

En studie om hvilken kompetanse norske jordmødre mener er viktig ved fødeavdelinger og kvinneklinikker.

Anne Brunstad

Anne Brunstad Høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen, Institutt for videreutdanning, Jordmorutdanningen

Sammendrag

Jordmors arbeid har endret seg i takt med sentralisering, spesialisering og risikotenkningen. Fødselsomsorgen er i Norge inndelt i 3 kompetansenivåer. Hensikt med studien var å beskrive hvilken kompetanse jordmødre mente er viktig i fødesituasjoner, når de arbeidet på kvinneklinikker eller fødeavdelinger. Data ble samlet ved telefonintervju med 11 jordmødre, som arbeider på 4 ulike sykehus. Analyse av intervjuene skjedde ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Resultatet viste at jordmødrene vektla tre tema områder som viktig kompetanse ved fødsler; å få kvinnen til å føde, å gi rett hjelp til rett tid, å ta ansvar for egen fagutvikling. Jordmødrene i studien omtaler normal fødsel synonymt med spontan vaginal fødsel. De mente at mest mulig ro for kvinnen var viktig og tekniske hjelpemidler måtte en beherske og bruke med skjønn.

Referee*

Nøkkelord

jordmor, kompetanse, fødsler, kvalitativ innholdsanalyse.

Innledning

I takt med sentralisering er fødselsomsorgen blitt mer spesialisert og teknologiske hjelpemidler preger fødslene (Sandvik Blåka 1997). Teknologien påvirker tenkemåte, handlinger, og skaper utfordringer. Beck (1997) hevder risikoer er et produkt av vitenskap og teknologi, spesielt knyttet til problemer som skyldes teknologisk- økonomisk utvikling. Risikokalkyler har betydning for hvordan vi organiserer våre liv, og spesielt innen

fødselsomsorgen. Kjølørød (1993) omtaler dette som verstefallprinsippet, som blant annet handler om å ta ansvar for all risiko som kan oppstå under en fødsel. En ny forståelse for hvordan fødselen skal ivaretas har dermed vokst frem. Blåka (2002) hevder at medikalisering og teknologi kan frata kvinnen mulighet til en naturlig fødsel, samt selvbestemmelse. Når obstetriske komplikasjoner får stor oppmerksomhet, kan det føre til engstelse og hjelpeløshet, og gjøre kvinner avhengig av medisinsk teknologi (Kringeland og

Möller 2006). Kitzinger (2005) hevder at man i sin iver etter å gjøre fødselen tryggere, har sykeliggjort den. Den moderne fødselsomsorgen preges også av standardisering av tid og prosedyrer (Blåka 2002).

Internasjonale og nasjonale føringer

Endringene som er skissert er et internasjonalt fenomen. WHO har utarbeidet en definisjon på normal fødsel: *“Spontaneous in onset, low- risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition”* (WHO 1996: 3). WHO's Europa avdeling har i tillegg utarbeidet anbefalinger, som fremhever at fødselsomsorgen skal være basert på minst mulig bruk av legemidler, rutinemessige prosedyrer og den enkleste form for teknologiske hjelpemiddel, samtidig som sikkerheten skal ivaretas. Omsorgen skal være basert på et tverrfaglig samarbeid, der kvinnen involveres i beslutningsprosessen (Chalmers og Porter 2001). Kvinnens ønsker og forventninger vil derfor påvirke jordmødres arbeid. Studie viser at kvinner vektlegger gode kommunikasjonsferdigheter hos jordmor, og at de får støtte under fødselen (Nicholls og Webb 2006). Kvinnene ser dessuten gode kommunikasjonsferdigheter som en forutsetning for utøvelse av en trygg praksis (Butler, Fraser og Myrphy 2008). I tillegg forventer kvinnene faglig kunnskap og gode praktiske ferdigheter (Halldorsdottir og Karlsdottir 1996), at jordmor er trygg og pålitelig, har de rette holdningene og kan anvende oppdatert kunnskap. Begrepene fysiologisk fødsel, naturlig fødsel og normal fødsel brukes i ulike sammenhenger, og fysiologisk og naturlig fødsel kan oppfattes synonymt. Begrepet normal fødsel, oppfattes derimot ulikt

mellom ulike kulturer, tidsperioder og mellom fagpersoner i samme kultur (Reid 2007). Lavender og Kingdon (2006) hevder at naturlig fødsel ikke finnes, for alle kulturer påvirker fødselen på en eller annen måte.

På nasjonalt nivå påvirker strukturelle endringer jordmødrenes arbeidssituasjon. I 1997 kom Statens helsetilsyn i Norge med anbefalinger om å organisere fødeinstitusjoner i henhold til tre nivåer; Nivå 1: fødestuer med minimum 40 fødsler i året, et tilbud til kvinner uten kjente risikofaktorer. Kvinner som føder her kunne også ha født hjemme, dersom forholdene ellers lå til rette. Nivå 2: fødeavdelinger med 400-500 fødsler per år, her er fødsels, anestesilege og operasjonsstuebemanning tilgjengelig. De fleste kvinner kan føde her, unntatt der det forventes alvorlige komplikasjoner, eller den nyfødte må ha behandling. I noen tilfeller der komplikasjoner oppstår etter de er innlagt, skal disse kvinnene overføres til en kvinneklinikk. Nivå 3: kvinneklinikker med flere enn 1500 fødsler per år, her er fødsels, anestesilege og barnelege tilgjengelig samt barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte. Alle kvinner kan i prinsippet føde ved dette nivået (Statens helsetilsyn, faglige krav til fødeinstitusjoner, utredningsserie 1-1997). Anbefalingene er vedtatt, og legger vekt på god risikovurdering og seleksjon av kvinnen til rett nivå (St. meld. nr.43. 1999-2000 Akuttmeldingen).

Kompetanse

I NOU (1997:25) relateres begrepet kompetanse til en sammenheng der kunnskaper, ferdigheter og evner til å løse problemer eller utføre arbeidsoppgaver blir synlig. Ut fra dette ser man at begrepet inneholder både en teoretisk og en praktisk dimensjon. I følge Grimen (2008:72) er profesjonskunnskapen sammensatt og det teoretiske grunnlaget bygger på ulike vitenskaper, som for eksempel

naturvitenskap og samfunnsvitenskap. Den profesjonelle kompetansen er dessuten knyttet til tillit og en maktrelasjon (Molander og Terum 2008:14).

