



Høgskulen på Vestlandet

JOR508 - Masteroppgave

JOR508-0-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	05-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 JOR508 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	205
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	10050
----------------------	-------

Egenerklæring *: 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:	10
Andre medlemmer i gruppen:	233

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Jordmorstudenters selvvalderte mestring av klinisk kompetanse
og selvtillit – En gjennomførbarhetsstudie

Midwifery students self-reported clinical competencies and self-
efficacy – A feasibility study

Kandidatnummer 205 & 233

Master i jordmorfag (JOR508)

Høgskulen på Vestlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 05.05.2023

Antall ord: 10050

Jeg 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, § 12-1.

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne masteroppgaven var å vurdere gjennomførbarheten av en planlagt norsk nasjonal populasjonsbasert kohortstudie om jordmorstudenters kliniske kompetanse og selvtillit.

Problemstilling: I hvilken grad er metodologiske momenter som rekrutteringsprosedyre og datainnsamling (oversettelse, kontekstuell tilpasning og omfang av spørreskjema) gjennomførbare i en planlagt survey om jordmorstudenters kliniske kompetanse og selvtillit ved slutten av sin utdanning?

Metode: Gjennomførbarhetsstudie. Jordmorstudenter ved en norsk jordmorutdanning ble rekruttert via høgskolens læreplattform ved slutten av utdanningen, muntlig og via e-post. Datainnsamlingen skjedde tre måneder etter uteksaminering, med én påminnelse. Spørreskjemaet ble hentet fra en liknende svensk studie, oversatt til norsk, justert for norsk kontekst og distribuert digitalt via SurveyXact til 21 studenter. Kvantitativ data ble presentert som antall, prosent og gjennomsnittsverdi med standardavvik. Kvalitativ data ble analysert med innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultat: Rekruttering på studentenes læreplattform, e-post, muntlig og brosjyre resulterte i 7 påmeldte studenter (33%). Ytterligere 13 studenter ble rekruttert etter e-post med lenke. Av 21 inviterte svarte 12 (57%) på hele spørreundersøkelsen, 6 svarte på deler (29%). Noen deltakere (n=7) syntes flere av spørsmålene var vanskelige å forstå, at noen spørsmål ikke var relevante (n=5) og at det var for mange spørsmål (n=5). Deltakerne syntes det var « *greit*», « *ok*» og « *interessant*» å fylle ut spørreskjemaet, samt at det « *fikk i gang refleksjon*» om utdanningen og egen klinisk kompetanse.

Konklusjon: Studentene anså at studien var viktig og at de fleste spørsmålene var relevante. Før en kommende nasjonal studie bør rekrutteringsprosedyren endres, spørreskjemaet forkortes i omfang og noen spørsmål tydeliggjøres.

Nøkkelord: Gjennomførbarhetsstudie, jordmorstudent, jordmorutdanning, klinisk kompetanse, selvtillit, survey.

Abstract

Aim: The purpose of this master's thesis was to assess the feasibility of a planned Norwegian national population-based cohort study on midwifery students' clinical competencies and self-efficacy.

Issue: To what extent are methodological elements such as the recruitment procedure and data collection (translation, contextual adaptation and scope of the questionnaire) feasible in a planned survey about midwifery students' clinical competencies and self-efficacy at the end of their education?

Methods: Feasibility study. Midwifery students at a Norwegian midwifery education were recruited through the university's learning platform at the end of the course, verbally and via e-mail. Data collection took place three months after graduation, with one reminder. The questionnaire was collected from a similar Swedish study, translated and adjusted for Norwegian context and distributed digitally via SurveyXact to 21 students. Quantitative data were presented as numbers, percentages and mean value with standard deviation. Qualitative data were analyzed with content analysis (Graneheim & Lundman, 2004).

Results: Recruitment through the university's learning platform, e-mail, verbally and brochure resulted in 7 enrolled students (33%). A further 13 students were recruited after e-mail with a link. Of 21 invitees, 12 (57%) completed the entire survey, 6 responded to some parts (29%). Some participants (n=7) thought several of the questions were difficult to understand, some questions were not relevant (n=5) and that there were too many questions (n=5). The participants thought the questionnaire was «*fine*», «*okay*» and «*interesting*», and that it «*initiated reflection*» on education and their own clinical competencies.

Conclusion: The students considered the study as important and that most of the questions were relevant. Before an upcoming national study, the recruitment procedure should be adjusted, the questionnaire shortened in scope and some questions clarified.

Key words: Feasibility study, midwifery student, midwifery education, clinical competence, self-efficacy, survey.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	2
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Forskningsspørsmål.....	2
1.4 Begrepsavklaringer.....	3
1.5 Avgrensning	3
2.0 Bakgrunn	4
2.1 Den norske jordmorutdanningen.....	4
2.2 Klinisk kompetanse i jordmorfaget.....	6
2.3 Selvtillit.....	8
3.0 Teoretisk rammeverk.....	9
4.0 Metode.....	11
4.1 Design.....	11
4.2 Utvalg.....	11
4.3 Rekruttering	12
4.4 Datainnsamling.....	12
4.4.1 Spørreundersøkelse.....	12
4.4.2 Oversetting av spørreskjema	13
4.4.3 Det endelige spørreskjemaet.....	15
4.4.4 Validitet og reliabilitet.....	16
4.5 Variabler og målenivå	16
4.5.1 Kontinuerlige variabler.....	17
4.5.2 Kategoriske variabler.....	17
4.6 Analyse.....	19
4.6.1 Kvantitativ analyse	19
4.6.2 Kvalitativ innholdsanalyse	19
4.7 Etske overveielser	21
4.7.1 Søknader	21
4.7.2 Forskningsetiske utfordringer.....	22
4.7.3 Informert samtykke	22
4.7.4 Personvern	23
5.0 Resultater	24
5.1 Rekrutteringsprosedyren.....	24
5.2 Svarprosessen	27
5.3 Opplevelse av spesifikke spørsmål og svaralternativ	29

5.4 12 respondenters opplevelse av sin kliniske kompetanse rett før endt utdanning	30
5.4.1 Svangerskapsomsorgen	30
5.4.2 Fødselsomsorgen	32
5.4.3 Barselomsorgen	34
5.5 Øvrige resultater.....	35
5.5.1 Undervisningstemaer det ble brukt for mye tid på	35
5.5.2 Selvvurdert selvtillit	36
6.0 Diskusjon.....	37
6.1 Hvordan fungerte rekrutteringsprosedyren? (Måte, tidspunkt, informasjon og svarfrekvens)...	37
6.2 Hvordan fungerte spørreskjemaet? (Internt bortfall, utfordringer med spesifikke spørsmål og svaralternativ).....	38
6.3 Klinisk kompetanse	40
6.4 Selvvurdert selvtillit	41
7.0 Konklusjon.....	42
Referanseliste.....	43
Vedlegg.....	1
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv	1
Vedlegg 2 – Spørreskjema	1
Vedlegg 3 – Avslag fra REK.....	1
Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD	1

Liste over tabeller

Tabell 1. Eksempel på kategoriske variabler på ordinalnivå

Tabell 2. Eksempel meningsbærende enheter og koder

Tabell 3. Eksempler på kategorier fra spørsmål om beskrivelse av hvor dyktig en jordmor skal være

Tabell 4. Bakgrunnskarakteristika for utvalget (n=18)

Liste over figurer

Figur 1. Flytskjema rekruttering av utvalg

Figur 2. Flytskjema internt bortfall

Figur 3. Grad av klinisk kompetanse - svangerskapsomsorgen

Figur 4. Grad av klinisk kompetanse - normal fødsel

Figur 5. Grad av klinisk kompetanse - komplisert fødsel

Figur 6. Grad av klinisk kompetanse - barselomsorgen

Figur 7. Undervisningstemaer det ble brukt for mye tid på

1.0 Innledning

Jordmødre verden over rapporterer om en anstrengt arbeidssituasjon med begrensede muligheter til å møte behovet for trygg helsehjelp av høy kvalitet innen seksuell, reproduktiv og perinatal helse. Grunnbemanningen ved de norske fødeinstitusjonene er alarmerende lav, og det rapporteres om utfordringer med rekruttering av tilstrekkelig antall jordmødre i Norge (Helsedirektoratet, 2020, s. 7, 14, 73). Det er samtidig en fødepopulasjon i endring med økende kompleksitet i form av ressurskrevende tilstander og sykdommer i svangerskapet og ved fødsel. Gjennomsnittsalderen til fødende har gått opp, og flere lykkes med å bli gravide til tross for kroniske sykdommer og overvekt. Det ses også en økning fødende med opphav utenfor Norge som bidrar til en vesentlig økning i risikofaktorer hos den norske fødepopulasjonen, hvor kommunikasjonsvansker og innhenting av viktige opplysninger kan være utfordrende. Det vises til en dobling i antall induserte fødsler de siste 15 årene, og i 2020 viste tallene at opp til hver tredje fødsel ble indusert. Dette er ressurskrevende da det krever tettere oppfølging og høy klinisk kompetanse fra fødselshjelpere (Johansen et al., 2022, s. 2). I tillegg er det en større andel inngrep og komplikasjoner under fødsel som krever mer avansert overvåking og kliniske ferdigheter. Dette medfører at beredskapen må økes for å unngå uønskede situasjoner, og en jordmor må ha kunnskap om en rekke hendelser som kan oppstå under fødsel (Helsedirektoratet, 2020, s. 7, 25).

For å kunne møte dagens utfordringer er det viktig at det utdannes og ansettes nyutdannede jordmødre som føler seg trygge med sin kliniske kompetanse for å kunne yte omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp i tråd med gjeldende krav til kvalitet og kompetanse i jordmorfaget (Helsedirektoratet, 2010, s. 19). Som jordmødre kommer vi, sammen med våre kollegaer, til å være ansvarlige for utvikling av studenters kliniske kompetanse under utdanningen, og dette er en viktig del av vår profesjon. For at den norske jordmorutdanningen skal kunne utvikles for den kliniske virkeligheten og at strategier skal kunne legges for at nye jordmødre skal ville bli i sitt fagfelt, kreves det kunnskap om studenters kliniske kompetanse kort tid før uteksaminering og hvordan arbeidssituasjonen er den første tiden som nyutdannede jordmødre (Lukasse & Henriksen, 2019; Lukasse et al., 2017; Schytt & Waldenström, 2013). En longitudinell studie av norske jordmorstudenters mestring av kliniske kompetanse, myndiggjøring i sitt nye fag, arbeidsrelaterte helse og selvtillit savnes. For å kunne

gjennomføre en slik studie må det prøves ut ulike metodologiske momenter som er nødvendige for å etablere en studiekohort som senere følges over tid.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne masteroppgaven er å gjennomføre en gjennomførbarhetsstudie (engelsk: feasibility study) for å vurdere metode for rekruttering og datainnsamling før en planlagt nasjonal populasjonsbasert kohortstudie om jordmorstudenters kliniske kompetanse og selvtillit kort tid før endt utdanning, og ett og tre år etter.

1.2 Problemstilling

I hvilken grad er metodologiske momenter som rekrutteringsprosedyre og datainnsamling (oversettelse, kontekstuell tilpasning og omfang av spørreskjema) gjennomførbare i en planlagt survey om jordmorstudenters kliniske kompetanse og selvtillit ved slutten av sin utdanning?

1.3 Forskningsspørsmål

Spesifikke forskningsspørsmål:

1. Hvordan fungerte rekrutteringsprosedyren? (Måte, tidspunkt, informasjon og svarfrekvens)
2. Hvordan fungerte spørreskjemaet? (Internt bortfall, utfordringer med spesifikke spørsmål og svaralternativ)
3. Hva syntes studentene om å besvare et spørreskjema om deres egen kompetanse?
4. Hvordan ble spørsmål om klinisk kompetanse og selvtillit rett før uteksaminering som jordmor besvart?

1.4 Begrepsavklaringer

I denne oppgaven ble begrepene klinisk kompetanse, normal fødsel, komplisert fødsel og selvtillit (engelsk: self-efficacy) anvendt.

Klinisk kompetanse: Med kompetanse menes evnen til å håndtere en kompleks faglig oppgave med kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier (NOU 2020: 2, s. 29).

Normal fødsel: World Health Organization (WHO) (1996, s. 3) definerer normal fødsel som fødsel med spontan start og lav risiko ved fødselsstart, som forblir lav gjennom hele fødselen. Barnet blir født spontant med bakhodeinnstilling mellom svangerskapsuke 37 og 42. Både mor og barn er i god helsetilstand etter fødselen (World Health Organization, 1996, s. 3).

Komplisert fødsel: Det har ikke blitt funnet en konkret definisjon på komplisert fødsel, men begrepet forstås som fødsel med bruk av tang, sugekopp eller keisersnitt, fødselsrift grad 3-4 eller Apgar under 7 etter fem minutter (Helsedirektoratet, 2018, s. 2). Det forstås også som blødning over 500 ml (Brunstad & Tegnander, 2017, s. 477–478).

Selvtillit (self-efficacy): Det finnes ulike definisjoner på begrepet selvtillit (engelsk: self-efficacy). I denne oppgaven ble definisjonen til Bandura anvendt. Selvtillit defineres av Bandura (1977, s. 193) som tro på egen evne til å mestre en oppgave eller spesifikke situasjoner.

1.5 Avgrensning

Dette er en gjennomførbarhetsstudie med et lite antall deltakere fra en jordmorutdanning i Norge. En kan derfor ikke trekke konklusjoner om utvalgets kliniske kompetanse eller selvtillit, og ingen resultater kan generaliseres til den norske populasjonen av jordmorstudenter.

2.0 Bakgrunn

2.1 Den norske jordmorutdanningen

Jordmorutdanningen ble den første formelle utdanningen for kvinner i Norge i 1818, med en grunnutdanning i sykepleie som opptakskrav fra 1952. Utdanningen ble innpasset i det regionale høgskolesystemet i 1977 (Brunstad & Tegnander, 2017, s. 21). For å starte på jordmorutdanningen i dag kreves det minst ett års yrkespraksis som sykepleier (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 3). Jordmorutdanningen har gjennomgått en endring, og den europeiske prosessen for standardisering av høyere utdanning (Bologna-prosessen) har betydd en utvikling av det akademiske innholdet (Kunnskapsdepartementet, 2021, 2022; Lukasse et al., 2017, s. 1–2). Gjennom denne prosessen (NOKUT, u.å.) er jordmorutdanningen i dag en toårig heltids mastergrad med 50% teoretisk utdanning og 50% utdanning i klinisk praksis. Jordmorutdanningen finnes ved seks høyere utdanningsinstitusjoner i Norge: Høgskulen på Vestlandet (HVL), Tromsø (Norges arktiske universitet – UiT), Trondheim (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet – NTNU), Oslo (Oslo Metropolitan University – OsloMet), Stavanger (Universitetet i Stavanger – UiS) og Vestfold (Universitetet i Sørøst-Norge – USN) (Helsedirektoratet, 2020, s. 77). Siden 2012 registreres det i gjennomsnitt 230 nye jordmødre i Norge hvert år. I 2020 gjennomførte 62% av de registrerte utdannelsen i Norge (Helsedirektoratet, 2021, s. 11).

På alle landets jordmorutdanninger uteksamineres studentene før sommerferien, og det er ofte kort intern opplæring. En nyutdannet jordmor må derfor ha tilstrekkelig kompetanse for å selvstendig kunne bistå kvinner i en normal fødsel og kunne identifisere tegn på komplikasjoner for å tilkalle hjelp når komplikasjoner oppstår (Helsedirektoratet, 2010, s. 8, 2020, s. 77). I tider med jordmormangel er det viktig at erfarne og kompetente jordmødre blir beholdt, da dette kan utgjøre en stor trygghet til å veilede nyutdannede kolleger (Helsedirektoratet, 2010, s. 8, 2020, s. 77). Til tross for at Helsedirektoratet (2020, s. 55) påpeker at de ulike helseforetakene selv har ansvar for å løse bemanningsproblemet, har utdanningssektoren også et ansvar for å utdanne flere og kompetente jordmødre. Mangelen på praksisplasser og kravet om at hver student selv skal ta imot barnet ved minst 50 fødsler setter et tak på hvor mange studenter som kan utdannes hvert år (Helsedirektoratet, 2021, s. 43; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 9). Den norske jordmorutdanningen

reguleres av lov om universiteter og høyskoler (Universitets- og høyskoleloven, 2005), og skal være i samsvar med rådsdirektiv 2013/55/EU om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (Prop. 3 S, 2017, s. 40). *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning* angir minstekrav til innhold i jordmorutdanningen og hvilke minimumsrammer som gjelder for jordmorutdanningen innen EØS (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 4).

Jordmorutdanningene i Norge har likt utgangspunkt når det gjelder pedagogiske undervisningsmetoder, som forelesninger, workshops, gruppearbeid, digitale forelesninger, digital undervisning, selvstudium, simuleringsøvelser og praksis. De faglige ferdighetene, klinisk kompetanse, pedagogisk opplæring og erfaring fra lærere og kliniske veiledere kan likevel variere, mest i relasjon til praksisplasser og organisering. I tillegg har sykepleiere som starter på norsk jordmorutdanning ulike kliniske erfaringer, som betyr at deres tekniske og praktiske ferdigheter kan variere betydelig ved starten av utdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 3–6). Utdanningen overvåkes av *Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen* (NOKUT) gjennom godkjenning av studieplaner basert på de akademiske kravene til høyere utdanning. Studiebarometeret fra 2021 som undersøkte jordmorutdanningen ved en norsk jordmorutdanning viste riktignok en relativt høy grad av tilfredshet med utdanningen i de fleste læringsmålene, også på kliniske ferdigheter og veiledning i praksis. Svarprosenten i 2021 varierte likevel mellom 26% og 95% mellom de ulike universitetene og høyskolene, og det kan dermed ikke trekkes klare konklusjoner om utdanningskvalitet, forskjeller mellom utdanninger eller utvikling over tid (NOKUT, 2021).

