



Høgskulen på Vestlandet

JOR508, Masteroppgave

JOR508

Predefinert informasjon

Startdato:	27-04-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	04-05-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 JOR508 1 O 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 501

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7000

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 8

Andre medlemmer i gruppen: 516

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Intervju med jordmødre om innkomst-CTG
på lavrisikofødende- en kvalitativ studie

Qualitative interview of midwives regarding
admission CTG on low-risk women.

Kandidatnummer: 516 og 501

JOR508 Masteroppgave
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Master i jordmorfag
Innlevert: 04.05.18

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

FORORD

I løpet av jordmorutdanningen har det blitt fokusert mye på kunnskapsbasert praksis. Da vi fikk høre om dette prosjektet tenkte vi det kunne være et interessant prosjekt å ta videre. Studien er et bestillingsoppdrag fra et stort sykehus i Norge. Fagjordmor, avdelingsjordmor og enhetsleder har vært informert om prosessen.

Studien er gjennomført ved Høgskolen på Vestlandet i Bergen. Masteroppgaven er en del av jordmorutdanningen, Master i Jordmorfag. Vi vil gjerne takke alle informantene for at de stilte til intervju. Vi vil takke veiledere for gode tilbakemeldinger. Sist men ikke minst vil vi takke hverandre og venner og familie som har vært tålmodige med oss i denne prosessen.

Stavanger, mai 2018

SAMMENDRAG

Både internasjonale og nasjonale retningslinjer anbefaler at man lytter intermitterende på lavrisikofødende i stedet for å ta rutinemessig innkomst-CTG. En klinisk audit fra 2016 fant at 77 % av lavrisikofødende på et stort sykehus i Norge fikk utført CTG ved innkomst. Studier viser at innkomst-CTG på lavrisikofødende kan øke risikoen for unødvendige intervensjoner i fødsel og gir økt sjans for keisersnitt. Den kliniske auditen konkluderte derfor med at jordmødre ikke fulgte satt standard for praksis.

Vi gjennomførte kvalitative individuelle intervjuer for å forsøke å finne ut hvorfor jordmødre tar innkomst-CTG uten indikasjon. Hensikten med studien er at funnene skal kunne brukes i kvalitetsforbedringsarbeid og forbedre kvaliteten på våre tjenester.

Utvalget var 8 jordmødre med forskjellige erfaringer. Ved å utføre kvalitative intervjuer fikk vi mulighet til å gå i dybden av teamet. Analyseprosessen ble utført i tråd med Malteruds tekstkondensering.

Våre funn viser at jordmødre bruker innkomst-CTG som en ekstra trygghet, de er bekymret for juridiske konsekvenser og opplever CTG som et bedre verktøy for dokumentasjon. Noen av jordmødrene sier de er blitt farget av å arbeide med mye patologi og greier derfor alle under en kam. Flere av jordmødrene skylder på gammel vane og noen innrømmer at de gjør det for seg selv og ikke for kvinnen eller barnet.

Nøkkelord: Jordmødre, innkomst-CTG, kvalitativ metode, kunnskapsbasert praksis, lavrisikofødende.

SUMMARY

Both international and national guidelines recommend intermittent auscultation on low risk women in admission for labour. A clinical audit from 2016 found that 77% of low risk women in a big hospital in Norway got CTG on admission. Studies have found that when low risk women have a routine CTG on admission, the risk of interventions and cesarean section increases. What the clinical audit found was that midwives did not work in line with evidence- based guidelines.

To get in depth of why midwives take this routine test without indications, we conducted individuell qualitative interviews. The aim of this study is that the findings can be used to identify appropriate implementing strategies.

Our sample was eight midwives with different work experience. By conducting qualitative interviews we wanted to go in depth of this subject. The analysis process was in line with Malteruds textcondensation.

The findings show that midwives use admission-CTG because they want extra safety. They are worried about legal consequences and believe that CTG is a better tool for documenting. Some of them feel colored by working with pathology, and therefore take admission-CTG on every women. Several of the midwives admit to take admission-CTG because of old habit. Some even admit to take admission-CTG because they want it for themselves, not because the women or unborn child need it.

Keywords: Midwives, admission-CTG, kvalitative method, evidence- based practice, low risk women.

Innholdsfortegnelse

1.1 Bakgrunn.....	1
2.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	4
2.1 Begrepet «normal fødsel»	4
2.2 Demedikalisering.....	4
2.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	6
3.0 METODE.....	7
3.1 Kvalitativ metode	7
3.2 Forforståelse	7
3.3 Utvalg og rekruttering.....	7
3.4 Datainnsamling.....	8
4.0 ANALYSE.....	9
4.1 Transkribering	9
4.2 Analysetrinnene	9
4.3 Forskningsetiske overveielser	12
5.0 FUNN	13
6.0 DISKUSJON.....	20
6.1 Det blir gjort mest for sikkerhetsskyld	20
6.2 Vi vet at vi ikke skal, men gjør det likevel	23
6.3 Metodediskusjon.....	25
6.4 Pålitelighet og gyldighet	25
6.4.1 Veien videre.....	26
7.0 KONKLUSJON	27
LITTERATURLISTE	28
Vedlegg 1: Intervjuguide	
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	
Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse og samtykkeskjema	
Vedlegg 4: Følg brev til redaktør	
Vedlegg 5: Forfatterveiledning til sykepleien forskning	

ARTIKKEL

TABELLER

Tabell 1- Analyseprosessen med trinnene fra Malteruds tekstkondensering	11
Tabell 2- Kategori 1 med tilhørende kodegruppe, subgrupper og tilhørende utvalgte sitater	14
Tabell 3- Kategori 2 med tilhørende kodegruppe, subgrupper og tilhørende utvalgte sitater	15
Tabell 4- Kategori 1. Våre funn med kodegruppe, subgrupper, meningsbærende enheter og kondensat	16
Tabell 5- Kategori 2. Våre funn med kodegruppe, subgrupper, meningsbærende enheter og kondensat	18

1.0 INTRODUKSJON

Studien ønsker å belyse hvorfor jordmødre tar innkomst-CTG på lavrisikofødende uten indikasjon. Vi gjennomførte kvalitative intervjuer av jordmødre. Studien er en oppfølging etter en kartleggingsstudie utført ved et stort sykehus i Norge. Denne studien viste at 77 % av alle kvinner som er differensiert i “lavrisiko”-gruppen ble tilkoblet CTG ved innleggelse i fødeavdelingen (Nese & Jørandli, 2016). Resultatene viste at det var diskrepans mellom reell praksis og kunnskapsbaserte anbefalinger for praksis. Ledelsen ved det aktuelle sykehuset ønsket derfor å undersøke dette nærmere, slik at riktige tiltak kan iverksettes i en kvalitetsforbedringsprosess. Oppgaven er todelt, kappe og artikkel. I kappen blir temaet, hensikten og problemstillingen presentert. Deretter presenteres teori, som danner rammeverket for studien. Analyseprosessen blir presentert i metoddelen. Funnene blir representert med utgangspunkt i teori og tidligere forskning. Den empiriske studien presenteres i artikkelen. Artikkelen ønskes publisert i tidsskriftet Sykepleien Forskning.

1.1 Bakgrunn

I svangerskap og fødsel bruker vi Cardiotocography (CTG) til å overvåke barnet. Dette hjelpemiddelet ble først tatt i bruk på 1980-tallet. Screeningtesten ble innført som en rutine etter en studie utført av Ingemarsson et al. (1986) som viste at innkomst-CTG kunne forutsi føtalt stress hos lavrisikofødende. Hensikten med denne metoden var derfor at den skulle kunne fange opp fostre som var i risiko for å pådra seg oksygenmangel under fødsel. (Blix, Reinart & Øian, 2016; Blix, Øian & Tegnander, 2017, s. 509). I etterkant av innføringen av innkomst-CTG er det gjort mange randomiserte kontrollerte studier og systematiske oversikter som måler effekten av rutinetesten. De nyere studiene viser midlertidig at rutinemessig CTG for fosterovervåking ikke har den effekten man ønsket på lavrisikofødende, og at risikoen for intervensjon i den normale fødselen økte (Blix, Reinart, Klovning & Oian, 2005; Cheyne, Dunlop, Shield & Mathers, 2003; Devane et al., 2017; Gourounti & Sandall, 2007; Impey et al., 2003; Mires et al., 2001; Mitchell, 2008). Dagens anbefaling for praksis er derfor at det ikke skal gjennomføres rutinemessig innkomst CTG av friske gravide kvinner. Anbefalingene for friske gravide er derfor intermitterende lytting med enten jordmorstetoskop håndholdt doppler ved innleggelse i fødsel og videre CTG ved indikasjon (Helsedirektoratet, 2010a, s. 25; NICE, 2017; Norsk gynekologisk forening, 2014; World Health Organisation, 2018, s. 4). Intermitterende lytting er utvendig lytting av fosterets hjertelyd (Baston, 2014, s.

194). Friske gravide kvinner defineres til å være kvinner som har hatt et normalt svangerskap og tidligere normale svangerskap og fødsler (Helsedirektoratet, 2010a, s. 30).

I Norge selekteres kvinner ut i fra om de har et lav- eller høyrisikosvangerskap. Kvinner med et lavrisikosvangerskap har ingen kjente faktorer som gir dem økt risiko for komplikasjoner. Kvinner med et høyrisikosvangerskap har økt risiko for komplikasjoner både i svangerskap og fødsel (Helsedirektoratet, 2010a, s. 26). Den teknologiske utviklingen gjør at vi kan ha bedre overvåkning og kontroll over kvinner med risiko. Dette medfører at kvinner som tidligere ikke kunne føde barn på grunn av sykdommer og kompliserte lidelser, nå kan føde. Vi har tre nivåer i Norge: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Hensikten med selekteringen av fødekvinnene er at alle kvinner skal få et differensiert tilbud, hvor risikoen må vurderes sammen med et fokus på hva de selv ønsker for svangerskapet og fødselen (Helsedirektoratet, 2010a, s. 25). Det økte fokuset på kvinner med økt risiko blir sett på som en bra utvikling, men denne utviklingen kan også medføre en rekke uønskede utfall for kvinner uten risiko. Det at helsepersonell nå i større grad kan styre fødselen, kan føre til unødvendige intervensjoner og økt risiko for keisersnitt blant lavrisikofødende. Samtidig påvirker de kvinnens egen fysiologiske fødselsprosess (Helsedirektoratet, 2010a, s. 25; Miller et al., 2016, s. 2177; World Health Organisation, 2018, s. 1). International Confederation of Midwives (ICM) har utviklet 10 prinsipper for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Noen av disse prinsippene fokuserer på bruken av unødvendig teknologi og intervensjon i fødsel (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001, s. 64). De nyeste anbefalinger fra World Health Organisation (WHO) om fødselsomsorgen, fokuserer også på demedikalisering og unødig bruk av teknologi og intervensjoner (2018, s. 1).

Sosial- og helsedirektoratet gav i 2005 ut en nasjonal strategi som skulle bedre kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgssektoren (s. 12). Det ble her påpekt at god kvalitet forutsetter at tjenesten som pasient og bruker mottar blant annet skal være virkningsfulle. Tjenestene skal være trygge. Brukerne skal involveres og det må tilstrebes kontinuitet i arbeidet. Helsetjenesten må kunne bruke ressurser hensiktsmessig og helsetjenestene skal være rettferdig og tilgjengelig for alle. Stortingsmelding 12, «En gledelig begivenhet» fokusere på blant annet at kvinner skal ha et trygt fødetilbud og at det skal være kvalitet i alle ledd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 7).

Stortingsmelding 12 “En gledelig begivenhet”, ble skrevet på bakgrunn av rapporten “Utviklingsstrategi for jordmortjenesten- tjenestekvalitet og kapasitet (Helsedirektoratet,

2010b). Den viste et behov for utbedring av tjenestens kvalitet og kapasitet, noe som påvirker pasientsikkerheten. Det var et mål i rapportene om utviklingsstrategi å styrke kvaliteten i jordmørtjenesten, slik at kompetansen for de kunnskapsbaserte tjenestene i jordmorfaget styrkes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 57). Helsepersonell, deriblant jordmødre har plikt til å utøve forsvarlighet i arbeidet sitt og til å utøve trygg behandling av pasienter (Helsepersonelloven, 1999a § 4). Spesialisthelsetjenesteloven (1999 § 3-4 a) presiserer at helsepersonell er personlig ansvarlig for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

For å sikre god helse kreves det at man har et vel fungerende helsevesen som er tilfredsstillende og har god kvalitet. Kvalitet er noe som stadig må utvikles og forbedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 57). Sett fra et internasjonalt perspektiv tilbyr Norge høy kvalitet av tjenester til de gravide, fødende og kvinner i barsel. Norge er et av de tryggeste land og føde i med tanke på skade og dødsfall under fødsel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 7; 2017, s. 6-7). Til tross for dette er det likevel mye som tyder på at vi kan bli bedre på flere områder. En stor studie publisert i 2014 (Renfrew et al., s. 1141) identifiserte flere forskjellige utfall for mor og barn, som kan bedres ved hjelp av rett pleie fra jordmødre. Ett av disse utfallene var å redusere antall unødvendige inngrep i fødsel. I et fag som er i så konstant utvikling og endring som helse og sosialtjenester er, vil det alltid være behov for kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 57; 2017, s. 5; WHO, 2006, s. 3). Kvalitet er også noe som omfattes av loven. I både helsepersonell og pasient- og brukerrettighetsloven presiseres det at det skal sikres likeverdig behandling med god kvalitet for pasienten.