I Rammeplan for jordmorutdanning (Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning. Fastsatt 16. februar av Utdannings- og forskningsdepartementet 2004) og i ICM (International Confederation of Midwives) kompetansekrav, fremheves viktigheten av å fremme den normale fødsel, oppdage når den avviker fra det normale, skaffe nødvendig hjelp samt å iverksette hjelp ved for eksempel blødninger eller dersom barnets skuldre sitter fast etter at hode er født (International Confederation of Midwives 2002). En sentral kompetanse i faglige krav til fødeinstitusjoner er å selektene risikofødsler fra de normale forløpene (Statens helsetilsyn, faglige krav til fødeinstitusjoner, utredningsserie 1-1997). En forutsetning er at jordmor har tilstrekkelig kunnskaper slik at forståelsen av de ulike situasjonene blir vurdert korrekt, og rett tiltak blir utført. En kompetent jordmor har også utviklet et godt skjønn. Alvsvåg (2002:209) hevder dette krever kunnskap, faglig innsikt og erfaring slik at en i den konkrete situasjon vurderer og finner den beste måten og handle på. For jordmødre som arbeider med fødsler blir tidsfaktoren avgjørende, hun må vurdere å handle i løpet av kort tid, ofte uten og konferere med andre. I mange av de komplekse kliniske situasjonene må hun forutse konsekvensene av handlingene og ha flere handlingsalternativer, mens andre situasjoner krever bestemte prosedyrer. Krav til jordmors kompetanse vil være avhengig av arbeidsområde.

Jordmødre på en høyteknologisk avdeling i Norge, beskriver hvordan det var å arbeide i et miljø preget av et biomedisinsk og et fenomenologisk kunnskapssyn. De mente det var viktig å kunne sense hvor kvinnen var i fødselen, og ha evne til å være nær kvinnen uten å trenge seg på. Arbeidet

kunne oppleves som en kamp mellom disse to kunnskaps- tradisjonene, og de var redde for å miste sitt kliniske skjønn. Dette fremstilles som en ideologisk kamp mellom det biomedisinske synet, som representeres ved standardiserte prosedyrer, og det fenomenologiske perspektivet, som representerte bruk av kliniske skjønn (Blaaka og Eri 2008).

Hensikt med denne studien er å belyse hvilke kompetanse jordmødrene mener er viktig, når kontinuerlig risikovurdering skal gjøres, samtidig som minst mulig teknologi skal brukes, og samtidig fremme det en anser som normal fødsel. I dette spenningsfeltet skal jordmor utføre sitt arbeid på en forsvarlig måte, samtidig som kvinnen skal ha en god opplevelse. Studien kan også avdekke om jordmødrenes meninger samsvarer med helse myndighetenes føringer på området, og hvilke kompetanseområder som er felles på to ulike organisatoriske inndelinger; fødeavdeling og kvinneklinikk. Siden forsker selv er jordmor, ble det viktig at ikke mine synspunkt farget jordmødrenes meninger. For å unngå dette, ble det gått åpent ut med følgende problemstilling: Hva er viktig jordmorfaglige kompetanse på en fødeavdeling og kvinneklinikk?

Metode

For å belyse problemstillingen ble kvalitativt forskningsintervju benyttet. Metoden brukes for å innhente tanker, meninger og synspunkt med informantens egne ord (Kvale 1997). For å få bredde og variasjon i data ble jordmødre fra 4 ulike sykehus og med ulik erfaring valgt. Sykehus som tilhørte forskerens egen helseregion, som hadde nyutdannede jordmødre som arbeidet med fødsler ble valgt.

Jordmødrene i studien arbeider på to ulike fødenivåer; fødeavdelinger og

kvinneklinner, som i praksis er organisert på ulike måter. Noen arbeider på kombinerte føde- barsel avdeling, der var kvinner med både lav og høyrisiko på samme avdeling. Når kvinnen endret risikostatus ble fargekoder brukt, for å merke journalen. For eksempel en grønn fargekode for lavrisiko, rød fargekode for høyrisiko. Andre var på avdelinger der det kun var fødende, høgteknologiske kvinneklinner, der var kvinner med lav og høyrisiko. Noen sykehus hadde i tillegg egne lavrisikoavdeling i samme bygning. Dersom risikofaktorer oppstår hos kvinnen flyttes hun over til den høgteknologiske avdelingen. Selv om avdelingene er organisert forskjellig, er flere forhold like, for eksempel teknisk utstyr som infusjons pumper og CTG (kardiotokografi), et apparat som registrerer fosterets hjertelyd og rier. I tillegg gis epidural analgesi. Alle avdelingene hadde klinisk opplæring av jordmorstudentene.

Første kontakt med informantene skjedde via den jordmorfaglige ledelsen på sykehuset. De videresendte invitasjons og informasjonsskriv fra meg til jordmødrene. Der ble fremhevet; det var frivillig å delta, de kunne trekke seg fra studien uten å oppgi årsak, intervjuet ble tatt opp på minidisk, alle data ble anonymisert. De ble oppfordret til å ta kontakt. Noen tok direkte kontakt med meg. De andre fikk jeg kontakt med, ved at jordmorledelsen sendte e-post adressen til jordmødre som hadde meldt sin interesse til henne. Vi avtalte så tid for intervjuene.

Elleve jordmødre deltok, 4 hadde mellom 6 og 12 måneders erfaring og 7 mer enn 5 års erfaring. De nyutdannede skulle ha arbeidet minimum 6 måneder med fødsler før de ble inkludert, fordi jeg mener det tar tid å gå fra studentrollen og over i en selvstendig rolle som jordmor. I tillegg tar det tid å bli kjent på en ny arbeidsplass. De erfarne skulle ha arbeidet over 5 år i full stilling, fordi de da hadde erfart endringer innen fødselsomsorgen over en tidsperiode.