Siden 2017 har det pågått et nasjonalt utviklingsarbeid med forslag til en ny nasjonal rammeplan for å definere sluttkompetansen og en minstestandard for kompetanse for hver utdanning innen helse- og sosialfag. Disse retningslinjene (RETHOS), skal erstatte den nåværende rammeplanen og skal sikre at utdanningene gir samme læringsutbytter (Kunnskapsdepartementet, 2021, 2022). Retningslinjene utvikles også for jordmors kompetanseområde. Dette arbeidet ventes å bli ferdig i 2023. RETHOS utvikles av representanter fra de fleste jordmorutdanningene, helseforetak og kommuner og en studentrepresentant (Kunnskapsdepartementet, 2021). Det har blant annet blitt foreslått å redusere dagens krav om 50 egne fødsler til 40 (Hafskjold, 2022, s. 7). De nye endringene vil sannsynligvis muliggjøre flere praksisplasser og også økt kvalitet på utdanningen, men å redusere kravet kan innebære en reduksjon av klinisk kompetanse. Konsekvensene av disse

endringene, både teoretiske og klinisk praktiske, må overvåkes nøye videre. En evaluering av innholdet i utdanningen er derfor viktig.

2.2 Klinisk kompetanse i jordmorfaget

Noen internasjonale vitenskapelige studier har valgt å sette søkelys på jordmorstudenters kliniske kompetanse og muligheter til å tilegne seg kunnskap og kliniske ferdigheter. Studenters grad av mestring av nødvendige kliniske ferdigheter har blitt studert i Australia og New Zealand (Hildingsson et al., 2016), og i syv ulike afrikanske land (Lindgren et al., 2021). Direct entry-utdanninger, altså utdanninger som ikke krever bachelor i sykepleie, var assosiert med en høyere grad av mestring av kliniske ferdigheter (Hildingsson et al., 2016, s. 68; Lindgren et al., 2021, s. 9). To svenske nasjonale surveys, en longitudinell fra 2013 (Schytt & Waldenström, 2013) og en tverrsnittstudie fra 2017 (Bäck, Sharma, et al., 2017) viste at mer enn 1/3 av jordmorstudenter rett før utdanningens slutt bedømte at de hadde lav grad av mestring av et antall kliniske ferdigheter som er nødvendige for en jordmor under en normal fødsel. Dette omfattet kliniske ferdigheter som ekstern palpasjon, bedømme fosterlyd med trestetoskop og legge en episiotomi. En majoritet bedømte at de hadde lav kompetanse i å håndtere akutte situasjoner som skulderdystoci (79%), setefødsel (95%) og asfyksi (56%). Resultatene kan tyde på at selvinnsikt er relevant, da lavpresterende studenter kan overvurdere egen klinisk kompetanse mens høypresterende studenter kan undervurdere (Schytt & Waldenström, 2013, s. 108–109). Forfatterne i begge surveyene tolket også resultatene som at akademisering av jordmorutdanningen kan ha resultert i at nyutdannede jordmødre ikke kjenner seg tilstrekkelig kompetente i sitt kliniske arbeid (Bäck, Sharma, et al., 2017, s. 73; Schytt & Waldenström, 2013, s. 108).

En norsk studie av Brunstad (2010, s. 30) viste til tre områder som representerte kompetansen jordmødre mente var viktig ved norske fødeavdelinger og kvinneklinikker: å få kvinnen til å føde, å gi rett hjelp til rett kvinne og ta ansvar for fagutvikling. Dette kan ha betydning for fysiologiske forhold under fødselen, og jordmor må ha kompetanse til å oppdage når fødselen avviker fra det normale slik at kvinnen får forsvarlig og rett helsehjelp til rett tid (Brunstad, 2010, s. 37). En annen norsk studie av Lukasse et al. (2017) med 547 jordmødre med ulik arbeidserfaring undersøkte jordmødres mening om norsk jordmorutdanning. Studien tok for seg jordmødre utdannet etter 2004, og viste at de fleste nyutdannede jordmødre hadde ønsket

mer tid generelt under sin utdanning. Jordmødre som var utdannet etter 2005, hvor *Rammeplan med forskrift om jordmorutdanning* ble lansert, hadde ønsket mer tid for klinisk praksis og simuleringstrening for å øke sin kliniske kompetanse. Fremgangsfaktorer som ble vurdert som nødvendig for å forberede studenter for klinisk praksis var: relevante og gode praksisplasser, tilrettelegge for god tid i praksis og høy kvalitativ veiledning av erfarne jordmødre. Gapet mellom teori og praksis løftes frem som et hinder i kunnskapsutviklingen, men studien inkluderte jordmødre med både kort og lang erfaring i yrket (fra nyutdannet til mer enn 20 år), som gjennomførte utdanningen med og uten turnusår. Jordmødre som hadde gjennomført utdanningen med turnusår var mer positive til ulike læresituasjoner som ga dem ferdigheter og selvtillit, samtidig som de følte seg beskyttet og veiledet (Lukasse et al., 2017, s. 9–11). Det har ikke blitt funnet noen norsk studie som har vurdert jordmorstudenters perspektiv på hvordan jordmorutdanningen har forberedt til klinisk praksis som jordmor og opplevelse av egen selvtillit kort tid før uteksaminering og mer enn et år etter uteksaminering.

En svensk doktorgradsavhandling fra 2021 beskriver hvordan jordmødre opplevde at de arbeidet i et anstrengt, fabrikkliknende, overmedikalisert miljø med høye krav og mangel på organisatoriske ressurser (Hansson, 2021, s. 7). For å oppnå faglig trygghet kreves det at jordmors kunnskapsområde er tydelig og visualisert i et reflekterende og lærende miljø (Hansson, 2021, s. 65). Jordmødrenes profesjonelle rolle, kompetanse, myndiggjøring (engelsk: empowerment) og arbeidsrelaterte helse har fått økt oppmerksomhet når jordmormangel har blitt et stort globalt problem (UNFPA et al., 2021). Forskning fra Sverige viste at jordmødre føler at kompetanse og trygghet i profesjonen bygges over flere år (Bäck, Hildingsson, et al., 2017, s. 34). Ifølge en norsk studie av Lukasse og Henriksen (2019, s. 1564) viste mangel på innflytelse at jordmødrene følte seg maktesløse i et stadig skiftende arbeidsmiljø, som var styrt av den medisinske omsorgsmodellen. Jordmødrene savnet ressurser og trygghet, og muligheter til å påvirke. Mangelen på dette førte til stress og redsel for å gjøre feil (Lukasse & Henriksen, 2019, s. 1563–1564). Studien viste at hver femte norske jordmor hadde symptomer på arbeidsrelatert utbrenthet (Lukasse & Henriksen, 2019, s. 1559). Den norske jordmorforeningen varsler at flere jordmødre ved større norske sykehus vurderer å slutte grunnet svært høyt arbeidspress, belastning og økt medikalisering (Grønset, 2019, s. 5). Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB, 2021) var det registrert 3036 yrkesaktive jordmødre i Norge i 2021. *Arbeids- og velferdsforvaltningen* (NAV) estimerer ifølge

Helsedirektoratet (2021, s. 6) en mangel på 132 jordmødre på landsbasis, og dette tallet vil trolig stige til 700 i år 2035.

2.3 Selvtillit

Selvtillit (engelsk: self-efficacy) er en persons tro på ens evne til å fullføre en oppgave eller oppnå et mål. Det er en vurdering av den enkeltes kompetanser og mulighet til å mestre en aktivitet, oppgave eller spesifikke situasjoner. Albert Banduras *Social Cognitive Theory* beskriver selvtillit som en av flere kognitive komponenter i en personlighet. Personer med høy grad av selvtillit setter vanskeligere mål, bruker mer innsats, har høyere selvaksept og har motstandskraft i møte med motgang (Bandura, 1977, s. 193). Det finnes en forbindelse mellom høy grad av selvtillit, mestring av vanskelige situasjoner og lavere nivå av stress (Bandura, 1999, s. 30; Krysa et al., 2018, s. 39). Selvtillit er derfor viktig for jordmorstudenters læreprosess, og beskytter senere mot å mistrives i arbeidslivet (Hildingsson & Fenwick, 2015, s. 177; Schytt & Waldenström, 2013, s. 108). Det er derfor viktig å studere studenters selvtillit i overgangen mellom jordmorutdanning og klinisk arbeid.

3.0 Teoretisk rammeverk

Jordmorutdanningen i Norge har som mål å utdanne kvalifiserte jordmødre som kan arbeide på ulike nivå i helsetjenesten, privat sektor og internasjonalt (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 4). I 1992 definerte *Verdens helseorganisasjon* (WHO), *Den internasjonale gynekolog- og obsterikersammenslutning* (FIGO) og *Det internasjonale jordmorforbund* (ICM), en jordmor som følgende, oversatt til norsk:

En jordmor er en person som har fullført og bestått landets offentlige jordmorutdanning og har ervervet seg de foreskrevne kvalifikasjoner for å bli godkjent og/eller autorisert til å utøve jordmorvirksomhet. Hun må være i stand til å yte den nødvendige overvåkning, omsorg og rådgivning til kvinnen i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltiden, til å lede fødsler på eget ansvar og til å ha omsorg for det nyfødte barnet og spedbarnet. Denne omsorgen omfatter forebyggende tiltak, observasjon av patologiske tilstander hos mor og barn, tilkalling av nødvendig legehjelp eller i mangel av denne kunne påta seg å gi førstehjelp.

Hun har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, ikke bare for kvinnen, men også for familien og samfunnet. Arbeidet bør omfatte undervisning av gravide og vordende foreldre med forberedelse til fødselen og framtidig foreldrerolle, og kan utvides til visse grener av gynekologi, familieplanlegging og spedbarnspleie. Hun kan praktisere i sykehus, fødestuer, helsesentre, ved hjemmefødsler og i andre former for jordmorvirksomhet. (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 3)

Jordmødre i Norge skal til enhver tid oppfylle gjeldende internasjonale krav til yrket, samt nasjonale krav definert i *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning*. Den norske rammeplanen gjenspeiler forventet klinisk kompetanse til en jordmor, utarbeidet i 2002 av ICM i rammeverket *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 3–4). Rammeverket var basert på definisjonen til WHO, FIGO og ICM, og tok for seg forventet global kompetanse hos jordmødre for å kunne definere en jordmors rolle (International Confederation of Midwives, 2002, s. 1). Den norske rammeplanen gjenspeiler også *ICM Global Standards for Midwifery Education*. ICM-standarden har som formål å styrke jordmorfaget verden over ved å bidra til utdanning av høy

kvalitet som forbereder jordmødre som oppfyller ICM-definisjonen (International Confederation of Midwives, 2021a, s. 1).

ICM er en ikke-statlig organisasjon som støtter, representerer og jobber for å styrke den kliniske kompetansen for jordmødre verden over (International Confederation of Midwives, u.å.). ICM jobber for at alle fødende skal ha tilgang til en jordmors omsorg. Organisasjonen ønsker å styrke og fremme jordmorfaget globalt ved hjelp av selvstendige jordmødre som skal være omsorgspersoner for fødende, fremme en normal fødsel og forbedre den reproduktive helsen til kvinner, deres nyfødte og familie (International Confederation of Midwives, 2021b, s. 2). Kompetanse er et viktig punkt for å sikre høy kvalitet på omsorgen som blir utført (International Confederation of Midwives, 2002, s. 1–2). Klinisk kompetanse utvikles under jordmorutdanningen, og utformes ved hjelp av faglig utvikling, undervisning og praksiserfaringer (International Confederation of Midwives, 2021b, s. 3). I 2014 ble en Delphi-studie gjennomført, hvor flere eksperter i jordmorfag fra varierende høy- og lavinntektsland utarbeidet og fornyet elementene i rammeverket. Noen essensielle kompetanser ble endret og nye ble inkludert for å skape en bedre forståelse av hva som var forventet av jordmødre verden over (Butler et al., 2018, s. 174). Rammeverket ble igjen oppdatert i 2019, og deles inn i fire ulike kategorier for klinisk kompetanse. Kravene skisseres som essensielle, og betegnes som den minimale kunnskapen og ferdighetene en jordmor skal ha (International Confederation of Midwives, 2019a, s. 2).

Jordmor er i dag det eneste yrket i helsesektoren som har en global standard for sitt utdanningssystem (International Confederation of Midwives, 2021b, s. 4). Utdanninger som følger ICMs internasjonale standarder gir mulighet til å jobbe som jordmødre på et globalt nivå (International Confederation of Midwives, 2021b, s. 1–2). Det originale rammeverket har nå vært en del av jordmorfaget i godt over 10 år, og fungerer som et informativt og veiledende verktøy. I løpet av disse årene har det globale helsevesenet utviklet seg, det samme har tankegangen rundt jordmorfaget. I flere land er ikke utdanning, regulering og organisasjon en selvfølge for å fremme kompetanse og akademiske ferdigheter blant jordmødre. Rammeverket ble derfor oppdatert i 2021 for å gjenspeile utviklingen av jordmoryrket og tydeliggjøre hvordan det skulle bli representert i dag (International Confederation of Midwives, 2021b, s. 1).

4.0 Metode

4.1 Design

Studien som ble gjennomført er en gjennomførbarhetsstudie. Begrepet «*gjennomførbarhet*» brukes som et overordnet begrep for studier som skal gjennomføres i senere tid. En gjennomførbarhetsstudie vurderer om noe kan gjennomføres eller ikke, og vil avdekke styrker og svakheter ved metodologiske aspekter som rekruttering og datainnsamling. Det finnes tre underkategorier av gjennomførbarhetsstudier: randomiserte pilotstudier, ikke-randomiserte pilotstudier og andre gjennomførbarhetsstudier som ikke er pilotstudier (Polit & Beck, 2021, s. 633; Whitehead et al., 2014, s. 130). Pilotstudier refereres til som en spesifikk studie som tar for seg aspekter av en utprøvelse av en viss type studie med kontrollgrupper og randomisering (Whitehead et al., 2014, s. 130). Denne studien faller innunder kategorien «*andre gjennomførbarhetsstudier som ikke er pilotstudier*» da studien har hovedfokus på gjennomførbarheten av rekrutteringsprosedyren og datainnsamlingen, og ikke resultatene fra spørreundersøkelsen. Det ses nærmere på hvordan rekrutteringen fungerte (måte og tidspunkt for rekruttering, informasjon, svarfrekvens), hvordan spørreskjemaet ble besvart (internt bortfall, utfordringer med spesifikke spørsmål og svaralternativ) og nyutdannedes opplevelse av å besvare spørreskjemaet for å identifisere spørsmål og svaralternativ som må utvikles før hovedstudien. Hovedstudien kommer siden til å undersøke om norske jordmorstudenter føler seg trygge med sin kompetanse til klinisk arbeid på hovedområdene svangerskapsomsorg, fødselsomsorg og barselomsorg kort tid før endt utdanning, og ett og tre år etter. Designet har vist stor nytteverdi ved en tidligere studie av Byrskog et al. (2019, s. 9) ved å bidra med verdifull informasjon for fremtidige studier. Forfatterne beskriver hvordan metoden også gir mulighet for refleksjon og dialog om forbedring av omsorg (Byrskog et al., 2019, s. 9).

4.2 Utvalg

Utvalget bestod av jordmorstudenter som nylig hadde gjennomført norsk jordmorutdanning og ble autorisert våren 2022 ved en jordmorutdanning i Norge. Ingen eksklusjonskriterier ble anvendt.

4.3 Rekruttering

Deltakerne ble rekruttert i løpet av perioden 27. mai til 19. oktober 2022. Som første steg ble et informasjonsskriv publisert på læringsplattformen Canvas (vedlegg 1). Dette er informasjonskanalen studentene brukte daglig til innleveringer, oppgaver, meldinger og kunngjøringer fra lærere. I informasjonsskrivet ble studentene informert om studiens hensikt, hva prosjektet innebar for den enkelte, mulige fordeler og ulemper, frivillig deltakelse, oppbevaring av personopplysninger, den kommende nasjonale studien og godkjenninger. Studentene som ville delta ble bedt om å sende e-post med navn, privat e-postadresse og telefonnummer til vår egen skolemail. Som andre steg ble det to uker senere sendt informasjon om studien til studentenes høgskolemail, samt formidlet muntlig ved en temasamling for de som var i praksis. Medstudenter videreformidlet også informasjon om studien til mulige deltakere i praksis og på jobb. Som tredje steg ble informasjonen om studien gitt av lærere muntlig og i form av en kortfattet brosjyre siste skoledag. Grunnet lang behandlingstid hos *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK) og *Norsk senter for forskningsdata* (NSD) samt sommerferie ble videre rekrutteringsprosess utsatt til høsten 2022. Alle de nyutdannede jordmødrene mottok en e-post med link til spørreskjemaet (vedlegg 2) i september 2022, tre måneder etter endt utdanning. En påminnelse om å svare på spørreskjemaet ble sendt på e-post tre uker etter dette (Polit & Beck, 2021, s. 293).

4.4 Datainnsamling

4.4.1 Spørreundersøkelse

Datainnsamlingen var basert på en oversatt og noe omarbeidet versjon av et tidligere anvendt spørreskjema i Sverige med samme hensikt som denne studien, det vil si hvordan svensk jordmorutdanning forbereder studenter for klinisk praksis (Schytt & Waldenström, 2013). Spørreskjemaet som ble utviklet spesifikt for den svenske studien var basert på en tidligere versjon av ICMs *Essential Competencies for Midwives* (International Confederation of Midwives, 2002). Forfatterne testet spørreskjemaet for innholdsvaliditet i to fokusgrupper med erfarne jordmødre. Deretter ble spørreskjemaet pilottestet ved bruk av tenke høyt-intervjuer med jordmorstudenter for å forsikre at spørsmålene og svaralternativene ble forstått

på riktig måte. Ingen kompetanser ble lagt til, men det ble gjort små endringer i ordlyden på enkelte spørsmål. Til sist ble den endelige spørreundersøkelsen gjennomført ved at førsteforfatter dro rundt til de 10 svenske jordmorutdanningene tre uker før uteksaminering og leverte ut spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble besvart på papir i et klasserom med forfatterens tilstedeværelse, men uten lærernes nærvær. Dette ga en svarfrekvens på 83% (Schytt & Waldenström, 2013, s. 103). Ettersom dette var en kostbar og tidkrevende rekrutterings- og datainnsamlingsmetode ble det i denne studien testet en digital datainnsamling. Nettbasert spørreundersøkelse benyttes i økende grad av forskere (Polit & Beck, 2021, s. 293–294), og har gitt høyere responsrate enn papir og blyant, uten å påvirke resultatet (Patrick et al., 2021, s. 194). Fordelene med digitale spørreundersøkelser inkluderer bred rekkevidde, enkelhet, kostnadseffektivitet, fleksibilitet og automatisering (Callegaro et al., 2015, s. 264; Mukasa et al., 2017, s. 1). Nettbaserte spørreundersøkelser kan genereres, distribueres og fullføres raskt og enkelt (Ball, 2019, s. 3; Callegaro et al., 2015, s. 6), særskilt når den deles via e-post og/eller sosiale medier. Dataene kan lastes ned automatisk, som reduserer risikoen for feil i registrering av dataene. I blant kan de analyseres med avansert analyseverktøy integrert i nettplattformen (Callegaro et al., 2015, s. 10, 27).