Kartleggingsstudiet som det henvises til tidligere i oppgaven viser at forbedring av praksis er nødvendig (Nese & Jørandli, 2016). Studien viser at jordmødre ikke følger anbefalte retningslinjer i praksis og det vil derfor være nyttig å finne ut hvorfor jordmødre velger å ta innkomst-CTG til tross for manglende indikasjon. Ledelsen på sykehuset ønsker at vi utfører intervjuer av jordmødre. Prosjektet er derfor et bestillingsoppdrag fra det aktuelle sykehuset. Vi har derfor gjennomføre en kvalitativ studie der vi intervjuet jordmødre om hvorfor de tar innkomst-CTG på lavrisikofødende kvinner. Hensikten med studien er at funnene skal kunne brukes i kvalitetsforbedringsarbeid og forbedre kvaliteten på våre tjenester. Problemstillingen er:

«Hvorfor tar jordmødre innkomst-CTG på lavrisikofødende?»

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Det teoretiske rammeverket blir presentert i dette kapittelet. Kapittelet starter med et avsnitt om begrepet «normalt fødsel» I det andre avsnittet presenteres demedikalisering av fødselsomsorgen. Demedikalisering er knyttet til unødvendig bruk av teknologi og et økt fokus på risiko og overvåkning av den normale fødsel. Videre vil vi skrive om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette på bakgrunn av studiene som viser at jordmødre ikke arbeider kunnskapsbasert og etter gitt standard for praksis. Dette er med å påvirke både kvalitet og pasientsikkerhet. Teorien vil være med på å belyse våre funn fra forskjellige perspektiv.

2.1 Begrepet «normal fødsel»

Definisjonen for hva som er et normalt svangerskap er mye diskutert i fagmiljøet. Ifølge Blix (2017, s. 51) betyr det som regel spontan fødsel uten komplikasjoner og inngrep. WHO (2018, s. 1) skriver i de oppdaterte anbefalinger for fødselsomsorgen at det ikke finnes en standard definisjon for hva som er en normal fødsel. Waldenstrøm (2007b, s. 176) diskuterer faren med å bruke normalitetsbegrepet og mener at dersom man skal bruke ordet «normal» bør man legge vekt på hva som er «naturlig» fremfor hva som er «vanlig». Dette begrunner hun med at det i flere land for eksempel er vanlig med intervensjoner, som epidural og keisersnitt. Hun stiller seg spørrende til om man i stedet for å fokusere på hva som er normalt burde fokuserer på hva som gir best utfall for mor og barn. Blix mener at ordet naturlig ikke burde brukes i sammenheng med fødsel, fordi det vil være like «naturlig» at kvinnen og barnet dør under fødsel.

2.2 Demedikalisering

Ellen Blix (2006, s. 22) henviser til Thomsons (2000) definisjon av medikalisering som uhensiktsmessig og unødvendig bruk av teknologi, inngrep og assistanse av helsepersonell i fødsel. Som nevnt tidligere er demedikalisering av normale fødsler et av WHO's 10 perinatale prinsipper for en god fødselsomsorg (Chalmers et al., 2001; World Health Organisation, 2018, s. 1). Her presiseres det at man kun skal intervensere og bruke teknologi der det er behov for dette. Ved normal fødselen skal man bruke enklest mulig prosedyrer og fødselen skal være mest mulig demedikalisert. Dette er også et fokus i retningslinjer for fødselsomsorgen i Norge (Helsedirektoratet, 2010a).

En artikkel utgitt i *The Lancet* (Miller et al., 2016, s. 2178) beskriver den økte medikaliseringen og intervensjonen i fødsel som en bekymringsfull utvikling. Artikkelen snakker om to begreper man i fødselsomsorgen må forsøke å balansere. Den ene handler om at man gjør «for lite, for sent». Dette opptrer mest i lavinntektsland og er en viktig årsak til skader på mor og barn under fødsel. På den andre side er det et økende problem i høyinntektsland at vi gjør «for mye, for tidlig». I følge artikkelen handler dette om en upassende og uhensiktsmessig bruk av intervensjoner, som for eksempel kontinuerlig CTG og episiotomi. Noen av intervensjonene er ikke forskningsbaserte, og andre er bevist at kan påføre skade på kvinnen og barnet. «For mye, for tidlig» handler også om de intervensjoner som har vist bedring av fødselsutfall i noen sammenhenger men som brukes feil eller som en rutine, og derfor er potensielt skadelige (World Health Organisation, 2018, s. 2177-2178).

Waldenström (2007a, s. 6) frykter at de tekniske hjelpemidlene brukes selv om nytteverdien ikke er til stede. Hun er bekymret for om definisjonen for hva som ses på som normalt, flyttes på i en negativ retning mot en fødselsomsorg som er mer medikalisert og med mer intervensjoner. Overforbruk av teknologi og intervensjon henger sammen med at trusselen om å bli anmeldt er reell på disse avdelingene. Hun mener CTG brukes som en forsikring for at jordmor har tatt de rette vurderinger og gjort de rette handlinger (Waldenström, 2007a, s. 63). Jordmødre med et økt fokus på risiko kan derfor oppleve det som en risiko å ikke ta CTG, og det kan føre til en økt medikalisering av omsorgen. Blåka (2002, s. 52) skriver at medikalisering og teknologi vil kunne frata kvinnen mulighet til naturlig fødsel og selvbestemmelse. Teknologiske prosedyrer vil kunne føre til overbehandling og ikke til bedring av utfallet. Med innføring av teknologi i fødselsomsorgen ble det en endring i en mer aktiv holdning for å gripe inn i fødselsforløpet (Blåka, 2002, s. 164).

Fødsel kan sees på fra ulike perspektiv. Gunnhild Blåka skriver om det biomedisinske synet og det fenomenologiske kunnskapssynet. I det biomedisinske synet ses fødselen på som en hendelse med utallige utfall, der fødekvinnens kropp kan feile på ethvert tidspunkt. Fødselshjelperens fokus blir derfor rettet mot de uheldige utfall som eventuelt kan oppstå i fødselen (Blåka, 2002, s. 32). I det fenomenologiske kunnskapssynet vil jordmor aktivt bruke sin vurdering av fødselens fremgang. Synet ser på kvinnen og hennes kropp i en helhet og ikke som et objekt. Fenomenologien ser på svangerskapet som naturlig endring i livets prosesser og ikke som en sykdom eller lidelse (Blåka, 2002, s. 42-43). Hvordan jordmødrene ser på fødsel er med på å påvirke hvordan de handler i praksis.

2.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det er hele tiden et krav til kvalitetsforbedring. Jordmødre må fokusere på at fødsel og svangerskap er en normal begivenhet og ikke en sykdomstilstand. Kvalitet er en forutsetning for forsvarlige helsetjenester, og forsvarlighet er en forutsetning for å unngå å påføre unødvendig skade og i verste fall død hos pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 57). Krav til god kvalitet er nedfelt i Norges lover, deriblant helsepersonelloven (1999a § 1). Formålet med loven er å sikre at pasienter og brukere får god kvalitet i tjenestene de mottar. Lov om pasient og brukerrettighet beskriver også pasientenes og brukerens krav på lik tilgang til tjenester av god kvalitet. Forutsetningen for at en tjeneste skal ha god kvalitet er en stadig bedring og utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 57).

I henhold til Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999a § 4) skal helsepersonell «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjoner for øvrig». Her vektlegges det at vi har et selvstendig ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Dette vil si at vi hele tiden må oppdatere oss i ny forskning og retningslinjer for å kunne tilfredsstille kravet. For at vi som helsepersonell skal kunne yte den omsorg som forventes, kreves det også at det skal utarbeides og gjennomføres tiltak på organisasjonsnivå. Virksomheten som tilbyr helsehjelpen er derfor pålagt å ha prosedyrer og iverksette tiltak som gjør det mulig for helsearbeiderne å jobbe etter loven (Braut & Holmboe, 2015, s. 50; Helsedirektoratet, 2010a, s. 7).

For at jordmødre skal kunne arbeide kunnskapsbasert må de bruke både forskning, erfaringer og pasientens ønsker i behandlingen (Nortvedt, 2007, s. 16). Helsepersonell skal utføre tjenester i samsvar med forskning. Det vil si at helsepersonell må holde seg oppdatert på ny forskning og retningslinjer. Da vi jobber med mennesker er hver situasjon forskjellige, og faktorene må sees i en sammenheng med hverandre, og hver situasjon må tolkes ut i fra konteksten den er i (Helsebiblioteket, 2016). Ved å finne ut hva jordmødre tenker om innkomst-CTG og hvorfor de velger å ta denne testen uten indikasjon, håper vi på å kunne avdekke hvordan praksis kan arbeide videre for å jobbe i tråd med beste tilgjengelig kunnskap. Videre kan dette gi praksis en idé om hvilke tiltak som kan implementeres for å kunne tilby kvalitet og bedre pasientsikkerhet i praksis.

3.0 METODE

3.1 Kvalitativ metode

Ettersom hensikten med studien var å undersøke bakenforliggende årsaker til hvorfor jordmødre tar innkomst-CTG på lavrisikofødende, ble det hensiktsmessig å bruke en kvalitativ tilnærming. Kvalitativt studiedesign egner seg godt når forskningsspørsmålet søker dybdekunnskap og forståelse av en erfaring (Creswell, 2013, s. 48). Malteruds design er beskrivende i sin form og søker å utvikle nye begreper og beskrivelser (2011, s. 96). Kvalitative metoder bygger på forskningsstrategier som beskriver og analyserer menneskelige erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Den innebærer strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av skriftlig materiale fra samtale eller observasjon (Malterud, 2011, s. 26).

3.2 Forforståelse

Forforståelsen er den forståelsen og oppfattelsen av temaet som forskeren tar med seg inn i forskningsprosjektet før oppstart (Malterud, 2011, s. 40-42). Vår forforståelse bestod i vår faglige bakgrunn som jordmorstudenter med praksis fra både lav- og høyrisiko fødeavdeling. Vi har lite erfaring som jordmødre og dette begrenser vår forforståelse for temaet. Den forforståelsen vi har av temaet er påvirket av det vi har lært på studiet, som har fokusert på at man ikke skal ta innkomst-CTG på lavrisikofødende. Det å sette egen forforståelse til side vil være et nesten uoppnåelig mål. For å unngå at vår forforståelse kommer i veien for analyseprosessen og våre funn har vi derfor forsøkt å ha et reflektert forhold til det informantene formidlet og materialet vi får (Malterud, 2011, s. 97).

3.3 Utvalg og rekruttering

Inklusjonskriteriet for studien var at jordmødrene jevnlig har arbeidet med kvinner som innlegges for fødsel, og hvor jordmor vurderer behov for innkomst-CTG. For å rekruttere informanter hang vi opp plakater ved de respektive avdelingene. Ingen kontaktet oss og vi kontaktet derfor noen jordmødre per mail. Flere av jordmødrene ble rekruttert ved direkte kontakt når de var på jobb. For å sikre at vi fikk deltakere som kunne belyse problemstillingen og gi oss variert informasjon om temaet benyttet vi oss av et strategisk utvalg (Malterud, 2017, s. 58). Et strategisk utvalg med godt mangfold kan gi bedre informasjonsstyrke og mer nyanserte funn (Malterud, 2017, s. 59). Vi rekrutterte jordmødre som arbeidet i

fødselsomsorgen ved det aktuelle sykehuset. To av informantene arbeidet på lavrisikoavdeling, mens de seks andre arbeidet på høyrisikoavdeling, hvorav en av de seks informantene hadde erfaring fra lavrisikoavdeling. Det var ulik arbeidsansienitet og erfaringer blant jordmødrene. Alderen varierte fra 30-62 år og vi intervjuet til sammen 8 stykk.

3.4 Datainnsamling

For å innhente data ved å utføre intervjuer med individuelle deltakere, ble semistrukturerte intervju brukt (Malterud, 2011, s. 129). I de semistrukturerte intervjuene brukte vi intervjuguide (Vedlegg 1) for å sikre at vi fikk svar på det vi ønsket (Polit & Beck, 2017, s. 510). Intervjuguiden ble utformet for å kunne hjelpe oss å få svar på problemstillingen. Vi vurderte og diskuterte sammen de forskjellige spørsmålene vi tenkte kunne være hensiktsmessig. Vi utformet spørsmålene slik at vi skulle prøve å få informanten til å snakke så fritt som mulig om temaet. Samtidig fokuserte vi på at spørsmålene skulle være enkle å forstå. Spørsmålene vi kom frem til ble også sendt til veileder for godkjenning og korrigerings. Vi åpnet med generelle spørsmål om inntekt-CTG og ble mer spesifikk etter hvert.

Det ble avtalt tidspunkt for to av intervjuene. De andre intervjuene møtte vi opp på avdelingen og spurte om deltakelse til studien på stedet. Alle intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass. Intervjuene ble gjennomført på et rom med lite forstyrrelser. Informantene fikk se spørsmålene i forkant av intervjuene, dette for at de skulle være litt forberedt på hva de skulle svare på. Intervjuene startet med åpne spørsmål (Creswell, 2013, s. 165; Polit & Beck, 2017, s. 510). Vi var begge tilstede under intervjuene. Vi byttet på hvem som intervjuet og hvem som var observatør. Det ble benyttet oppfølgingsteknikker som nikk og pauser. Når vi var usikre på hva som ble sagt, spurte vi om vi hadde forstått svaret riktig, slik at det kunne bekreftes eller avkreftes av informanten. Intervjuguiden ble brukt for å sikre at vi husket hva som var viktig å få svar på. Den ble revidert underveis som data ble samlet inn. Dette var nødvendig for at vi som forskere skulle fokuserte på det informantene var opptatt av, og for å få et rikere datamateriell (Malterud, 2017, s. 134). Det ble brukt lydopptaker under alle intervjuene for å kunne transkribere i etterkant. Intervjuene ble avsluttet med spørsmål om informanten hadde noe mer å tilføye. Intervjuene varte fra 7 til 15 minutt.

