellene hvor antall fødekviner er over gjennomsnittet, kan samtidighetskonflikter oppstå. Dette kan medføre at jordmor ikke har mulighet til å tilby kvinnen en-til-en omsorg, som anbefalt i veiledere for vannfødsel (Helsedirektoratet, 2010; Oslo Universitetssykehus, 2022).

### ***Frykten for komplikasjoner:***

Det kom frem i studien at det kan være utfordrende å ha fullstendig oversikt over perineum ved en vannfødsel. Oversikt over perineum kan være viktig for å kunne vurdere og forebygge fødselsrifter, og det anbefales at man etterstreber denne oversikten ved alle vaginale fødsler (Hals et al., 2010; Lain et al., 2020; Poulsen et al., 2015). Samtidig viser forskning at ved vannfødsler er det større sjans for å bevare perineum intakt, færre forekomster av alvorlige perinael rifter, færre episiotomier og det kan redusere forekomst av alvorlige postpartumblødninger (Georgsson et al., 2018; Nutter et al., 2014). Vannet bidrar til å skape et naturlig mottrykk mot perineum og barnets hode. Dette kan føre til at manuell støtting av perineum ikke alltid er nødvendig (Ulfsdottir et al., 2022). Et redusert behov for perineal støtting kan også ha sammenheng med at kvinner som føder i vann ikke har epidural og dermed føler spontan trykkektrang, og har mer kontroll over denne fasen i fødsel (Ulfsdottir et al., 2019). Det kan også ha sammenheng med at kvinner som føder i vann, i større grad befinner seg i et fødemiljø som tilrettelegger for at hun skal lytte til fødekroppen og føde instinktivt (Fahy og Parratt, 2006).

Studien viste at jordmødrene fryktet at det skulle oppstå komplikasjoner under den normale fødselen. Healy et al. (2017) fant i sin studie at jordmødre er redde for komplikasjoner og har derfor en tendens til å involvere obstetrikere i den normale fødselen, på tross av at den opprinnelig er jordmorstyrt. Dette fordi deres frykt for risiko er større enn deres ønske om å opprettholde et normalt fødselsforløp. Studien fant også at jordmødre lot seg påvirke av å jobbe i et risikofokusert miljø og at dette kunne være en utfordring i deres arbeid med normal fødsel. Et annet tema de tok opp var eksponering for den normale fødselen, noe de peker på som sentralt for at jordmor ikke skal gi frykten for komplikasjoner større rom enn kvinnesentrert omsorg (Healy et al., 2017). At definisjonen av normal fødsel også inkluderer ukomplisert forløsning av placenta og blødningsmengde under 500ml, kan ha relasjon til denne tenkningen. Dette fordi definisjonen også inneholder aspekter av fødsel som kun kan avklares i etterkant av fødselen. Altså kan man ikke kategorisere en fødsel som normal før fødselen er helt over (Bergsjø et al., 2015). Samtidig var det flere av informantene i vår studie som fortalte at de ikke var redde for komplikasjoner, dette var jordmødre med lang yrkeserfaring som hadde deltatt under mange normale fødsler. Dette underbygger teorien om at man må erfare normale fødsler uten inngrep for å ikke la risikotenkning overstyre troen på den normale fødselen (Healy et al., 2017; Skogheim & Hanssen, 2015)

Informantene beskrev estimering av blødning i badekar som tidvis utfordrende. Noen avdelinger hadde simulert blødning på egen avdeling ved å blande falskt blod med vann i deres badekar. Det kom også frem at jordmødrene hadde god kjennskap til det nettbaserte læringsverktøyet GynZone, som blant annet har videokurs rettet mot estimering av blødning i badekar. Burns et al. (2019) gjorde en studie i Storbritannia hvor de gjennomførte trening på estimering av blødning i badekar. I deres studie fikk jordmødrene tilgang til et nettbasert læringsverktøy med seks videoer som visualiserte blødning mellom 400-1100ml. Studien viste at jordmødrene bedre kunne estimere riktig mengde blødning etter å ha gjennomført det nettbaserte kurset, noe som peker på at nettbaserte læringsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for å gi jordmor innsikt og kunnskap om estimering av blødning i badekar. Legeforeningens "Veileder i fødselshjelp" påpeker at visuell estimering av blødning er unøyaktig og at man skal etterstrebe nøyaktig måling av blødning i fødsel. Det påpekes også at det er viktig å overvåke kliniske tegn og symptomer på stort blodtap da gravide dekompenserer sent og derfor lenge kan fremstå som upåvirket (Nyfløt et al., 2020). Dette legger føringer for jordmors arbeid med vannfødsler da legeforeningen ikke støtter metoden for visuell estimering av blødning i badekar.

## 6 Metodediskusjon

Malterud (2021) beskriver at vitenskapelig forskning har tre grunnbetingelser; refleksivitet, relevans og validitet. Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme, relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til og validitet handler om gyldighet – hva forskeren egentlig har funnet ut noe om. Vi skal i denne delen av oppgaven drøfte disse tre temaene opp mot vår forskning.

For at forskning skal bringe frem noe annet enn det vi vet på forhånd, skal man gå inn i prosjektet med et åpent sinn og være klar til å forkaste hypoteser man har dannet seg på forhånd. Ved at vi forklarer vår forforståelse, gir vi leseren en mulighet til å forstå hvordan vi har tolket resultatene. Forforståelse er erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretiske referanserammer som vi har med oss i ryggsekken og bringer med oss inn i forskningsprosjektet. Forforståelsen påvirker formulering og utarbeiding av problemstilling og måten vi samler, leser og tolker våre data på. Den kan i beste fall gi næring til, og styrke prosjektet, men i verste fall kan den farge prosjektet slik at man ikke er åpen for å ta innover seg den kunnskapen man møter på veien (Malterud, 2021).