For å lage spørreundersøkelsen ble SurveyXact (SurveyXact, u.å.-b) anvendt. SurveyXact er et digitalt verktøy for å lage anonyme spørreundersøkelser der ingen IP-adresser kan spores. Data analyseres med det integrerte analyseverktøyet. Persondata oppbevares i tråd med EUs personvernforordning *General Data Protection Regulation* (GDPR), hvor innhentet data lagres i Danmark i et toppsikkert hostingsenter (SurveyXact, u.å.-a). Programvaren er forhåndsgodkjent av utdanningsinstitusjonen til spørreundersøkelser.

4.4.2 Oversetting av spørreskjema

Det ble tatt utgangspunkt i det svenske spørreskjemaet til Schytt og Waldenström (2013). Spørreskjemaet ble oversatt av forfatterne til norsk, kvalitetsgransket og kontekstualisert av våre veiledere, og testet på to medstudenter. Korrekt oversettelse er viktig for at spørsmålene skal bli forstått og deretter besvart korrekt. Ved oversettelse av spørreskjema bør en være klar over at det foreligger store forskjeller på formelt språk og dagligtale. Dersom en ikke er oppmerksom på dette kan det skriftlige språket bli for formelt og egne seg dårlig til spørreskjemaet (Haugum & Kjøllesdal, 2012, s. 8).

For å oversette det svenske spørreskjemaet ble gjeldende retningslinjer til WHO for oversetting og tilpasning av instrumenter anvendt, men på en modifisert måte. Målet med retningslinjene er å oppnå ulike språkversjoner som er likeverdige i hvert av landene/kulturene. Dette betyr at et oversatt instrument skal være velfungerende i begge land. Metoden baserer seg på forover- og tilbakeoversettelse, og består av fire steg: 1) foroversettelse, 2) tilbakeoversettelse av ekspertpanel, 3) forhåndstesting og tenke høyt-intervju og 4) endelig versjon. Steg to ble ikke gjennomført ettersom språket er relativt likt. Spørreskjemaet ble forhåndstestet, men uten tenke høyt-intervjuer (World Health Organization, u.å., s. 1).

Som første steg bør instrumentet ifølge WHO (u.å., s. 1) oversettes av helsepersonell som er kjent med terminologien som brukes i instrumentet. Oversetteren bør ha kunnskap om språket instrumentet oversettes fra, og bør ha samme morsmål som hovedspråket i målkulturen, i dette tilfellet norsk. Spørreskjemaet ble først oversatt av forfatterne av denne oppgaven (World Health Organization, u.å., s. 2). Det oversatte spørreskjemaet ble deretter gjennomgått av medveileder, som kom med forslag til endringer. Den endelige versjonen ble deretter gjennomgått av forfatteren av det originale spørreskjemaet. Det ble ikke oversatt tilbake til svensk, men det ble kontrollert at spørsmålene ble oversatt riktig, og at poenget ikke forsvant (World Health Organization, u.å., s. 2).

Til sist ble det endelige spørreskjemaet pilottestet av to medstudenter for å kvalitetssikre grundig i forkant av ferdigstilling og utsendelse til deltakerne, samt teste det tekniske i SurveyXact (Haugum & Kjøllesdal, 2012, s. 7; World Health Organization, u.å., s. 3). Etter piloteringen ble svaralternativet «*nøytral*» etterspurt på enkelte spørsmål. Dette ble lagt til på to spørsmål om jordmorutdanningen og under kompetanse: «*Ta stilling til følgende påstand*». Tilbakemeldingene fra medstudentene var for øvrig at spørreskjemaet var enkelt å gjennomføre, og at språket var lett å forstå. Det ble gjort mindre endringer i ordlyd, men ingen store endringer ble foretatt. Resultatet av denne prosessen ble et ferdig oversatt spørreskjema klart til utsendelse og gjennomføring.

4.4.3 Det endelige spørreskjemaet

Det endelige spørreskjemaet vises i vedlegg 2. Spørreskjemaet er delt inn i fire kategorier: bakgrunn (sivilstatus, alder, paritet, fødeland, språk og arbeid som sykepleier), jordmorutdanningen (eks. finansiering, tilfredshet, undervisningsmetoder), kompetanse (eks. opplevelse av tilstrekkelig kompetanse, grad av mestring) og selvtillit (enig eller uenig i ulike påstander). Basert på den svenske studien ble variablene til spørsmål om jordmorutdanningen og kompetanse dikotomisert.

Spørsmål om hvordan jordmorutdanningen har forberedt for klinisk praksis ble besvart med «*veldig fornøyd*», «*ganske fornøyd*» (i analysen: fornøyd), «*nøytral*», «*ganske misfornøyd*» og «*veldig misfornøyd*» (i analysen: misfornøyd). Dette gjaldt også spørsmål om tilfredshet med pedagogisk undervisningsmetode. Spørsmål om hvor godt forberedt en følte seg for klinisk praksis ble besvart med «*svært godt*», «*godt*» (i analysen: godt), «*hverken godt eller dårlig*», «*dårlig*» eller «*svært dårlig*» (i analysen: dårlig). Videre skulle deltakerne vurdere i hvilken grad det var mulighet til å gjøre ulike oppgaver (eks. ta eget initiativ, reflektere sammen med veiledere, observere jordmødre i deres kliniske arbeid) under klinisk praksis. Dette ble besvart med «*0 = ingen*», «*1 = liten*» (i analysen: liten mulighet), «*2 = noe*» eller «*3 = stor*» (i analysen: stor mulighet).

Deretter skulle deltakerne vurdere sin selvopplevde mestring til å utføre en rekke oppgaver som en jordmor utfører under svangerskapsomsorgen, normal fødsel, komplisert fødsel og under barseltiden. Kompetansene var listet og ble besvart med «*høy grad av mestring*», «*ganske høy grad av mestring*» (i analysen: mestrer), «*ganske lav grad av mestring*» eller «*mestrer det ikke*» (i analysen: mestrer ikke). Disse svaralternativene fanger opp hvilke momenter deltakeren føler seg mindre kompetent til å utføre, og fungerte godt i den svenske studien til Schytt og Waldenström (2013). Ulike påstander (eks. bevisst nåværende styrker og svakheter, tilstrekkelig kompetanse for å gi god og sikker omsorg) ble besvart med «*ja, absolutt*», «*ja, delvis*» (i analysen: ja), «*nøytral*» eller «*nei, ikke i det hele tatt*» (i analysen: nei). Spørsmål om hvordan det var å besvare selve spørreundersøkelsen inngikk også.

Selvtillit ble målt med instrumentet *New General Self-Efficacy Scale* (NGSE) (Chen et al., 2001). Skalaen ble utviklet fra et større måleinstrument *The General Self-Efficacy Scale* (GSE) som måler troen på ens evner til å mobilisere motivasjon, kognitive ressurser og

handlingsforløp som er nødvendig for å møte gitte situasjoner. Skalaen er basert på Albert Banduras *Social Cognitive Theory* om tro på egen evne til å mestre en oppgave eller spesifikke situasjoner. Den nye versjonen (NGSE) består av 8 lukkede spørsmål utformet som ulike påstander om selvtillit, eksempelvis: «*Når jeg stilles overfor vanskelige oppgaver, er jeg sikker på at jeg skal klare dem*». Påstandene besvares på en fempunkts Likert-skala med verdier fra: 1= «*sterkt uenig*», 2= «*uenig*» 3= «*verken enig eller uenig*» til 4= «*enig*» og 5= «*helt enig*». Svarene summeres og en gjennomsnittsverdi fra 1,0 til 5,0 estimeres. En høy gjennomsnittsverdi tilsier høy grad av selvtillit (Chen et al., 2001, s. 71–79). Instrumentet har blitt oversatt til norsk og validert i en tidligere norsk studie (Lukasse & Henriksen, 2019).

4.4.4 Validitet og reliabilitet

Validitet beskrives som nøyaktigheten og gyldigheten av en undersøkelse. Ved å vurdere presisjonen av spørsmålene som blir stilt, vil det være lettere å innhente nødvendig informasjon som skal brukes i en undersøkelse. Reliabilitet omhandler pålitelighet, det vil si undersøkelsens og spørsmålenes evne til å fremkalle lik eller lignende informasjon fra respondentene selv om ordlyden eller strukturen i spørsmålene blir endret. Reliabilitet handler også om å fange målefeil og unøyaktighet, som kan være en trussel i undersøkelsen. Undersøkelsens pålitelighet forholder seg derfor til konsistensen av spørsmålene og utsagnene som stilles i et spørreskjema (Ball, 2019, s. 415; Thrane, 2018, s. 47). Spørreskjemaet som ble brukt i denne studien var allerede validert og brukt vellykket i en nasjonal studie i Sverige (Schytt & Waldenström, 2013). Test-retest reliabiliteten til NGSE har vist seg å være høy, med Cronbachs alfa-koeffisient på 0.86 og test-retest reliabilitet på 0.78. Cronbachs alfa-verdi (α) over 0.70 anses som tilstrekkelig, og verdier fra 0.80 eller høyere er ønskelig (Polit & Beck, 2021, s. 320; Thrane, 2018, s. 49). Deltakerne i de tre studiene svarte på skalaen to til tre ganger i løpet av et semester (Chen et al., 2001).

4.5 Variabler og målenivå

En variabel defineres som en egenskap ved en person eller et objekt. Variabler deles i kontinuerlige og kategoriske variabler (Thrane, 2018, s. 39). Denne studien inneholdt både

kontinuerlige og kategoriske variabler. Kategoriske variabler ble dikotomisert for å gjøre resultatene mer oversiktlig.

4.5.1 Kontinuerlige variabler

Kontinuerlige variabler består av variabler på forholdstallsnivå, det vil si naturlige tallverdier og er det høyeste målenivået en variabel kan ha. Kontinuerlige variabler kan anta alle verdier innen et bestemt gyldighetsområde, og kan inkludere desimaler og 0 (Thrane, 2018, s. 39).

Kontinuerlige variabler i denne studien var alder og antall år yrkespraksis som sykepleier.

4.5.2 Kategoriske variabler

Verdier på ordinalnivå vises i tabell 1. Ordinalnivå er verdier som kan rangeres, det vil si at en bestemt verdi er mer eller mindre enn en annen verdi. Nominalnivå er et målenivå med lite statistisk informasjon ved seg, det vil si gjensidig utelukkende kategorier. I et spørreskjema kan dette være forhåndsvalgte kategorier eller spørsmål med svaralternativene «ja» eller «nei». Variabler på nominalnivå i denne studien var sivilstatus, paritet, født i Norge, arbeid som sykepleier, arbeidssted og spesialitet som sykepleier og finansiering av jordmorutdanningen (Thrane, 2018, s. 40).

Tabell 1. Eksempel på kategoriske variabler på ordinalnivå

Kategorier/spørsmål	Variabler
Jordmorutdanningen: Tilfredshet med pedagogisk undervisningsmetode	<input type="checkbox"/> Veldig fornøyd <input type="checkbox"/> Ganske fornøyd <input type="checkbox"/> Nøytral <input type="checkbox"/> Ganske misfornøyd <input type="checkbox"/> Veldig misfornøyd
Jordmorutdanningen: Opplevelse av forberedt for klinisk praksis	<input type="checkbox"/> Svært godt <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Hverken godt eller dårlig <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Svært dårlig
Jordmorutdanningen: Muligheter under klinisk praksis	0 = Ingen 1 = Liten 2 = Noe 3 = Stor (mulighet)
Kompetanse: Grad av mestring	<input type="checkbox"/> Høy grad av mestring <input type="checkbox"/> Ganske høy grad av mestring <input type="checkbox"/> Ganske lav grad av mestring <input type="checkbox"/> Mestrer det ikke
Kompetanse: Enighet i påstander	<input type="checkbox"/> Ja absolutt <input type="checkbox"/> Ja, delvis <input type="checkbox"/> Nøytral <input type="checkbox"/> Nei, ikke i det hele tatt
Kompetanse: Egen helse	<input type="checkbox"/> Svært bra <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Både bra og dårlig <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Svært dårlig

4.6 Analyse

Spørreskjemaet bestod både av åpne spørsmål med bestemte svaralternativ som genererte kvantitative data og åpne spørsmål som ble besvart med tekst.

4.6.1 Kvantitativ analyse

Kvantitative data ble analysert med deskriptiv analyse og presenteres som antall og prosent. Svarene fra NGSE ble summert og presentert som gjennomsnittsverdi med spredningsmålet standardavvik (SD). Analyser ble delvis gjort i det integrerte analyseverktøyet til SurveyXact, og til dels i Excel.

4.6.2 Kvalitativ innholdsanalyse

Kvalitative data ble analysert med innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse er analyse av innholdet i narrative data for å identifisere fremtredende temaer og mønstre (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). For å analysere ble Graneheim og Lundmans (2004) metode for kvalitativ innholdsanalyse anvendt. Metoden omhandler både manifest og latent innhold. Manifest innhold refereres til som innholdsaspektet i teksten, og identifiserer de synlige og åpenbare komponentene. Latent innhold beskrives som relasjonsaspektet ved teksten, og innebærer en tolkning av den underliggende betydningen, altså det teksten snakker om (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106).

I denne studien ble det gjennomført en innholdsanalyse av det manifeste innholdet i de åpne spørsmålene som var besvart med kortfattet tekst, ofte med enkelte ord. Det var sparsomt med tekst som ble analysert. I et første steg ble meningsbærende enheter fra teksten identifisert, det vil si ord, setninger eller avsnitt tilknyttet hverandre gjennom innhold og kontekst. De meningsbærende enhetene ble deretter kondensert og merket med koder. Ved å merke en kondensert meningsbærende enhet med en kode vil en kunne tenke nytt og annerledes rundt dataene. En kode kan eksempelvis tilordnes objekter, hendelser eller andre fenomener, og bør forstås i sammenheng med konteksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). I tabell 2 ses et eksempel på meningsbærende enheter og koder.

Tabell 2. Eksempel meningsbærende enheter og koder

Meningsbærende enhet	Kode
Ansvarsbevisst	Ansvarsbevisst
Vite sitt ansvarsområde	Bevisst sitt ansvarsområde
Nøyaktig i observasjoner	Nøyaktig
Tilpasse seg den enkelte	Tilpasse seg den enkelte
Evne til å reagere raskt	Evne til å reagere raskt
Kompetanse i praktiske ferdigheter	Kompetanse

De ulike kodene ble deretter delt inn i kategorier basert på forskjeller og likheter i innhold. En kategori defineres som en gruppe av innhold som deler fellestrekk. Kategorier må være dekkende og gjensidig utelukkende. Dette betyr at ingen data relatert til formål bør utelukkes grunnet mangel på passende kategori. Videre bør ingen data falle mellom to kategorier eller passe inn i mer enn én kategori. Grunnet ulik menneskelig erfaring er det ikke alltid mulig å lage gjensidige utelukkende kategorier når en undersøkelse omhandler subjektive opplevelser. Kategorier besvarer spørsmål om «*hva*», og kan identifiseres som en tråd gjennom kodene (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). Graneheim og Lundman (2004, s. 107) refererer til en kategori som beskrivende innholds nivå som kan ses som et uttrykk av det manifestet innholdet i teksten. Det ble ikke utformet temaer, da dette kan ses på som et uttrykk for det latente innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). I tabell 3 ses eksempler på kategorier fra spørsmålet: «*Hvordan vil du beskrive hvor dyktig en jordmor skal være, innen det området som du helst vil arbeide med? Gi en kort beskrivelse*».

Tabell 3. Eksempler på kategorier fra spørsmål om beskrivelse av hvor dyktig en jordmor skal være

Kjennetegn på en dyktig jordmor		
Kompetanse	Trygghet og omsorg	Kommunikasjon
Reflektert	Selvstendighet	Åpen
Selvinnsikt	Beholde roen	Se kvinnen
Handle i riktig tid	Omsorgsfull	Individuell tilpasning
Ansvarsbevisst	Trygging	Evne til å si ifra
Fremme normal fødsel	Støtte	Informere
Spørre om hjelp	Gi god pleie	Interessert
Ydmyk til å lære		
Praktiske ferdigheter		
Observasjon		
Dyktig		
Veiledning		
Iverksette tiltak		
Nøyaktig		

4.7 Ethiske overveielser

4.7.1 Søknader

I forkant av studien ble det utformet en prosjektplan med utfyllende informasjon om bakgrunn for studien, hensikt, metode og tidsplan. Prosjektplanen ble sendt til REK og NSD for godkjenning. Ifølge REK var det ikke behov for godkjenning da studiens formål ble vurdert til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde, samt at studien ikke søker ny kunnskap om helse og sykdom (vedlegg 3). Studien ble godkjent av NSD og egen institusjon i juli 2022 (vedlegg 4).

4.7.2 Forskningsetiske utfordringer

Det ble tatt høyde for at deltakernes ønske om å delta i studien kunne påvirkes av et avhengighetsforhold. De kunne være engstelige for eller oppleve at de ga negativ informasjon om utdanningsinstitusjonen og eventuelt praksisstedet hvor de mulig hadde fått jobb etter endt studie (Polit & Beck, 2021, s. 133–134). Deltakerne fikk derfor informasjon i informasjonsskrivet (vedlegg 1) om at karakterer allerede var satt, og at ingen informasjon vil utleveres til studiested eller arbeidsgiver. De ville derfor ikke være i et avhengighetsforhold. Ingen andre etiske dilemmaer kunne forutses.