4.0 ANALYSE

4.1 Transkribering

Å transkribere er å transformere noe fra et talespråk til et skriftspråk (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009, s. 187). Intervjuene ble transkriberte av begge studentene. Dette for å sikre at vi var enige i hva som ble sagt under intervjuene. Målet med transkripsjon er å fange opp det deltakerne ville meddele i en skriftlig form (Malterud, 2017, s. 77; Polit & Beck, 2017, s. 531). For å oppnå dette må transkripsjonen være ordrett, den må få med pauser og ikke-verbale ytringer (Malterud, 2011, s. 76; Polit & Beck, 2012, s. 557). Vi transkriberte derfor alt som kunne høres på lydopptaket, som tale, latter, ehh, mhm, taushet med mer. Når intervjuene er transkribert er materialet strukturert i tekstform, noe som gjør det lettere å få en oversikt til oppstarten av selve analysen (Kvale et al., 2009, s. 188-189).

4.2 Analysetrinnene

Malteruds systematiske tekstkondensering ble brukt som analysemetode i oppgaven. Denne metoden er deskriptiv og tverrgående (Malterud, 2011, s. 94). Vi hadde flere forskjellige informanter som vi på kort tid samlet data fra. Vi transkriberte fortløpende og startet analyseprosessen etter få intervjuer. Dette gjorde at vi kunne justere intervjufokus underveis som vi lærte mer om det empiriske datamaterialet (Malterud, 2011, s. 97). Systematisk tekstkondensering egner seg i utviklingen av nye begreper og fenomener (Malterud, 2011, s. 96). Vi brukte dataprogrammet Nvivo, til å sortere og kode datamateriale (QSR International, 1997). Dette er et program som er laget spesielt som et verktøy i analyseprosessen av kvalitativ data. Analysen foregikk i fire trinn (Malterud, 2011, s. 98-111) (tabell 1).

I første trinn fikk vi oversikt over materiale ved å lese de transkriberte sidene flere ganger. Vi ble godt kjent med materiale og dannet oss 8 foreløpige temaer. Noen av temaene var: «usikkerhet i faget», «ryggen fri» «redd for konsekvenser». Vi hadde også en boks hvor vi la materiale som vi syntes var interessante men som vi ikke klarte plassere.

I trinn to ble meningsbærende enheter identifisert ved hjelp av de foreløpige temaene. Nvivo gjorde det lett å finne frem de kodede gruppene. De foreløpige temaene fra trinn 2 ble foreløpige kodegrupper. Det ble gjort justeringer underveis for å sikre at de forskjellige meningsbærende enhetene ble plassert i rett gruppe. Overskriftene til kodegruppene ble også endret etter hvert som vi gikk dypere inn i materialet og fikk en bedre forståelse av kodegruppene. Vi reduserte fra 8 kodegrupper til 2 kodegrupper med henholdsvis 3 og 4

subgrupper. Temaet «Usikkerhet i faget» ble for eksempel en egen subgruppe i den første kodegruppen. Subgruppen fikk navnet: «Tar heller én for mye enn én for lite» og lå under kodegruppen: «Det blir gjort mest for sikkerhetsskyld», som i etterkant ble navnet til den første kategorien.

I trinn 3 kondenserte vi meningene i subgruppene og til hver av de 7 subgruppene utviklet vi et kunstig sitat i jeg-form. Målet var å sammenfatte og gjenfortelle innholdet i subgruppene. Vi fant et sitat fra intervjuene, for hver subgruppe som beskrev de kunstige sitatene vi sammenfattet. Under analyseprosessen ble subgruppene redusert fra 4 og 3 subgrupper til 3 og 2 subgrupper.

Vi tok for oss hver enkelt subgruppe og laget innholdsbeskrivelse for dem i trinn 4. Dette gjorde vi med hjelp av de kunstige sitatene og de utvalgte sitatene fra intervjuene. Deretter fant vi sitater fra de meningsbærende enhetene som beskrev sammenfatningen vi hadde laget (Tabell 2 og 3). Det ble laget passende overskrifter til subgruppene som beskrev innholdet. Første kategori ble dermed «Det blir gjort mest for sikkerhetsskyld», kodegruppen var «frykt» og overskriften til den tidligere «usikkerhet i faget» var nå blitt til subgruppen: «Jordmors utrygghet» (tabell 4).

Tabell 1. Analyseprosessen med trinnene fra Malteruds tekstkondensering (Malterud, 2011, s. 111).

Trinn 1	Transkribering → lese intervjuene → foreløpige temaer	<ul style="list-style-type: none"> - Intervjuene ble transkribert ordrett med nonverbale lyder. - leste gjennom flere ganger for å bli kjent med materialet. - lagte 8 foreløpige temaer uten å systematisere.
Trinn 2	Identifisere meningsbærende enheter → la de forskjellige kodegrupper i dataprogrammet systematisk → justere underveis de forskjellige gruppene	<ul style="list-style-type: none"> - Meningsbærende enheter ble identifisert- - Nvivo dataprogram ble brukt til å systematisere analysen - De nye temaene ble deretter våre kodegrupper. De ble også justert underveis i prosessen.
Trinn 3	Dele inn i subgrupper → kondensere teksten → kunstige sitater	<ul style="list-style-type: none"> - Sorterte materiale videre i tilhørende subgrupper. - Utviklet kunstige sitater i «jeg»-form for hver subgruppe.
Trinn 4	Rekontekstualisere → sammenfatte teksten → validere funn	<ul style="list-style-type: none"> - For hver subgruppe ble det laget innholdsbeskrivelse med utgangspunkt i de kunstige sitatene og de utvalgte sitatene fra intervjuene. - oppsummerte funnene i hver subgruppe, slik at de var tro mot informantenes ord.

4.3 Forskningsetiske overveielser

Siden vårt prosjekt ikke dreide seg om å skaffe ny kunnskap innen helse eller sykdom var det ikke nødvendig å søke godkjenning fra Regional Etisk Komité (REK). Før oppstart med datainnsamlingen sendte vi søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (vedlegg 2). Vi var også i kontakt med fagjordmor og institusjonsledelsen av klinikken, og de fikk tilsendt prosjektplanen vår. I studier der det blir benyttet lydopptak må det innhentes informert samtykke (vedlegg 3) (Helseforskningsloven, 2008 § 13; Malterud, 2011, s. 146). Dette ble signert før oppstart av intervjuene og deltakerne fikk beskjed om at de når som helst kunne tilbaketrekke samtykke (Helseforskningsloven, 2008 § 16). Konfidensielt materiale ble oppbevart i et låsbart skap og materialet vil bli slettet ved prosjektets slutt (Helseforskningsloven, 2008 § 38). Informantene ble informert om forskernes taushetsplikt (Helseforskningsloven, 2008 § 7). Intervjuene ble transkribert og nummerert slik at informantene ikke kunne gjenkjennes.

5.0 FUNN

Vårt utvalg bestod av åtte informanter i alderen 30-62 år. To av informantene arbeidet på lavrisikoavdeling, mens de seks andre arbeidet på høyrisikoavdeling. Analyseprosessen gav oss to kategorier: «CTG- for sikkerhetsskyld» og «Vi vet vi ikke skal, men gjør det likevel». Kategoriene har henholdsvis 3 og 2 subgrupper. 'Behov for ekstra trygghet', 'redd for konsekvenser', 'for stort fokus på patologi' og 'det gjøres av gammel vane' og 'ukultur i avdelingen'. Videre presenteres en kort oppsummering av de forskjellige funnene.

Flere av jordmødrene uttrykker utrygghet med tanke på å ikke skulle ta innkomst-CTG. Noen av jordmødrene opplever at CTG er et mer håndfast bevis i eventuelle juridiske saker. Flere innrømmer å bli farget av at de jobber på en avdeling med mange høyrisikofødende og tar derfor CTG av alle. Ett par jordmødre skylder på gammel vane, da de tidligere skulle ta innkomst-CTG av alle. Noen av jordmødrene har erfart at legene etterspør innkomst-CTG på lavrisikofødende som de kommer i kontakt med. De sier at dette kan være ubehagelig. De uttrykker en opplevelse av at legene ikke stoler på deres intermitterende lytting. Funnene blir presentert i tabell 2 og 3 med utvalgte sitater som beskriver subgruppene. I tabell 4 og 5 presenteres funn sammen med utvalgte meningsbærende enheter og kondensat.

Tabell 2. Kategori 1 med tilhørende kodegruppe, subgrupper og tilhørende utvalgte sitater

Kodegruppe: Frykt			Kategori
Subgrupper		Utvalgte sitater	Det blir gjort mest for sikkerhetsskyld
1	Jordmors utrygghet	«jeg ville følt meg tryggest hvis jeg hadde den 20 minutters snutten til å begynne med, for da er jeg 100% sikker på at det ikke er noe jeg på en måte har gått glipp av.»	
2	Redd for konsekvenser	«men så er det jo (...) for at ingen skal ta meg etterpå, for at jeg ikke har gjort det, og da er det bedre å ta en for mye enn en for lite.»	
3	Stort fokus på patologi	«(...) da har vi jo mest røde damer, sant og da, blir jo litt farget av det, at du, på en måte, ja, har det med deg, og tenker kanskje litt vel mye patologi.»	

Tabell 3. Kategori 2 med tilhørende kodegruppe, subgrupper og tilhørende utvalgte sitater

Kodegruppe: Automatikk		Kategori
Subgrupper		Vi vet vi ikke skal, men gjør det likevel
Utvalgte sitater		
1	Det gjøres av gammel vane	
2	Ukultur i avdelingen	“(…) men jeg synes jo sånn sett selv at den (CTG`en) bare går, så kan jeg kaste et blikk på den også kan jeg skrive damen inn, samtidig,”

Tabell 4. Kategori 1. Våre funn med kodegruppe, subgrupper, meningsbærende enheter og kondensat.

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Kondensat	Kategori
<p>... jeg føler meg jo tryggest når jeg vet at er 100% sikkert at ungen har det greit. Ikke sant, at du får den stripa på 20 minutter og da er du trygg på at det her er det greit</p> <p>Vi lærte av en lege for noen år tilbake som sa at en dårlig fosterlyd, den kan du ikke høre, den må du se. Så jeg tror kanskje det også har festet seg litt hos oss.</p> <p>For noen kan jo komme inn med kjempe dårlig lyd på loftet, selv om de er grønne, mhm, det skjer jo det og.</p> <p>... det står jo i prosedyrene her at vi trenger ikke ta innkomst-CTG av grønne damer, eller friske damer. Ehm... men, jeg pleier å gjøre det... Tror jeg, nesten av alle.</p> <p>... det er jo, mest for min egen del, det er ikke for damen sin del hvis jeg gjør det, mhm, det må jeg jo innrømme.</p>	Frykt	Jordmors utrygghet	«Jeg føler meg tryggest når jeg får tatt en innkomst-CTG. Jeg husker en lege som sa en gang at man ikke kan høre en dårlig fosterlyd, kun se den. Det sitter nok litt i oss. Vi har jo alle opplevd at det har kommet inn kvinner med dårlig fosterlyd selv om de er selektert til å være i lavrisikogruppen. Jeg vet jo at hvis alt har vært helt normalt så er det ikke i prosedyrene at vi skal gjøre det, men mange av oss gjør det likevel. Jeg gjør det nok mest for meg selv.»	Det blir gjort mest for sikkerhetsskyld
<p>... skulle det plutselig forandre seg da, så er det jo mitt ord mot ingenting, sant, da er det jo kun det jeg har sett på doppleren og det jeg har skrevet inn, jeg har ikke det håndfaste beviset på at innkomst-CTG så slik ut.</p> <p>Det er jo bare min observasjon, da har jeg ikke det beviset og liksom slå i bordet med hvis det skulle i ytterst konsekvens bli en sak. Sant, det er jo det som er «worst case», hvis det går kjempe galt der også saksøker det paret sykehuset.</p> <p>... for alle har det i bakhode, «tenk hvis jeg overser noe». Og da... må du jo bare stole på deg selv og seie at det er godt nok. For det er jo godt</p>		Redd for konsekvenser	«Jeg synes innkomst-CTG er godt å ha fordi jeg tenker at det er et mer håndfast bevis enn å bare lytte intermitterende og dokumentere dette. Worst case kan jo paret saksøke meg. Så da føler jeg meg tryggere hvis det skulle bli en sak senere hvis jeg har den CTG'en å vise til. Jeg er også redd for at jeg skal overse noe viktig. Det er bedre å	

<p>nok når det ikke er noe sykdom inni bildet.</p>			<p>ta en for mye enn en for lite.</p>	
<p>... de som ruller til normalitet de har mer aksept for det enn de som bare er her på, på fødeavdelingen. De, her ser vi nesten bare patologi, og ... og da blir det lett å bli farget av det på en måte, at du klarer ikke se det normale oppi det hele.</p> <p>Men jeg tror ikke, tror ikke jeg skiller mellom høy og lav risiko på en innkomst-CTG uansett, for jeg har veldig lyst å ta det.</p> <p>Vi vet det jo egentlig, men vi gjør det ikke, vi følger jo ikke på en måte eh. De anbefalingene der,</p> <p>... men for all del, hadde jeg fått meg et år på lavrisikoenhet så kan det godt være jeg hadde blitt grønnere i hodet, sant, men når du jobber her nede så blir du ganske rød, du tenker ganske rødt hele tiden, ja.</p> <p>... nå jobber jo jeg bare her på føden, sant, og da har vi jo mest røde damer, sant og da, blir jo litt farget av det, at du, på en måte, ja, har det med deg, og tenker kanskje litt vel mye patologi.</p>		<p>Stort fokus på patologi</p>	<p>Jeg tror det er vanskelig for de som ruller fra høy- til lavrisikoenhet å innstille seg på å ikke ta innkomst-CTG. Jeg skiller ikke mellom høy og lavrisikokvinner, jeg vil alltid ha den CTG'en. Det kan godt være at jeg hadde tenkt mindre risiko hvis jeg hadde arbeidet på en lavrisikoavdeling. Jeg har tross alt bare jobbet her nede og ser stort sett bare patologi. Hvis man ser mye patologi og sykdom kan det være vanskelig å se det normale i situasjonen.»</p>	

Tabell 5. Kategori 2. Våre funn med kodegruppe, subgrupper, meningsbærende enheter og kondensat.