Begge forskerne har en bachelor i sykepleie. Gjennom vårt utdanningsforløp som jordmorstudenter har vi tilegnet oss en teoretisk forankring basert på studieplanens innhold og prosedyrer vi har møtt gjennom praksisstudier. I praksisstudier har vi fått et lite innblikk i hvordan vannfødslar kan praktiseres, noe som har inspirert oss til å gjøre denne studien. Dette kan ha vært med på å farge vår oppfatning av jordmødres holdninger og erfaringer, samt hvordan det er tilrettelagt for å drive med vannfødslar i norsk fødselsomsorg. En av oss har gjennomført en praksisperiode ved en kvinneklinikk i et annet nordisk land som hadde en høy andel vannfødslar. Dette kan ha vært med på å gi perspektiv på hvordan vannfødslar praktiseres der kontra i Norge. Med dette i bagasjen hadde vi dannet oss en oppfatning om at noen jordmødre ikke hadde tilstrekkelig fokus på vannfødslar eller benyttet seg av dette som et verktøy for å bevare den normale fødselen. Vi hadde også et inntrykk av at det ved noen fødeenheter kunne være utfordrende å tilby kvinnene å føde i vann da svært få jordmødre hadde kompetanse på dette. Vi er bevisst på vår forforståelse og har under studien forsøkt å legge den til side. Dette har vi gjort ved å stille åpne spørsmål og holde en nøytral posisjon gjennom intervjuene. Vi har forsøkt å danne oss et bilde av tidligere forskning som kunne være relevant for vår problemstilling, både før studiet og etter hvert som vi oppdaget nye tema.



Et spørsmål angående gyldighet er *intern validitet*, det vil si hva studien er sant om (Kvale, 1996). For å sikre intern validitet må man bruke relevante begreper, teoretisk rammeverk, jordmorteoretisk modell og kartleggingsmetoder. For å finne teoretisk rammeverk innenfor det valgte temaet gjorde vi et omfattende søk i ulike databaser. Vi fant da lite forskning som omhandlet vannfødsler fra jordmors ståsted i Norge. Dette er en faktor som gjør at vi mener forskningen vi har gjort har relevans innenfor feltet. Vårt teoretiske rammeverk består av forskning fra ulike land, samt annen forskning innenfor vannfødsel og jordmorfaget. Vi har satt oss inn i ulike jordmorteoretiske modeller for å finne ut hvilken som passet best til vår studie. Etter å ha dannet oss en oversikt over ulike modeller valgte vi å bruke Birth Territory, da vi mener denne har nær tilknytning til vår studie.

I vår oppgave anser vi valg av kvalitativ metode som svært relevant da vi ønsket å undersøke jordmødres opplevelser og subjektive erfaringer. Metoden vi har benyttet er Malterud's kvalitative forskningsmetode. Vi har forsøkt å formidle metoden på en presis måte og har etterstrebet å følge denne så tett som mulig. Man kan stille spørsmål ved utvalget av informanter. Det kan tenkes at jordmødrene som meldte seg for å delta i større grad hadde positive holdninger til vannfødsler enn gjennomsnittet. Da vi startet studien ønsket vi å gjøre et strategisk utvalg av informanter. Vi ønsket både å rekruttere jordmødre som hadde en spesiell interesse for vannfødsler og jordmødre som ikke hadde denne interessen, for å gi datamaterialet bredde. Mange av informantene som meldte seg uttrykte enten direkte eller indirekte at de hadde en spesiell interesse for vannfødsel. Utvalget av deltagere ble et tilfeldig utvalg noe vi mener kan være en svakhet ved vår studie. Informantene hadde stort spenn i alder og ansiennitet og jobbet ved ulike nivåer innenfor fødselsomsorgen. Dette anser vi som en styrke ved studien da det gir bredde i utvalget. Ulik erfaring er ønskelig da dette øker sannsynligheten for å belyse ulike aspekter ved gitt tema (Graneheim & Lundman, 2004). Da vi skulle vurdere antall informanter, gikk vi gjennom datamaterialet fortløpende og vurderte informasjonsstyrken som god etter åtte intervjuer.

Dersom man ikke har en nøyaktig undersøkelsesmetode, risikerer man å få svar på noe vi ikke ønsker å undersøke. Intervjuguiden vår er utarbeidet sammen med veileder med lang erfaring innenfor kvalitativ forskning. Den er i tillegg vurdert av medstudenter og en annen veileder ved universitetet. Gjennom denne prosessen har vi kunnet justere spørsmålene slik at de ble tydelig formulert og rettet mot problemstillingen og forskningsspørsmålene. Vi har også fortløpende forsøkt å vurdere om datamaterialet vi fikk under intervjuene belyste problemstillingen vår. Det er viktig å ha en god intervjuguide dersom vi ønsker å finne

kunnskap som anses som relevant. Relevans i forskning kommer an på om man kommer frem til nye erkjennelser som andre kan dra lærdom av (Malterud, 2021).

Det ble benyttet teams for å gjennomføre intervjuene da vi har valgt å inkludere jordmødre fra forskjellige steder i landet. Sammenlignet med å gjennomføre intervjuer over telefon mener vi bruk av teams øker sannsynligheten for at man fanger opp kroppsspråk, ansiktsuttrykk og gestikulering som kan ha innvirkning på betydningen av det som blir sagt. En styrke med studien er at vi som jordmorstudenter har god innsikt i fagterminologien innenfor feltet vi har forsket på. Dette gir informanten frihet til å bruke fagbegreper uten å måtte forklare betydningen av disse. Dette forhindrer unødvendige avbrytelser i intervjuet og gir flyt i samtalen. Innsikt i fagterminologi er også en fordel for forskeren da man lettere kan forstå det informanten formidler og det er mindre sannsynlig at informasjonen oppfattes feil. I situasjoner hvor vi ikke følte oss sikre på hvordan vi skulle tolke det informantene fortalte, stilte vi oppfølgingsspørsmål for å avklare. Vi har etterstrebet å transkribere intervjuene ordrett og gått gjennom dem flere ganger for å sikre at all informasjon har blitt fanget opp. Begge forskerne har nøye gått gjennom intervjuene og transkripsjonene som kvalitetssikring. Vi har også gjort analyseprosessen sammen og diskutert kodegrupper og subgrupper fortløpende i forskningsgruppen. Vi har forsøkt å ha en beskrivende holdning i tolkningen av datamaterialet. Vår intensjon har vært å gi en lojal gjenfortelling av informantens stemme (Malterud, 2021).

For å analysere funnene våre har vi brukt systematisk tekstkondensering (STC) og fulgt stegene som beskrevet av Malterud (2021). Dette anser vi som en styrke ved studien. Kvale (1996) trekker inn begrepet *kommunikativ validitet* i forskning. Dette begrepet innebærer hvorvidt kunnskapen formidles til leser. For å overholde den kommunikativ validiteten i oppgaven har vi forsøkt å gjøre leseren til en informert ledsager ved å gi innsikt i de betingelsene som kunnskapen er utviklet under (Malterud, 1993; Malterud, 2001, Stige et al. 2009). Dersom forsker ikke klarer å formidle hva som er gjort på en måte som andre forstår og anerkjenner, vil kunnskapen forbli privat. Presentasjon av resultater inneholder sitater som representerer intervjuenes innhold på de ulike temaene. Dette gir leseren et innblikk i den faktiske empirien og styrker leserens mulighet til å være en informert ledsager gjennom oppgaven, noe som også kalles *intersubjektivitet*.