På grunn av geografiske forhold ble individuelle halvstrukturert telefonintervju benyttet som datainnsamlingsmetode. Det overordnede spørsmålet var: Hva mener du er viktig kompetanse hos en jordmor, som arbeider med fødsler på en fødeavdeling og kvinneklinikk? Oppfølgingsspørsmål ble stilt i forhold til det jordmødrene fortalte, og i forhold til det som de andre hadde sagt tidligere. Filene på minidisken ble slettet etter at intervjuene var transkribert ordrett av. Intervju og transkripsjon pågikk over flere måneder. I ettertid så jeg at de siste to intervjuene bekreftet de funn som jeg allerede hadde, men da var intervju avtaler gjort med jordmødrene.

Analyse av intervjuene skjedde ved kvalitativ innholdsanalyse. Hsieh og Shannon (2005) definerer dette som en metode der en subjektiv fortolkning av en tekst, kodes på en systematisk måte, der tema eller mønster identifiseres. Metoden ble valgt fordi alle data kodes, både hva jordmødrene sa (manifeste innholdet) og hva de snakket om (latente innholdet). Dataene i intervjuene kortes ned ved at de fortettes, samtidig som kjernen i teksten bevares, man har dermed foretatt en abstraksjon av teksten (Burnard 1996, Graneheim og Lundman 2004, Hsieh og Shannon 2005). Umiddelbart etter hvert intervju skrev jeg en oppsummering av det informantene sa, samtidig som jeg noterte stikkord om hva dette handlet om. Dette samsvarer med Kvale (1997), som mener analysen starter ved intervjuene. Hvert intervju som var transkribert ble lest flere ganger, på den måten fikk jeg oversikt over hva teksten handlet om. I marginen på hvert intervju ble det notert koder for å identifisere innholdet. Kodene ble deretter sammenlignet med stikkordene som jeg hadde notert umiddelbart etter hvert intervju. Kodene ble slått sammen til kategorier, som ble organisert i grupper, det ble temaområdene i resultatet (tabell 1). Sitater er valgt for å synliggjøre påliteligheten i funnene.

Tabell 1 Eksempel på meningsenheter til tema: Å få kvinnen til å føde

Rådata	koder	kategorier	tema
Fra du får henne inn må en tenke normalt, helt til vi ser – hører, bruker kompetansen vår og forstår at dette ikke er normalt lenger. Vi skal tilstrebe det normale hele tiden	Jordmors bevissthet	Jordmor har et klart mål	
Her tar vi CTG på alle som skal inn. Vi har snakket om økningen i bruken av CTG, og synes det er dumt	Prosedyrer versus skjønn	Dilemma for jordmor	Å få kvinnen til å føde
Vi har mange leger i avdelingen, hos oss kommer de på visitt til alle, men på ... der går de ikke før de blir tilkalt	Rutiner	Ønsker å skjerme kvinnen	

Prosjektet er godkjent av personvernombudet for Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste.

Funn

Analysen av data viste tre tema områder som representerte kompetansen jordmødrene mente var viktig på fødeavdelinger og kvinneklinikker. Det var; å få kvinnen til å føde, å gi rett hjelp til rett tid samt å ta ansvar for fagutvikling. Data viste også at ikke alle jordmødrene differensierte omsorgen til kvinnen, men hadde en rutinepreget tilnærming ved for eksempel å ta CTG på alle.

Å få kvinnen til å føde

Alle jordmødrene mente det var viktig å tilstrebe et normalt fødselsforløp både hos kvinner som i utgangspunktet var identifisert som lavrisiko, og hos de med identifiserte risikofaktorer. Jordmødrene trakk frem ulike faktorer for å få til dette, som å motivere kvinnen til å gå oppe, og tilby mat og drikke. Dette innebar at praktiske ferdigheter, for eksempel utvendig palpasjon av livmoren, og vaginal undersøkelse, ble utført etter skjønn. Noen mente at rutinemessig bruk av undersøkelser forstyrret kvinnen, samt at man måtte vite hvor hun var i fødselsforløpet, eller om hun var i fødsel, slik at hun ikke ble innlagt fortidlig eller unødvendig.

Sitatet fra en jordmor på en kvinneklinikk, viser at hun var bevisst på dette allerede fra innkomsten:

”Fra du får henne inn må en tenke normalt, helt til vi ser – hører, bruker kompetansen vår og forstår at dette ikke er normalt lenger. Vi skal tilstrebe det normale hele tiden”.

Alle jordmødre hadde en bevissthet om at man måtte forebygge risikofaktorer, eller redusere effekten av dem. Mest mulig ro rundt kvinnen var viktig. Noen av de erfarne trakk frem å lytte på fosterets hjertelyd, med trestetoskop som et tiltak. Jordmødrene brukte da mye tid på å lytte etter variasjon i fosterlyden, samtidig som de spurte kvinnene etter fosterets bevegelser. De mente bruk av trestetoskop var med på å bevare roen inne på fødestuen, samtidig som fokus ble på kvinnen, ikke på et apparat. En erfaren jordmor på en kvinneklinikk sa:

”Vi har gått bort fra innkomst CTG, vi lytter og vi lytter. Men det er klart, hører vi noe setter vi på en CTG”.

I forbindelse med dette fremhevet de samtidig at når tid ble brukt sammen med

kvinnen, var det med på å skape en god relasjon mellom dem. Sitatet over viser samtidig at tekniske hjelpemidler brukes med skjønn, CTG brukes når jordmor registrerer avvik i fosterets hjertelyd. Ikke alle avdelinger hadde sluttet med innkomst CTG på friske gravide. En erfaren jordmor på en annen kvinneklinikk sa:

”Vi tar CTG på alle. Vi har snakket om økningen i bruken av CTG, og syns det er dumt, samtidig er det jo et minstekrav at man kan en del om CTG. Epidural frekvensen har økt, så jeg syns ofte den (CTG apparatet) står på hele tiden, epidural hører til en normal fødsel. Kvinnen kommer i risikogruppen om de får epidural, de blir jo veldig lyserøde om de får epidural, men det baller jo på seg.”