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Kondensat	Kategori
<p>... det ligger så i blodet på meg at, at det er nok gammel vane, vi er nok ikke flinke nok der til å selekttere.</p> <p>Det er en litt sånn rutine som sitter litt i oss før vi fikk denne lavrisikoavdelingen.</p> <p>Det som jeg sier, det er vel litt vel mye innarbeida altså, men, nå, som sagt, så er vi jo her på en mer patologisk avdeling og da blir, er det mer automatikk i det, at vi tar det.</p> <p>De eldre sier at de gjør det på en måte på automatikk de har alltid bare satt på en CTG så da bare gjør de det av alle som kommer inn.</p> <p>Det har egentlig alltid bare vært en, det er noe jeg bare alltid gjør. Det er noe jeg alltid vil ha, så det har aldri vært, jeg har aldri tenkt tanken på å ikke ta en innkomst-CTG.</p>	Uvane	Det gjøres av gammel vane	<p>Jeg gjør det mest av gammel vane, og jeg må innrømme at vi er nok ikke flink nok til å selekttere der.</p> <p>Tidligere var jo innkomst-CTG en rutine, noe vi gjorde på alle som kom. Jeg tror derfor at det er vanskelig for de som alltid har gjort det, å endre på denne rutinen. Jeg pleier ikke å tenke over hvorfor jeg tar innkomst-CTG, jeg bare gjør det.»</p>	Vi vet vi ikke skal, men gjør det likevel
<p>... så kobler vi på, så finner vi at det her er det enten et avvikende, hele pakken sier at vi må gå ned på føden, kanskje blir det et patologisk CTG også spør legene, «hvordan var innkomst-CTG?», det spørsmålet får vi litt. Og det, «vi har ikke tatt innkomst», «å?» liksom, så kan vi få «hvorfor ikke» og sånn, altså, så det er vel mange som synes det er litt ubehagelig.</p> <p>Mangen som jobber på lavrisikavdeling har erfart at når de kommer ned med dårlig lyd, så, så sier leger at, her må vi bare gjøre noe, for her har vi ikke kontroll på babyene, akkurat som om vi ikke følger med selv om vi lytter intermitterende.</p> <p>...også hører du av andre godt, vel erfarne jordmødre, de har tatt en CTG ved innkomst og den var helt</p>		Ukultur i avdelingen	<p>Ofte når vi overflytter kvinner til høyrisikoenehet så spør jordmødre og leger hvordan CTG`en var ved innkomst. Det synes jeg er litt ubehagelig. Dessuten føle jeg at legene ikke stoler på vår intermitterende lytting, for når kvinnen overflyttes sier legene ofte at de må gjøre noe med en gang fordi de ikke opplever å ha god nok kontroll over barnet. Jeg opplever at mange erfarne jordmødre tar innkomst-CTG uten å</p>	

<p>fin. Så da vet jeg at jeg var litt sånn i tvil på en måte, okei, skal jeg bare ta en CTG da ...</p> <p>(...) da spurte jeg de som jobbet oppe(lavrisikoavdeling), da sa de at det var litt opp til meg selv om jeg ville ta innkomst-CTG eller ikke, det bestemte jeg selv, og da tenkte jeg det at «ja men da tar jeg det».</p> <p>Men jeg syns jo sånn sett selv at den bare går, så kan jeg kaste et blikk på den også kan jeg skrive damen inn, samtidig, kanskje.</p> <p>(...) du kan gjør andre ting også går den på skjermen på en måte. Du trenger ikke å bruke noen minutter på å sitte og følge med, kanskje. Men jeg vet ikke, jeg har ikke jobbet slik selv. Men jeg syns jo sånn sett selv at den bare går, så kan jeg kaste et blikk på den også kan jeg skrive damen inn, samtidig,</p>			<p>helt ha en grunn, da er det lett å bare gjøre det samme når man er ny i faget. Jeg har hørt erfarne jordmødre si at det er opp til hver enkelt jordmor om man ønsker å ta innkomst-CTG eller ei. Når jeg er på høyrisikoavdeling så er nesten alle selekterte som høyrisiko, så der tar vi CTG på alle. Det hender at jeg setter på en CTG slik at jeg kan skrive kvinnen inn samtidig.</p>	
---	--	--	--	--

6.0 DISKUSJON

Vi håper å kunne gi praksis en forståelse og idé over hvilke tiltak som kan iverksettes for en bedre kunnskapsbasert praksis. De viktigste funnene i studien var at jordmødre brukte innkomst-CTG som en ekstra trygghet, de opplevde at en CTG ville være et bedre bevis i en eventuell klagesak og flere av jordmødrene snakket om det å være 100% sikker på at fosteret hadde det bra. Flere påpekte at de gjorde det av gammel vane og noen innrømmet å bli farget av at de jobbet på høyrisikoavdeling hvor det er mer patologi. Funnene blir systematisk drøftet med utgangspunkt i kategorien og subgruppene.

6.1 Det blir gjort mest for sikkerhetsskyld

Flere jordmødre ytret et behov for å ta innkomst-CTG for sikkerhetsskyld. Dette knyttet til mulige konsekvenser jordmor kunne utsette seg selv og barnet for, utrygghet i faget og risikotenkning.

Jordmors utrygghet

Flere jordmødre uttrykker utrygghet med tanken på å ikke skulle ta innkomst CTG. Noen av informantene sier at de gjør det for sin egen skyld, og ikke for mor eller barn. Jordmødrene sier at de ønsker å være helt sikker på at de ikke har oversett noe, og derfor intervenserer de i den normale fødselen ved å ta innkomst-CTG. Underforstått kan det da virke som om jordmødrene ikke er klar over hva som regnes som «sikkert». Flere systematiske oversikter viser at innkomst-CTG på lavrisikofødende gir en økt risiko for intervensering i fødsel og økt risiko for at fødselen ender med keisersnitt (Blix et al., 2005; Cheyne et al., 2003; Devane et al., 2017; Gourounti & Sandall, 2007; Impey et al., 2003; Mires et al., 2001; Mitchell, 2008). Flere andre kvalitetsforbedringsstudier viser at jordmødre ikke arbeider i tråd med anbefalinger og retningslinjer og dette kan gi uheldige konsekvenser for pasientene (Aasekjær, 2011, s. 61-62; Helsebiblioteket, 2016; Nøkling, 2011, s. 85).

En årsak til at jordmødrene kan oppleve utrygghet i arbeid kan være at de ikke synes det er lett å holde seg oppdatert i ny forskning (Polit & Beck, 2017, s. 26). Funn fra studien kan tyde på at jordmødrene ikke stoler på egne ferdigheter og kunnskaper. En av jordmødrene uttrykket at hun ikke visste hvorfor man ikke skal ta innkomst-CTG på lavrisikofødende. Dette kan tyde på at hun ikke er faglig oppdatert eller at hun ikke er interessert i å endre sin praksis. Dersom jordmødrene velger å intervensere i fødsel når det ikke er indisert, kan dette føre til en svekkelse av jordmorfaget og jordmødrenes selvstendighet. Det står nedskrevet i de

jordmoretiske retningslinjer at jordmor skal ivareta en trygg jordmorfaglig praksis samt jobbe kunnskapsbasert.

Jordmødre og andre helsepersonell er pliktig ifølge helsepersonelloven å arbeide faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999a § 4). Avdelingene har kunnskapsbaserte retningslinjer om innkomst-CTG på lavrisikofødende (Vedlegg 4). Det kan stilles spørsmål til om jordmødre som velger å ikke følge retningslinjer og anbefalt praksis om innkomst-CTG egentlig arbeider faglig forsvarlig. Studie utført av Brunstad (2010, s. 32) viser at jordmødre vektlegger egen fagutvikling og det å gi rett hjelp til rett tid. Dette kan bety at jordmødrene har et ønske om å arbeide kunnskapsbasert. Våre funn viser det at de til tross for at de vet at de ikke skal gjøre det, så velger de å ta innkomst-CTG, og utsetter kvinnen og barnet for unødvendig risiko.

Redd for konsekvenser

Jordmødrene bruker begrepet å ha “ryggen fri”. Flere jordmødre opplever at CTG er et bedre bevis til en eventuell klagesak, enn intermitterende lytting med jordmorstetoskop eller håndholdt doppler som dokumentasjon. I følge Waldenstrøm (2007a, s. 63) kan en grunn til at dette praktiseres på fødeavdelinger mulig være fordi det på en slik avdeling er reelt å kunne bli anmeldt. Jordmødrene vil derfor ha behov for å vise at de har utført arbeidet med de rette vurderinger og handlinger. En jordmor stiller seg spørrende til om hun skal tørre å stole på at «de» stoler på hennes observasjoner, noe som bekrefter at hun er bekymret for om hennes dokumentasjon ikke er tilstrekkelig. Det kan tenkes at jordmødre styres av frykt for konsekvenser. En slik praksis kan føre til at jordmødre utfører unødvendige og uhensiktsmessige intervensjoner, som igjen kan frarøve kvinnen frihet og redusere muligheten for naturlig fødsel. Denne praksisen kalles for “defensiv praksis” og utføres fordi man er bekymret for feilbehandling og juridiske konsekvenser (Schrøder, 2010, s. 8). Samtidig som det kan være forståelig at man er bekymret for juridiske konsekvenser i en så ansvarsfull jobb, så kan vi ikke se vekk fra hvordan dette kan påvirke kvinnen og barnet. Et overforbruk av teknologi kan som sagt føre til uheldige utfall, men også gi kvinnen en dårlig fødselsopplevelse. Dette kan igjen gi negative konsekvenser til fremtidige svangerskap.

Stort fokus på patologi

Våre funn avdekker av jordmødre tror de blir farget av å jobbe på høyrisikoavdeling der man ofte ser mye patologi og opplever kritiske situasjoner. De opplever det vanskelig å se det normale i fødselen når de ser så mye unormalt. En av jordmødrene påpeker at hun konstant må arbeide med seg selv for ikke å ta innkomst-CTG unødvendig. En metasynthesestudie fra 2016 viser at jordmødre som har opplevd traumatisk hendelse i fødselssammenheng, ofte kan overreagere med å intervensere unødvendig i fremtidige fødsler (Husøy & Høye, 2016, s. 44). Metasynthesen inkluderte 7 kvalitative studier hvorav seks av studiene holdt høy kvalitet. Det kan tenkes at alle jordmødre har opplevd dramatiske situasjoner i sammenheng med fødsel i mer eller mindre grad. En slik overreagering kan føre til at jordmødre arbeider med et mer risikosentrert perspektiv. En Belgisk kvantitativ studie (Mead, Bogaerts & Reys, 2007) analyserte svar fra spørreskjema med et utvalg på 128 jordmødre og jordmorstudenter om deres oppfattelse av risiko i fødsel. Studien viser at jordmødre har en tendens til å overestimere hvor mange kvinner som har patologisk CTG ved innleggelse. En overestimering vil kunne få jordmor til å mistenke patologi der det ikke er patologi. Jordmødrenes vurdering av lavrisikofødende ved innkomst kan sammenlignes med vurderingene jordmødre tar i Norge, da Belgiske jordmødre på samme måte som i Norge har ansvar for den normale fødekvinne i første fase av fødselen (Mead m.fl. 2007).

I Norge selekteres gravide til å enten ha et lavrisikosvangerskap eller et høyrisosvangerskap. Bruk av ordet «risiko» i seleksjonen av de gravide vil kunne påvirke hvordan jordmødre oppfatter risiko i det normale svangerskapet. Risiko defineres som: «En hendelse som gir konsekvens for noe vi verdsetter» (Aven, 2016). Det kan tenkes at jordmødre med denne definisjonen av risiko tenker mye på hva som kan gå galt. Da kvinnene uansett enten er lavrisiko eller høyrisiko vil man kanskje aldri kunne tenke på kvinnene som friske fødende med normalt svangerskap. Det kan derfor hende at risikobegrepet gjør at jordmødre intervenserer uhensiktsmessig med å ta prøver og tester i stedet for å forsøke å holde fødselen så naturlig som mulig. En jordmor sa i et intervju at hun synes det er vanskelig å se det normale i fødselen. Waldenström (Waldenström, 2007b, s. 176) skriver om normalitet som et begrep som kan tolkes på flere forskjellige måter. Til eksempel skriver hun at keisersnitt i noen latinamerikanske land kan være «normalt» mens det i Sverige er «normalt» med epidural. Videre snakker hun om at vi heller burde fokusere på hva som er naturlig fremfor hva som er «vanlig» i sammenheng med hva som er normalt. I vår sammenheng kan det se ut som om det er «vanlig» å ta innkomst-CTG. Ifølge Waldenström (2007a, s. 8) bør vi i

dette tilfelle fokusere mer på hva som er det naturlige. Det naturlige og normale vil her da være å ikke bruke unødvendig intervensjon. Hun er skeptisk til overforbruket av teknologi og hun er bekymret for om grensen for hva som er «normalt» forskyves i en negativ retning mot økt bruk av teknologi og intervensjon. En annen konsekvens av å fokusere for mye på patologi, er en økt medikalisering av fødselsomsorgen. I WHO`s prinsipper for perinatal omsorg står det presisert at omsorgen til fødekvinnene skal være mest mulig demedikalisert og bestå minst mulig av unødvendig teknologi og unødvendige inngrep (Chalmers et al., 2001, s. 1; World Health Organisation, 2018, s. 1). Helsedirektoratet presiserer også i Stortingsmelding 12 at fødselsomsorgen bør demedikaliseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 45). En demedikalisering i denne sammenhengen vil si at jordmødrene behandler lavrisikokvinner som om de er friske. De bør unngå unødvendig bruk av innkomst-CTG og andre intervensjoner, da dette kan føre til at kvinnen behandles som «syk» i stedet for å være i en naturlig prosess.