Vi ser i etterkant at noen av våre funn har nær tilknytning til vår forforståelse. Ifølge Malterud (2021) kan dette enten tyde på at man som forsker har neglisjert den empiriske kunnskapen,

eller at man på forhånd har god feltkunnskap. Selv om noen av funnene i studien hadde nær tilknytning til forforståelsen vår, kom vi også frem til funn vi ikke hadde forventet på forhånd. Vi mener at vi som forskere har etterstrebet å være åpen for empirien som har blitt presentert i studien. Dette mener vi tyder på at vår forforståelse og hypotese har blitt styrket, fremfor at den empiriske kunnskapen har blitt neglisjert. Studien har også gitt oss innsikt i en del årsakssammenhenger som vi ikke hadde innsikt i fra tidligere.

Et annet spørsmål angående validitet er overførbarhet, også kalt *ekstern validitet*. Et viktig stikkord her er kontekst. Overførbarhet handler om i hvilken grad kunnskapen vi har tilegnet oss kan være gyldig i andre kontekster enn der vi innhentet kunnskapen. Overførbarhet er tett knyttet til utvalget. Denne studien har et lite utvalg av informanter, noe som betyr at vi ikke kan generalisere funnene våre. Generalisering er dog ikke et mål i kvalitativ forskning, da dette begrepet tyder på at det finnes en allmenngyldig overførbarhet (Malterud, 2021). Rekkevidden for overførbarhet er viktigere å ta stilling til. Et økt antall informanter er ikke proporsjonalt med økt overførbarhet. Et for stort antall informanter vil gjøre empirien uoversiktlig og analysen vil bli overfladisk (Kvale, 1996). Ved et begrenset antall informanter fikk vi muligheten til å gå mer i dybden på hvert enkelt intervju. Vi erfarte at noen intervjuer gav rikere beskriver av fenomener enn andre. Vi har likevel valgt å ikke forkaste noen intervjuer, da vi fant at intervjuene støttet opp under hverandre. Hadde vi hatt flere informanter kunne dette gått ut over kvaliteten av analysen. Det vil være opp til hver enkelt leser å vurdere grad av overførbarhet. Forskingen vi har gjort er gjeldende for akkurat denne gruppen jordmødre vi har vært i kontakt med. Det betyr at man ikke nødvendigvis ville fått samme resultatet om man gjennomførte en lik studie med andre jordmødre. Selv om studien ikke kan overføres til alle arbeidsplasser, vil jordmødre som leser studien kunne kjenne seg igjen i større eller mindre grad.

Vi har hatt jevnlig veiledning av dosent Ingvild Aune under hele skriveprosessen. Vi har også deltatt på to obligatoriske seminar hvor vi har fått tilbakemelding fra medstudenter og førsteamanuensis Ingvild Hersoug Nedberg. Dette har gitt oss veiledende innspill på problemstilling, forskningsspørsmål, metode og analyseprosessen. Dette anser vi som en kvalitetssikring, spesielt med tanke på sammenheng mellom problemstilling og analyse. Seminarene har også gitt oss tilbakemelding på om tekstmaterialet har vært lesbart og oversiktlig.

## 7 Avslutning

I studien har vi undersøkt jordmors holdninger til, og erfaringer med vannfødslar. Det kom frem at jordmødre generelt har positive holdninger og gode erfaringer knyttet til vannfødslar. De så på vannfødsel som et viktig tilbud da det fremmer mestring og støtter tanken om å jobbe kvinnesentrert. Vannfødsel ble beskrevet som et godt virkemiddel for å bevare en fødsel normal hos lavrisikofødende. Badekaret skaper et fødemiljø som legger til rette for at kvinnen intuitivt lytter til kroppen. Vannfødslar var ifølge informantene preget av avslapning og ro i demedikaliserte omgivelser som tilrettelegger for godt samspill mellom kvinnen, partner og jordmor. Det var viktig for jordmødrene å ha kolleger som støttet hennes arbeid med vannfødsel, og et arbeidsmiljø hvor man har rom for faglig utvikling.

Vi har også undersøkt hvordan norsk fødselsomsorg er tilrettelagt for å drive med vannfødslar. Jordmødrene fortalte at de ønsket å jobbe autonomt med vannfødslar. De ønsket å kunne tilby kvinnene en-til-en omsorg i fødselen. Det kom også frem at antall jordmødre som hadde opplæring ved de ulike avdelingen, i stor grad varierte. Dette la føringer for videre opplæring innenfor vannfødsel. Hospitering, simuleringstrening og fagdager ble tatt opp som ulike virkemiddel for at jordmor skulle føle seg trygg på å praktisere vannfødslar, men dette var ikke tilstrekkelig uten opplæring. Til tross for dette, førte det til en felles forståelse og økt selvsikkerhet blant personalgruppen. utfordringer rundt anskaffelse av opplæring legger føringer for kontinuitet i tilbudet. Samtidigetskonflikter ble også trukket frem av jordmødrene som en utfordring i deres arbeid. Utstyr og arbeidsstilling var faktorer som kunne ha innvirkning på at ikke alle jordmødrene ønsket å praktisere vannfødslar. Det kom frem at frykten for komplikasjoner i form av perinealskade, jordmors egen frykt for komplikasjoner under fødselen og postpartumblødning også var faktorer som kunne begrense jordmors arbeid.

### 7.1 Konsekvenser for klinisk praksis og videre forskning

Selv om studien ikke kan gi oss en universell sannhet innenfor fødselsomsorgen, har funnene åpnet opp for innsikt i feltet det burde forskes mer på. Vi ønsker spesielt å peke på tilrettelegging for at flere jordmødre skal få mulighet til opplæring og kompetanseheving innenfor vannfødsel. Dette er spesielt gjeldende ved avdelinger med lavere fødselstall. Dette er utfordringer innenfor fødselsomsorgen som man kan argumentere for at det er hensiktsmessig å ta stilling til på et ledelsesnivå. Andel jordmødre med tilstrekkelig kompetanse legger føringer for kontinuiteten i tilbudet, noe som igjen legger føringer for

jordmødres mulighet til å jobbe kvinnesentrert. Kvinners mulighet til å velge vannfødsel har positive innvirkninger både med tanke på kostnadseffektivitet og demedikalisering i fødselsomsorgen. Det hadde vært svært interessant å gjennomføre lignende studier i større skala for å kartlegge på et bredere nivå.