Sitatet viser bekymring hos jordmor ved rutinemessig bruk av CTG testen, samtidig som det viser at epidural analgesi er så vanlig på avdelingen, at det blir sett på som et normalt inngrep under fødselen. Fargekoden på avdelingen er grønn for kvinner med lavrisiko, rød for de med høyrisiko. Sitatet viser at jordmor vet at kvinner med epidural analgesi skal ha rød fargekode. Mange jordmødre, uansett avdelinger og erfaring, trakk frem at det ble en ekstra utfordring å få kvinner som i utgangspunktet var i en lavrisikogruppe og ønsket epidural analgesi, til å føde spontant, for de fleste ønsker ble innfridd. Epidural analgesi var mye brukt, og fikk ulike konsekvenser. Noen kvinner ble flyttet til en annen avdeling for teknologisk overvåkning, andre ble værende på samme avdeling. Flere av jordmødrene mente det kunne være andre rutiner i avdelingen som hemmet en normal fødsel. Legevisitt til alle som var innlagt ble fremhevet som en uheldig rutine. En erfaren jordmor på en kvinneklinikk sa:

”Vi har mange leger i avdelingen, hos oss kommer de på visitt til alle, men på ... der går de ikke før de blir tilkalt. Det er viktig

å få støtte fra avdelingsoverlegen at det ikke er nødvendig å gå inn til de normale”.

Det ble stilt spørsmål ved hvorfor ikke legene rutinemessig også gikk til kvinnene som var på lavrisikoavdelingen, dit gikk de kun når de ble tilkalt. Noen trakk frem at dersom legen var usikker og kontrollerende, kunne dette påvirke jordmors arbeid på en negativ måte. Noen mente også det var uheldig at en rutinemessig tok fostervannet under fødselen.

Å gi rett hjelp til rett tid

Alle jordmødre mente et godt samarbeid med fødekvinnen var en viktig forutsetning for å gjøre en god jobb. Det var viktig å lytte til kvinnens verbale og nonverbale uttrykk. En god relasjon med kvinnen var viktig for å få viktig informasjon fra henne, men også for å skape tillit og støtte henne. Sitatet representerer flere av jordmødrene, og illustrerer at å gi rett hjelp til rett tid, handler ikke bare om å gi øyeblikkelig hjelp:

”For å utføre et godt arbeid må en ha en god kommunikasjon med kvinnen en skal hjelpe, ellers vil det gå utover det jordmorfaglige”.

Jordmødrene mente det var viktig å gi rett hjelp og støtte på rett tid, slik at fremdriften i fødselsprosessen ble god. Et godt samarbeid mellom dem, var viktig for å holde motet oppe hos kvinnen. I tillegg til å ha evne og vilje til å skape en god kommunikasjon, mente jordmødrene det var viktig å ha en fin og rolig adferd, vise kvinnen respekt, ha tro på henne, men også til tider være bestemt. De mente jordmors personlighet kunne påvirke samarbeidet med kvinnen. Jordmor måtte ha innsikt og oversikt i situasjonen, samtidig som de måtte være forberedt på at noe uventet kunne oppstå. Dersom det skjedde måtte de vite hva de skulle gjøre. Flere av de unge jordmødrene trakk frem betydningen av kompetanse i akutte situasjoner:

”Det er kjempeviktig at en har kompetanse i akutte situasjoner, som en ikke er oppe i så ofte. Når noe akutt oppstår må en håndtere det, eller få tak i en annen jordmor eller lege”

Selv om jordmødrene arbeidet på ulike fødenivå, fremhevet alle betydningene av å beherske tekniske hjelpemidler, som CTG, dråpetellere, tilkallingssystemer, eller utstyr ved forløsninger når en assisterte legen. Som en ser ut fra sitatet kan mangelfull kompetanse på området påvirke jordmors fokus for oppmerksomhet:

”Teknisk kompetanse må en ha, hvis de blir for vanskelig tar det oppmerksomheten bort fra det viktigste. Det tekniske må gå på skinner, for at en skal vie det minst mulig oppmerksomhet. Det er en del av vår hverdag, enten en liker det eller ikke.”

Selv om noen jordmødre mente det var viktig å lytte på fosterlyden ved normale fødsler, var det like viktig at de visste når de skulle koble på en CTG. Å tolke testen korrekt og oppdage forhold som avvek fra det normale var viktig. Samtidig ble det fremhevet at tolkningen kunne være vanskelig. Jordmor måtte ta hensyn til flere faktorer i tolkningen, som hvilken fødestilling kvinnen hadde, eller om hun brakk seg. Identifiserte de avvik ved CTG registreringen, var auskultasjon av fosterets hjertelyd, samtidig som de palperte kvinnens puls noe av det første de gjorde. CTG var et hjelpemiddel de ikke kunne stole fullt ut på, dette ble fremhevet av en erfaren jordmor:

”Hadde en kvinne der jeg var usikker på om det var fosterlyden jeg hørte, den var kjempehøy. Skjønte ikke hva jeg hørte for jeg klarte ikke å skille ut lyden. Da hørte jeg med trestetoskop, for å finne ut om det virkelig var fosterlyden jeg hørte.”

Sitatet viser at jordmor gjennom sin erfaring har opparbeidet et godt klinisk

skjønn, som brukes for å avklare hvilken hjelp hun skal gi. Når hun hørte denne raske lyden gjennom CTG apparatet ble hun usikker på hvilken lyd hun hørte. Hun bruker derfor trestetoskopet for å avklare om det virkelig var fosterets hjertelyd som slo så raskt.

Å ta ansvar for fagutvikling

Flere trakk frem at evne og vilje til å holde seg faglig oppdatert var en viktig kompetanse for den enkelte jordmor. Samtidig ble det understreket at det var viktig å ta ansvar for fagutviklingen i avdelingen. Denne evnen og viljen måtte en være bevisst på. På en avdeling der de hadde sluttet med rutinemessig bruk av CTG, var det vanlig at de erfarne tilbød den nyutdannede å lytte på fosterlyden sammen med henne, dersom hun var usikker. Greide man å skape et trygt fagmiljø i avdelingen, var dette noe som påvirket personale og kom kvinnen og barnet til gode. Noen avdelinger var organisert slik at der var en jordmor som hadde oversikt, koordinerte eller bisto de andre jordmødrene på hvert vaktskift. Oppgaven rullerte mellom jordmødrene, og de fikk innsyn i hverandres arbeid. Sitatet er fra en jordmor med femten års erfaring, som bisto en kollega:

”Når vi har hovedvakt da ser vi mye, både på godt og på vondt. Vi lærer mye når vi kommer inn på en stue, av og til tenker jeg – dette var lurt, andre ganger tenker jeg: nei og nei. Da må en lirke og foreslå ting.”