6.2 Vi vet at vi ikke skal, men gjør det likevel

Alle jordmødrene visste at de i følge retningslinjene ikke skulle ta innkomst-CTG. Allikevel innrømmet flere at de gjorde det av automatikk, fordi de alltid hadde gjort det. Vi fikk inntrykk av at jordmødrene hadde et selvstendig valg om de ønsket å ta innkomst-CTG på lavrisikofødende uten indikasjon.

Det gjøres av gammel vane

Mangen av jordmødrene innrømmer å ta innkomst-CTG på grunn av “gammel vane”. De sier de vet de ikke skal gjøre det men de har alltid gjort det. En av jordmødrene som jobber på høyrisikoavdeling snakker om at hun tar innkomst-CTG på alle fordi nesten alle kvinnene her hadde indikasjon for det. Hun innrømmet at de nok ikke var like gode til å selektere de lavrisikofødende som kom til avdelingen. Forskning bekrefter at helsepersonell har flere barrierer knyttet til anvendelse av kunnskapsbasert praksis (Polit & Beck, 2017, s. 26). Implementering av ny kunnskap er vist å være utfordrende og må gjerne foregå i flere etapper for at implementeringen skal være vellykket (Grol & Grimshaw, 2003). Polit og Beck beskriver tre kategorier som kan hemme kunnskapsbasert praksis. Den ene av disse kategoriene er «egenskaper ved helsepersonell» og derunder helsepersonellens ønske til å endre sin praksis (Polit & Beck, 2017, s. 26). Våre funn bekrefter dette. Det kan tenkes at

jordmødrene ikke er overbevist om at rutinemessig innkomst-CTG ikke bør gjøres på lavrisikofødende. På grunn av dette kan det være vanskelig for dem å ikke ta innkomst-CTG, og kanskje skylder de på automatikk og gammel vane. Systematiske oversikter om implementering av forskning har funnet fire faktorer for hva som må til for at helsepersonell skal bruke nye retningslinjer. Først må helsepersonellet bli oppmerksom på de nye retningslinjene. Deretter må de bli enige i retningslinjene. Videre må de bestemme seg for å ta dem i bruk og til slutt faktisk implementere de nye retningslinjene i behandling av pasientene (Mickan, Burls & Glasziou, 2011, s. 1). Ledelsen har en sentral rolle i implementering av forskning og det at jordmødre gjør noe av «gammel vane» kan tyde på at ledelsen er utydelig. Vårt inntrykk er at jordmødre på avdelingen er oppmerksomme på de nye retningslinjene i forhold til innkomst-CTG, men at de har problemer med å være enig i dem. Jordmødrene må derfor bli enige og forstå at innkomst-CTG for lavrisikofødende ikke er gunstig eller til fordel for kvinnen eller barna. Dette må ifølge den systematiske oversikten til for å få en vellykket implementering av retningslinjen (Mickan et al., 2011, s. 1). Her har ledelsen et ansvar.

Ukultur i avdelingen

I følge lov for helsepersonell §4, står det at det stilles krav til faglig forsvarlighet. Helsepersonell er derfor pliktig til å oppdatere seg i ny forskning og retningslinjer. En relativt nyutdannet jordmor forteller at hun i starten av sin karriere kjente på det å være usikker og ny, og valgte å ta innkomst-CTG, da de mer erfarne jordmødrene praktiserte dette. I en studie fra 2013 (Brunstad, 2013, s. 33) påpekes det at nyutdannede jordmødre har utfordringer når det gjelder faglig trygghet. Det er derfor nødvendig at de får god personlig og faglig oppfølging og veiledning. Det at erfarne jordmødre velger å ta innkomst-CTG og ikke følge faglige prosedyrer, kan dermed være med på å skape faglig usikkerhet hos nyutdannede jordmødre. En kultur hvor jordmødre kopierer sine kollegaers handlinger i stedet for å arbeide etter retningslinjer, vil kunne svekke faget. Til tross for våre funn, viser studie fra Haukeland Universitetssykehus at kulturen på arbeidsplassen ikke hadde så stor betydning for implementering av forskning (Dalheim, 2011, s. 49). Vår erfaring fra praksis er at jordmødrene sjeldent avviker fra prosedyrer og retningslinjer. Med ett unntak; nemlig innkomst-CTG hos lavrisikofødende. Dette opplevde vi at var opp til hver enkelt jordmor å bestemme og mer en personlig preferanse. En avdelingskultur hvor man personlig skal bestemme om man vil følge anbefalte retningslinjer eller ei, kan tyde på et ledelsesproblem.

Noen av jordmødrene snakker om at innkomst-CTG blir brukt for å øke effektiviteten i avdelingen og for å løse tidsnød. Noen av jordmødre sier at de har opplevd ubehagelige konfrontasjoner i forbindelse med at leger forventer at det skal ha blitt tatt innkomst-CTG selv om kvinnen er i lavrisikogruppen. Dette ble beskrevet som ubehagelig. Manglende samarbeidsvilje hos leger er i flere studier nevnt som en hindring i implementeringen av kunnskapsbasert praksis (Hommelstad & Ruland, 2004, s. 624; Oranta, Routasalo & Hupli, 2002, s. 208) Jordmødrene i vår studie opplever at legene ikke alltid stoler på deres intermitterende lytting, og noen har opplevd at legene sier de må gjøre noe med engang kvinnen overflyttes, fordi de ikke har god nok kontroll på barnet. Dette på bakgrunn av at kvinnen ikke har hatt CTG registrering og kun intermitterende lytting utført av jordmor. Studier bekrefter at en hindring for kunnskapsbasert praksis kan være manglende støtte fra andre medarbeidere og overordnede (Polit & Beck, 2017, s. 26). I vår studie kan tyde på at jordmødres valg om å ta innkomst-CTG eller ei, påvirkes av den manglende støtten de opplever av sine kolleger og overordnede. Dersom alle i avdelingen blir enige i retningslinjene som er gitt for praksis, kan trenden kanskje snus i en positiv retning.

6.3 Metodediskusjon

Vi valgte å samle data ved hjelp av kvalitative intervjuer. Vi kunne også brukt spørreskjema til å belyse problemstillingen. Det er både positive og negative sider ved begge metoder. Spørreskjema er mer anonymt som kan føre til at informantene svarer ærligere. Samtidig må man i spørreskjema være veldig forsiktige med ordbruk og være klar og tydelig i spørsmålene slik at man unngår misforståelser (Polit & Beck, 2017, s. 243). På den andre siden kan man med kvalitativt intervju skape en relasjon til informantene (Malterud, 2011, s. 129). Dette kan gjøre at man kan komme mer i dybden av temaet og man har mulighet til å spørre oppfølgingsspørsmål hvis det er behov for dette (Malterud, 2011, s. 194-195). I tillegg kan man avklare eventuelle misforståelser underveis.

6.4 Pålitelighet og gyldighet

Innen kvalitativ forskning har begrepet pålitelighet å gjøre med forskningsresultatene konsistens og troverdighet. Begrepet gyldighet i kvalitativ forskning ser på hvordan en metode egner seg til å undersøke det den sier den skal undersøke (Kvale et al., 2009, s. 250-251). Metoden til Malterud er brukervennlig å følge, noe som styrker studien vår. Hun skriver at analysemetoden ikke stiller krav til at forskeren skal inneha teoretisk skoleing på forhånd

(Malterud, 2011, s. 94). Intervjuene ble utført på informantenes arbeidsplass, dette kan gi økt gyldigheten ved at intervjuene utføres et sted de føler seg trygge (Malterud, 2011, s. 131). Begge transkriberte intervjuene, dette gir en større mulighet for at enkelte detaljer ble fanget opp og det styrker gyldigheten (Malterud, 2011, s. 77). Informantenes varierende arbeidserfaring og ulik praksis styrker påliteligheten. En svakhet med våre funn er at vi kun hadde åtte informanter. Spørsmålet er om det er nok til å komme i dybden av temaene. Vi tenker at våre funn kan ha en viss overføringsverdi i lignende kvalitetsforbedringsprosjekter. Overførbarhet til andre sykehus kan ha sine begrensninger på grunn av andre rutiner. For eksempel finnes det små sykehus i landet som praktiserer innkomst-CTG som en rutine på alle fødende.

6.4.1 Veien videre

Ettersom flere uttrykker manglende forståelse for hvorfor innkomst-CTG ikke skulle tas, kan det tyde på et behov for mer informasjon og kompetanseutvikling. Spesielt rettet til de som ikke føler seg trygge med å kun lytte intermitterende ved innkomst. Det er viktig at ledelsen og organisasjonen får jordmødrene med på laget for å kunne implementere retningslinjer. Pålitelig og god forskning støtter opp om risikoen det gir kvinnen og barnet å ta innkomst-CTG. En viktig sak å ta videre er jordmors opplevelse av manglende støtte av leger angående CTG og lavrisikofødende. Studien avdekket at jordmødrene ikke dokumenterer hvorfor de tar innkomst-CTG. Dette er jordmødre pliktig å gjøre ifølge Norges lover (Helsepersonelloven, 1999b § 39). Vi reflekterer over om jordmødrene kanskje hadde fulgt retningslinjene bedre dersom de spesifikt måtte dokumentere indikasjon for innkomst-CTG når dette ble utført.

Arbeidsfordeling av studien

I deler av oppgaveskrivingen arbeidet vi hver for oss, andre deler har vi jobbet sammen om. Intervju, transkribering og analyseprosessen ble gjort sammen. Kandidat 516 startet med å skrive metodekapittel på kappen mens kandidat 501 begynte på metodekapittel i artikkelen. Deretter har vi jobbet med resten av oppgaven sammen.

7.0 KONKLUSJON

Studien viser at jordmødrene som ble intervjuet tar innkomst-CTG fordi de ønsker ekstra trygghet. Jordmødrene er bekymret for konsekvenser og tar innkomst-CTG i frykt for juridiske følger. Noen av de opplever at CTG er en bedre dokumentasjon på fosterets velvære enn intermitterende lytting. Noe av jordmødrene jobber bare på høyrisikoavdeling og innrømmer å bli farget av alt det patologiske. Dette fører til at de opptrer likt overfor kvinnene ved å ta innkomst-CTG, selv om de er selektert til å være i lavrisikogruppen. Jordmødrene skylder på gammel vane og bruker innkomst-CTG som et middel for å effektivisere arbeidet. Det kommer videre frem av studien at jordmødre ikke dokumenterer behandlingen de gir til kvinnene, og at det ikke finnes rutiner for å dokumentere bruken av innkomst-CTG på lavrisikofødende.

LITTERATURLISTE

- Aasekjær, K. (2011). *Når avnavler jordmor i den normale fødselen, og hvilke kunnskapskilder støttes avnavlingstidspunkt på?* (Mastergradoppgave). Høgskolen i Bergen.
- Aven, T. (2016, 8. september). Risiko. Hentet fra <https://snl.no/risiko>
- Baston, H. (2014). Antenatal care. I M. J. & M. Raynor (Red.), *Myles textbook for midwives* (16. utg., s. 179-202). Churchill Livingstone.
- Blix, E. (2006). *Innkost-CTG En vurdering av prediktive verdier, reliabilitet og effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeid.* (Doktoravhandling). Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Blix, E. (2017). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (2. utg., s. 51-55). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Blix, E., Reinart, L. M., Klovning, A. & Oian, P. (2005). Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review (Structured abstract). *BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(12), 1595-1604. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12005008562/frame.html>
- Blix, E., Reinart, L. M. & Øian, P. (2016). Forventningene til STAN-teknologien ble ikke innfridd. *Dagens Medisin*.
- Blix, E., Øian, P. & Tegnander, E. (2017). Metoder for fosterovervåking under fødselen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (2. utg., s. 507-520). Oslo: Cappelen Damm.
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag : teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Braut, G. S. & Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet - dagens strukturer. I *Pasientsikkerhet* (Bind 2, s. 47-61). Oslo: Universitetsforl., cop. 2015.
- Brunstad, A. (2010). En studie om hvilken kompetanse norske jordmødre mener er viktig ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 6(1), 26-39. doi:10.7557/14.807
- Brunstad, A. (2013). Hvordan er det å være nyutdannet jordmor på fødeavdeling? *Sykepleien forskning*, 26-34. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13jom3_nyutdannede_jordmodre_blant_erfarne_2421.pdf

- Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), 202-207.
- Cheyne, H., Dunlop, A., Shield, N. & Mathers, A. M. (2003). A randomised controlled trial of admission electronic fetal monitoring in normal labour. *Midwifery*, 19, 221-229.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (9781412995313). Los Angeles: Sage.
- Dalheim, A. (2011). *Faktorer som influerer på implementering av kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere* (Masteroppgave). Høgskolen i Bergen.
- Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A. & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). doi:10.1002/14651858.CD005122.pub5
- Gourounti, K. & Sandall, J. (2007). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery—A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 107-116.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet- om en sammenhengende svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg* (St. meld. nr. 12 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld. St. 13. 2016-2017).
- Helsebiblioteket. (2016). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2010a). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen.
- Helsedirektoratet. (2010b). *Utviklingsstrategi for jordmørtjenesten - tjenestekvalitet og kapasitet* (Helse- og omsorgsdepartementet). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helseforskningsloven. Lov 20. juni 2008 nr. 44 om helseforskning.
- Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell.

Helsepersonelloven. Plikt til å føre journal. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Hommelstad, J. & Ruland, C. M. (2004). Norwegian Nurses' Perceived Barriers and Facilitators to Research Use *AORN Journal*, 79, 621-634.

Husøy, R. & Høye, H. M. (2016). *Jordmors opplevelse etter traumatiske fødsler* Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra file:///C:/Users/Siri2/Downloads/husoy_hoeye_MAJO5900_2016.pdf

Impey, L., Reynolds, M., McQuillan, K., Gates, S., Murphy, J. & Sheil, O. (2003). Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 361, 465-470.