## Referanseliste

- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research* (2nd ed.). Sage.
- Antonakou, A., Kostoglou, E., & Papoutsis, D. (2018). Experiences of Greek women of water immersion during normal labour and birth. A qualitative study. *Eur J Midwifery*, 2(July), 7-7. <https://doi.org/10.18332/ejm/92917>
- Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-1977-02-04-4). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Freeman.
- Bearman, M., Greenhill, J., & Nestel, D. (2019). The power of simulation: a large-scale narrative analysis of learners' experiences. *Med Educ*, 53(4), 369-379. <https://doi.org/10.1111/medu.13747>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. Penguin.
- Bergsjø, P., Molne, K., Nesheim, B.-I., & Maltau, J. M. (2015). *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Bjerk, M., Kornør, H., Reinart, L. M., & Hval, G. (2021). *Smertelindring ved fødsel: en hurtigoversikt for samvalgsverktøy*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/pain-relief-for-women-in-labour-a-rapid-review-for-patient-decision-aid-report-2021-v2.pdf>
- Brodie, P. & Leap, N (2008). From ideal to real: The interface between birth territory and the maternity service organization. I K.Fahy, M. Foureur, C.Hastie (red.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for practice, education and research*. (utg, 1. s.149-165). Books for Midwives.
- Burns, E. E., Boulton, M. G., Cluett, E., Cornelius, V. R., & Smith, L. A. (2012). Characteristics, Interventions, and Outcomes of Women Who Used a Birthing Pool: A Prospective Observational Study. *Birth*, 39(3), 192-202. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00548.x>

- Burns, E., Hunter, L., Rodd, Z., MacLeod, M., & Smith, L. (2019). Developing and evaluating an online learning tool to improve midwives' accuracy of visual estimation of blood loss during waterbirth: An experimental study. *Midwifery*, *68*, 65-73.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.004>
- Carlsson, T., & Ulfsdottir, H. (2020). Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences. *J Adv Nurs*, *76*(5), 1221-1231.
- Catling, C., Rossiter, C., Cummins, A., & McIntyre, E. (2022). Midwifery workplace culture in Sydney, Australia. *Women Birth*, *35*(4), e379-e388.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.001>
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *28*(3), 202–207. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>
- Chapman, V., & Charles, C. (2018). *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. Newark: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev* (2), CD000111-CD000111.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3>
- Cooper, M., McCutcheon, H., & Warland, J. (2021). 'They follow the wants and needs of an institution': Midwives' views of water immersion. *Women Birth*, *34*(2), e178-e187.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.019>
- Dado, M., Smith, V., & Barry, P. (2022). Women's experiences of water immersion during labour and childbirth in a hospital setting in Ireland: A qualitative study. *Midwifery*, *108*, 103278-103278. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103278>
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, *29*(4), 407-415.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Dekker, R. 2018. The evidence on waterbirth. Hentet 08. Februar 2023 fra:  
<http://evidencebasedbirth.com/waterbirth>

- Downe, S., & Byrom, S. (2019). *Squaring the circle: normal birth research, theory and practice in a technological age*. Pinter and Martin.
- Downe, S., Byrom, S., & Topalidou, A. (2019). Squaring the circle: why physiological labour and birth matter in a technological world. In S. Downe & S. Byrom (red.), *Squaring the circle* (s. 11-19). London Pinter and Martin Ltd.
- Espada-Trespalacios, X., Ojeda, F., Perez-Botella, M., Milà Villarroya, R., Bach Martinez, M., Figuls Soler, H., Anquela Sanz, I., Rodríguez Coll, P., & Escuriet, R. (2021). Oxytocin Administration in Low-Risk Women, a Retrospective Analysis of Birth and Neonatal Outcomes. *Int J Environ Res Public Health*, 18(8), 4375. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084375>
- Fahy, K (2008). Theorising birth territory. I K.Fahy, M. Foureur, C.Hastie (red.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for practice, education and research*. (utg, 1. s.11-20). Books for Midwives.
- Fahy, K., Foureur, M., & Hastie, C. (2008). *Birth territory and midwifery guardianship: theory for practice, education, and research*. Books for Midwives.
- Fahy, K & Hastie, C (2008). Midwifery guardianship: Reclaiming the sacred in birth. I K.Fahy, M. Foureur, C.Hastie (red.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for practice, education and research*. (utg, 1. s. 21-37). Books for Midwives.
- Fahy, K. & Parratt, J. (2006). Birth Territory: A theory for midwifery practice. *Women Birth*, 19(2), 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.05.001>
- Fahy, K., Parratt, J., Foureur, M., Hastie, C. (2011) Birth territory: a theory for midwifery practice. Theory for Midwifery Practice 2nd edn. Palgrave MacMillan Press. UK
- Fangen, K. (2022, 06. September). *Kvalitativ metode*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode>
- Feeley, C., Cooper, M., & Burns, E. (2021). A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth. *J Adv Nurs*, 77(7), 2942-2956. <https://doi.org/10.1111/jan.14720>



- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *Eur J Midwifery*, 2(May), 5-5.  
<https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Foureur, M. (2008). Creating birth space to enable undisturbed birth. I K.Fahy, M. Foureur, C.Hastie (red.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for practice, education and research*. (utg, 1. s.58-77). Books for Midwives.
- Georgsson, S., Ulfsdottir, H., & Saltvedt, S. (2018). Waterbirth in Sweden – a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 97(3), 341-348. <https://doi.org/10.1111/aogs.13286>
- Giorgi, A., & Aanstoos, C. M. (1985). *Phenomenology and psychological research: essays*. Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. Aantsoos, C.M. Giorgi, A. (red.), *Phenomenology and psychological research: essays*. (utg, 1). Duquesne University Press.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hals, E., Øian, P., Pirhonen, T., Gissler, M., Hjelle, S., Nilsen, E. B., Severinsen, A. M., Solsletten, C., Hartgill, T., & Pirhonen, J. (2010). A Multicenter Interventional Program to Reduce the Incidence of Anal Sphincter Tears. *Obstet Gynecol*, 116(4), 901-908. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181eda77a>
- Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. (2017). A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women Birth*, 30(5), 367-375.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.005>
- Helsedirektoratet (2010). *Et trygt fødetilbud: kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2022). *Tilgang på og behov for jordmødre*. 4.2 Estimert mangel på jordmødre. NAV. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre/behov-for-jordmodre/estimert-mangel-pa-jordmodre-nav>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). *En gledelig begivenhet. St.meld.12*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV- 1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, J., Burns, E. E., Regalia, A. L., Casarico, G., Boulton, M. G., & Smith, L. A. (2014). Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 17-17. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-17>
- Hildingsson, I., Cederlöf, L., & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth*, 24(3), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.12.003>
- International Confederation of Midwives (ICM). (2014). *Keeping Birth Normal*. Hentet 20. Januar 2023 fra [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf?fbclid=IwAR1h83KnYo3ro8Wk9YIegaaTgRO8eSUwZ9VR\\_X6SWKzfEUoneh3AKrnGmWY](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf?fbclid=IwAR1h83KnYo3ro8Wk9YIegaaTgRO8eSUwZ9VR_X6SWKzfEUoneh3AKrnGmWY)
- Kirkevold, M. (2020, 03. Februar). *Medikalisering*. Store Medisinske Leksikon. <https://sml.snl.no/medikalisering>
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Sage.
- Lain, K., Spydslaug, A.E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen I.P & Fodstad, K (2020, 17. Februar). Perineal skade og anal sfinkterskade ved fødsel. Legeforeningen.no. Veileder i fødselshjelp. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsel/>
- Lendahls, L., & Oscarsson, M. G. (2017). Midwifery students' experiences of simulation- and skills training. *Nurse Educ Today*, 50, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.005>

- Lewis, L., Hauck, Y. L., Butt, J., Western, C., Overing, H., Poletti, C., Priest, J., Hudd, D., & Thomson, B. (2018). Midwives' experience of their education, knowledge and practice around immersion in water for labour or birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 249-249. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1823-0>
- Lock, A., & Strong, T. (2010). *Social constructionism: sources and stirrings in theory and practice*. Cambridge University Press.
- Lundgren, I. & Dahl, B. (2022). Woman-centred care. I E. Aagaard Nøhr (Red.), Theories and perspectives for midwifery: A Nordic view (utg.1, s. 143-154). Studentlitteratur.
- Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract.* 1993;10(2):201-6
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforlaget.
- Maude, R. M., & Foureur, M. J. (2007). It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth. *Women Birth*, 20(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.10.005>
- Meyer, S. L., Weible, C. M., & Woeber, K. (2010). Perceptions and Practice of Waterbirth: A Survey of Georgia Midwives. *J Midwifery Womens Health*, 55(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.01.008>
- Miller, S. P., Abalos, E. M. D., Chamillard, M. M. D., Ciapponi, A. M., Colaci, D. M. D., Comandé, D. B. I. S., Diaz, V. M. D., Geller, S. P., Hanson, C. P., Langer, A. P., Manuelli, V. M. D., Millar, K. M. P. H., Morhason-Bello, I. M. D., Castro, C. P. P., Pileggi, V. N. M., Robinson, N. M. D., Skaer, M. M. P. H., Souza, J. P. P., Vogel, J. P. P., & Althabe, F. M. D. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Clinical Guideline 190: Intrapartum care for Healthy Woman and Babies*. NICE, London. Hentet 22. Desember 2022 fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- Nicholls, S., Hauck, Y. L., Bayes, S., & Butt, J. (2016). Exploring midwives' perception of confidence around facilitating water birth in Western Australia: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, *33*, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.010>
- Nielsen, K., Nielsen, M. B., Ogbonnaya, C., Käsälä, M., Saari, E., & Isaksson, K. (2017). Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta-analysis. *Work and stress*, *31*(2), 101-120. <https://doi.org/10.1080/02678373.2017.1304463>
- Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014). Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *59*(3), 286-319. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12194>
- Nyfløt, L.T, Aase, T.A., Jacobsen A.F., Pettersen, S. & Baghestan E. (2020, 18. Februar). Post partum blødning (PPH). Legeforeningen.no. Veileder i fødselshjelp. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/postpartum-blodning/>
- Odent, M. (2008). Birth territory: The besieged territory of the obstetrician. I K.Fahy, M. Foureur, C.Hastie (red.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for practice, education and research*. (utg. 1. s.131-147). Books for Midwives.
- Oslo Universitetssykehus (2022). *Vannfødsel og bruk av badekar under fødsel*. E-håndboken Oslo universitetssykehus. Hentet 17.Desember 2022 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/4494>
- Page, L (2008). Being a midwife to midwifery: Transforming midwifery services. I K.Fahy, M. Foureur, C.Hastie (red.), *Birth Territory and Midwifery Guardianship: Theory for practice, education and research*. (utg. 1, s. 115-129). Books for Midwives
- Poulsen, M. Ø., Madsen, M. L., Skriver-Møller, A.-C., & Overgaard, C. (2015). Does the Finnish intervention prevent obstetric anal sphincter injuries? A systematic review of

- the literature. *BMJ Open*, 5(9), e008346-e008346. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008346>
- Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135-139. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.135>
- Rothman, B. K. (1999). *The daughter of time on the paths to midwifery*. Midwifery today Int Midwife.
- Russell, K., Walsh, D., Scott, I., & McIntosh, T. (2014). Effecting change in midwives' waterbirth practice behaviours on labour ward: An action research study. *Midwifery*, 30(3), e96-e101. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.001>
- Skogheim, G., & Hanssen, T. A. (2015). Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting. *Sex Reprod Healthc*, 6(4), 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.001>
- Skogheim, G., & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(1). <https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qual Health Res*, 19(10), 1504-1516. <https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., Edqvist, M., & Georgsson, S. (2022). Management of the active second stage of labor in waterbirths compared with conventional births – a prospective cohort study. *Midwifery*, 107, 103283-103283. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103283>
- Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2019). Women's experiences of waterbirth compared with conventional uncomplicated births. *Midwifery*, 79, 102547-102547. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102547>
- Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2020). Testing the waters — A cross-sectional survey of views about waterbirth among Swedish health professionals. *Women Birth*, 33(2), 186-192. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.003>

Ullensvang, K., Sjøen, G.H., Sørbye, K.I., Bakkan, M.H. & Johnsen, H.H. (2020, 17. Februar). Smertelindring. Legeforeningen.no. Veileder i fødselshjelp. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/smertelindring/>

WHO. (1996). Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 24(2), 121-123. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>

## Vedlegg 1 - Intervjuguide

### Intervjuguide Masterprosjekt i Jordmorfag ved UiT

1. Kan du beskrive hvilke erfaringer du har med vannfødsel der du jobber?
2. Hvorfor tilbyr du vannfødsel til fødende kvinner?
3. Kan du fortelle om hvordan vannfødsler praktiseres på din arbeidsplass?
4. Hvordan tilrettelegger ledelsen for vannfødsel på din avdeling? For eksempel opplæring, utstyr, osv.
5. Møter du noen utfordringer i arbeidet med vannfødsel, hvis ja, hvilke?