For å beskytte deltakerne i studien og ikke utsette de for fysisk og psykisk ubehag ble forskningsetiske aspekter overholdt (Polit & Beck, 2021, s. 133). Helsinkideklarasjonen ble fulgt som et overordnet prinsipp. Dette er internasjonale etiske retningslinjer utviklet for medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker (Førde, 2014; World Medical Association, 2013). Samtidig ble nasjonale forskningsetiske prinsipper, retningslinjer, lover og regler overholdt. Som et overordnet prinsipp ble alle deltakerne behandlet med respekt, rettferdighet og integritet for å beskytte deres rettigheter og helse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; World Medical Association, 2013).

4.7.3 Informert samtykke

Informasjonsskriv til studentene om studiens hensikt og hva det ville innebære å delta i studien vises i vedlegg 1. Samtykke til å delta i forskningsprosjekter skal gis frivillig, og det er en plikt å sørge for at retten til selvbestemmelse opprettholdes (World Medical Association, 2013). Informasjonsskrivet inneholdt forespørsel om frivillig deltakelse. For å kunne ta et informert valg inneholdt informasjonsskrivet utfyllende informasjon om studiens hensikt, metode, mulige fordeler og ulemper, personvern, oppfølging, godkjenninger, kontaktopplysninger og informasjon om frivillig deltakelse og mulighet for å trekke samtykket til enhver tid. Informasjonsskrivet ble sendt til studentene på e-post. De som ønsket å delta kunne svare med navn og e-postadresse slik at vi kunne sende link til det digitale spørreskjemaet etter godkjenning av studien fra NSD forelå. På første side av spørreskjemaet måtte studentene svare ja eller nei på følgende spørsmål: «*Jeg godkjenner med dette at jeg har lest og forstått informasjonen som er gitt om denne studien. Jeg samtykker til at opplysninger om meg blir brukt slik som beskrevet*». Dersom deltakeren svarte nei, ville det ikke være

mulig å gå videre i spørreskjemaet. På denne måten ble det forsikret og dokumentert at deltakerne hadde lest og fått tilstrekkelig informasjon (Polit & Beck, 2021, s. 137–138). Deltakerne kunne når som helst trekke sitt samtykke uten videre forklaring ved å ta kontakt med deltakere i forskergruppen (Personopplysningsloven, 2018, artikkel 7-3).

4.7.4 Personvern

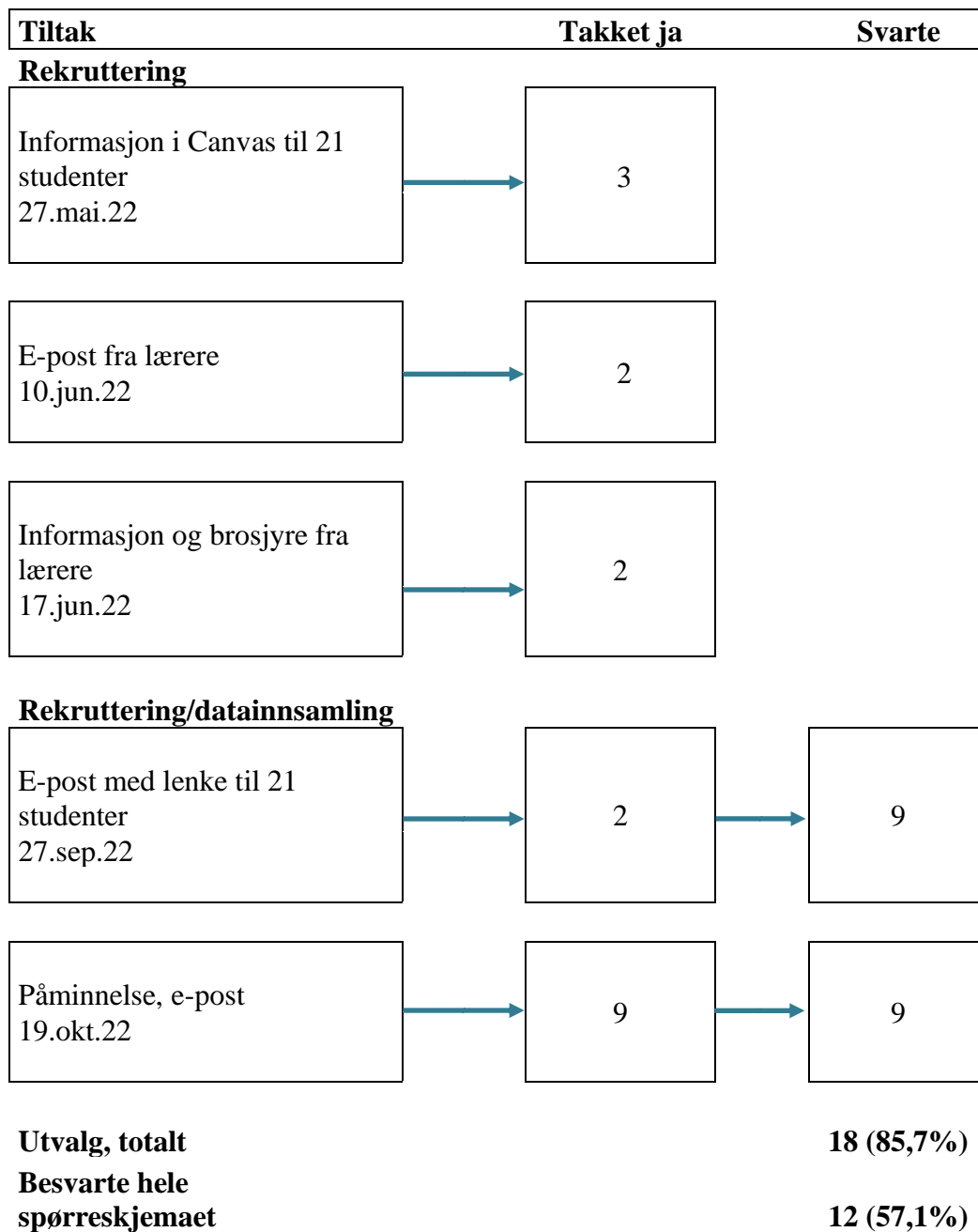
Personvernet og konfidensialiteten til deltakerne skal til enhver tid beskyttes (World Medical Association, 2013). All data fra studien ble behandlet konfidensielt og i tråd med personopplysningsloven (2018) for å forhindre spredning av sensitiv informasjon. Deltakerne ble informert i informasjonsskrivet (vedlegg 1) om forskernes taushetsplikt, slik at retten til vern mot spredning av opplysninger ble ivaretatt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3–6). Data ble samlet inn i SurveyXact, slik at ingen IP-adresser kunne spores og knyttes til en deltaker (SurveyXact, u.å.-b). Det var kun vi og hovedveileder som hadde tilgang til å logge inn og se svarene i SurveyXact. SurveyXact sørget for at hver deltaker fikk tildelt et nummer, og svarene kunne dermed ikke tilknyttes enkeltpersoner. De innhentede opplysningene ble på denne måten anonymisert, slik at ingen person vil kjenne seg igjen i den endelige publikasjonen (Polit & Beck, 2021, s. 141). Data fra de anonyme deltakerne ble lastet ned og lagret i et eget Excel-dokument hvor en måtte logge inn med studentnummer. Tilgangen var kun for oss og hovedveileder. Retningslinjene til HVL ble fulgt, samt deres guide om hvordan forskningsdata skulle lagres (Høgskulen på Vestlandet, 2021). Dersom samtykke til å delta i studien ble trukket hadde deltakerne rett til å få sine opplysninger slettet, jfr. Personopplysningsloven, artikkel 17 (2018).

5.0 Resultater

Denne studien ble gjennomført som en forstudie og forberedelse til den kommende nasjonale studien. Vi ønsket å se hvordan rekrutteringsprosedyren fungerte, hvor mange som svarte, hvordan spørreskjemaet fungerte og hvordan opplevelsen av å svare på spørsmål om egen kompetanse var. Dette ble gjort for å vurdere gjennomførbarheten slik at rekrutteringsprosedyren og metode for datainnsamling og spørreskjemaet kan endres og forbedres. Som underlag for den kommende studien presenteres noen av resultatene fra gjennomførbarhetsstudien. Vi ønsket å se hvordan spørsmål om klinisk kompetanse og selvtillit ble besvart, samt hvilke temaer det ble brukt for mye tid på under utdanningen. Enkelte respondenter unnlot å svare på noen spørsmål i spørreskjemaet, dette gjør at fremstilt antall varierer. Etersom det kun var 12 respondenter som svarte på alle spørsmålene, må disse resultatene tolkes med forsiktighet da de ikke er representative for alle jordmorstudenter i Norge.

5.1 Rekrutteringsprosedyren

Rekruttering av utvalg og svarfrekvens beskrives i figur 1. Invitasjon til å delta i studien ble distribuert på læringsplattformen Canvas, e-post og muntlig til alle 21 studenter. Dette førte til 7 påmeldte (33%). I september 2022, tre måneder etter endt utdanning, ble det sendt e-post til de nyutdannede med link til spørreskjemaet. 20 trykket på lenken til spørreskjemaet og samtykket til deltakelse. To av de som samtykket svarte ikke videre på spørreundersøkelsen. Ni av de resterende gjennomførte hele spørreundersøkelsen, ni svarte på deler. På grunn av den lave svarfrekvensen ble det sendt ut en påminnelse på e-post. Påminnelsen førte til tre nye deltakere som gjennomførte hele spørreundersøkelsen. Gjennom rekrutteringsprosedyren var det derfor 12 (57%) som svarte på hele spørreskjemaet, og 6 (29%) som svarte på deler av spørreskjemaet. Totalt 18 (86%) av 21 deltakere svarte dermed på hele eller deler av spørreskjemaet. Bakgrunns karakteristika for utvalget (n=18) vises i tabell 4.



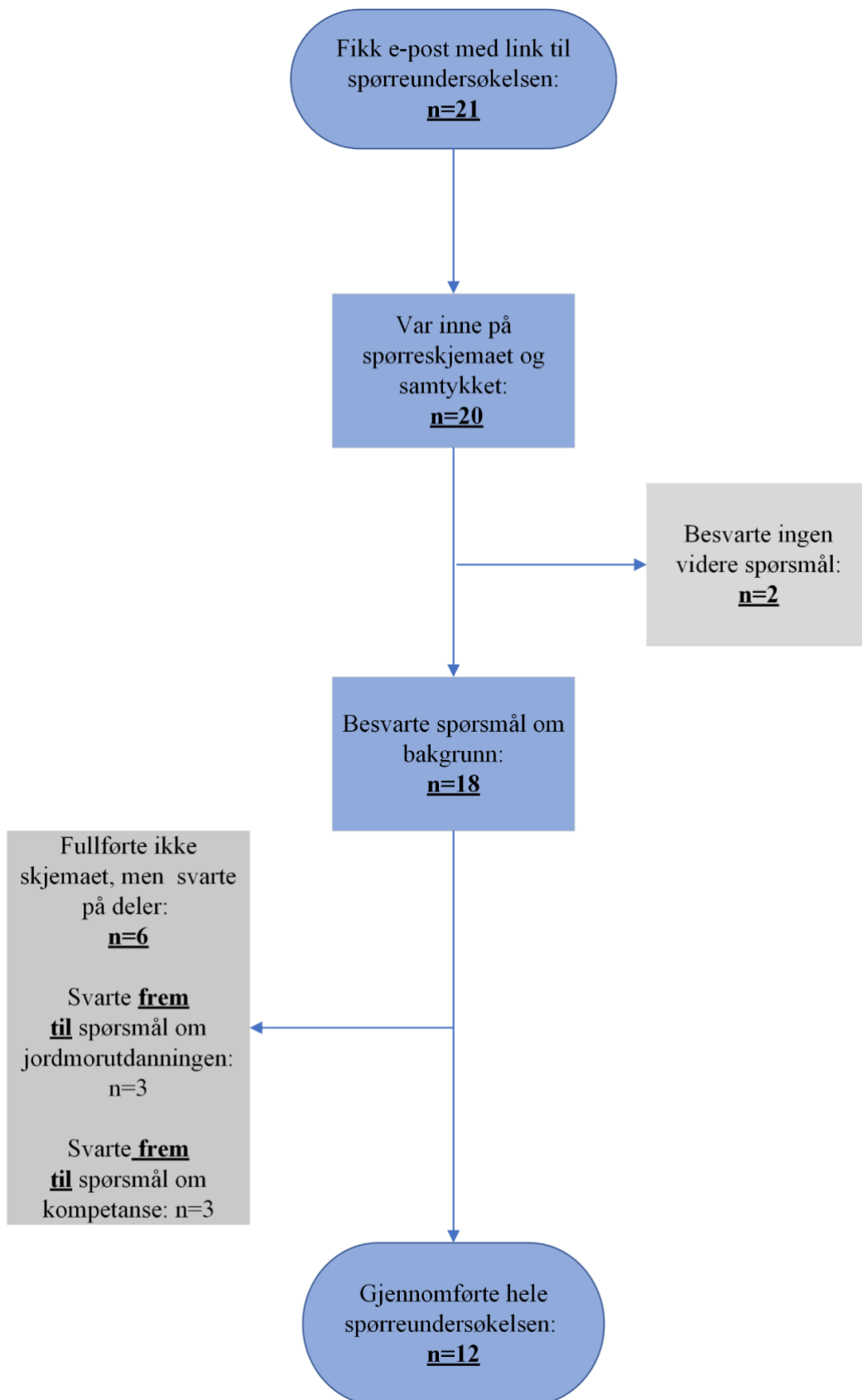
Figur 1. Flytskjema rekruttering av utvalg

Tabell 4. Bakgrunnskarakteristika for utvalget (n=18)

	Deltakere (n=18)	
	n	%
Sivilstatus		
Singel	7	38,9
Gift/samboer	10	55,6
I et forhold	1	5,6
Alder (år)		
Gjennomsnitt	28,4	
Spenn	25-34	
Barn fra før		
Ja	3	16,7
Nei	15	83,3
Fødeland		
Norge	18	100
Annet	0	0
Språk i familien		
Norsk	18	100
Annet	0	0
Arbeid som sykepleier før jordmorstudiet		
Ja	18	100
Antall år som sykepleier		
Gjennomsnitt	2,2	
Spenn	1-4	
Arbeidssted som sykepleier		
Sengepost for voksne	9	50
Sengepost for barn	2	11,1
Akuttmottak	1	5,6
Hjemmesykepleien	3	16,7
Akuttpsykiatri og avrusning	1	5,6
Personalformidling	1	5,6
Både sykehjem og sengepost	1	5,6
Spesialitet som sykepleier		
Allmennmedisin	1	5,6
Geriatrici	3	16,7
Kvinneklinikk (inkl. gynekologi, barsel)	2	11,1
Kirurgi (inkl. kirurgi, ortopedi, urologi, øre/nese/hals)	1	5,6
Medisin (inkl. kardiologi, nevrologi, endokrinologi, hematologi, reumatologi, dermatologi)	5	27,8
Onkologi	1	5,6
Pediatri	1	5,6
Psykiatri	1	5,6
Flere (geriatrici, kirurgi, medisin, onkologi, psykiatri)	1	5,6
Akuttmedisin (medisin og kirurgi)	1	5,6
Geriatrici og psykiatri	1	5,6

5.2 Svarprosessen

De aller fleste deltakerne (n=18) svarte på alle spørsmål om bakgrunn (86%). Tre deltakere besvarte ikke alle spørsmål om jordmorutdanningen, og heller ingen øvrige spørsmål. Tre andre deltakere svarte frem til spørsmål om kompetanse. Totalt var det 12 (57%) deltakere som svarte på hele spørreskjemaet, 6 (29%) svarte på deler og falt av underveis. Internt bortfall vises i figur 2.



Figur 2. Flytskjema internt bortfall

5.3 Opplevelse av spesifikke spørsmål og svaralternativ

Det siste spørsmålet omhandlet selve spørreskjemaet. Fem deltakere syntes at ingen av spørsmålene var vanskelige å forstå, mens syv deltakere hadde noen utfordringer. Noen (n=3) anså at spørsmålet om hvor dyktig en jordmor skal være var dårlig formulert, og at det var vanskelig å forstå hva spørreskjemaet var ute etter.

En deltaker svarte at flere av spørsmålene var vanskelige å forstå og dette var grunnen til at vedkommende ikke hadde svart tidligere. Spørsmål som var særskilt utydelige var de som omhandlet pedagogiske undervisningsmetoder, hvilke fire tema det ble brukt for mye tid på og hvor en dyktig jordmor skal være. Noen forstod ikke om spørsmålene om kompetanse, om det menes å både forstå og iverksette tiltak. Deltakeren anså at det var vanskelig å svare på spørsmålene om kompetanse ettersom det hadde gått tre måneder. Tre deltakere syntes at det var et stort sprang mellom svaralternativene «*ganske høy grad av mestring*» og «*ganske lav grad av mestring*», og ønsket et nøytralt svaralternativ. Til sist syntes deltakeren det var det lett å svare feil når ordlyden i spørsmålene endres, men svaralternativene var de samme:

Fint og oversiktlig, utenom at det noen ganger var skala 1-4 der 1 var bra og 4 dårlig, men plutselig på neste spørsmål var skalaen snudd til at 1 var dårlig og 4 var bra. Deltaker nr. 17

Omtrent halvparten som hadde fullført spørreskjemaet (n=7) syntes det var tilfredsstillende eller akkurat passe mengde spørsmål. De resterende fem syntes det var for mange spørsmål. I tillegg mente syv at alle spørsmålene var relevante, mens fem uttrykte at noen spørsmål var lite relevante. Særskilt manglet spørsmål innenfor gynekologi relevans, og de siste spørsmålene var gjentakende. En deltaker syntes konkret spørsmål om helsestasjon, prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer ikke var relevant. En annen deltaker stilte spørsmål ved om det er relevant å spørre om en selv har barn.

Deltakerne hadde delte meninger om hvordan det var å fylle ut spørreskjemaet. Flere var positive og syntes det var « *greit*», «*ok*», «*interessant*», «*gikk fint*» og at «*det ga refleksjon*» om utdanningen og egen kompetanse. En deltaker syntes det var helt ok å fylle ut skjemaet.