Ingemarsson, I., Arulkumaran, S., Ingemarsson, E., Tambyraja, R. L. & Ratnam, S. S. (1986). Admission test: a screening test for fetal distress in labor. *Obstetrics and Gynecology*, 68(6), 800-806.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Mead, M., Bogaerts, A. & Reys, M. (2007). Midwives perception of the intrapartum risk of healthy nulliparae in spontaneous labour, in The Flanders, Belgium. *Midwifery*, 23(4), 361-371. doi:10.1016/j.midw.2006.05.003

Mickan, S., Burls, A. & Glasziou, P. (2011). Patterns of 'leakage' in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1032), 670-679. doi:10.1136/pgmj.2010.116012

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

Mires, G., Goldbeck-Wood, S., Murray, G. D., Nesheim, B.-I., Williams, F. & Howie, P. (2001). Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. *BMJ*, 322(7300), 1457-1462. doi:10.1136/bmj.322.7300.1457

Mitchell, K. (2008). The effect of the labour electronic fetal monitoring admission test on operative delivery in low-risk women: a randomised controlled trial. *Evidence-Based Midwifery*, 6(1), 18-26.

- Nese, A. K. & Jørandli, K. (2016). *Jobber jordmødre på fødeavdelinger kunnskapsbasert? En klinisk audit om innkomst CTG av lavrisikofødende*. Høgskolen i Bergen, Bergen.
- NICE. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. Hentet 19.03.17 fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Norsk gynekologisk forening. (2014). Veileder i fødselshjelp. Hentet 19.03.17 fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/>
- Nortvedt, M. W. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nøkling, S. E. (2011). *Jordmorfaglig audit av fødselsomsorgen til lavrisiko førstegangsfødende* (Mastergradoppgave). Høgskolen i Bergen.
- Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 205-213.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Nvivo (Versjon Nvivo 11).
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. doi:10.1016/S0140-6736(14)60789-3
- Schrøder, K. (2010). Den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspektiv, (Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse. Syddanske Universitet).
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. "...og bedre skal det bli", 15-1162.
- Spesialisthelsetjenesteloven. Lov av 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten.
- Thomson, A. (2000). Is there evidence for the medicalisation of maternity care? *MIDIRS*, (10), 416-420.
- Waldenström, U. (2007a). *Föda barn : från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Waldenström, U. (2007b). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth*, 20(4), 175-180. doi:10.1016/j.wombi.2007.08.004

WHO. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. *WHO library Cataloguing*.

World Health Organisation. (2018). WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience.

Vedlegg 1

Problemstilling: «Hvorfor tar jordmødre innkomst-CTG på lavrisikofødende?»

Hensikten med studien er å kartlegge hva som gjør at jordmødre velger å ta innkomst-CTG på kvinner som er selektert til å være lavrisikofødende når de vet at dette ikke er en anbefaling.

Dybdeintervju med jordmødre

Spørsmål:

- Hvorfor tror du at jordmødre tar innkomst-CTG på lavrisikofødende?
 - Hva handler dette om tror du?
- Hvilke tanker har du omkring innkomst-CTG og lavrisikofødende?
- Sjekker du selekteringen ved mottak av kvinner for å se om de er lav eller høyrisiko?
- Kan du beskrive en situasjon hvor du tok innkomst-CTG på en lavrisikofødende?
- Kan du beskrive en situasjon hvor du var i tvil om du skulle ta innkomst-CTG?
 - Hvorfor var du i tvil?
- Det hender jo at lavrisikogravide kommer inn til Føden pga sterkt ønske om EDA eller manglende kapasitet på loftet, tar du automatisk innkomst-CTG av disse?
 - Hvorfor?
 - Er dette kunnskapsbasert arbeid?
- Dersom du har tatt innkomst-CTG uten indikasjon, hvordan begrunner du dette kunnskapsbasert?
- Avslutningsvis, har du noe å tilføye?

Diverse (oppfølgings)spørsmål:

- Er «**gammel vane**» en god nok grunn til å gjøre noe som kanskje kan føre til skade?
- Hva tenker du når du sier: «**kultur** i avdelingen?»
 - handler dette om manglende kunnskap?
 - Handler dette om dårlige/manglende retningslinjer
 - Handler dette om utydelig ledelse?
- Manglende kunnskap?
- **Hvilke funn fører til at man må koble på CTG?**
- Tar du innkomst-CTG på kvinner med **vannavgang og etablerte rier**? Står dette i retningslinjene(det må vi finne ut på EQS)?
- Hvordan jobber du kunnskapsbasert?
 - (Retninglinjer? Forskning? EQS? «Best practice»? Erfaring? Andres meninger? Brukerperspektivet?)
- Hva mener du med å «**ha det i bakhodet**»?

Møllendalsveien 6
5009 BERGEN

Vår dato: 12.09.2017

Vår ref: 55828 / 3 / HJT

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55828 *Intervju med jordmødre om inntøyst-CTG på lavrisikofødende- en kvalitativ studiet*
Behandlingsansvarlig Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig
Student

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Håkon Jørgen Tranvåg

Kontaktperson: Håkon Jørgen Tranvåg tlf: 55 58 20 43 / Hakon.Tranvag@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi:



Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk (på datamaskin) i forbindelse med prosjektet er anonyme. Personvernombudet anser variabler som arbeidserfaring, ansinnitet, avdeling og navn på sykehus som potensielt å kunne identifisere enkeltpersoner. Vi ber prosjektleder vurdere hvilke variabler som er mulig å ta med uten at noen direkte eller indirekte gjenkjennes. Vi viser til opplysninger i meldeskjemaet hvor det går fram at det i prosjektet kun skal registreres yrke, og videre i informasjonsskrivet kun samles inn skriftlig samtykke. Det er personvernombudets vurdering at disse variablene ikke utgjør personopplysninger i seg selv. Prosjektet kan i så fall gjennomføres anonymt.

Vi minner rutinemessig om at med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som arbeidserfaring, ansinnitet, avdeling og navn på sykehus)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Vi viser også til informasjon om hvordan prosjekter kan gjennomføres uten at meldeplikten uløses:

http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/vanlige_sporsmal.html?id=2

Dersom det viser seg at det allikevel er nødvendig å registrere personopplysninger i prosjektet, ber vi om at det sendes utfyllende opplysninger til personvernombudet@nsd.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjek

«Kvalitativ studie om inntakst-CTG»

Intervju om jordmødres tanke og opplevelser med inntakst-CTG

Bakgrunn med studiet

Målet med studien er å få innsikt i jordmødres tanker og opplevelser med inntakst-CTG. Et kvalitetsforbedringsprosjekt utført i 2016 ved dette sykehuset viste at nesten 80% av alle lavrisikofødende fikk utført inntakst-CTG. Vi skal i denne masteroppgaven forsøke å belyse hvorfor jordmødre tar inntakst-CTG på denne gruppen gravide.

Du er jordmor ved dette sykehuset og blir derfor spurt om å delta i dette studiet.

Hva innebærer deltakelsen i studiet?

Intervjuene vil vare fra 30-60 minutter. Samtalen blir tatt opp på bånd slik at vi etterpå kan transkribere samtalene til et skriftlig materiale. Vi vil deretter kode og analysere dataen vi får. Spørsmålene vil bli delt ut i forkant av intervjuet slik at du kan være forberedt på hva som blir spurt om. Vi kommer ikke til å be om personopplysninger av deg annet enn skriftlig samtykke til å delta i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studentene og veileder som har tilgang til personopplysninger om deg.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 11 mai 2018. Etter at prosjektet er avsluttet vil alt datamateriale bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Veileder for dette prosjektet er:

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Differensiering og overvåkning, - rød og grønn gruppe

Prosedyre Kvinneklivnikken ©
Forandringer er understreket.

Dette er en overordnet rutine som overstyrer differensiering i Natus. Differensier til rød/grønn gruppe i Natus og dokumenter vurderinger!

Grønn gruppe: Jordmorstyrt

Friske fødende med normalt svangerskap og med tidligere normale svangerskap og fødsler.

I tillegg aksepteres:

- Antibiotikaproylakse pga GBS
- Tromboseproylakse
- Velregulert stoffskiftesykdum

Rød gruppe:

Medisinske risikofaktorer:

1. Kronisk sykdom hos mor (F. eks. insulinkrevende diabetes, epilepsi, HIV)
2. Omskåret (vurder grad)

Komplikasjoner ved tidligere svangerskap og fødsler:

3. Blødning > 1000ml (vurderes)
4. Placenta accreta/percreta eller placentaløsning
5. Komplisert fødsel (vurderes)
6. Skulderdystoci (verifiser diagnosen)
7. Sectio eller operasjon på corpus uteri
8. Perinatal død/tidligere alvorlig perinatal sykdom (vurderes av lege)

Aktuelt svangerskap

9. Komplikasjoner i aktuelt svangerskap, vekstavvik
-20/+30, preeklampsi, hypertensjon
10. BMI>30 ved svangerskapets start. Vektøkning
>20 kg i svangerskapet (vurderes av jordmor)
11. Røyk/snus/nikotinerstatning daglig
12. Rusmisbruk
13. Flerlinger
14. Avvikende leie (sete, tverrleie)
15. Fødsel før uke 37, eller mer enn 12 dager over TUL
16. Jordmor mener kvinnen ikke egner seg for normalenhet

Overvåkning:

Innkunst:

- Kontroller mors puls for å unngå forveksling med barnets puls.
 - Vurder om kvinnen er i aktiv fødsel: Regelmessige rier og mormunn 4cm (WHO-definisjon).
 - Bruk tiltaks- og varsellinje ved aktiv fødsel.
 - Differensier:

Grønn gruppe:

Lytt, etter ri, i minst 60 sekunder.

BT. Urinstix ved forhøyet BT.

Innkunst-CTG på indikasjon. CTG skal klassifiseres! (Husk kontroll mors puls)

Rød gruppe:

BT. Urinstix ved forhøyet BT.

Innkunst-CTG. (Husk kontroll mors puls)

Blodprøver og undersøkelser ut fra klinikk.

Stadium I aktiv fase, grønn gruppe:

- Lytt, etter ri, i minst 60 sek, minst hvert 30. minutt.
- Vurder indikasjon for CTG etter 6 timer.
- Vaginal undersøkelse innen fire timer, bedøm framgang. Bruk varsel- og tiltakslinjer.

Stadium II tidlig fase, grønn gruppe:

- Vent med aktiv trykking til hodet er på bekkenbunnen, kan vente inntil to timer ved normal CTG. Minst 15 min registrering etter en time utslettet mormunn. Start aktiv trykking etter to timer.

Stadium II sen fase, grønn gruppe:

- Lytt, etter hver ri/hvert 5 min. ved aktiv trykking.
- Oxytocin-drypp ved risvekkelse → kontinuerlig CTG. [Protrahert fødsel](#)
- Dersom barnet ikke er født etter en times aktiv trykking, overflyttes kvinnen til fødeavdelingen og lege tilkalles.
- Astrup: Tas av alle barn, prioriteres ved dårlig barn.

Stadium I og II, rød gruppe:

Overvåkningen graderes etter risiko for fosterasfyxi.

Lav risiko: (Gjelder pkt. 2, 3 og 6 på side 1. Pkt. 5, 8 og 16 vurderes): Overvåkes som grønn gruppe. Ved tvil, iverksett intensivt CTG-overvåkning.

Epiduralanalgesi: CTG-registrering i 15 min når epidural er satt, videre på indikasjon.

Økt risiko for asfyksi: Intensivt CTG-overvåkning.

Definisjon: CTG minst 15 min/time ved etablerte rier og normal CTG/STAN.

Høy risiko: Bruk kontinuerlig CTG og fortrinnsvis STAN ved:

- Tvil om CTG er normal
- Avvikende CTG
- Patologisk CTG - krever ekstra påpasselighet!
- Alvorlig preeklampsi
- Seteleie, flerlinger
- Tidligere sectio eller operasjon på corpus uteri
- Andre risikosituasjoner

Stadium II tidlig fase, rød gruppe: Ved normal CTG, vent med aktiv trykking til hodet er på bekkenbunnen, kan vente inntil to timer.

Overflytting fra grønn til rød gruppe under fødsel vurderes fortløpende, f. eks:

- Avvikende CTG (deselerasjoner, basalfrekvens < 110 eller > 150).
- Sterkt misfarget fostervann.
- Langsom fremgang (varsel og tiltakslinjer).
- Unormal blødning.
- Infeksjonstegn.
- Epiduralanalgesi.
- Oxytocinstimulering i åpningstiden, CTG-overvåkning se: [Protrahert fødsel](#)
- Ristorm, dvs: > 5 rier per 10 minutt kombinert med patologisk CTG. Seponer Oxytocindrypp, vurder Tractocile bolusinjeksjon ved planlagt vaginal forløsning. [Medikamentrutiner fødeavdelingene](#)

I de tilfeller der den fødende blir overflyttet fra 7H til fødeavdelingen på grunn av unormal fosterhertefrekvens er det tillatt å iverksette vaginal operativ forløsning umiddelbart der betingelsene for dette er til stede.

CTG skal klassifiseres: Normal, avvikende, patologisk. Signer i STAN logg, eller med stempel på CTG-strimmel. Normal og avvikende CTG signeres av jordmor eller lege. Hvis patologisk, tilkall lege som signerer. Gjelder ikke ved umiddelbart forestående fødsel.

[STAN/CTG elektronisk journal](#)

Kjære Redaktør

Vi se der deg herved vår artikkel. Vi har utført en kvalitativ studie med jordmødre. Med problemstillingen: hvorfor tar jordmødre innkomst-CTG på lavrisikofødende? Studien vår tar utgangspunkt i en klinisk audit, utført i 2016 på det samme sykehuset, hvor det ble avdekket at det ble tatt innkomst-CTG på lavrisikofødende i 77 % av tilfellene. Hensikten med studien er at resultatene skal kunne brukes i kvalitetsforbedringsarbeid og forbedre kvaliteten på våre tjenester. Funnene våre avdekker blant annet at flere jordmødre føler seg tryggest når de får tatt innkomst-CTG. CTG oppleves som et mer håndfast bevis i en eventuell juridisk sak. Risikotenkning preger jordmødre som kun arbeider på høyrisikoavdeling. Artikkelen vår er ikke publisert i andre tidsskrifter eller blitt vurdert til å skulle publiseres andre steder. Håper artikkelen er av en slik interesse at den kan bli publisert i sykepleie forskning.