Alle avdelingene hadde fagutviklingsjordmødre, men funksjonene var forskjellige. Noen var sammen med jordmødrene i en fødesituasjon, for eksempel når det kom uerfarne jordmødre i avdelingen. Eller når andre jordmødre oppdaget en uheldig praksis utført av en kollega. Flere trakk frem å utvikle seg faglig handlet om å være engasjert, som å lese faglitteratur, delta på ulike fagfora i avdelingen, samt å delta på faglige møter

utenfor avdelingen. Fagutviklingsjordmødrene og studenter var sentrale personer, som stimulerte den enkelte og avdelingens faglige miljø. Fagutviklingsjordmødrene hjalp jordmødrene å finne oppdatert kunnskap, og satte fokus på spesielle forhold i avdelingen. De var også bindeleddet til overlegen, som de måtte ha på lag når de ønsket endring i praksis. Flere av de erfarne jordmødrene benyttet studenter til å finne litteratur på nettet. Studentene var ofte de som brakte nye tanker og synspunkter til avdelingen. De skapte diskusjon og engasjement i avdelingen, og fikk erfarne jordmødrene til å reflektere over egen praksis:

”Jordmorstudenter hever jo veldig vår kompetanse. For du må hele tiden være føre var, være oppdatert og tenke over hvordan du svarer og lærer fra deg. Jeg lærer mye av studenter for jeg skjærper meg sånn, de sier mange av mine kollegaer også.”

Ulike prosjekter i avdelingen engasjerte, samlet personalet, stimulerte til faglige diskusjoner og endret praksis. Prosjekter som ble trukket frem var blant annet utvikling av praktiske ferdigheter hos jordmødrene, for å unngå store rifter i mellomkjøttet. På mange avdelinger ble injeksjon av konakion (K-vitamin) gitt til barnet umiddelbart etter fødselen. En avdeling hadde et prosjekt der fokus var å fremme mor-barn tilknytning. Sitatet viser både at prosjekter engasjerer og endrer praksis:

”Bare vi har et prosjekt så engasjerer det folk enormt, hvis ikke blir det sånn brakk, vi går bare i våre egne spor. Nå gir vi for eksempel konakion når vi veier, vi legger konakion på vekten. Men vi gir selvfølgelig Konakion med en gang til et slapt barn.” Her ser man at jordmødrene bruker skjønn når injeksjon gis. Fikk de et slapt barn ble konakion gitt umiddelbart. Alle de andre fikk uforstyrret kontakt med mor helt til de ble veid. For å unngå at noen skulle

glemme å gi injeksjon, hadde avdelingen innført at injeksjon med Konakion ble lagt på vekten. De nyutdannede jordmødrene fremhevet det var viktig å følge prosedyrene på avdelingen, selv om de har lært noe annet:

”Vi må følge prosedyrene. Det å avnavle barnet umiddelbart... selv om vi har kunnskap må vi jo bare følge prosedyren. Vi har faktisk fått gjennomslag for ikke å avnavle med en gang ved normale fødsler, der gjør vi det litt senere”

Den nyutdanna hadde i dette tilfellet tatt opp rutinen til diskusjon med jordmødrene og legene på avdelingen, og fått endret praksis i forhold til kunnskap som hun hadde.

Drøfting

Av praktiske årsaker ble telefonintervju benyttet for å belyse problemstillingen. En ulempe med telefonintervju kan være at kroppsspråket ikke oppfattes av informantene eller forsker. På en annen side kan man ikke se bort fra at informantene føler seg ekstra fri, og dermed snakker lettere. Samtidig som vi avtale tid for intervjuet, fikk informantene vite hva vi skulle snakke om, de hadde derfor fått mulighet til å tenke igjennom hva de ville si. Nunkoosing (2005) hevder at der alltid er et element av makt i alle relasjoner, at man ikke kan være sikker på om opplysninger informanten gir er sanne. I dette tilfellet var det jeg som var avhengig av informasjon fra jordmødrene, i tillegg visste de hva samtalen dreide seg om. Dette kunne være årsak til at samtalen gikk lett med alle informantene. Slik jeg ser det var innholdsanalyse relevant i denne studien, fordi alle data i intervjuene ble integrert i et av temaområdene. En klar svakhet med studien er at jeg både har samlet og analysert dataene. Dette er noe som kan påvirke troverdigheten og

påliteligheten i funnene. For å ivareta troverdigheten ble alle intervju lest mange ganger, samtidig som jeg diskuterte med kollegaer. Påliteligheten av funnene er synliggjort ved bruk av sitater.

Å få kvinnen til å føde slik at hun ikke forløses med tang, vakuu eller keisersnitt, var både et viktig mål og en kompetanse for alle jordmødrene. Noen av jordmødrene la stor vekt på å skape ro rundt kvinnen, og skjerme henne for unødvendige forstyrrelser. Dette kom til uttrykk ved at tekniske hjelpemiddel, som CTG ikke ble brukt rutinemessig, men på indikasjon. På noen avdelinger ble CTG-testen derimot brukt rutinemessig, selv om forskning viser at kvinner med lav risiko ikke har nytte av undersøkelsen (Blix, Reinart, Klovning og Øian 2005). Dette er heller ikke i tråd med sentrale retningslinjer (Chalmers og Porter 2001, Eikeland, Blix, Øian, Henriksen, Yli, Haugeberg, Hjelle 2008). Årsaker kan skyldes utydelige faglige retningslinjer på avdelingen, eller utrygge jordmødre og manglende oppdatert kunnskap på området. Dette er heller ikke i tråd med kvinnens ønsker og forventninger til jordmor, for forskning viser at kvinnen ønsker at jordmor skal være oppdatert på ny kunnskap (Halldorsdottir og Karlsdottir 1996). På avdelingen der testen brukes på indikasjon, ser man de erfarne jordmødrene tilbyr sin assistanse, når den nyutdannede er usikker. Dette kan skape trygghet hos den nyutdannede, samtidig som det er med på å sikre at eventuelle avvik i fosterets hjertelyd oppdages. Dette kan bidra til at begge jordmødrene oppnår en faglig trygghet, samtidig som deres faglige skjønn utvikles. Man kan ikke se bort fra at der var andre årsaker til rutinemessig bruk av tekniske hjelpemidler, som for eksempel en konsekvens av verstefallprinsippet (Kjølørød 1993).