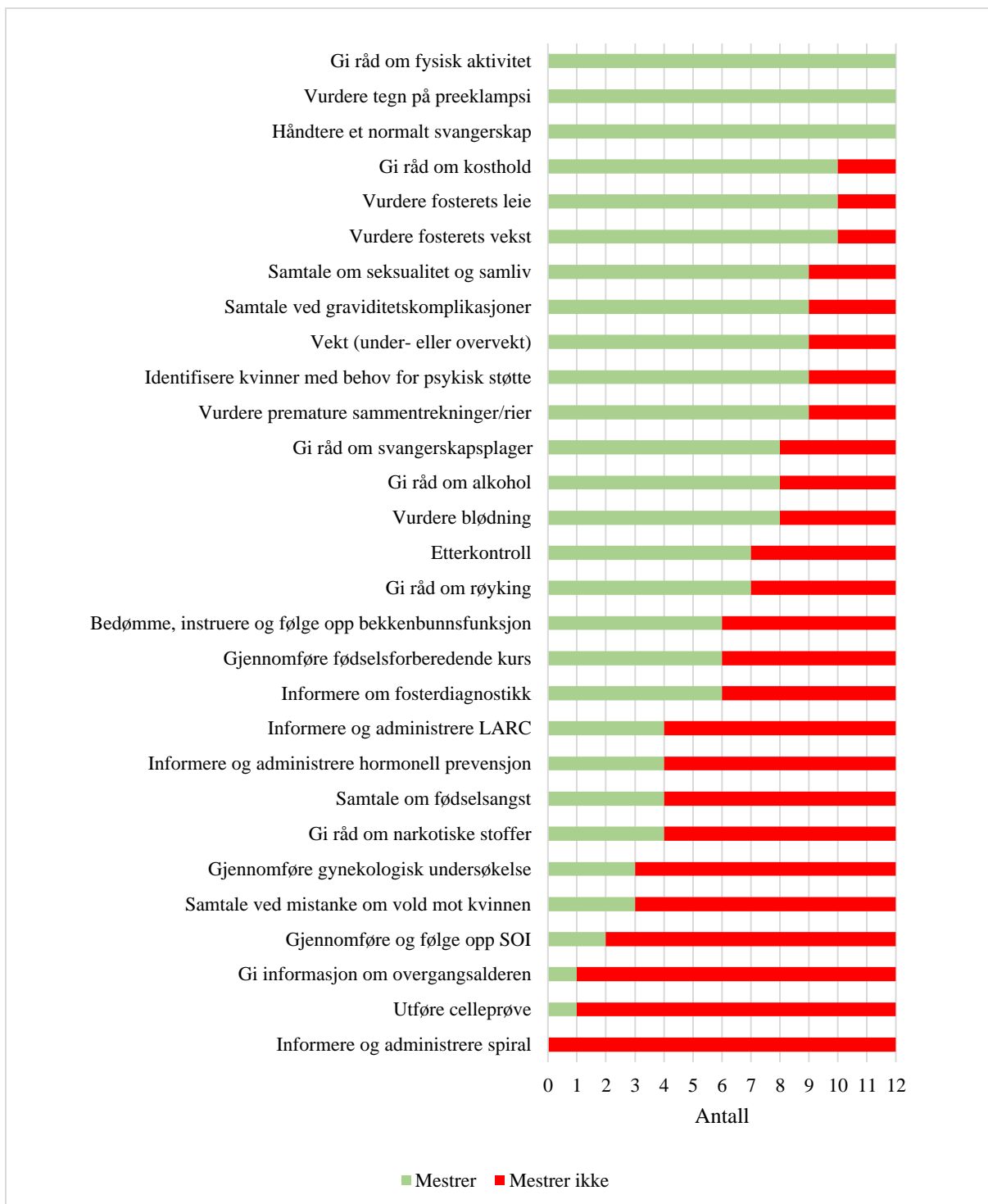
En annen deltaker mente at det var mye tekst og vanskelig å komme på 8 temaer det var mye/lite fokus på.

5.4 12 respondenters opplevelse av sin kliniske kompetanse rett før endt utdanning

Spørsmålene om i hvilken grad en anså at de hadde kompetanse til å kunne gjennomføre ulike kliniske oppgaver innen svangerskapsomsorgen, normal fødsel, komplisert fødsel og barselomsorgen ble besvart av 12 respondenter. Resultatene må tolkes med forsiktighet ettersom studien fremfor alt er designet som en gjennomførbarhetsstudie med et lite utvalg.

5.4.1 Svangerskapsomsorgen

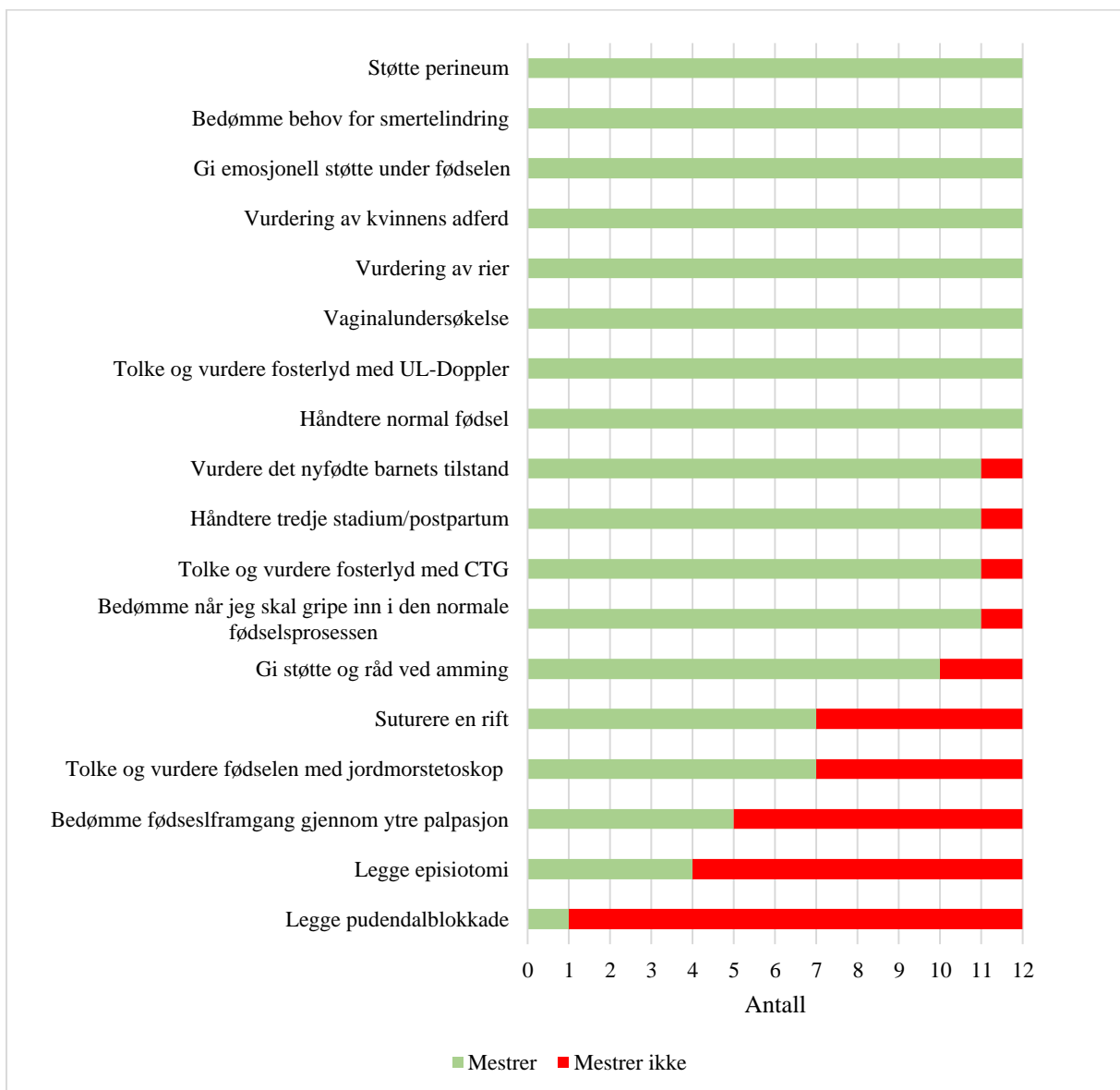
Deltakernes grad av mestring av klinisk kompetanse innen svangerskapsomsorgen vises i figur 3. Alle 12 deltakerne følte at de kunne håndtere et normalt svangerskap, vurdere tegn på preeklampsi og gi omsorg under svangerskap om fysisk aktivitet. De aller fleste følte mestring i å vurdere fosterets vekst (n=10) og leie (n=10), vurdere premature sammentrekninger/rier (n=9), vurdere blødning (n=8), identifisere kvinner med behov for psykisk støtte (n=9), gi omsorg om vekt (n=9), røyking (n=7) og alkohol (n=8), gi råd om svangerskapsplager (n=8), gjennomføre samtale ved graviditetskomplikasjoner (n=9) og seksualitet og samliv (n=9) samt gjennomføre en etterkontroll (n=7). Halvparten (n=6) følte mestring i å informere om fosterdiagnostikk, gjennomføre foreldreundervisning/fødselsforberedende kurs og bedømme, instruere og følge opp bekkenbunnsfunksjon. Mer enn halvparten opplevde lav grad av mestring rundt omsorg om narkotiske stoffer (n=8), samtale om fødselsangst (n=8) og ved mistanke om vold mot kvinnen (n=9), gjennomføre gynekologisk undersøkelse (n=9), informere om, skrive ut resept på og administrere hormonell prevensjon (n=8) og langtidsvirkende prevensjon (LARC) (n=8), gjennomføre og følge opp seksuelt overførbare sykdommer (n=10), utføre celleprøve (n=11) og gi grunnleggende informasjon om overgangsalderen (n=11). Ingen av deltakerne følte mestring i å informere om, skrive ut resept på og administrere spiral.



Figur 3. Grad av klinisk kompetanse - svangerskapsomsorgen

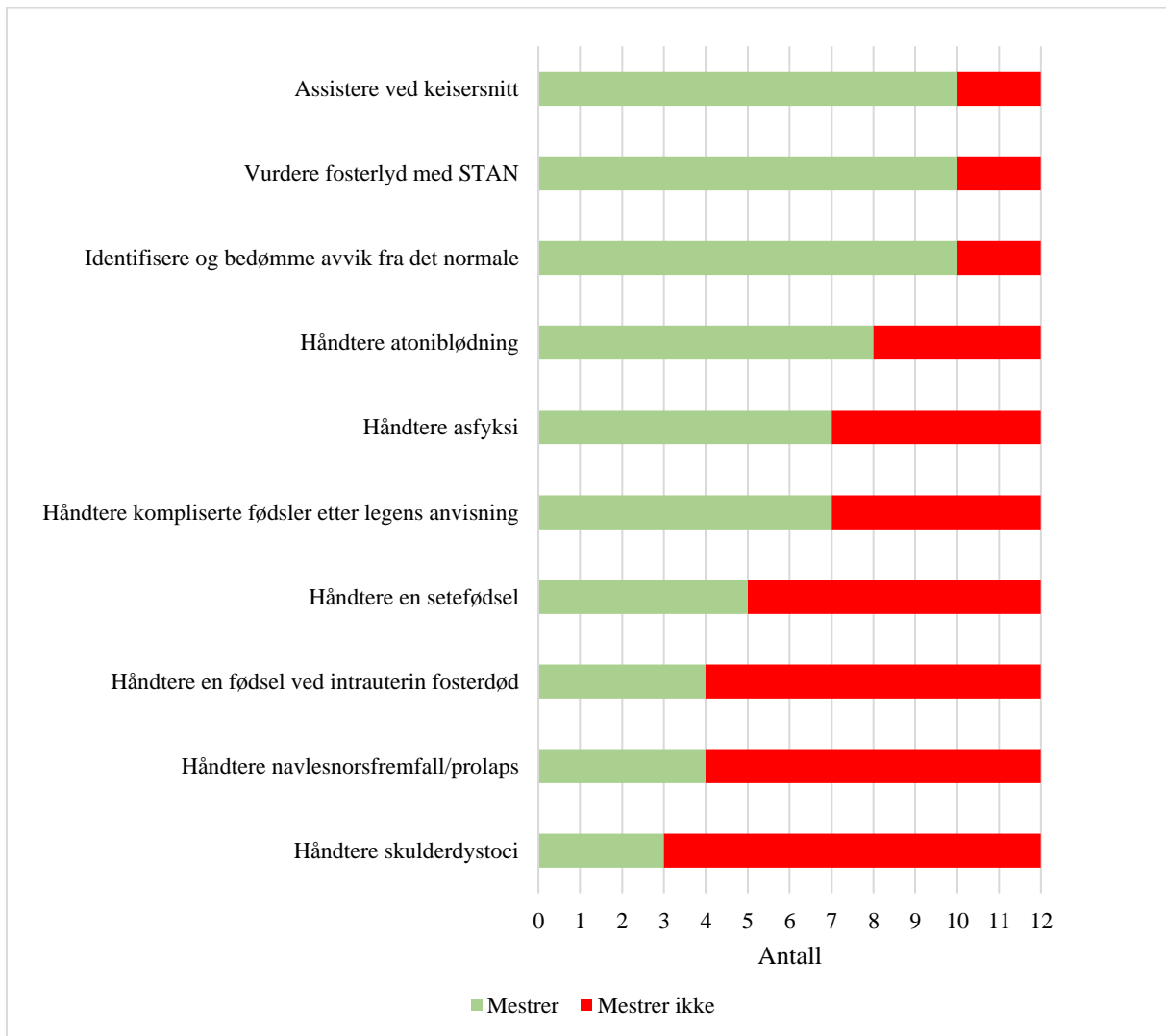
5.4.2 Fødselsomsorgen

Deltakernes grad av mestring av klinisk kompetanse innen normal fødsel vises i figur 4. Alle deltakerne (n=12) følte mestring i å håndtere en normal fødsel, tolke og vurdere fosterlyd med UL-Doppler, støtte perineum i utdrivningsfasen, gi emosjonell støtte under fødselen, bedømme behov for smertelindring og bedømme fødselsframgang gjennom vaginalundersøkelse, vurdering av rier og vurdering av kvinnens atferd. Det var lav grad av mestring i å bedømme fødselsframgang gjennom ytre palpasjon (n=7) og legge episiotomi (n=8). Hele 11 deltakere følte ingen mestring i å legge pudendalblokkade.



Figur 4. Grad av klinisk kompetanse - normal fødsel

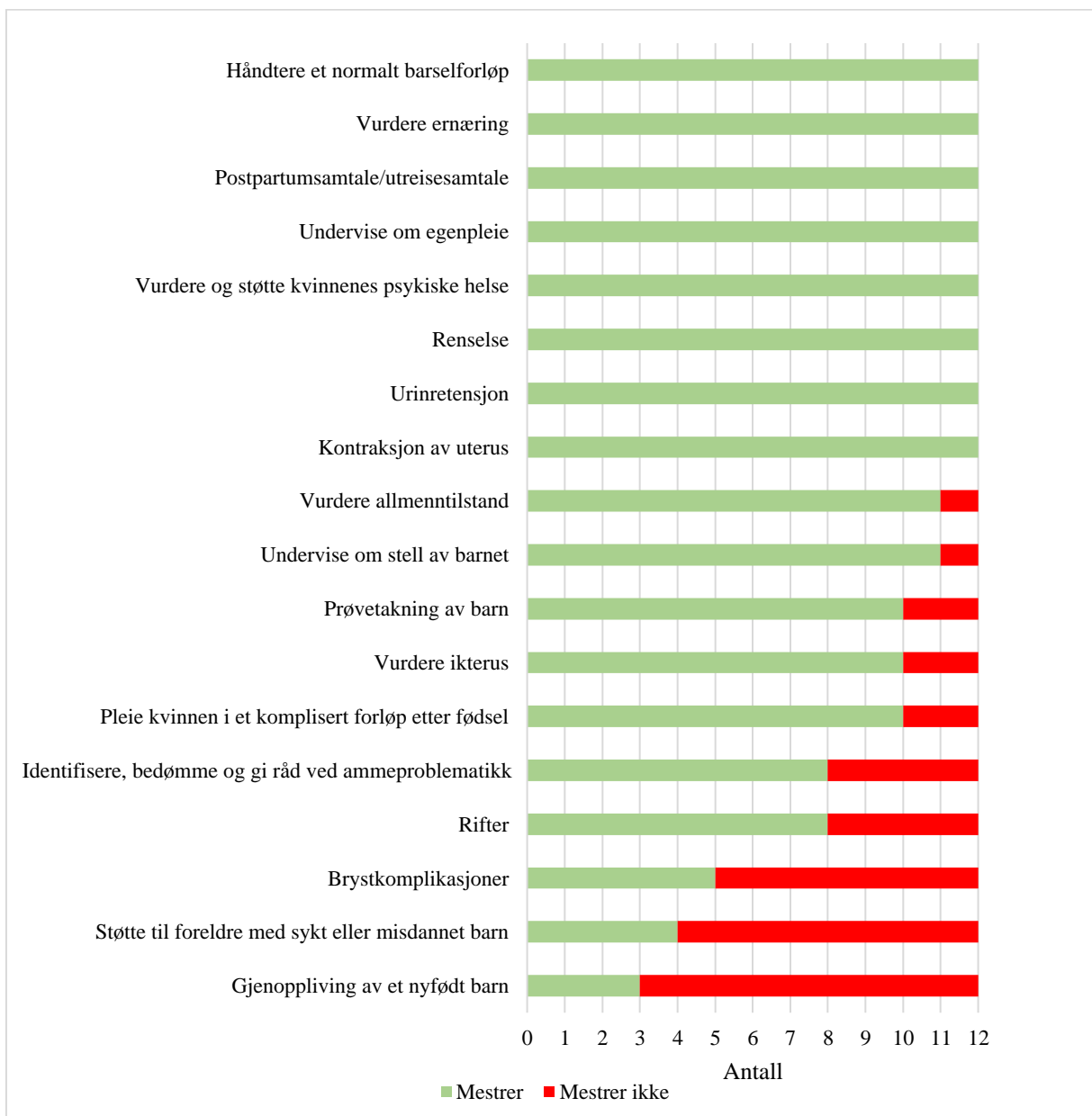
Deltakernes grad av mestring i klinisk kompetanse innen komplisert fødsel vises i figur 5. En opplevde høy grad av mestring i å identifisere og bedømme avvik fra det normale (n=10), vurdere fosterlyd med STAN (n=10), assistere ved keisersnitt (n=10) og håndtere atoniblødning (n=8). Det var lav grad av mestring i å håndtere skulderdystoci (n=9), navlesnorsfremfall/prolaps (n=8), håndtere fødsel ved intrauterin fosterdød (n=8) og setefødsel (n=7).