Vennlig hilsen

Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. [Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.](#)

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt digitalt. Vi ønsker å være den foretrukne kanalen for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant og praksisnær, med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+, men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett. Til tider inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, beholder copyright til teksten og kan lenke til publikasjonen på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til flere eller andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og på internett, for eksempel institusjonelle arkiver. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Vedlegg 6

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

Vedlegg 6

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: [Slik skriver du gode forskningsartikler](#)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel. Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon. Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Vedlegg 6

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
6. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan.* (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.
7. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.

Vedlegg 6

8. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

9. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

10. Bufdir. Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett]. Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatterne må oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

Følg brev til redaktør / cover letter

I følgebrevet må forfatterne oppgi:

- Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer.
- En redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere, for eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse.
- Det er også ønskelig med en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere.
- Hvis manuset bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for

Vedlegg 6

nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunktet. Artikkelmanuskripter som antas å være aktuelle, sendes til fagfelleevaluering.

Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfelleevaluering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.
3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt eller ved hjelp av funksjonen Spor endringer.
4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren.

Godkjenning av manuskript

1. Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Vedlegg 6

2. Det er viktig å følge instruksjer fra redaksjonen vedrørende språkvask av endelig manuskript.

Oversetting til engelsk

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

2. Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Når et artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfatterne ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at vedkommende kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier, kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlige, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel «XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen». Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Vedlegg 6

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn.

ARTIKKEL

«Intervju med jordmødre om inntøyst-CTG på lavrisikofødende - en kvalitativ studie»

Kandidatnummer: 516 og 501

Master i jordmorfag ved Høyskolen på Vestlandet,

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS),

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Antall tegn med mellomrom: 17 895

Antall ord: 3 000

Antall tabeller: 1

SAMMENDRAG

Bakgrunn: CTG ble innført på slutten av 80-tallet som et verktøy for å kunne oppdage stress hos foster i fødsel. Senere studier viser at innkomst-CTG på lavrisikofødende kan øke risikoen for unødvendige intervensjoner i fødsel og gir økt sjanse for keisersnitt. Innkomst-CTG hos lavrisikofødende har ikke vist å ha en positiv effekt på fødselsutfallet. Det anbefales derfor ikke innkomst-CTG på lavrisikofødende. En studie fra 2016 viser at 77 % av lavrisikofødende på et stort sykehus i Norge fikk utført CTG ved innkomst. På bakgrunn av dette er det utført en kvalitativ studie med intervju av jordmødre på dette sykehuset.

Hensikt: Hensikten med studien er at funnene skal kunne brukes i kvalitetsforbedringsarbeid og på den måten forbedre kvaliteten på våre tjenester.

Metode: Kvalitativ metode, med åtte individuelle semistrukturerte intervjuer ble utført på et stort sykehus i Norge. Informantene var jordmødre som tar vurderinger om innkomst-CTG jevnlig. Analysen ble utført i tråd med Malteruds systematiske tekstkondensering.

Funn: Det ble avdekket to kategorier og fem subgrupper. Kategori 1: «Det blir gjort mest for sikkerhetsskyld», med tilhørende subgrupper: «Jordmors utrygghet», «redd for konsekvenser» og «stort fokus på patologi». Kategori 2: «Vi vet vi ikke skal, men gjør det likevel» med tilhørende subgrupper: «Det gjøres av gammel vane» og «ukultur i avdelingen».

Konklusjon: Studien viser at jordmødre tar innkomst-CTG fordi de ønsker en ekstra trygghet. Redselen for konsekvenser både for seg selv og barnet er fremtredende som årsak til at innkomst-CTG blir tatt. Noen har blitt farget av mye patologi og tar innkomst-CTG av alle. Det skyldes på gammel vane og innkomst-CTG blir brukt for å effektivisere arbeidet i avdelingen. Jordmødrene som ble intervjuet visste at det rutinemessig ikke anbefales innkomst-CTG på lavrisikofødende, men ikke alle visste hvorfor.

Nøkkelord: Jordmødre, innkomst-CTG, kvalitativ metode, kunnskapsbasert praksis, lavrisikofødende.

INTRODUKSJON

I svangerskap og fødsel bruker vi cardiotocography (CTG) til å overvåke fosteret. CTG er en maskin som kontinuerlig, grafisk skriver ned fosterlyden samtidig som den registrerer kvinnens rier (1). Screeningstesten ble innført som en rutine etter et studie utført av Ingemarsson (2) som viste at innkomst-CTG kunne forutsi føtalt stress hos lavrisikofødende. Hensikten med denne metoden var derfor at den skulle kunne fange opp fostre som var i risiko for å pådra seg oksygenmangel under fødsel (3, 4). Randomiserte studier har vist en økt risiko for intervensjon i fødsel samt en økt risiko for keisersnitt for lavrisikofødende kvinner som får utført CTG ved innkomst (5-11). På bakgrunn av studiene anbefales det ikke lenger å ta innkomst-CTG på lavrisikofødende (12-15). Likevel viser en klinisk audit utført ved et stort sykehus i Norge at jordmødre tar denne diagnostiske testen hos 77 % av de lavrisikofødende (16). I Norge selekteres kvinner ut i fra om de har høy- eller lavrisikosvangerskap (17). Vi har tre nivåer; fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk. Kvinner skal selekteres til det nivået som passer best. Det blir gjort en risikovurdering i hvert tilfelle. Seleksjonen skal ha et mål om så lite intervensjon som mulig i fødsel og ut i fra et perspektiv om å fremme det normale (17). Hensikten med studien er at funnene skal kunne brukes i kvalitetsforbedringsarbeid og på den måten forbedre kvaliteten på våre tjenester. Problemstilling:

«Hvorfor tar jordmødre innkomst-CTG på lavrisikofødende?»

METODE

Design

Kvalitativt studiedesign ble valgt på grunnlag av studiens hensikt og problemstilling. Studien søkte å få en utvidet forståelse for hvorfor jordmødrene tar innkomst-CTG til tross for at prosedyrene sier at de ikke skal det. Kvalitative studier er godt egnet metode når det søkes forståelse og dybdekunnskap omkring et fenomen eller erfaringer (18). Malteruds Systematisk tekstkondensering er benyttet som analysemetode. Metoden er beskrivende i sin form og søker å utvikle nye begreper og beskrivelser og er utviklet fra hermeneutikken (19).

Utvalg

Prosjektet var initiert av sykehuset som tidligere hadde fått utført en klinisk audit om bruk av innkomst-CTG på lavrisikofødende. Kriteriene for hvilke jordmødre som kunne delta var at de jobber med kvinner som skal vurderes for innkomst-CTG. Vi intervjuet 8 jordmødre.

Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker som senere ble brukt i transkriberingsprosessen. Prosessen ble utført ved hjelp av programmet Nvivo(20), et verktøy for analyse av kvalitativ data. Malteruds systematisk tekstkondensering (19) ble anvendt som analysemetode. Denne analysen er inndelt i fire trinn (tabell 1). I trinn 1) leste vi over det transkriberte materialet flere ganger. Dette gav oss et helhetsinntrykk. Temaer som skilte seg ut ble notert ned. Videre ble det i trinn 2) identifisert meningsbærende enheter som ble sortert i forskjellige kodegrupper. I trinn 3) ble kodegruppene delt inn i subgrupper, og meningen i subgruppene ble abstrahert ved hjelp av tekstkondensering og kunstige sitater. Trinn 4) ble utført ved å sammenfatte betydningene av disse.

Etiske overveielser

Da studien ikke handlet om å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom trengte vi ikke å søke Regional Etisk Komitè (REK). Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) vurderte prosjektet som ikke meldepliktig. Klinikksjef og avdelingsledelsen godkjente studiet og var informert om planen. Alle informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og signerte samtykke for deltakelse. De fikk informasjon om muligheten til å tilbaketrekke samtykke.

FUNN

Analysen er basert på intervju fra 8 jordmødre. Utvalget bestod av tre relativt nyutdannede jordmødre med 1 til 2 års erfaring og fem erfarne jordmødre med 7 til 35 års erfaring. Alderen varierer fra 30 til 65 år. Noen av jordmødrene jobbet på lavrisikoavdeling eller høyrisikoavdeling, mens andre jordmødre som ble intervjuet arbeidet vekselvis på begge avdelingene. Analyseprosessen gav oss to kategorier: «CTG- for sikkerhetsskyld» og «Vi vet vi ikke skal, men gjør det likevel». Subgruppene til første kategori er: 'Behov for ekstra trygghet', 'redd for konsekvenser', 'for stort fokus på patologi'. De neste to subgruppene

under andre kategorien er: 'Det gjøres av gammel vane' og 'ukultur i avdelingen'. Sitatene nedenfor er fra intervjuene med de åtte jordmødrene.

Det blir gjort mest for sikkerhetsskyld

Jordmors utrygghet

Flere jordmødre uttrykker at de føler seg tryggest når de tar innkomst-CTG. Det fremkommet tydelig at det er jordmor som har behov for den ekstra tryggheten de opplever at innkomst-CTG gir dem. Noen nevner at de også bruker det når situasjonen er vanskelig å få oversikt over, som hyppige rier og kommunikasjonsproblemer. En jordmor sa at da hun var nyutdannet følte hun at hun hadde mer kontroll over kvinnene og fosteret når hun fikk ta CTG. Flere jordmødre snakker om å være 100 % sikker på at alt er ok med barnet. Dette er et eksempel på en veldig tro på innkomst-CTG `ens verdi.

«Jeg ville følt meg tryggest hvis jeg hadde den 20 minutters snutten til å begynne med, for da er jeg 100 % sikker på at det ikke er noe jeg på en måte har gått glipp av.»

Mange jordmødre snakker om at de har opplevd situasjoner med «dårlig lyd» på foster selv om mor var selektert som lavrisikofødende. De trekker frem dette som en grunn for at de ønsker å være på den sikre siden og heller ta én for mye enn én for lite. Flere av jordmødrene innrømmer at de ofte ikke har en god grunn til å ta innkomst-CTG.

«Det er litt ekkelt å stå med (...) du vet jo aldri, sant. For noen kan jo komme inn med kjempe dårlig lyd på lavrisikoavdelingen, selv om de er grønne (lavrisikofødende).»

Flere snakker om at de opplever at en CTG gir mer og viktigere informasjon enn de kan få ved å lytte med jordmorstetoskop eller doppler. Flere gir inntrykk av at det ikke oppleves godt nok å bare lytte med stetoskop eller doppler og de føler seg usikre på om dette gir dem den informasjonen de trenger for å ivareta mor og barn. En jordmor beskriver det slik:

«(...) du på en måte får en mer, et mer, sånn 100 % informasjon om at barnet har det greit. Ja, sånn att, det er vel det som ligger litt sånn i bakhodet, ja. Som en begrunnelse, at vi helgarderer oss litt, ja, mhm.»

Redd for konsekvenser

Flere snakker om det å ha «ryggen fri». En jordmor nevner i denne sammenhengen at de ofte har i bakhodet «tenk hvis jeg overser noe ...». Flere snakker om at CTG er et mer håndfast bevis hvis de skulle måtte forsvare seg selv i ettertid. Flere opplever at deres egen dokumentasjon om hjertelyden ikke er like valide og de beskriver at de synes det er bedre å ha noe håndfast man kan vise til senere. Slik beskrives dette av en jordmor:

«(...) hva skal jeg si, eh, det er jo for å sikre meg selv litt, sant at jeg ikke har, i tilfelle, eller at det skal være noe etterpå. At jeg har dokumentert for meg selv, eh..., at det er normalt.»

Flere jordmødre snakker om at CTG er et individuelt valg jordmødre har, og at det er opp til hver enkelt jordmor om hun velger å ta innkomst-CTG eller ikke, til tross for avdelingens retningslinjer. Noen av jordmødrene ytrer en forståelse for at andre tar innkomst-CTG uten indikasjon. Flere innrømmer at de tar CTG selv om de vet at det ikke er indikasjon på det.

«ofte har jeg gjerne ikke så god begrunnelse på hvorfor jeg har tatt det (...) det er jo, mest for min egen del, det er ikke for damen sin del hvis jeg gjør det, mhm, det må jeg jo innrømme, mhm.»

Stort fokus på patologi

Noen jordmødre snakker om risikoperspektivet man får dersom man har jobbet mye på høyrisikoavdeling, hvor det er mye patologi og hvor de fleste får tatt CTG ved innkomst på indikasjon. En erfaren jordmor forklarte at de for lenge siden hadde undervisning av en lege som hadde sagt at man aldri kunne høre en dårlig fosterlyd, kun se den. Dette hadde påvirket

hennes syn på risikoen forbundet med å ikke ta innkomst-CTG. Jordmødrene snakker om at det blir vanskelig å se det normale i fødselen hvis man hele tiden ser det «unormale».

«(...) de som rullerer til normaliteten, de har mer aksept for det (å ikke ta innkomst-CTG) enn de som bare er her på fødeavdelingen. Her ser vi nesten bare patologi, og ... og da blir det lett å bli farget av det på en måte, at du klarer ikke se det normale oppi det hele»

En jordmor påpeker at hun må jobbe med å ikke skulle ta innkomst-CTG uten indikasjon, men at hun har blitt bedre den siste tiden ettersom det har vært mye fokus rundt temaet. En annen jordmor sa at hun opplevde det som en utfordrende overgang å ikke skulle tenke risiko når hun skulle arbeide med de kvinnene som var selektert som lavrisikofødende.