Samtidig mente jordmødrene at det er viktig å beherske tekniske hjelpemidler. En

av dem sa at dette må ”gå på skinner”, ellers tar det fokus fra det viktigste. Det kan synes som for denne jordmoren er det en selvfølge med god teknisk kompetanse, det viktigste var å skape trygghet og oppnå tillit hos fødekvinne. Alle jordmødrene fremhevet at en god relasjon med kvinnen var viktig. Både for å oppnå en spontan fødsel og for å gi rett hjelp til rett tid. Trygghet som kvinnen opplever er viktig for at det fødselsfremmende hormonet oksytosin skal utskilles tilstrekkelig. Det er dette hormonet som er drivkraften i fødselen. Jordmødrene vet dette har betydning både for det psykiske og medisinske fødselsutfallet. Dette samsvarer med andre studier, for en god opplevelse av fødselen er etter hvert blitt et viktig mål (Lavender og Kingdon 2006), og kan si mye om omsorgen som er gitt. Kontinuerlig støtte gir kvinnen større mulighet til å føde spontant, og en bedre fødselsopplevelse (Hodnett, Gates, Hofmeyr og Sakala 2007). Manglende støtte under fødselen er en faktor som øker risikoen for en traumatisk opplevelse, akutte keisersnitt og instrumentelle forløsninger (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson og Rådestad 2004). Man kan heller ikke utelukke at jordmødre som brukte mye tid på å lytte på fosteret hjertelyd, også hadde dette i tankene, for trygghet og kontinuitet i fødselsomsorgen er en viktig utfordring.

Jordmødrene i studien hadde ikke møtt kvinnene i svangerskapet. Selv om det er lokale tilpasninger i forhold til de nasjonale anbefalingene (Statens helsetilsyn, faglige krav til fødeinstitusjoner, utredningsserie 1-1997), ble noen kvinner overflyttet til ny avdeling når risikofaktorer oppsto. Å møte kvinnen i en kort tid i denne sårbare fasen, stiller store krav til jordmor. En god relasjon skal etableres samtidig skal hun ha innsikt og oversikt over situasjon, og kontinuerlig risikovurdering med minst mulige tekniske hjelpemidler skal utføres. Hvordan jordmor mestrer tekniske hjelpemidler kan påvirke

hennes trygghet, fokus for oppmerksomhet, og dermed kvaliteten av risikovurderingen som gjøres. De må vite når den enkelte undersøkelse skal gjøres, og ikke minst at de kan tolke funnene opp mot hverandre, og i forhold til den kliniske situasjon. For å ivareta dette må jordmor ha et godt klinisk skjønn. Funnene viser flere eksempler på at jordmødrene har et godt klinisk skjønn. Jordmoren som registrerte en rask fosterlyd på en kvinne som var tilkoblet CTG, brukte trestetoskopet for å bekrefte eller avkrefte funnet. Jordmødrene som hadde sluttet å gi den nyfødte Konakion umiddelbart, foretok en risikovurdering, når de identifiserer de "slappe" barna som bør få injeksjon raskt. Dette samsvarer med Molander og Terum (2007:20) som mener profesjonelle tjenester karakteriseres ved bruk av skjønn, fordi situasjonene ikke kan standardiseres. I den forbindelse kan man stille spørsmål om jordmødrene som ikke har en rutinepreget tilnærming, utvikler et bedre klinisk skjønn raskere.

Risikovurderingen som jordmor utfører kontinuerlig avspeiler seg også på andre måter, som for eksempel i forhold til bruk av smertelindring. Noen merket journalen med en farge kode og kvinnen ble værende på samme avdeling, mens andre ble overflyttet til en annen avdeling for CTG overvåkning. Dette ble spesielt tydelig der epidural analgesi ble gitt til lav risiko kvinner etter hennes ønske. Når jordmoren klassifiserte kvinner som fikk epidural i en "lyserød" gruppe, kan det avspeile at epidural analgesi er en så vanlig form for smertelindring at det oppfattes som normalt. Om dette avspeiler jordmors personlige holdning eller avdelingens er usikkert. Men det kan relateres til Lavender og Kingdon (2006) som mener normal fødsel varierer over tid og i ulike kulturer. Det kan også være et uttrykk for en teknologisering av fødslene (Sandvik Blåka 1997, Blåka 2002).

Minst mulig intervensjon og kvinnens medbestemmelse (Chalmers og Porter 2001), kan gi jordmødrene utfordringer. Man kan ikke utelukke at det oppleves som et dilemma for jordmor, når ønske om epidural analgesi kommer fra en kvinne som i utgangspunktet er i lavrisiko gruppen. Kvinnens ønske harmonerer da ikke med jordmors faglige forståelse, studie viser at selv om epidural analgesi er effektiv, økes forekomsten av instrumentelle vaginale forløsninger (Anim- Somula, Smyth og Howell 2004). Jordmor forstår hvordan epidural analgesi påvirker fødselsforløpet, men ønsker å etterkomme kvinnens ønske. Samtidig viser studie at kvinner har stor tillit til at jordmødrene gir den best tilgjengelige omsorg, basert på oppdatert forskning (Sandin Bojöö, Larsson og Hall-Lord 2008). Man kan heller ikke se bort fra at kvinnens ønske om epidural kan være en konsekvens av engstelse eller liten tiltro til egen mestrings evne. Jordmor må ta kvinnens ønske alvorlig, og forsikre seg om at det er veloverveid og at beslutningen er tatt på relevant informasjon. Rett til medvirkning og informasjon (Pasientrettighetsloven) samt kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven) er også relevante føringer. Samtidig må man ikke forveksle medbestemmelse med bestemmelse. Jordmor var bevisst på at kvinnen gikk over i en risikogruppe. Uttrykket "balle på seg", viser at jordmor vet at mange av disse kvinnene får ri svekkelse og har mindre mulighet til å føde spontant. Epidural analgesi er en intervensjon som ofte fører til andre intervensjoner som for eksempel stimulering av rier med syntetisk oksytosin. At man behersker de tekniske hjelpemidlene kan være en viktig faktor for at kvinnen skal føle seg trygg og ha tillit til jordmor. Betydningen av å skape et godt samarbeid med kvinnen og fremme en spontan fødsel, var viktig også her. Jordmor må ha innsikt og oversikt i de ulike faktorene som påvirker hverandre i fødselsforløpet. Uten god forståelse for anatomiske og fysiologiske forhold, vet

ikke jordmor hva hun skal observere, hun forstår heller ikke hva hun ser, hører eller kjenner. Dette kan også overføres til andre studier som viser at det er viktig at jordmor kan sense situasjon til kvinnen (Blaaka og Eri 2008).