Figur 5. Grad av klinisk kompetanse - komplisert fødsel

5.4.3 Barselomsorgen

Deltakernes grad av mestring i klinisk kompetanse innen barselomsorgen vises i figur 6. Alle deltakerne (n=12) følte mestring i å bedømme kontraksjon av uterus, urinretensjon og renselse, vurdere og støtte kvinnes psykiske behov, undervise om egenpleie, gjennomføre postpartumsamtale/utreisesamtale og vurdere det nyfødte barnets ernæringsstatus. Det var høy grad av mestring i å håndtere et normalt barselforløp (n=11), undervise om stell av barnet (n=11), vurdere nyfødte barns allmenntilstand (n=11), vurdere ikterus (n=10), prøvetaking av barn (n=10), håndtere rifter (n=8) og identifisere, bedømme og gi råd ved ammeproblematikk (n=8). Det var lav grad av mestring i å starte gjenoppliving av et nyfødt barn (n=9).

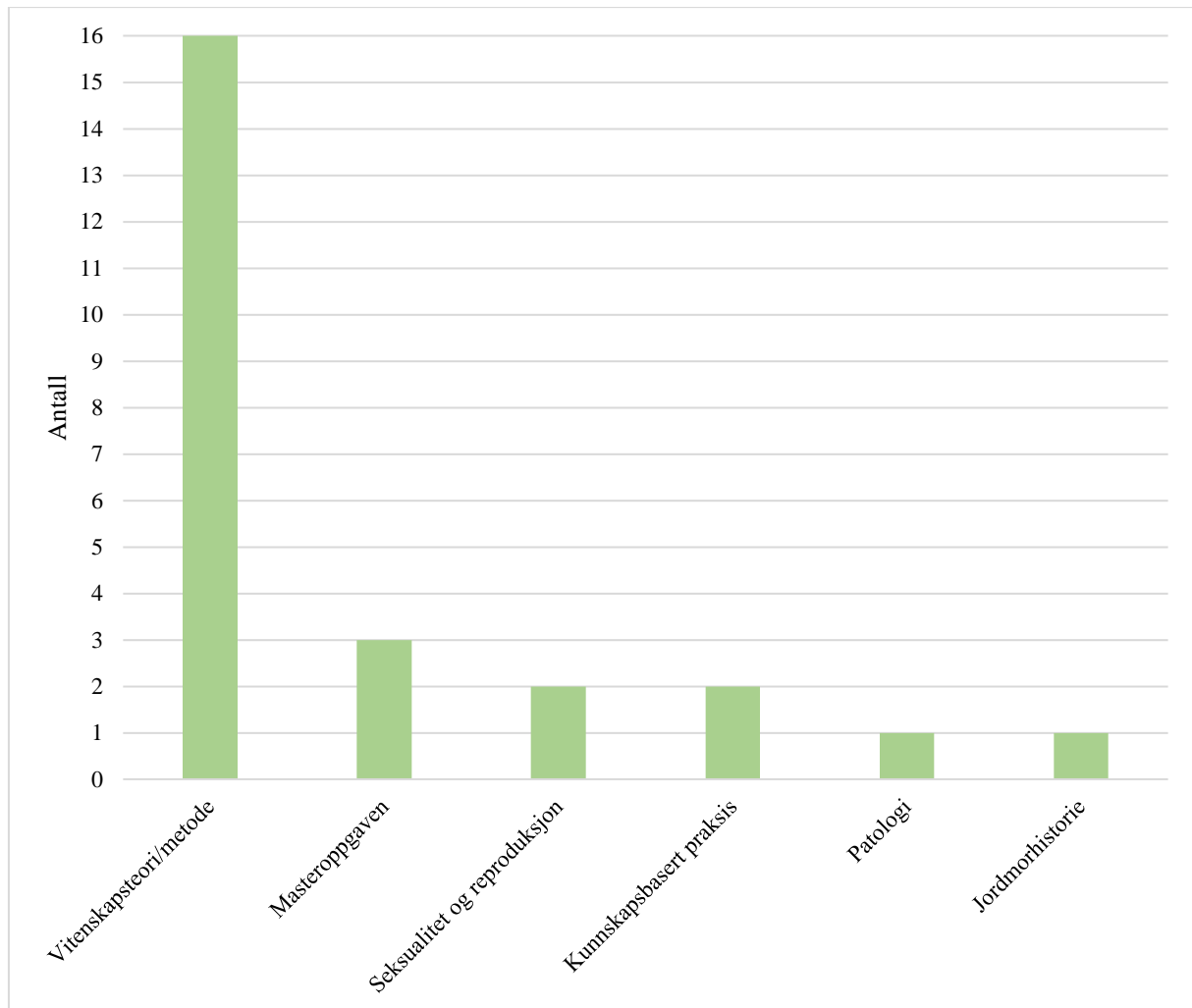


Figur 6. Grad av klinisk kompetanse - barselomsorgen

5.5 Øvrige resultater

5.5.1 Undervisningstemaer det ble brukt for mye tid på

Deltakernes opplevelse av temaer det ble brukt for mye tid på under studietiden vises i figur 7. Dette spørsmålet hadde 16 respondenter. Deltakerne ble bedt om å rangere fra det viktigste som nummer én og nedover, og svaret ble avgitt i fritekst. Analyse viste at alle respondentene (n=16) syntes det ble brukt for mye tid på vitenskapsteori/metode.



Figur 7. Undervisningstemaer det ble brukt for mye tid på

5.5.2 Selvvurdert selvtillit

Instrumentet om selvtillit (NGSE) (Chen et al., 2001) ble besvart i sin helhet av alle 12 respondenter som svarte på hele spørreundersøkelsen. Gjennomsnittsverdien var 4.0 (SD 0.27) på skalaen som varierte fra 1,0 til 5,0. Dette tilsier høy grad av selvtillit hos deltakerne (Chen et al., 2001, s. 71–79).

6.0 Diskusjon

Denne gjennomførbarhetsstudien ble gjennomført for å sette lys på endringer som bør utføres før den kommende nasjonale populasjonsbaserte kohortstudien om hvor godt forberedt norske jordmorstudenter er for klinisk praksis og deres selvtillit. Studien viste at rekrutteringen via studentenes læringsplattform, e-post, muntlig og brosjyre resulterte i få påmeldte studenter og 57 % av deltakerne svarte på hele spørreundersøkelsen. Deltakerne syntes det var « *greit*», «*ok*» eller «*interessant*» å fylle ut spørreskjemaet. Noen deltakere syntes flere av spørsmålene var vanskelige å forstå, at noen spørsmål ikke var relevante og at det var for mange spørsmål. Dette begrensede utvalget følte seg godt forberedt til å håndtere det normale under graviditet og fødsel, men mindre forberedt på å mestre akutte situasjoner. Deltakerne viste høy grad av selvtillit på skalaen NGSE (Chen et al., 2001).

6.1 Hvordan fungerte rekrutteringsprosedyren? (Måte, tidspunkt, informasjon og svarfrekvens)

Rekrutteringsprosedyren fungerte ikke optimalt da det kun var 7 studenter som meldte seg på i løpet av hele rekrutteringsprosedyren. Dette til tross for gjentatt informasjon. Før første rekrutteringsperiode hadde studentene nylig levert sin egen masteroppgave, og var i gang med siste praksis som jordmorstudenter. Andre rekrutteringstidspunkt var studentenes siste skoledag, hvor det også var vitnemålsseremoni. Vi tror den lave svarfrekvensen kan skyldes at studentene ikke var mottakelige for informasjon og åpne for andre skolerelaterte oppgaver som krevde tid, innsats og ressurser. Rekrutteringen kan trolig ha blitt sett på som mas, grunnet informasjon fra flere hold, samt påminnelse 22 dager etter e-posten med lenke til spørreskjemaet. Dette kan ses på som en svakhet da det gikk lengre tid mellom første og siste mail enn anbefalt (Polit & Beck, 2021, s. 293; Teh & Lee, 2021, s. 4). En annen svakhet var at SurveyXact ikke gir oss mulighet til å se hvem som har gjennomført grunnet anonymitet. Alle 21 deltakerne mottok derfor påminnelsesmailen.

Siste del av rekrutteringsprosedyren ble gjennomført tre måneder etter uteksaminering. Respondentene var nyutdannede jordmødre. En kan tenke seg at de på dette tidspunktet befant seg i en stressende arbeidshverdag med mange inntrykk, at de følte seg ferdig med skole og

ikke ønsket å bruke tid på spørreundersøkelsen. Det var behov for å legge ned en betydelig større innsats i å rekruttere deltakere enn antatt, og rekrutteringsprosessen tok dermed lengre tid enn estimert. Formålet med gjennomførbarhetsstudien var også å starte datainnsamlingen mens de fremdeles var jordmorstudenter, men grunnet lang behandlingstid hos REK og NSD og forsinket godkjenning ble dette ikke mulig. Vi tror tidspunktet for rekruttering og datainnsamling kan ha ført til hukommelseskjevheter (engelsk: recall bias), hvor det var vanskelig å huske tilbake til tiden som student og at en dermed unnlot å svare (Bell et al., 2019, s. 341; Polit & Beck, 2021, s. 195). Disse erfaringene tilsier at før den planlagte nasjonale studien bør alle godkjenninger være klare, slik at rekruttering og datainnsamling kan skje i én sesjon, gjerne en eller to uker før siste skoledag for høyere svarfrekvens. Da er det mulig at studentene har mer interesse og tid til å delta i studien. I den svenske studien av Schytt og Waldenström (2013) dro førsteforfatteren rundt til 10 jordmorutdanninger i Sverige i løpet av tre uker før uteksaminering. Dette gav en svarfrekvens på 83% (Schytt & Waldenström, 2013, s. 104). Det er ønskelig at en anvender rekrutteringsprosedyren som ble anvendt i Sverige dersom det finnes tid og økonomiske forutsetninger, gjerne med forskeren til stede enten fysisk eller digitalt for å spare på ressurser (Mukasa et al., 2017, s. 1; Patrick et al., 2021, s. 194).

6.2 Hvordan fungerte spørreskjemaet? (Internt bortfall, utfordringer med spesifikke spørsmål og svaralternativ)

Spørreskjemaet som ble brukt i denne studien var allerede validert og brukt vellykket i en nasjonal studie i Sverige (Schytt & Waldenström, 2013). Spørreskjemaet fungerte stort sett bra i det digitale verktøyet, men med noen unntak. 21 studenter mottok invitasjon til å delta i studien. Kun 12 deltakere (57%) svarte på hele spørreundersøkelsen. Noen deltakere hoppet av under besvarelsen, andre deltakere unnlot å svare på noen spørsmål. Dette ga et internt bortfall på seks deltakere. I den svenske studien til Schytt og Waldenström fra 2013 fungerte papirbasert spørreskjema godt med førsteforfatteren til stede i klasserommet, men uten lærernes nærvær (Schytt & Waldenström, 2013, s. 103). Avsatt tid i timeplanen gjør at en ikke trenger å ta av sin private tid med arbeid eller sosialt liv. Nettbaserte spørreundersøkelser er ofte å foretrekke i dagens økende digitaliserte samfunn med et nylig globalt skifte til mobile enheter. En styrke med nettbaserte spørreundersøkelser er automatisk datainnsamling og

statistisk modellering (Callegaro et al., 2015, s. 264). Masteroppgaven er arbeid uten finansiering, og derfor er digital informasjon, e-post og nettbasert spørreundersøkelse en enkel og kostnadseffektiv fremgangsmåte (Patrick et al., 2021, s. 194). Dette gjorde også arbeidet med å nå geografisk spredte deltakere enkelt nå som de var ferdig utdannet jordmødre (Polit & Beck, 2021, s. 293). Ved den kommende nasjonale studien bør spørreskjemaet besvares digitalt ved obligatorisk oppmøte med avsatt tid for en mulig høyere svarfrekvens.

På slutten av spørreskjemaet fikk deltakerne mulighet til å gi tilbakemeldinger om spørreundersøkelsen. Deltakerne syntes det var « *greit*», « *ok*» og « *interessant*» å fylle ut spørreskjemaet, samt at det fikk i gang refleksjon om utdanningen og egen klinisk kompetanse. Fem deltakere hadde ingen problemer med spørsmål og svaralternativ, men flere deltakere hadde vanskeligheter med å forstå enkelte spørsmål som var utydelige eller tunge å lese, som spørsmålet om hvor dyktig en jordmor skal være. Instruksjonen til spørsmålene virket å være tilstrekkelig (dvs. definisjon av klinisk kompetanse), men da noen hadde vanskeligheter med å forstå spørsmålene om kompetanse kan det virke som at instruksjonene ikke ble lest. For å kunne foreta riktige konklusjoner er det nødvendig at respondentene forstår spørsmålene som forskeren har stilt (Sudman, 1996, s. 719). I den kommende studien anbefaler vi derfor at omformulering av enkelte spørsmål vurderes. Enkelte deltakere syntes det var for mange spørsmål, og vi tror dette kan skyldes at størrelsen på spørreskjemaet kan oppfattes ulikt (Fowler, 2009, s. 114–115). Enkelte syntes noen spørsmål manglet relevans, som spørsmål innen gynekologi. Vi tror dette synspunktet kan skyldes et kunnskapshull hos flere studenter som ikke vet at jordmorfaget er bygget opp av det internasjonale rammeverket, samt en uklar definisjon på « *visse grener innen gynekologi*» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 3). En kan tenke seg at deltakerne tror at jordmorutdanningen i Norge kun er bygget opp av læringsutbyttene definert i studieplanen. En kan også tenke seg at synspunktet skyldes at en ikke anser behovet for denne kunnskapen i sin nåværende jobb. Spørreskjemaet er bygget opp av ICMs rammeverk om forventet klinisk kompetanse hos en jordmor (International Confederation of Midwives, 2019b). Dette gjør at alle spørsmålene i utgangspunktet har blitt bedømt som relevante av et ekspertpanel (Butler et al., 2018), da dette er ferdigheter som kreves for å arbeide som jordmor globalt (International Confederation of Midwives, 2019b).

6.3 Klinisk kompetanse

Spørsmålene om klinisk kompetanse ble besvart av 12 respondenter. Dette var en gjennomførbarhetsstudie, men resultatene viste at dette begrensede utvalget følte seg godt forberedt på det normale, men mindre forberedt på akutte situasjoner som gjenopplivning av et nyfødt barn, skulderdystoci, navlesnorsfremfall/prolaps, setefødsel og å håndtere fødsel ved intrauterin fosterdød. En jordmors kliniske kompetanse øker suksessivt, så svar på spørsmål om klinisk kompetanse vil kunne påvirkes av konkrete hendelser som gikk bra eller dårlig, eller dersom hun ikke har opplevd ulike situasjoner (Schytt & Waldenström, 2013, s. 104). Test-retest reliabiliteten vil da ikke være så høy.

I løpet av skriveperioden har litteratursøk jevnlig blitt utført i ulike internasjonale medisinske databaser. Under et søk i søkemotoren Google den 21.03.23 ble artikkelen *Nyutdannede jordmødres vurdering av utdanning, klinisk kompetanse og arbeidsforhold* av Hagtvedt og Eri (2015) oppdaget. Denne har ikke blitt observert tidligere ettersom våre søk da ble begrenset til internasjonale tidsskrifter. Hensikten med deres studie var å evaluere jordmorutdanningen ved Høgskolen i Vestfold (HiVe, nå UNS) med fokus på relevans, arbeidsforhold og egen klinisk kompetanse. Denne studien utarbeidet også et spørreskjema etter mal fra det svenske spørreskjemaet til Schytt og Waldenström (2013). Utvalget i studien var 65 nyutdannede jordmødre med varierende yrkeserfaring. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i papirform, og hadde 41 respondenter (63%). Resultatene viste at det ble brukt for lite tid på ferdighetstrening, spesielt akutte situasjoner og suturering (Hagtvedt & Eri, 2015, s. 142). Funnene var de samme i den svenske studien, hvor studentene ønsket mer tid til teori, klinisk praksis og simuleringstrening om det kompliserte (Schytt & Waldenström, 2013, s. 104). Deltakerne i den norske studien svarte, i likhet med denne gjennomførbarhetsstudiens utvalg, at det ble brukt for mye tid på undervisning om vitenskapsteori. Ved spørsmål om vurdering av egen klinisk kompetanse beskrev majoriteten den som høy eller ganske høy. De følte seg forberedt på det normale, men vurderte at de hadde liten eller ingen kompetanse om flere kompliserte tilstander. Artikkelen konkluderer med et ønske om en nasjonal studie for å evaluere klinisk kompetanse hos nyutdannede jordmødre og vurdering av utdanningsforløpet (Hagtvedt & Eri, 2015, s. 149). Denne gjennomførbarhetsstudien hadde et begrenset utvalg, men resultatene fra begge studiene viser at det er behov for og viktig med en større nasjonal studie om hvor godt forberedt norske jordmorstudenter er for klinisk praksis og deres selvtillit

kort tid før endt utdanning. Dette for å kunne generalisere resultatene til den norske populasjonen av jordmorstudenter.

6.4 Selvvurdert selvtillit

Instrumentet om selvtillit (NGSE) (Chen et al., 2001) så ut til å være akseptert av de 12 deltakerne som svarte på alle spørsmål. Det var ikke internt bortfall på skalaen. Studentene viste høy grad av selvtillit med en gjennomsnittsverdi på 4,0 (SD 0,27) (Chen et al., 2001, s. 71–79). Selvtillit er viktig for læring, og har blitt anvendt i tidligere studier om jordmorstudenters læring (Lukasse et al., 2017, s. 9). Skalaen kan derfor anbefales i kommende studier til estimering av selvtillit. Resultatene fra denne masteroppgaven vil kunne bidra, sammen med andre liknende studier, til en styrkeanalyse før den kommende nasjonale studien.