## Vedlegg 2 - Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet «Jordmors erfaring med vannfødsel i Norge»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke jordmors erfaringer med vannfødsel i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Dette prosjektet gjennomføres i forbindelse med vår masteroppgave. Formålet er å undersøke jordmors erfaringer med vannfødsler i Norge. Dette ønsker vi å gjøre fordi vi mener det er et kunnskapshull når det kommer til jordmors erfaringer.

Problemstillingen vi har valgt å ta for oss i denne oppgaven er: *“Jordmors erfaring med vannfødsel i Norge”*

Ut ifra problemstillingen har vi utarbeidet to forskningsspørsmål som vi ønsker å finne svar på:

1. Hvilke holdninger har jordmor til vannfødsel?
2. Hvordan er det tilrettelagt for vannfødsel i norsk fødselsomsorg?

Opplysningene som innhentes skal kun brukes i forbindelse med dette prosjektet.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges arktiske universitet (UiT), helsevitenskaplige institutt.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vårt utvalg skal bestå av jordmødre som jobber med vannfødsler ved fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk i Norge. Vi ønsker å nå ut til minst to jordmødre fra hvert fødenivå, med ulike yrkeslengde.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Vi skal gjøre en kvalitativ studie med dybdeintervju. Vi ønsker å møte deltageren fysisk eller via teams og gjøre lydopptak av intervjuet. Hvis du velger å delta i undersøkelsen vil dette innebære at du setter av tid til å intervjues. Spørsmålene som stilles omhandler jordmors erfaring med vannfødsel og hvordan avdelingen tilrettelegger for at man skal kunne tilby dette.

Det vil også bli stilt noen få spørsmål om din bakgrunn som jordmor, slik at vi har mulighet til å beskrive utvalget vårt i vår masteroppgave. Informasjonen vil bli anonymisert slik at ingen deltagere kan gjenkjennes.

#### 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. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen/arbeidsgiver eller kollega.



### **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. Det er kun prosjektgruppen, som består av to jordmorstudenter som har tilgang til data som innhentes under intervjuet.

Personopplysninger som innhentes skal gjøres om til koder som skal registreres på et kodeark. Dette skal lagres adskilt fra resten av innhentet data.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 12.06.23. Etter dette slettes all rådata og det vil kun være mulig å innhente data som er brukt i oppgaven.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges arktiske universitet (UiT) 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, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Norges arktiske universitet ved jordmorstudent Sigrid Bjørkan Bøe (██████████) eller Nina Waaler (██████████). Veileder Ingvild Aune (██████████).
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold (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](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Ingvild Aune  
(Forsker/veileder)

Nina Waaler og Sigrid Bjørkan Bøe  
(jordmorstudent)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Jordmors erfaring med vannfødelse i Norsk fødselsomsorg» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju som blir tatt opp som lydfil
- at data som innhentes under intervjuet brukes i masterprosjektet

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

Samtykke vil bli hentet inn muntlig i starten av intervjuet

## Vedlegg 3 – Søknad NSD (Sikt)

### Meldeskjema

**Referansenummer**

662787

**Hvilke personopplysninger skal du behandle?**

---

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

**Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle**

Kjønn, yrke (jordmor, alle informantene har samme yrke), hvor lenge de har arbeidet som jordmor.

**Prosjektinformasjon**

---

**Prosjekttittel**

Jordmors erfaring med vannfødsel

**Prosjektbeskrivelse**

Dette er et masterprosjekt av to studenter ved Norges Arktiske Universitet (UiT) ved det helsefaglige institutt. Masteroppgaven som en del av master i Jordmorfag. Formålet med studien er å kartlegge jordmors erfaringer med vannfødsel i de forskjellige nivåene av fødeinstitusjoner vi har i Norge.

**Begrunn hvorfor det er nødvendig å behandle personopplysningene**

Lydopptak er den best egnede måten for datainnsamling

**Prosjektbeskrivelse**

[Prosjektbeskrivelse.pdf](#)

**Ekstern finansiering**

Ikke utfyllt

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Nina Waaler, [redacted], tlf: [redacted]

**Behandlingsansvar**

---

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Ingvild Aune, [redacted], tlf: [redacted]

**Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?**

Nei

## Utvalg 1

---

### Beskriv utvalget

Jordmødre som arbeider på norske fødeavdelinger

### Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

For å rekruttere jordmødre til vårt masterprosjekt vil vi først utarbeide et informasjonsskriv. Dette skrevet inneholder informasjon om studien, hva den innebærer for deltagere, hensikt og hvem vi ønsker å rekruttere. Dette skrevet vil bli sendt til ledelsen på utvalgte fødesteder. Det er ulikt fra fødested til fødested om man skal gå gjennom ledelsen, eller om det er akseptert å ta direkte kontakt med de ansatte. Likevel vil ledelsen få informasjonen slik at de er klar over prosjektet vårt. Fødestedene vil bli valgt ut basert på hvor i landet det vil være mulig for oss å gjennomføre intervjuer med personlig oppmøte uten store kostnader.

Informasjonsskrivet vil inneholde hvor mange jordmødre vi leter etter fra hver institusjon og at vi ønsker jordmødre med forskjellig ansiennitet til å delta. Leder vil deretter viderefremme informasjon om prosjektet til jordmødrene på avdelingen og gi tilbakemelding om de ønsker å delta. Leder gir tilbakemelding til oss i forskningsgruppen vedrørende engasjement for prosjektet. Hos de fødestedene hvor man ikke må gå gjennom ledelsen, vil vi ta kontakt på avdelingen selv og undersøke hvem som kunne tenkt seg å delta.

### Alder

25 - 70

### Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

## Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

### Personlig intervju

#### Vedlegg

[Intervjuguide.Masterprosjekt.docx](#)

### Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

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

## Informasjon for utvalg 1

### Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?