Jordmors nærvær er viktig for å bevare og beskytte en fysiologisk fødsels- prosess, men ikke minst for at hun skal oppdage når fødselen beveget seg bort fra det normale. Dette er en forutsetning for at hun skal kunne gi rett hjelp til rett tid. Spesielt de nyutdannede jordmødrene trakk frem hjelp i akutte tilfeller. Dette var nok like viktig for de erfarne, men når man har arbeidet i over fem år med fødsler, så har en fått prøvd seg i ulike situasjoner. Avdelingene hadde dessuten faste treningsprogram i akutte situasjoner, som de har deltatt i. Flere av de erfarne trakk frem praktiske ferdigheter som Leopolds håndgrep og vaginal undersøkning. Det var ikke nok å vite hvordan disse skulle utføres, like viktig var hvorfor, og når de skulle utføres. Funnene måtte tolkes i den kliniske situasjon kvinnen befant seg i. En erfaren jordmor vil vurdere funn etter en vaginal undersøkelse og Leopolds håndgrep ulikt i forhold til om kvinnen er førstegangs-fødende eller flergangsfødende. Dette kan settes i sammenheng med at de mente det var viktig å ikke legge kvinnen inn fortidlig eller unødvendig.

Et godt samarbeid med legene på avdelingen var viktig for alle. Det kan være en avgjørende faktor at alle spiller på lag, når man tilstreber en normal fødsel. Blåka (2002) mener at arbeidsfordeling mellom fødsels lege og jordmor kan være preget av et kjønns og maktforhold, og samtidig av samspill og motspill. Jordmødrene kan ha oppfattet det som manglende tillit når legene ønsket å gå visitt til alle kvinner på den høgteknologiske avdelingen, også til de med lavrisiko, mens de bare gikk når de ble tilkalt på den avdelingen. Men det kan like gjerne være gammel vane, eller liten

bevissthet om hvordan egen praksis kan påvirke andres arbeid. Man kan heller ikke se bort fra at det kan være en konsekvens av verstefalltenkning (Kjølørød 1993). Dette kan samsvare med studien der jordmødre opplevde at ulike kunnskaps syn utspilte seg på fødestuen (Blaaka og Eri 2008). Studier utført i andre kulturer kan ikke uten videre overføres til vår. Samtidig må en være oppmerksom på at studier som har undersøkt forskjellen mellom jordmor-ledede avdelinger og andre modeller viste at kvinner hadde større sjanse til å føde spontant og få en god ammestart når avdelingen var jordmor- ledet (Hatem, Sandall, Devane, Soltani og Gates 2008).

Jordmødrene i studien ser på evnene og viljen til fagutvikling som en personlig kompetanse, samtidig som dette er noe avdelingen må stimulere til. Dette samsvarer med andre studier som viser at organisasjon må legge til rette for kompetanseutvikling, ved at den enkelte får synliggjøre sine kunnskaper og ferdigheter (Ashton 2004). Noe av det som kjennetegner jordmors arbeid er at hun arbeider mye alene inne på fødestuene. I min studie så kunne det synes som det var særlig de største avdelingene som var organisert på en slik måte at jordmødrene fikk innsyn i hverandres arbeid. Når jordmødrene fikk synliggjort sine ferdigheter overfor hovedvakt eller koordinator fikk begge en mulighet til faglig utvikling i sitt daglige arbeid. Her ser man at jordmor tar ansvar både for sin egen og andres fagutvikling. Jordmødrene trakk også frem prosjekter i avdelingen som en viktig faktor til faglig utvikling og for å unngå faglig forvitring, samtidig som omsorgen for kvinnen og barnet bedres. Kontaktjordmødre og studenter var viktige personer som utfordret både evnen og viljen hos jordmødrene til fagutvikling, samt at det var de nyutdannede som tok prosedyrer opp til diskusjon.

Konklusjon.

Studien viser tre temaområder som indikerer viktig kompetanse for jordmødre. Første tema viser at jordmødrene tilstreber at alle kvinner skal oppnå en spontan vaginal fødsel, slik at hun unngår operativ forløsning. De omtaler normal fødsel synonymt med spontan vaginal fødsel. De mente mest mulig ro for kvinnen var viktig, samtidig som effekten av risikofaktorer måtte elimineres. Der var ulik bruk av teknologiske hjelpemidler, noen brukte den rutinemessig, andre ved indikasjon. Dette temaområdet avdekket dermed at ikke alle utførte en praksis som er i tråd med sentrale retningslinjer. Rutiner som trekkes frem som kan forstyrre fødekvinnen, er lege visitt til alle kvinnene i avdelingen, eller at fostervannet ble tatt.

Andre tema handler om at jordmor må ha evne og vilje til å skape en god relasjon til kvinnen. Dette kan ha betydning for fysiologiske forhold under fødselen. Jordmor må anvende faglig skjønn og vurdere når tekniske hjelpemidler skal brukes. Jordmors innsikt og oversikt i situasjon påvirker støtten og hjelpen kvinnen får, og om hun oppdager når fødselen avviker fra det normale, slik at rett hjelp blir gitt til rett tid. De nyutdannede jordmødrene fremhever at i tillegg til å mestre akutte situasjoner, må de vite hvem de skal tilkalle og hvordan dette gjøres.

Tredje tema viser at jordmødrene tar ansvar for fagutvikling både på et personlig og organisatorisk plan. Innsyn i hverandres arbeid, samt studenter og prosjekter i avdelingen var viktig for deres faglige utvikling. Tema viser samtidig at prosedyrer ikke alltid samsvarer med kunnskap som de nyutdannede har, men at praksis kan endres når en har medspillere.