«(...) i løpet av dette året har jeg prøvd å avvent meg, å klart du kjenner litt på det i begynnelsen, men så blir du på en måte trygg på at den babyen har det fint, etter, hvis du lytter intermitterende over, over ett minutt til to,»

Vi vet vi ikke skal, men gjør det likevel

Det gjøres av gammel vane

Mange av informantene sier at de tar innkomst-CTG på grunn av “gammel vane”. En jordmor forklarer at det tidligere var rutine å gjøre det av alle og at det derfor er vanskelig å endre denne vanen. En annen jordmor sier at hun ikke tenker særlig over hvorfor hun tar innkomst-CTG men at hun bare gjør det på automatikk.

«Det ligger så i blodet på meg at, at det er nok gammel vane, vi er nok ikke flinke nok der til å selektere.»

Noen av jordmødrene sier at de ikke skiller mellom høy og lavrisikofødende. Hun ene sier at “det er bare noe jeg alltid vil ha”. Flere snakker om det at de ikke selekterer kvinnene godt

nok når de kommer inn til fødsel. En jordmor sier at hun «greier alle under en kam» og videre sier hun at de nok har litt «skylapper på» når det først kommer noen som er lavrisikofødende.

«Det har egentlig alltid bare vært en, det er noe jeg bare alltid gjør. Det er noe jeg alltid vil ha, så det har aldri vært, jeg har aldri tenkt tanken på å ikke ta en innkomst-CTG.»

Ukultur i avdelingen

En relativt nyutdannet jordmor forklarer at hun i begynnelsen av sin karriere som jordmor tok innkomst-CTG fordi hun hørte at erfarne jordmødre i avdelingen gjorde dette. Hun beskriver det slik:

«(...) også hører du av andre godt, vel erfarne jordmødre, de har tatt en CTG ved innkomst og den var helt fin. (...) da vet jeg at jeg var litt sånn i tvil (...) skal jeg bare ta en CTG da (...) så jeg har vel faktisk gjort det då litt sånn helt i begynnelsen (...)»

Noen av jordmødrene forklarer at de tror en av årsakene til unødvendig bruk av innkomst-CTG er på grunn av ressursmangel på noen vakter, og at man da sparer tid ved å ta en registrering slik at man samtidig kan gjøre andre ting. En av jordmødrene sier hun bruker denne metoden for å effektivisere arbeide når hun skal ta imot kvinnene. Da kan hun sette på en CTG og samtidig skrive kvinnen inn i datasystemet. Flere av jordmødrene tror også at dette er en hyppig brukt metode i tidsnød.

«(...) men jeg synes jo sånn sett selv at den (CTG`en) bare går, så kan jeg kaste et blikk på den også kan jeg skrive damen inn, samtidig,»

Ett par av jordmødre sier at de har opplevd å bli spurt om det er tatt innkomst-CTG hvis lege blir innblandet i forløpet. Dette sier den ene av jordmødrene at kan oppleves ubehagelig. Jordmødrene sier også at de ikke alltid føler at legene stoler på jordmødrenes intermitterende lytting. Noen av dem har opplevd at legene sier de må gjøre noe med engang de overflyttes, fordi de ikke føler at de har kontroll på barnet, da det ikke er blitt tatt CTG-registreringer.

«Og det hender jo (...) på lavrisikoenheten kommer ned fordi at det er dårlig lyd, og da får en alltid spørsmålet «Har det vært fin lyd?», «Er det tatt en CTG?». (...) mange gjør det nok på grunn av at de da.»

DISKUSJON

Funnene våre gir et lite innblikk i hvorfor enkelte jordmødre velger å ta innkomst-CTG på lavrisikofødende, som motstrider retningslinjer for fødselsomsorgen (13, 21). Analysen i studien avdekket to kategorier og fem subgrupper. Første kategori handler om at jordmødrene tar innkomst-CTG for sikkerhetsskyld og andre kategori er at jordmødrene vet de ikke skal, men de gjør det likevel.

Studien avdekker at jordmødre hadde det lettere med å snakke om hvorfor de tenker at andre jordmødre tar innkomst-CTG. Det var vanskeligere for de å sette ord på hvorfor de selv gjør det. Dette kan tyde på at jordmødrene opplever spørsmål rundt innkomst-CTG som et vanskelig tema, mulig fordi det handler om jordmors egen kompetanse. Det ble avdekket at jordmødre tar innkomst-CTG fordi de føler seg utrygge i faget og ikke stoler på egne vurderinger. Det ble i en studie konkludert med at det oftest må flere strategier til for at praksis skal endres (22). Ofte er det ikke kun helsepersonell alene som har skylden i diskrepansen mellom kunnskapsbaserte anbefalinger og hva som faktisk praktiseres, men også pasientens holdninger, organiseringen av tjenestene, ledelse, ressurser og politisk påvirkning (23).

Det hjelper ikke alltid å ha den nyeste kunnskapen hvis man likevel velger å ikke bruke den. En amerikansk studie viser at det er stort gap mellom forskning og praksis (24). Våre funn viser at jordmødrene vet at de ikke skal ta innkomst-CTG, men gjør det til tross for motstridende retningslinjer og anbefalinger. Dette kan tyde på at de ikke tror at CTG kan ha negative effekter. Det kan også tenkes at de ikke er godt nok kjent med forskningen omkring temaet. En studie utført i 2010 bekrefter at helsepersonell har problemer med å endre praksis til tross for forskning av god kvalitet (25).

Nese og Jørlandli (16) beskriver i sin kliniske audit en total manglende dokumentasjon på hvorfor innkomst-CTG var tatt og at dette kan tyde på at jordmødrene vet de gjør noe som ikke anbefales. Dette fikk vi bekreftet under intervjuene. Studier viser at helsepersonell ikke er gode nok til å dokumentere behandling av pasienter etter gjeldende lovverk, noe som kan

øke risikoen for uheldige hendelser og redusert pasientsikkerheten (25). Som helsepersonell har vi en plikt til å dokumentere behandlingen vi gir pasientene (26). Flere studier viser til kvinnens behov for informasjon og det er derfor en anbefaling at man burde informere kvinnene om risikoen de utsettes for ved å få utført innkomst-CTG (5, 27). Vår erfaring fra praksis er at kvinnene ikke ble informert om denne risikoen.

Det finnes flere måter å se på en fødsel. Hvilket syn vi har påvirker hvordan vi behandler kvinnene. Gunnhild Blåka (28) drøfter det hun kaller det biomedisinske og det fenomenologiske kunnskapssyn. Gjennom det biomedisinske synet ses fødselen på som en hendelse med utallige utfall, der kvinnens kropp kan feile på ethvert tidspunkt. Våre funn om at jordmødrene handler ut i fra et risikoperspektiv, passer med det biomedisinske synet hun beskriver. Med teknologisk utstyret og økt mulighet for overvåkning av kvinnen i fødsel kan vi styre i større grad risikoen de utsettes for i fødsel. Samtidig utsettes hun også for risiko ved at det intervenseres unødvendig.

I det fenomenologiske kunnskapssynet vil jordmor aktivt bruke sin vurdering av fødselens fremgang. Jordmødre ønsker å ha kontroll over fødselen slik at uheldige utfall kan forutsees og unngås. Ifølge Blåka (28) vil full kontroll i fødsel være umulig å oppnå. Funn fra studien viser at jordmødre som tidligere har opplevd å finne en avvikende fosterlyd bruker innkomst-CTG fordi de er bekymret for en lignende situasjon. Waldenstrøm (29) reflekterer om de tekniske hjelpemidlene brukes over sin nytteverdi. Hun uttrykker bekymring for om definisjonen for hva som er en normal fødsel flyttes på i feil retning. I dette legger hun at det blant annet i flere land er «normalt» å få keisersnitt (29). Prosesser som medikalisering og økt bruk av teknologi vil kunne frata kvinnen mulighet til naturlig fødsel og selvbestemmelse (29). Det vil kunne føre til overbehandling og ikke nødvendigvis til bedring av fødselsutfallet (15, 28).

Funnene fra studien er interessante og kan forhåpentligvis være med på å belyse hvordan praksis kan jobbe mer forskningsbasert samt hvordan de kan oppnå en bedre kvalitet med økt pasientsikkerhet.

Studiens styrke og begrensninger

Informantene ble valgt med hjelp av strategisk utvalg. Dette er hensiktsmessig for å kunne belyse vår problemstilling (19). Noen av informantene var nyutdannet, andre var erfarne. Noen arbeidet på lavrisikoavdeling, noen på høyrisikoavdeling og noen på begge avdelingene. En slik variasjon styrke studien. Intervjuene ble utført på arbeidsplassen og studier viser at

pålitelighet øker når intervjuene finner sted hvor informantene føler seg trygge (19). Begge forfatterne deltok i intervjuene, transkriberingene og analyseprosessen. Dette øker gyldigheten og styrken til studien. I første omgang hadde vi 7 informanter men utvidet med ett ekstra intervju for å få mer dybde i materialet. En svakhet i oppgaven kan være at det kun var 8 informanter og noen av intervjuene var utfordrende å hente ut rikt materiale fra. Dette kan ha påvirket hvor godt vi kom i dybden av temaet. På andre sykehus kan det være andre rutiner om innkomst-CTG og overførbarheten er begrenset.

KONKLUSJON

Studien viser at flere jordmødre føler seg utrygge med tanken på å ikke ta innkomst-CTG. Flere snakker om at de ønsker å være 100% sikker på at alt er greit med barnet. Jordmødre innrømmer at de tar innkomst-CTG uten indikasjon, for sitt eget beste og ikke for mor eller barn. Noen av jordmødrene opplever at CTG er en tryggere måte å dokumentere på hvis de skulle måtte forsvare seg i en eventuell juridisk sak. Ved hjelp av intervjuene kom det også frem at jordmødrene ikke dokumenterer hvorfor de tar innkomst-CTG. Dette er relevant informasjon som kan være til hjelp i den videre prosessen av en positiv endring av praksis.

REFERANSER

1. Thakar R, Sultan AH, Raynor M, McCormick C, Clarke K. Physiology and care during first stage of labour. In: Marshall JE, Raynor MD, editors. Myles textbook for midwives. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2014.
2. Ingemarsson I, Arulkumaran S, Ingemarsson E, Tambyraja RL, Ratnam SS. Admission test: a screening test for fetal distress in labor. *Obstet Gynecol.* 1986;68(6):800-6.
3. Tegnander E, Blix E, Øian P. Metoder for fosterovervåkning. Oslo: Akribe, cop. 2010; 2010. p. [288]-312.
4. Blix E, Reinart LM, Øian P. Forventningene til STAN-teknologien ble ikke innfridd. *Dagens Medisin.* 2016.
5. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017; (1). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005122.pub5/abstract>.
6. Blix E, Reinart LM, Klovning A, Oian P. Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review (Structured abstract). *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2005; 112(12):[1595-604 pp.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12005008562/frame.html>.
7. Cheyne H, Dunlop A, Shield N, Mathers AM. A randomised controlled trial of admission electronic fetal monitoring in normal labour. *Midwifery.* 2003;19:221-9.
8. Gourounti K, Sandall J. Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery—A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:107-16.
9. Impey L, Reynolds M, McQuillan K, Gates S, Murphy J, Sheil O. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 2003;361:465-70.
10. Mires G, Goldbeck-Wood S, Murray GD, Nesheim B-I, Williams F, Howie P. Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. *BMJ.* 2001;322(7300):1457-62.
11. Mitchell K. The effect of the labour electronic fetal monitoring admission test on operative delivery in low-risk women: a randomised controlled trial. *Evidence-Based Midwifery.* 2008;6(1):18-26.
12. NICE. Intrapartum care for healthy women and babies 2017 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>].

13. World Health Organisation. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
14. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 2014 [Available from: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/>].
15. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176-92.
16. Nese AK, Jørandli K. Jobber jordmødre på fødeavdelinger kunnskapsbasert? En klinisk audit om innkomst CTG av lavrisikofødende. . Bergen: Høyskolen i Bergen; 2016.
17. Helse- og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet- om en sammenhengende svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg. 2009.
18. Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches*. 3 ed. Los Angeles: Sage; 2013.
19. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2011.
20. QSR International. *Nvivo*. Nvivo 11 ed1997.
21. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. 2010.
22. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*. 2003;362(9391):1225-30.
23. Ferlie E. B., Shortell S. M. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly*. 2001;79(2):281-315.
24. Bodenheimer T. The Movement for Improved Quality in Health Care. *N Engl J Med*. 1999;340(6):488-92.
25. Voutilainen P., Isola A., Muurinen S. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(1):72-81.
26. Plikt til å føre journal. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v., § 39 (1999).
27. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*. 2015;4.

28. Blåka G. Grunnlagstenkning i et kvinnefag : teori, empiri og metode. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.

29. Waldenström U. Föda barn : från naturligt till högteknologiskt. Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2007.

TABELL

Tabell 1. Analyseprosessen med trinnene fra Malteruds tekstkondensering (19).

Trinn 1	Transkribering → lese intervjuene → foreløpige temaer	<ul style="list-style-type: none">- Intervjuene ble transkribert ordrett med nonverbale lyder.- leste gjennom flere ganger for å bli kjent med materialet.- lagte 8 foreløpige temaer uten å systematisere.
Trinn 2	Identifisere meningsbærende enheter → la de forskjellige kodegrupper i dataprogrammet systematisk → justere underveis de forskjellige gruppene	<ul style="list-style-type: none">- Meningsbærende enheter ble identifisert-- Nvivo dataprogram ble brukt til å systematisere analysen- De nye temaene ble deretter våre kodegrupper. De ble også justert underveis i prosessen.
Trinn 3	Dele inn i subgrupper → kondensere teksten → kunstige sitater	<ul style="list-style-type: none">- Sorterte materiale videre i tilhørende subgrupper.- Utviklet kunstige sitater i «jeg»-form for hver subgruppe.
Trinn 4	Rekontekstualisere → sammenfatte teksten → validere funn	<ul style="list-style-type: none">- For hver subgruppe ble det laget innholdsbeskrivelse med utgangspunkt i de kunstige sitatene og de utvalgte sitatene fra intervjuene.- oppsummerte funnene i hver subgruppe, slik at de var tro mot informantenes ord.