Ja

### Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

### Informasjonsskriv

[Informasjonsskriv.Samtykkeskjema.pdf](#)

## Tredjepersoner

---

### Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

## Dokumentasjon

---

### Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Muntlig

### Beskriv

Nettskjema.no, diktafon

### Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Informantene får kontaktinfo til de to ansvarlige masterstudentene og tar kontakt dersom de ønsker å trekke hele deltakelsen eller deler av intervjuet.

### Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

Informantene kan spørre om å få kopi av det transkriberte intervjuet og lese gjennom. Dersom informanten ser det er noe han/hun ønsker å slette eller fjerne så vil dette bli gjort.

### Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

## Tillatelser

---

### Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

- Annen godkjenning

### Annen godkjenning

Kun dersom sykehuset krever at ledelsen godkjenner prosjektet for at de ansatte kan kunne delta.

## Behandling

---

### Hvor behandles personopplysningene?

- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)

### Hvem behandler/har tilgang til personopplysningene?

- Student (studentprosjekt)
- Prosjektansvarlig
- Databehandler

### Hvilken databehandler har tilgang til personopplysningene?

Lydfilene lagres i nettskjema.no - diktafon ved UiO

Kun studentene har direkte tilgang til lydfilene; muntlig samtykke, intervju

Student og prosjektansvarlig: transkribert materiale

### Tilgjengeliggjøres personopplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

## Sikkerhet

---

### Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

### Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Flerfaktoraautentisering
- Adgangsbegrensning
- Andre sikkerhetstiltak

### Hvilke

Transkribert materiell lagres og bearbeides alltid fra UiTs server, Onedrive/Sharepoint 365, som veileder også har tilgang på. OneDrive 365 med to-faktor autentisering fungerer som et sikkert lagringssted. To-faktoraautentisering er autentisering eller pålogging med mer enn en faktor. Det betyr at i tillegg til brukernavn/ passord, kreves det en tilleggsfaktor for å godkjenne påloggingsforsøket.

Det skal ikke lagres eller behandles data fra privat maskin.

## Varighet

---

### Prosjektperiode

01.10.2022 - 12.06.2023

### Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data slettes (sletter rådataene)

### Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

# Vedlegg 4 – Datahåndteringsplan

## Jordmors erfaring med vannfødsel

Dette er et masterprosjekt av to studenter ved Norges Arktiske Universitet (UiT) ved det helsefaglige institutt. Masteroppgaven som en del av master i Jordmorfag. Formålet med studien er å kartlegge jordmors erfaringer med vannfødsel i de forskjellige nivåene av fødeinstitusjoner vi har i Norge.

### Fagfelt

Medisinske fag

### Forskningsansvarlig institusjon

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

### Prosjektvarighet

01.10.2022 — 30.11.2023

### Formål

Gjennom datasamling ved bruk av dybdeintervju ønsker vi å belyse Problemstillingen; "Jordmors erfaring med vannfødsel i Norge". Forskningsspørsmål: Hvilke holdninger har jordmor til vannfødsel? og Hvordan er det tilrettelagt for vannfødsel i norsk fødselsomsorg?

### Nytteverdi

Hensikten med dette studiet er å løfte jordmors erfaringer med å forløse barn i vann, altså vannfødsler. Vi ønsker også å undersøke jordmors holdninger til vannfødsler og hvordan jordmor mener at den norske fødselsomsorgen legger til rette for at vannfødsel skal være et godt tilbud. Vi har et søkt i litteratur og forskning rundt temaet vannfødsel og finner at det er et kunnskapshull dersom man ønsker å se det fra en jordmors perspektiv. Dette kunnskapshullet ønsker vi å bidra til å dekke med denne studien.

### Etiske retningslinjer

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Helsinkideklarasjonen
- Vancouveranbefalingene

## Lydfil

### Beskrivelse

Lydfil av intervju som transkriberes til tekst

### Datatype

Lyd, Tekst

### Språk

Norsk

### Nøkkelord

Vannfødsel, Jordmor, Kvalitativ forskning, Fødsel

### Data om personer

Ja

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

Nei

### Kategorier av personopplysninger

Alminnelige

### Utvalgets størrelse

10

### Konfidensialitetsklassifisering

Intern

### Kommentar

Lagres i UiO nettskjema.no: Lydopptak. Samtykke og intervju lagres i egen fil.

### Innsamlingsperiode

01.10.2022 — 01.12.2022

**Innsamlingsenheter**

- UiO Nettskjema

**Datakvalitet**

Datainnsamlingen følger UiTs anbefaling om å anvende Nettskjema diktafon mobilapp. Sikring av datakvalitet: vil gjennomgå test av utstyr før intervjuene igangsettes. Det vil bli tatt opp på to separate enheter for å ha en backup.

**Metode**

Intervju, Opptak, Transkripsjon

**Beskrivelse**

Vi skal gjøre semistrukturerte dybdeintervju med personlig oppmøte. Intervjuene skal taes opp som lydopptak med nettskjema sin diktafon app. De skal lagres i nettskjemas portal for sikker lagring. Lydfilene skal deretter transkriberes av forskningsgruppen og vi skal bruke systematisk tekstkondensering for å analysere data.

**Størrelse**

100 MB

**Kommentar**

Kun transkriberte materiale

**Format**

txt

**Programvare**

Microsoft word gjennom UiTs Microsoft Office 365 - Onedrive

**Kommentar**

lydfilene skal oppbevares i nettskjemas portal for sikker lagring for å sikre at kunn forskningsgruppen har tilgang til disse. De transkriberte intervjuene vil kunn lagres i Microsoft word gjennom UiTs Microsoft Office 365 - Onedrive som er UiTs portal for sikker lagring.

**Navnekonvensjoner**

Personopplysninger som innhentes før og under intervjuene skal kodes til tall og lagres på et separat skjema i UiTs portal for sikker lagring. Intervjuene vil bli lagret som intervju nr 1,2,3,4 osv. De vil ikke bli lagret med navn på jordmor eller lignende. Dette vil gjøres for å holde intervjuene adskilt og får at vi i forskningsgruppen skal kunne skille intervjuene fra hverandre og for å kunne gå tilbake til intervjuene dersom informanter ønsker å trekke seg.

**Kommentar**

Transkriberingen skal utføres av forskningsgruppen. Dette blir gjort kort tid etter at intervjuene er utført. Lydfilen skal førts spilles av for å gi inntrykk av essensen av innholdet i intervjuet. Deretter skal vi transkribere og sammenfelle dette med feltnotater.