7.0 Konklusjon

Studiens ulike metodologiske momenter var gjennomførbare, men før den kommende nasjonale populasjonsbaserte kohortstudien må rekrutteringsprosedyren og tidspunkt for rekruttering korrigeres. Spørreskjemaet fungerte bra, men noen spørsmål må tydeliggjøres. Deltakerne syntes at studien var viktig og bidro til refleksjon over utdanning, klinisk kompetanse og selvtillit.

Referanseliste

- Ball, H. L. (2019). Conducting Online Surveys. *Journal of Human Lactation*, 35(3), 413–417.
<https://doi.org/10.1177/0890334419848734>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 21–41. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00024>
- Bell, A., Ward, P., Tamal, Md. E. H. & Killilea, M. (2019). Assessing recall bias and measurement error in high-frequency social data collection for human-environment research. *Population and Environment*, 40, 325–345. <https://doi.org/10.1007/s11111-019-0314-1>
- Brunstad, A. (2010). En studie om hvilken kompetanse norske jordmødre mener er viktig ved fødeavdelinger og kvinneklinikker. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 6(1), 26.
<https://doi.org/10.7557/14.807>
- Brunstad, A. & Tegnander, E. (2017). *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Butler, M. M., Fullerton, J. T. & Aman, C. (2018). Competence for basic midwifery practice: Updating the ICM essential competencies. *Midwifery*, 66, 168–175.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.011>
- Byrskog, U., Ahrne, M., Small, R., Andersson, E., Essen, B., Adan, A., Ahmed, F. H., Tesser, K., Lidén, Y., Israelsson, M., Åhman-Berndtsson, A. & Schytt, E. (2019). Rationale, development and feasibility of group antenatal care for immigrant women in Sweden: A study protocol for the Hooyo Project. *BMJ Open*, 9(7), e030314.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030314>
- Bäck, L., Hildingsson, I., Sjöqvist, C. & Karlström, A. (2017). Developing competence and confidence in midwifery-focus groups with Swedish midwives. *Women and Birth*, 30(1), e32–e38. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.08.004>
- Bäck, L., Sharma, B., Karlström, A., Tunon, K. & Hildingsson, I. (2017). Professional confidence among Swedish final year midwifery students – A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 14, 69–78.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.10.003>
- Callegaro, M., Manfreda, K. L. & Vehovar, V. (2015). *Web Survey Methodology*. SAGE

- Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781529799651>
- Chen, G., Gully, S. M. & Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62–83.
<https://doi.org/10.1177/109442810141004>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. Forskningsetikk.
<https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Fowler, F. J. (2009). *Survey Research Methods (4th ed.)*. SAGE Publications, Inc.
<https://doi.org/10.4135/9781452230184>
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grønset, E. (2019). Jordmødre gruer seg til sommeren. *Tidsskrift for jordmødre*, (5), 5–7.
- Hafskjold, L. (2022). *Høringsinnspill fra Helsedirektoratet på utkast til nasjonal retningslinje for jordmorutdanning*. Helsedirektoratet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/aa4a479f0b6040bb94fb414b2fd9641f/helse-direktoratet.pdf?uid=Helsedirektoratet>
- Hagtvedt, M. L. & Eri, T. S. (2015). *Nyutdannede jordmødres vurdering av utdanning, klinisk kompetanse og arbeidsforhold*. 10(2), 139–150. <https://doi.org/10.7557/14.3329>
- Hansson, M. (2021). *A meaningful work in a strained context—Exploring midwives' work situation and professional role* [Doktorgradsavhandling, University of Gothenburg]. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. <https://gup.ub.gu.se/publication/309503>
- Haugum, M. & Kjøllesdal, J. G. (2012). *Oversettelse av brukererfaringseskjemaer: Viktige problemstillinger og erfaringer fra utvalgte kunnskapskilder*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2012/notat_2012_oversettelse_sporreskjema.pdf
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud—Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (IS-1877)*.
- Helsedirektoratet. (2018). *Fødsel—Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner*. Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem* (IS-2895). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem>
- Helsedirektoratet. (2021). *Tilgang på og behov for jordmødre*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre>
- Hildingsson, I. & Fenwick, J. (2015). Swedish midwives' perception of their practice environment – A cross sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.001>
- Hildingsson, I., Gamble, J., Sidebotham, M., Creedy, D. K., Guilliland, K., Dixon, L., Pallant, J. & Fenwick, J. (2016). Midwifery empowerment: National surveys of midwives from Australia, New Zealand and Sweden. *Midwifery*, 40, 62–69.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.008>
- Høgskulen på Vestlandet. (2021, 17. juni). 5. *Guide for å behandle forskningsdata*.
<https://www.hvl.no/forskning/forskingsetikk/retningslinjer/guide-for-a-behandle-forskningsdata/>
- International Confederation of Midwives. (2002). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*.
- International Confederation of Midwives. (2019a). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/poster-icm-competencies-en-screens--final-oct-2019.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2019b). *Essential Competencies for Midwifery Practice 2019 UPDATE*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf
- International Confederation of Midwives. (2021a). *ICM Global Standards for Midwifery Education (REVISED 2021)*.
https://www.internationalmidwives.org/assets/files/education-files/2021/10/global-standards-for-midwifery-education_2021_en-1.pdf
- International Confederation of Midwives. (2021b). *ICM Professional Framework for Midwifery 2021*. 8.
- International Confederation of Midwives, I. C. of. (u.å.). *Who we are* (<https://www.internationalmidwives.org/>) [Text/html]. ICM; International Confederation of Midwives. Hentet 8. desember 2022 fra

- <https://www.internationalmidwives.org/about-us/international-confederation-of-midwives/>
- Johansen, L. T., Braut, G. S. & Øian, P. (2022). Fødselsomsorgen kan bli bedre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0208>
- Krysa, J., Iwanowicz-Palus, J. K. G. J., Korzyńska-Piętas, M., Kicia, M. & Szlendak, B. (2018). The conviction of self-efficacy and midwives' education. *Journal of Education, Health and Sport*, 8(4), 34–43. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1214249>
- Kunnskapsdepartementet. (2021, 13. januar). *RETHOS: Programgruppe for jordmorutdanning* [Styreradutvalg]. Regjeringen; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/programgruppene/rethos-programgruppe-for-jordmorutdanning/id2828449/>
- Kunnskapsdepartementet. (2022, 24. august). *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)* [Oversiktsside]. [Regjeringen.no](http://regjeringen.no); regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>
- Lindgren, H., Hildingsson, I., Christensson, K., Bäck, L., Mudokwenyu–Rawdon, C., Maimbolwa, M. C., Laisser, R. M., Omoni, G., Chimwaza, A., Mwebaza, E., Kiruja, J. & Sharma, B. (2021). The three pathways to becoming a midwife: Self-assessed confidence in selected competencies in intrapartum care from seven African countries. *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.12968/ajmw.2020.0009>
- Lukasse, M. & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nursing Open*, 6(4), 1559–1570. <https://doi.org/10.1002/nop2.358>
- Lukasse, M., Lilleengen, A. M., Fylkesnes, A. M. & Henriksen, L. (2017). Norwegian midwives' opinion of their midwifery education – a mixed methods study. *BMC Medical Education*, 17(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0917-0>
- Mukasa, O., Mushi, H. P., Maire, N., Ross, A. & de Savigny, D. (2017). Do surveys with paper and electronic devices differ in quality and cost? Experience from the Rufiji Health and demographic surveillance system in Tanzania. *Global Health Action*, 10(1), 1387984. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1387984>
- NOKUT. (u.å.). *Bakgrunn og historikk*. Nokut. Hentet 26. oktober 2022 fra

- <https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/bakgrunn-og-historikk/>
- NOKUT. (2021). *Studiebarometeret—Studentundersøkelsen*. NOKUT - Studiebarometeret. https://www.studiebarometeret.no/no/student/studieprogram/238_ma-jor/detaljer
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Patrick, M. E., Couper, M. P., Parks, M. J., Laetz, V. & Schulenberg, J. E. (2021). Comparison of a web-push survey research protocol with a mailed paper and pencil protocol in the Monitoring the Future panel survey. *Addiction*, 116(1), 191–199. <https://doi.org/10.1111/add.15158>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research—Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Eleventh Edition). Wolters Kluwer.
- Prop. 3 S. (2017). *Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 94/2017 av 5. Mai 2017 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2013/55/EU om endring av direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner og forordning (EU) nr. 1024/2012 om forvaltningssamarbeidet gjennom informasjonssystemet for det indre marked («IMI-forordningen»)*. Utenriksdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-3-s-20172018/id2575970/?ch=1>
- Schytt, E. & Waldenström, U. (2013). How well does midwifery education prepare for clinical practice? Exploring the views of Swedish students, midwives and obstetricians. *Midwifery*, 29(2), 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.012>
- SSB. (2021). *07941: Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter fagutdanning, alder, næring (SN2007), statistikkvariabel og år*. Statistikkbanken. SSB. <https://www.ssb.no/system/>
- Sudman, S. (1996). *Thinking about answers: The application of cognitive processes to survey methodology*. Jossey-Bass.
- SurveyXact. (u.å.-a). *GDPR og spørreskjemaundersøkelser*. Hentet 13. april 2023 fra <https://www.surveyxact.no/gdpr/>
- SurveyXact. (u.å.-b). *Spørreskjemaverktøy*. Hentet 10. februar 2023 fra <https://www.surveyxact.no/om-oss/>
- Teh, W. W. & Lee, A. (2021). Increasing response rates of mail surveys and mailings. I *The*

- Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab* (s. 1–12).
<https://www.povertyactionlab.org/resource/increasing-response-rates-mail-surveys-and-mailings>
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode- En praktisk tilnærming* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- UNFPA, WHO & ICM. (2021). *The State of the World's Midwifery 2021*.
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMY2021-Report-ENv4302.pdf>
- Universitets- og høyskoleloven. (2005). *Lov om universiteter og høyskoler* (LOV-2005-04-01-15). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-04-01-15>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf
- Whitehead, A. L., Sully, B. G. O. & Campbell, M. J. (2014). Pilot and feasibility studies: Is there a difference from each other and from a randomised controlled trial?
Contemporary Clinical Trials, 38(1), 130–133.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.04.001>
- World Health Organization. (u.å.). *WHO Guidelines on Translation—Process of translation and adaptation of instruments*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: A practical guide*.
<https://docplayer.net/45859102-Who-frh-msm-96-24-distr-general-orig-english.html>
- World Medical Association. (2013). *WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vil du delta i forskningsprosjektet

JORDMORSTUDENTERS SELVVURDERTE MESTRING AV KLINISKE KOMPETANSER OG DERES TILFREDSHET I JORDMORFAGET ET ÅR ETTER UTDANNINGEN – EN PILOTUNDERSØKELSE

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvordan jordmorstudenter i Norge opplever at deres utdanning har forberedt dem for klinisk praksis og hvordan de opplever sin arbeidssituasjon etter de første årene som utdannet jordmor.

Alle nyutdannede jordmødre har ikke fått samme erfaring og trening under utdanningen, og alle trenger å videreutvikle sin kompetanse etter endt utdanning. Vi lurer på om du kunne tenke deg å delta i en pilotstudie som pågår ved Høgskulen på Vestlandet (HVL Bergen), som omhandler nyutdannede jordmødres kliniske kompetanse. Mer detaljert går studien ut på å undersøke:

- Nyutdannede jordmødres syn på hvordan utdanningen har forberedt dem på arbeidet som jordmor i klinisk praksis innen svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen
- Hvordan jordmødre vurderer utdanningen og støtten i klinikken ett år etter endt utdanning

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Dersom du gir ditt samtykke til å medvirke i studien vil du få tilsendt link til et digitalt spørreskjema. Spørreskjemaet vil inneholde spørsmål om hvordan du bedømmer utdanningen og din egen kliniske kompetanse. Spørreskjemaet som sendes ut ett år senere vil inneholde spørsmål om erfaring med å jobbe som jordmor og hvordan du ved det tidspunktet ser på utdanningen.

Data vil bli samlet inn ved hjelp av et digitalt spørreskjema på SurveyXact til samtlige jordmorstudenter ved jordmorutdanningen ved HVL (kull 2020). Spørreskjemaet deles ut så fort vi har fått godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Høgskulen på Vestlandet.

Samme gruppen personer vil bli fulgt opp med andre spørsmål ett år senere.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Dine karakterer er allerede satt når undersøkelsen skjer og ingen informasjon kommer til å leveres ut til lærere og arbeidsgivere. Du kommer derfor ikke til å være i noe avhengighetsforhold.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din utdanning hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er publisert.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontakinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2024. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra NSD og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun [redacted] og [redacted] som har tilgang til denne listen.

Etter at forskningsprosjektet er ferdig, vil opplysningene om deg bli oppbevart i fem år av kontrollhensyn.

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Vi kommer til å gjøre en oppfølging om 1 år og ønsker då å komme i kontakt med deg. Derfor er det viktig å få tilgang til din private e-postadresse og telefonnummer (se siste side).

GODKJENNINGER

Vi begynner studien så snart vi har fått godkjenningen fra NSD og Høgskulen på Vestlandet, for å sikre trygg og lovlig oppbevaring av personopplysninger.

Høgskulen på Vestlandet og prosjektleder [redacted] er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) og personvernsforordningen (GDPR) og Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven).

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte [redacted] telefonnummer [redacted] eller e-post: [redacted]

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Trine Anikken Larsen, e-post: Trine.Anikken.Larsen@hvl.no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 2 – Spørreskjema

Samtykke	
Jeg godkjenner med dette at jeg har lest og forstått informasjonen som er gitt om denne studien. Jeg samtykker til at opplysninger om meg blir brukt slik som beskrevet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

A. Din bakgrunn	
A1. Sivilstatus	<input type="checkbox"/> Singel <input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> I et forhold
A2. Alder	_____ år
A3. Har du født barn?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
A4. Er du født i Norge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
A5. Om nei, hvilket land er du født i?	_____
A6. Hvilket språk snakker din familie?	_____
A7. Jobbet du som sykepleier før du begynte på jordmorutdanningen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
A8. Om ja, hvor lenge?	_____ år
A9. Hvor jobbet du som sykepleier?	<input type="checkbox"/> Sengepost for voksne <input type="checkbox"/> Sengepost for barn <input type="checkbox"/> Sykehjem/dagsenter <input type="checkbox"/> Intensivavdeling <input type="checkbox"/> Akuttmottak <input type="checkbox"/> Mottak, annen <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien <input type="checkbox"/> Ambulanse <input type="checkbox"/> Annet, nemlig _____
A10. Hvilken spesialitet jobbet du med som sykepleier?	<input type="checkbox"/> Allmenntmedisin <input type="checkbox"/> Geriatri <input type="checkbox"/> Kvinneklinikk (inkl. gynekologi, barsel) <input type="checkbox"/> Infeksjon <input type="checkbox"/> Kirurgi (inkl. kirurgi, ortopedi, urologi, øre/nese/ hals) <input type="checkbox"/> Medisin (inkl. kardiologi, nevrologi, endokrinologi, hematologi, reumatologi, dermatologi) <input type="checkbox"/> Onkologi <input type="checkbox"/> Pediatri <input type="checkbox"/> Psykiatri <input type="checkbox"/> Rehabilitering

Annen, nemlig _____

B. Jordmorutdanningen

B1. Hvordan finansierer du din jordmorutdanning?	<input type="checkbox"/> Arbeid <input type="checkbox"/> Studielån <input type="checkbox"/> Lønn/stipend fra min arbeidsgiver <input type="checkbox"/> Min partners lønn <input type="checkbox"/> Annet. Nevn hvilken _____
B2. Er du fornøyd med hvordan jordmorutdanningen har forberedt deg for klinisk praksis som jordmor?	<input type="checkbox"/> Veldig fornøyd <input type="checkbox"/> Ganske fornøyd <input type="checkbox"/> Nøytral <input type="checkbox"/> Ganske misfornøyd <input type="checkbox"/> Veldig misfornøyd
B3. Hvilken pedagogisk undervisningsmetode har blitt brukt under jordmorutdanningen? Angi i % som du husker det (totalt 100 %).	<input type="checkbox"/> Forelesning (oppmøte og digitalt) _____ % <input type="checkbox"/> Gruppearbeid _____ % <input type="checkbox"/> Simulering/ferdighetstrening _____ % <input type="checkbox"/> Annen, hvilken? _____ %
B4. Er du fornøyd med den pedagogiske undervisningsmetoden som er brukt?	<input type="checkbox"/> Veldig fornøyd <input type="checkbox"/> Ganske fornøyd <input type="checkbox"/> Nøytral <input type="checkbox"/> Ganske misfornøyd <input type="checkbox"/> Veldig misfornøyd
B5. Hvilke undervisningstemaer ble det brukt for lite tid på under studietiden? Ranger fra det viktigste som nummer 1, og nedover.	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
B6. Hvilke undervisningstemaer synes du det ble brukt for mye tid på under studietiden? Ranger fra det viktigste som nummer 1, og nedover.	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
B7. Var det noen undervisningstema som du synes ikke skulle vært en del av jordmorutdanningen?	
B8. Ved hvilket sykehus gjorde du din hovedpraksis under jordmorutdanningen innen Fødselsomsorgen?	
B9. Hvor godt forberedt følte du deg for din kliniske praksis?	<input type="checkbox"/> Svært godt <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Hverken godt eller dårlig <input type="checkbox"/> Dårlig

	<input type="checkbox"/> Svært dårlig <hr/> Annet, kommentar:
--	--

<p>B10. I hvilken grad finnes det under din kliniske praksis mulighet til å gjøre følgende? Måles fra 0 = ingen, 1 = liten, 2 = noe, 3 = stor (mulighet). Merk med passende siffer.</p>			
	Svangerskapsomsorgen 0 = ingen 1 = liten 2 = noe 3 = stor (mulighet)	Fødeavdeling 0 = ingen 1 = liten 2 = noe 3 = stor (mulighet)	Barselomsorgen 0 = ingen 1 = liten 2 = noe 3 = stor (mulighet)
a) Ta eget initiativ			
b) Arbeide selvstendig			
c) Trene på praktiske ferdigheter			
d) Vise mine svakheter			
e) Reflektere sammen med veiledere			
f) Analysere, bedømme og tenke kritisk			
g) Observere andre jordmødre i deres kliniske arbeid			
h) Få feedback på eget arbeid			
i) I ro og fred få trene på det jeg behøver			