Studiens betydning for praksis.

Jordmødrene som arbeider med fødsler i spesialisthelsetjenesten må beherske tekniske hjelpemidler, samtidig må man reflektere over hvordan teknologi og en prosedyrepreget praksis påvirker utvikling av kliniske skjønn.

Jordmødrene i studien har en annen oppfatning enn WHO's (1996) definisjon av normal fødsel. Ut fra den blir for eksempel alle kvinner som får epidural analgesi definert bort fra normal fødsel, selv om mange føder spontant. Crabtree (2004:85) mener man heller skal ha et større fokus på fysiologisk fødsel, fordi begrepet normal fødsel er så uklart. Mer kunnskap og større bevissthet om den fysiologiske fødselens betydning for kvinnens og barnets helse, er nødvendig. Slik jeg ser det hadde det vært nyttig med en redefinisjon og en felles nordisk forståelse av begrepet innhold. Både for å kunne sammenligne forskning på området, men også som en erkjennelse om at teknologi er en del av jordmors hverdag.

Studien viser også at ikke alle har like stor bevissthet om hvordan rutiner i avdelingen påvirker et fødselsforløp. Jordmødrene må ha god innsikt i hva som fremmer eller hemmer en spontan vaginal fødsel, og ønsker de endringer må dette tas opp med rett person.

Studien viser også at man kan stille spørsmål om ikke risiko kategoriene bør inndeles i tre. Ikke bare rød (høyrisiko) og grønn (lavrisiko), men at der blir en kategori midt i mellom, som for eksempel samme prinsipp som våre trafikklys.

Takk

Til Høgskolelektorene; Ragnhild Sollesnes, Ine Grønbek Dyngeland og Olbjørg Skutle for konstruktiv tilbakemeldinger og diskusjoner.

Litteratur

- Anim-Somuah, M. Smyth, RMD. Howell CJ. (2005) Epidural versus non-epidural or no analgesi in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art.No.: CD00331
- Ashton, D. (2004) The impact of organisational structure and practices on learning in the workplace. *International Journal of Training and Development*, 8 (1): 43-53
- Alvsvåg, H. (2002) Klinisk skjønn. I Bjørk, IT. Helseth, S. Nortvedt, F. (red). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Otta: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 208- 221
- Beck, U. (1997) *Risiko og frihet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Blåka, G. (2002) *Grunnlagstenkning i et kvinnefag, teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Blaaka, G. og Eri, TS. (2008) Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24: 344-352
- Blix, E. Reinart, LM. Klovning, A. og Øian, P. (2005) Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. *BJOG*, 112: 1595-1604
- Butler, M. Fraser, D. og Myrphy R. (2008) What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration? *Midwifery*, 24: 260-269
- Burnard, P. (1996) Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16: 278-281
- Chalmers, B. og Porter, R. (2001) Assessing effective care in normal labor: The Bologna Score. *Birth*, 28 (2): 79-83
- Crabtree, S. (2004). Midwives konstrukting normal birth. I Downe, S. (red). *Normal Birth: Evidence and Debate*. Churchill Livingstone, Edinburgh, p.85-99
- Eikeland, T. Blix, E. Øian, P. Henriksen, T. Yli, BM. Haugeberg, B. og Hjelle, S. (2008) CTG i graviditet og innkomsttest. I: Veileder i fødselshjelp. Kapittel 21. Norsk gynekologisk forening. <http://www.legeforeningen.no>
- Graneheim, UH. og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: 105-112
- Grimen, H. (2008) Profesjon og kunnskap. I Molander, A. og Terum, LI. (red). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s.71-86
- Halldorsdottir, S. og Karlsdottir, SI. (1996) Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12: 48-61
- Hatem, M. Sandall, J. Devane, D. Soltani, H. og Gates, S. (2008) Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art.No.: CD004667
- Hsieh, H-F. og Shannon, S. (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15 (9): 1277-1288
- Hodnett, ED. Gates, S. Hofmeyr, GJ. og Sakala, C. (2007) Continues support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art.No.: CD003766 <http://www.internationalmidwives.org>
- Kitzinger, S. (2005) *The politics of birth*. Edinburgh: Elsevier.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Otta: Gyldendal Akademiske
- Kjølrsrød, L. (1993) *Jordmor der mor bor en sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kringeland, T. og Möller, A. (2006) Risk and security in childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (4): 185-191
- Lavender, T. og Kingdon, C. (2006) Keeping birth normal I: Page LA,

- McCandlish R, red. *The new midwifery: science and sensitivity in midwifery practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone, s.227-250
- Lovdata. Lov 1999-07-02 nr.63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>
- Lovdata. Lov 1999-07-02 nr.64: Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>
- Molander, A og Terum, L-I. (2008) Profesjonsstudier – en introduksjon. I Molander, A. og Terum, LI. (red). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s.13- 27
- Nicholls, L. Webb, C. (2006) What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research, *Journal og Advanced Nursing* 56(4): 414-429
- NOU 1997: 25. *Ny kompetanse*. Oslo: Kirke- Utdannings- og Forskningsdepartementet
- Nunokoosing, K. (2005) The Problems with Interviews. *Qualitative Health Research*, 15 (5): 698-706
- Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning. Fastsatt 16. februar av Utdannings- og forskningsdepartementet 2004.
- Reid, L. (2007) Best practice: aims and realities. I: Reid L. red. *Midwifery freedom to practise? An international exploration of midwifery practice*. Edinburg: Churchill Livingstone, s. 9-29
- Sandvik Blåka, G. (1997) *Moderskap og fødselsarbeid, diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sandin Bojö, A-K. Larsson, BW. Og Hall-Lord, M-L. (2008) Women's perception of intrapartal care in relation to WHO recommendations. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 2993-
- Statens helsetilsyn, faglige krav til fødeinstitusjoner 1-97 utredningsserie. IK-2565
- St.meld.nr.43 (1999-2000) *Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap*. Helse- og omsorgsdepartement
- Waldenström, U. Hildingsson, I. Rupertsson, C. Rådestad, I. (2004) A negative Birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 1: 17-27
- WHO (1996) *Safe Motherhood. Care in normal birth: a practical guide*. Report of a technical working group. Geneva: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, Division of Reproductive Health.