**Lagring**

- Skytjeneste, institusjonsavtale

**Overføring**

- E-post, institusjon

**Kommentar**

Primært brukes UiT Microsoft Office 365 OneDrive - Sharepoint med tofaktor-autentisering 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 E-posten. Tilgang til materialet: vil kun være to masterstudenter og veileder.

**Arkivering**

Nei

# Vedlegg 5 - ROS-Analyse

## Prosjektinformasjon:

Prosjektnavn: Jordmors erfaring med vannfødsel i Norsk fiskebonnsorg  
 Studieretning og institutt: Master i jordmorfag, Helsevitenskapelige institutt  
 Studerte: Bjørkan, Signrid Bør, Waaler, Nina  
 Veileder(e): Aune, Ingvild

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoenemne)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)?	Riskonivå			Hva kan gjøres for å unngå dette (tiltak)?	Ansvarlig for oppfølging	Dato
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Risiko			
<b>Eksempel</b>	<b>Alle</b>	Forskningsdata blir uligverdig for utvalgte personer. Data kan medføre økonomiske tap, tap av tillit, brudd på personem eller et forskningsprosjekt (ryktes eller må avsluttes).	Prosjektledere bruker privat uskyr for å bestillere data fra prosjektet. Prosjektet blir ikke innregistrert som data eller sortert data ved lagring (skure Proccedure/orsirng) i godkjente områder. Sikkerhetsrutiner blir ikke fulgt eller er ikke godt nok opplyst om.	Brake "spor endringer"-funksjonen i Office for å se om noen har endret på dokumenter.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy		Norm Normsen	01.11.2023	
<b>1</b>	<b>Alle</b>	Rekruttering av informanter og innsamling av data senere før prosjektet er meldt inn til NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenter har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenter har ikke sett seg tilstrekkelig inn i IUT's retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Prosjektet skal godkjennes av NSD før oppstart. Dette er vi klar over og har fått tilstrekkelig informasjon fra skolen.	1	1	2			
<b>2</b>	<b>Alle</b>	Studenter innhenter ikke informert samtykke før innrykket gjøres.	Studenter glemmer å samle inn skriftlig samtykkeskjema før innrykket. Studenter glemmer å spørre etter muntlig samtykke på håndvideo-opptak før innrykket.	Vi vil ha en mal ferdig oss med innrykket og øverst der vil det stå at vi skal innhente samtykke. Data som en påhinner til oss selv.	1	2	3			
<b>3</b>	<b>Alle</b>	Lydvideoopptaker med innrykk kan komme på avveie/innsis	Opptaker blir borte før data er overført og sikret	Data overføres direkte til nettskjema.no med en gang.	1	2	3			
<b>4</b>	<b>Alle</b>	Studenter bruker privat oppskastusyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenter er ikke gjort kjent med at det ikke er lov å bruke privat uskyr. Studenter har ikke fått opplæring for ikke kjent med godkjente løsninger for oppsk. Det oppstår tekniske utfordringer i oppkastusjonen, som gjør at studenter må bruke privat uskyr for å gjennomføre innrykket.	Studenterne er godt kjent med regler for oppskast av innrykk.	1	1	2	Det er planlagt å bruke to oppkastenheter, dersom den ene ikke fungerer vil vi alltid ha en backup. Dersom begge enheter ikke fungerer vil innrykket bli usent.		

<b>Alle</b>	Personopplysninger kommer på avveie	Samnykkeklærning oppbevares ikke forskriftsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forskriftsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studenten bruker ikke godkjenne prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å sikre personopplysninger er for dårlig. Oppklæringen om prosedyrene er for dårlig. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.	Alt skal lagres i Uit onedrive office 365.	1	2	3
<b>Alle</b>	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.		1	1	2
<b>Alle</b>	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. Databinbrudd der data har blitt slettet av uvedkommende.	Intervjuene vil bli tatt opp av 2 enheter. Det er automatisk lagring i onedrive.	1	1	2
<b>Studenter som lagrer data i Office 365</b>	Lyddopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskyema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.	Vi bruker kun Uits onedrive for arbeid med masteroppgaven. Denne er godkjent	1	1	2
<b>Studenter som lagrer data i Office 365</b>	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 bekvemmelighets hensyn.				0
<b>Studenter som lagrer data i Office 365</b>	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.		1	1	2
<b>Studenter som lagrer data i Office 365</b>	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		1	1	2
<b>Studenter som skal lagre data i TSD</b>	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. Diktator/kamera med ukryptert materiale sikres ikke tilstrekkelig. evt. materialet slettes ikke på sikker måte. Data mellomlagres på privat datamaskin eller ikke godkjent minnepen. Data krypteres ikke med Zip før overføring, og er derfor sårbar ved overføring eller ved deling i TSD.				0



<p><b>Studenter som skal lagre data i TSD</b></p>	<p>Studenten lagrer persondata på feil område på TSD</p>	<p>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 dekkrypterer 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 besilles/administreres.</p>				0	
<p><b>Studenter som skal lagre data i TSD</b></p>	<p>Nettskjema/TSD kommer på avveie</p>	<p>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.</p>				0	
<p><b>Studenter som skal lagre data i TSD</b></p>	<p>Nettskjema/TSD Media Capture fungerer ikke, og dette medfører tap av forskningsdata</p>	<p>Teknisk svikt hos TSD. Studenten har ikke gjort søg klient med app eller utsyrt før opptak. Studenten har ikke gjort prøveopptak før innvilg.</p>				0	
<p><b>Studenter som skal lagre data i TSD</b></p>	<p>Nettskjema/TSD Media Capture er ikke tilgjengelig</p>	<p>Teknisk svikt/nedetid hos TSD.</p>				0	
<p><b>Alle</b></p>	<p>Resultat i oppgaven er ikke anonymisert</p>	<p>Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.</p>	<p>Studentene er kjent med hvilke informanter som deltar og hvilke informasjon som eventuelt kan være personidentifiserende. Vi vil ikke inkludere slik informasjon i resultatpresensasjonen av masteroppgaven.</p>	1	2	3	<p>Oppgaven vil alltid godkjennes av veileder før den publiseres, veileder er godt kjent med akademisk skriving og vil si ifra dersom resultatpresensasjonen ikke er tilstrekkelig anonymisert.</p>
<p><b>Alle</b></p>	<p>Masteroppgavens kvalitet kan skape integrasjonsproblemer for institusjonen.</p>	<p>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.</p>	<p>Dersom vi ikke får rekruttert hensiktsmessig utvalg i første omgang vil vi gjøre en ny rekruttering for å sikre oss dette.</p>	1	2	3	