C. Din kompetanse som snart ferdig jordmor	
C1. I hvilket område vil du helst jobbe, rett etter avsluttet utdanning?	<input type="checkbox"/> Svangerskapsomsorgen <input type="checkbox"/> Fødeavdeling <input type="checkbox"/> Barselavdeling <input type="checkbox"/> Gynekologisk avdeling <input type="checkbox"/> Innen kvinnehelse <input type="checkbox"/> Annet område, nemlig: <hr/>
C2. Hvordan vil du beskrive hvor dyktig en jordmor skal være, innen det området som du helst vil arbeide med? Gi en kort beskrivelse	<hr/>
C3. Ut fra din beskrivelse over, hvilke ytterlig kunnskap og trening skulle du behøve for å oppnå dette? Gi en kort beskrivelse	<hr/>
C4. Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse for å arbeide selvstendig som jordmor på en:	
a) Fødeavdeling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
b) Barselavdeling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
c) Innen svangerskapsomsorgen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
d) Gynekologisk avdeling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
e) Helsestasjon for ungdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Fødeavdeling				
C5. Normal fødsel. Angi i hvilken grad du anser at du har kompetanse til å kunne gjennomføre de ulike oppgavene. Med kompetanse mener vi evnen til å håndtere en kompleks faglig oppgave med kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier. Svarene nummereres i rubrikken som passer best 1) Høy grad av mestring, 2) Ganske høy grad av mestring, 3) Ganske lav grad av mestring, 4) Mestrer det ikke.				
	Høy grad av mestring	Ganske høy grad av mestring	Ganske lav grad av mestring	Mestrer det ikke
a) Håndtere en normal fødsel				
b) Bedømme når jeg skal gripe inn i den normale fødselsprosessen				
c) Tolke og vurdere fosterlyd med: <input type="checkbox"/> Jordmorstetoskop <input type="checkbox"/> CTG <input type="checkbox"/> UL- Doppler				
d) Bedømme fødselsfremgang gjennom: <input type="checkbox"/> Ytre palpasjon				

<input type="checkbox"/> Vaginal undersøkelse				
<input type="checkbox"/> Rier				
<input type="checkbox"/> Kvinnens adferd				
e) Gi emosjonell støtte under fødselen				
f) Bedømme behov for smertelindring				
g) Legge pudendalblokkade				
h) Legge episiotomi				
i) Støtte perineum				
j) Håndtere tredje stadium/postpartum				
k) Suturere en rift				
l) Vurdere det nyfødte barnets tilstand				
m) Gi støtte og råd ved amming				

C6. Komplisert fødsel. Angi i hvilken grad du anser at du har kompetanse til å kunne gjennomføre de ulike oppgavene. Med kompetanse mener vi evnen til å håndtere en kompleks faglig oppgave med kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier. Svarene nummereres i rubrikken som passer best 1) Høy grad av mestring, 2) Ganske høy grad av mestring, 3) Ganske lav grad av mestring, 4) Mestrer det ikke.

	Høy grad av mestring	Ganske høy grad av mestring	Ganske lav grad av mestring	Mestrer det ikke
a) Identifisere og bedømme avvik fra det normale fødselsforløpet				
b) Håndtere kompliserte fødsler etter legens anvisning				
c) Vurdere fosterlyd med STAN				
d) Assistere ved keisersnitt				
e) Håndtere en setefødsel				
f) Håndtere prosedyrer for akutte situasjoner som: <input type="checkbox"/> Skulderdystoci <input type="checkbox"/> Asfyksi <input type="checkbox"/> Atoniblødning <input type="checkbox"/> Navlesnorsfremfall/prolaps				
g) Håndtere en fødsel ved intrauterin fosterdød				

C7. Barsel. Angi i hvilken grad du anser at du har kompetanse til å kunne gjennomføre de ulike oppgavene. Med kompetanse mener vi evnen til å håndtere en kompleks faglig oppgave med kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier. Svarene nummereres i rubrikken som passer best 1) Høy grad av mestring, 2) Ganske høy grad av mestring, 3) Ganske lav grad av mestring, 4) Mestrer det ikke.

	Høy grad av mestring	Ganske høy grad av mestring	Ganske lav grad av mestring	Mestrer det ikke
a) Håndtere et normalt barselforløp				

b) Bedømme følgende: <input type="checkbox"/> Kontraksjon av uterus <input type="checkbox"/> Urinretensjon <input type="checkbox"/> Renselse <input type="checkbox"/> Rifter <input type="checkbox"/> Brystkomplikasjoner				
c) Vurdere og støtte kvinnenes psykiske helse				
d) Pleie kvinnen i et komplisert forløp etter fødsel				
e) Identifisere, bedømme og gi råd ved ammeproblematikk				
f) Undervise om egenpleie				
g) Undervise om stell av barnet				
h) Postpartum samtale/utreisesamtale				
i) Støtte til foreldre med sykt eller misdannet barn				
j) Vurdere nyfødte barns: <input type="checkbox"/> Allmenntilstand <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Ernæring				
k) Prøvetaking av barn				
l) I akutte situasjoner starte med gjenoppliving av et nyfødt barn				

C8. Svangerskapsomsorgen. Angi i hvilken grad du anser at du har kompetanse til å kunne gjennomføre de ulike oppgavene. Med kompetanse mener vi evnen til å håndtere en kompleks faglig oppgave med kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier. Svarene nummereres i rubrikken som passer best 1) Høy grad av mestring, 2) Ganske høy grad av mestring, 3) Ganske lav grad av mestring, 4) Mestrer det ikke.				
	Høy grad av mestring	Ganske høy grad av mestring	Ganske lav grad av mestring	Mestrer det ikke
a) Håndtere et normalt svangerskap				
b) Bedømme følgende undersvangerskapet: <input type="checkbox"/> Fosterets vekst <input type="checkbox"/> Fosteret leie <input type="checkbox"/> Tegn på preeklampsi <input type="checkbox"/> Premature sammentreknings/rier <input type="checkbox"/> Blødning				
c) Identifisere kvinner med behov for psykisk støtte				
d) Omsorg under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Vekt (under- eller overvekt) <input type="checkbox"/> Røyking <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Narkotiske stoffer <input type="checkbox"/> Kosthold <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet				
e) Gi råd om svangerskapsplager				
f) Informere om fosterdiagnostikk				

g) Gjennomføre foreldreundervisning/fødselsforberedende kurs				
h) Gjennomføre samtale: <input type="checkbox"/> Ved fødselsangst <input type="checkbox"/> Ved mistanke om vold mot kvinnen <input type="checkbox"/> Ved graviditetskomplikasjoner <input type="checkbox"/> Om seksualitet og samliv				
i) Gjennomføre en etterkontroll				
j) Bedømme, instruere og følge opp bekkenbunnsfunksjon				
k) Gjennomføre gynekologisk undersøkelse				
l) Informere om, skrive ut resept og administrere: <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Hormonell prevensjon <input type="checkbox"/> LARC (langtidsvirkende prevensjon)				
m) Gjennomføre og følge opp seksuelt overførbare sykdommer				
n) Utføre celleprøve				
o) Gi grunnleggende informasjon om overgangsalderen				

C9. Ta stilling til følgende påstand

Besvares med «Ja, absolutt», «Ja, delvis», «Nøytral» og «Nei, ikke i det hele tatt».

	Ja, absolutt	Ja, delvis	Nøytral	Nei, ikke i det hele tatt
a) Jeg kjenner meg trygg innenfor mitt kommende yrke med den kunnskapen og de kliniske ferdigheter som jeg har nå				
b) Jeg er bevisst på mine nåværende styrker og svakheter i min rolle som kommende jordmor				
c) I de fleste situasjoner vet jeg hva jeg skal gjøre				
d) Jeg trenger ofte mer tid for å ta beslutning en hva det finnes rom for				
e) Jeg trenger ofte mer tid for å iverksette tiltak enn hva det finnes rom for				
f) Jeg synes at jeg har tilstrekkelig kompetanse for å gi en god og sikker omsorg				
g) Jeg sørger for at kvinnene jeg gir omsorg for kan gjøre egne informerte valg i de fleste situasjonene				
h) Lede og fordele arbeid i en gruppe (sykepleier, barnepleier og jordmor osv.) kan være vanskelig				
i) Jeg er rask til å organisere mitt arbeid ved uforutsette situasjoner				
j) Jeg er sikker på hvordan jeg bruker det medisinske tekniske utstyret på min enhet				
k) Jeg synes det er vanskelig å dokumentere omsorg				

l) Jeg vet hvordan (i hvilke databaser) jeg skal finne fram til forskningsbasert kunnskap om aktuell omsorg og behandling				
m) Jeg kan forstå og vurdere innhold i artikler og andre kunnskapsbaserte nettsider som er basert på forskning				

C 10. Hvordan anser du at din helse er akkurat nå?	<input type="checkbox"/> Svært bra <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Både bra og dårlig <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Svært dårlig
--	---

C11. Generell selvtillit					
Vær snill å oppgi i hvilken grad du er enig eller ikke enig i følgende utsagn.					
	Helt enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Sterkt uenig
1. Jeg kommer til å nå de fleste mål jeg setter meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Når jeg stilles overfor vanskelige oppgaver, er jeg sikker på at jeg skal klare dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I alminnelighet tror jeg at jeg kan oppnå resultater som er viktige for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg tror at jeg kan lykkes med nesten enhver oppgave jeg er fast bestemt på å klare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg vil være i stand til å overvinne mange utfordringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg er overbevist om at jeg kan løse mange oppgaver på en god måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sammenlignet med andre kan jeg utføre mine oppgaver svært bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Selv i vanskelige situasjoner kan jeg fungere ganske bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C12. Om spørreundersøkelsen	
1) Var noen av spørsmålene vanskelig å forstå?	
2) Var noen av spørsmålene i spørreskjemaet ikke relevant for deg, eller for denne undersøkelsen?	
3) Synes du det var for mange spørsmål?	
4) Hvordan var det å fylle ut dette spørreskjemaet?	

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på dette spørreskjemaet ☺

Lykke til som nyutdannet jordmor!

Vedlegg 3 – Avslag fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Jessica Svärd	55589714	29.06.2022	473518

Prosjektsøknad: Jordmorstudenters selvvalgte mestring av kliniske kompetanser og deres tilfredshet i jordmorfaget et år etter utdanningen – En pilotundersøkelse

Søknadsnummer: 473518

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskulen på Vestlandet

Prosjektsøknad vurderes som utenfor helseforskningslovens virkeområde.

Søkers beskrivelse

Bakgrunn

Norsk jordmorutdanning har som utdanningene i mange andre land i stor grad videreutviklet det akademiske innholdet i utdanningen og i mindre grad det kliniske innholdet. Samtidig er der en alvorlig jordmormangel i Norge og behovet for dyktige nyutdannede jordmødre er stort.

Formål

Formålet med denne pilotstudien er å undersøke norske jordmorstudenters selvvalgte mestring av kliniske kompetanser ved utdanningens slutt og deres tilfredshet i jordmorfaget et år senere.

Metode

Denne søknaden er en pilotundersøkelse som skal teste rekrutteringsstrategier og spørreskjema for en fremtidig åpen kohortstudie. Jordmorstudenter skal rekrutteres fra Høgskulen på Vestlandet før utdanningens slutt våren 2022. Rekrutteringen skjer på campus uten lærernes nærvær. Studentene kommer da til å besvare et spørreskjema som inneholder spørsmål om sosial bakgrunn, yrkeserfaring som sykepleiere, opplevelse av jordmorutdanningen og en selvbedømming av studentens mestring av forskjellige kliniske kompetanser som en ny jordmor skal ha for å kunne håndtere en normal fødsel samt ha handlingsberedskap/kompetanse ved kompliserte forløp. Utvalget blir fulgt opp 1 år senere med samme spørsmål om mestring av kliniske kompetanser og med spørsmål om tilfredshet i jordmorfaget i tillegg. Et svensk spørreskjema oversatt til norsk brukes; Essential Competencies for Midwife Practice (2010), (bakgrunnsinformasjon, opplevelse av utdanningen og mestring av kliniske kompetanser). For ett-års oppfølgingen kommer spørreskjemaet også å inkludere Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale (PEM-Revised) (Pallant et al 2015), oversatt til norsk av Lukasse og Henriksen (2019). I tillegg brukes The Copenhagen Burnout Inventory (CBI) for å måle utbrenthet i tre domener: personlig utbrenthet, arbeidsrelatert utbrenthet og klient-relatert utbrenthet. Selvtillit vil bli målet med det validerte instrumentet New General Self-efficacy Scale

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

| E-post: rek-vest@uib.no
Web: <https://rekportalen.no>

(Chen et al 2001). Spørreskjemaene kodes ved utlevering, data håndteres anonymisert og kodenøkkel oppbevares adskilt fra data på høgskolens forskningsserver. Spørsmål om "self-rated health" blir målt ved begge tidspunkt med et single-itemspørsmål "Hvordan anser du at din helse er akkurat nå"? med 5 svaralternativ fra "Svært bra" til "Svært dårlig".

Kvantitative data analyseres primært med deskriptiv statistikk. sammenligninger av kategoriske data analyseres med Chi-2 analyser og analyse av gjennomsnitt med Student's t-test. Kvalitative data fra de åpne spørsmålene analyseres med tematisk innholdsanalyse (Malterud).

Resultaten vil ligge til grunn for en fremtidig studie der vi kommer til å følge en åpen kohort som har gjennomført utdanning med den nåværende rammeplanen for jordmorutdanning og med de nye retningslinjene som er under arbeid (Rethos). Resultatene fra hovedstudien kommer til å generere kunnskap om norsk jordmorutdanning, hvilke deler av den kliniske utdanningen som trenger å videreutvikles, jordmødres kliniske kompetanse, hvordan jordmødre har det i sitt yrke 1 år etter eksamen, hvorfor man blir i eller forlater yrket eller blir værende osv.

Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vest i møtet 08.06.2022. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Om søknadsplikten til REK

Bare medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale, eller helseopplysninger må søke REK om forhåndsgodkjenning, jf. helseforskningsloven § 2. «Medisinsk og helsefaglig forskning» er definert i loven som «en virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. § 4 bokstav a.

Formålet med denne studien er å undersøke norske jordmorstudenters selvvalgte mestring av kliniske kompetanser ved utdanningens slutt og deres tilfredshet i jordmorfaget et år senere for å identifisere og formulere utviklingsmuligheter for jordmorutdanningen.

Deltakerne skal svare på spørreskjema som har noen spørsmål om mestring av arbeidsoppgaver, men komiteen anser likevel ikke at prosjektet søker ny kunnskap om helse og sykdom.

Formålet vurderes å være utenfor helseforskningslovens virkeområde. Søknaden avvises derfor, og komiteen har ikke tatt stilling til forskningsetiske aspekter ved prosjektet. Prosjektet kan gjennomføres kun med godkjenning fra ansvarlig institusjon og trenger ikke godkjenning fra REK.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§2 og 4, og søknaden skal derfor ikke behandles av REK.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget

skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar av dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Vennlig hilsen

Nina Langeland
Prof., Dr. med.
Komitéleder

Kopi til:

Høgskulen på Vestlandet

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD

Vurdering

Dato	Type
04.07.2022	Standard

Referansenummer
441045

Prosjekttittel

Jordmorstudenters selvvalgte mestring av kliniske kompetanser og deres tilfredshet i jordmorfaget et år senere – en pilotundersøkelse

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Student

Prosjektperiode

13.06.2022-31.12.2024

Kommentar

Personverntjenester har en avtale med den institusjonen du forsker eller studerer med. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at gjennomføringen av prosjektet ditt er lovlig etter personvernforordningen (GDPR).

Personverntjenester har på vegne av din institusjon vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette meldeskjemaet er lovlig. Hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

Prosjektet er vurdert av REK sitt vedtak av 29.06.2022 deres referanse 473518 (se under Tillatelser). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert utengodkjenning fra REK.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2024. Etter prosjektslutt (31.12.2024) skal opplysningene oppbevares i fem år av dokumentasjonshensyn (31.12.2029). Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata skal da ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlig for at opplysningene oppbevares av-identifisert i denne perioden, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Etter disse fem årene skal data slettes eller anonymiseres.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opptil et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. Personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSON

Under datainnsamlingen (intervju) kan det fremkomme personopplysninger om nærmeste leder. Dette vil da være tredjepartsopplysninger. Det skal bare registreres alminnelige kategorier av personopplysninger om tredjeperson, opplysningene er indirekte identifiserende, og disse skal anonymiseres fortløpende. Det gjøres grep for at tredjeperson ikke kommer til å bli gjenkjent ved publisering. Behandlingsperioden er kort og sikkerhetstiltakene er ellers gode.

Prosjektet vil behandle personopplysninger om tredjeperson med grunnlag i en oppgave av allmenn interesse.

Vår vurdering er at behandlingen oppfyller vilkåret om vitenskapelig forskning, jf. personopplysningsloven § 8, og dermed utfører en oppgave i allmenhetens interesse.

Lovlig grunnlag for behandlingen av alminnelige personopplysninger er dermed at den er nødvendig for å utføre en oppgave i allmenhetens interesse, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e, samt for formål knyttet til vitenskapelig forskning, jf. personopplysningsloven § 8, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 3 bokstav b.

Behandlingen er omfattet av nødvendige garantier for å sikre den registrertes rettigheter og friheter, jf. personvernforordningen art.89 nr. 1.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER - UTVALGET

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art.13.

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

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER – TREDJEPERSONER

Så lenge tredjepersoner kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art.17), begrensning (art. 18) og protest (art. 21).

Behandlingen har kort varighet og personopplysninger skal ikke publiseres, og det er få opplysninger om tredjeperson som eventuelt blir registrert. Å informere tredjeperson vil føre til at det innhentes ytterligere personopplysninger i prosjektet. På dette grunnlaget finner vi at det kan gjøres unntak fra den individuelle informasjonsplikten til tredjepersonene fordi det vil innebære uforholdsmessig stor innsats å informere de registrerte, jf. personvernforordningen art. 14 nr. 5 b)

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson: Sturla Herfindal

Lykke til med prosjektet!