

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Jordmødres erfaringer med å ivareta kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke i fødsel

Nora Grødem Mageland

Tidligere masterstudent og jordmor

Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for omsorg og etikk, Universitetet i Stavanger og Kvinneklinikken, Stavanger universitetssjukehus

Anna Tørud Aarli

Tidligere masterstudent og jordmor

Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for omsorg og etikk, Universitetet i Stavanger og Kvinneklinikken Lillehammer, Sykehuset Innlandet

Marta Galtung

Tidligere masterstudent og jordmor

Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for omsorg og etikk, Universitetet i Stavanger og Kvinneklinikken Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus

Bente Dahl

Professor

Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for omsorg og etikk, Universitetet i Stavanger

Informert samtykke

Jordmor

Kvalitativ studie

Medvirkning

Rettigheter

Sykepleien Forskning 2024;19(96697):e-96697

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2024.96697](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.96697)

Sammendrag

Bakgrunn: Den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen er av høy kvalitet i internasjonal sammenheng. Likevel viser forskning at kvinners rettigheter ikke ivaretas i tilstrekkelig grad grunnet manglende kunnskap, frykt for beskyldninger og høyt arbeidspress i klinikken.

Hensikt: Studiens hensikt var å utforske jordmødres erfaringer med å ivareta kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke i fødsel.

Metode: Vi valgte et kvalitativt studiedesign. Datamaterialet bygger på ni semistrukturerte intervjuer, som ble utført i løpet av høsten 2022. Informantene var jordmødre som var eller hadde vært ansatt ved norske fødeenheter i løpet av de siste fem årene. Systematisk tekstkondensering ble benyttet for å analysere datamaterialet.

Resultat: Analysen resulterte i tre ulike kategorier. «Jordmors tilpasning og håndtering av informasjon» beskriver når jordmoren velger å gi informasjon, hvordan informasjonen tilpasses, og hva jordmoren unnlater å si til kvinnen. «Jordmor i skvis mellom prosedyrer og medvirkning» omhandler jordmorens utfordringer med å balansere avdelingens rutiner opp mot kvinnens rettigheter. «Jordmorens og kvinnens delte ansvar for medvirkning i fødsel» beskriver jordmorens tanker om kvinnens forberedelse til fødsel samt sin egen kjennskap til kvinnens rettigheter.

Konklusjon: Jordmødrene erfarte at det er utfordrende å ivareta kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke i fødsel. Studien viser at det er behov for mer kunnskap og bedre tilrettelegging i avdelingene for at jordmødrene skal lykkes med å ivareta kvinnens rettigheter.

Introduksjon

Både Verdens helseorganisasjon (WHO) (1) og International Confederation of Midwives (ICM) (2) anbefaler å involvere kvinner som får behandling i forbindelse med svangerskap og fødsel. I Norge er kvinnens rett til å medvirke i helse- og omsorgstjenester stadfestet i lovverket (3).

Hun har rett til å medvirke i valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder samt rett til å få tilstrekkelig og tilpasset informasjon for å forstå sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, inkludert mulig risiko og bivirkninger. Tjenestene skal utformes sammen med kvinnen så langt det er mulig, og hennes mening skal vektlegges. Helsehjelp kan som hovedregel bare gis med kvinnens samtykke. Et informert samtykke er kun gyldig dersom hun har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (3).

Denne studien fokuserer på kvinners rett til medvirkning og informert samtykke i *normal* fødsel. Ved akutte situasjoner gjelder egne regler.

Hvordan kan vi forstå retten til medvirkning i fødselssammenheng? Helsedirektoratets kommentarer til lovteksten (4) sier at rett til medvirkning forutsetter et samspill mellom pasienten og helsepersonellet. Samtidig understrekes det at pasienters rett til å medvirke i valg av forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder ikke fratar helsepersonell det faglige ansvaret i situasjonen.

For en kvinne i fødsel innebærer det for eksempel at hun har rett til å medvirke i valget av smertelindringsmetoder og andre undersøkelses- og behandlingsmetoder så lenge valget er faglig forsvarlig. Hun kan imidlertid ikke fritt velge keisersnitt fremfor vaginal fødsel. I situasjoner der det er vanskelig å se konsekvenser av ulike behandlingsalternativer, øker kravet til informasjon, råd og veiledning fra helsepersonell for at kvinnen skal kunne ta et faglig forsvarlig valg (4). I fødselssammenheng har jordmoren en viktig rolle som kvinnens støttespiller.

Medvirkning har så langt vært lite omtalt i offentlige dokumenter som omhandler fødselsomsorgen, men veilederen «Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen», som er under revisjon, slår fast kvinnens lovfestede rettighet til medvirkning og informasjon i fødsel (5).

Til sammenlikning har medvirkning i form av samvalg, *shared decision-making*, vært inkludert i forskningsbaserte retningslinjer, prosedyrer og anbefalinger for svangerskap, fødsel og barseltid i en årrekke i England (6). I fødsel innebærer dette at kvinnen involveres i beslutningsprosesser, hun støttes i å vurdere ulike valgmuligheter og får anledning til å uttrykke sine egne ønsker og synspunkter (7), for eksempel ved å velge fødestilling eller smertelindringsmetode.

Tidligere forskning viser at mangelfull informasjon og kommunikasjon samt opplevelsen av ikke å bli inkludert under fødselen kan føre til en traumatisk fødselsopplevelse (8). For å sikre et positivt fødselsutfall bør kvinnen føle at hun er delaktig i beslutningsprosessene. En studie av Kloester og medarbeidere (9) beskriver jordmødrenes sterke ønske om å ivareta kvinnenes rettigheter og yte kvinnesentrert omsorg. Likevel blir kvinnenes rettigheter dårlig ivaretatt på grunn av manglende kunnskap, frykt for beskyldninger og rettssaker samt høyt arbeidspress.

Videre viser en studie av Kennedy og medarbeidere (10) at samtykke i fødsel slik det praktiseres i dag, ikke samsvarer med lovverk og retningslinjer. Studien viser at helsepersonell ønsker å tilby kvinnene valgmuligheter, men finner et misforhold mellom ønsker og praksis. For å kunne ivareta kvinners rett til å samtykke er det behov for å oppdatere helsepersonell på lovverk som vedrører samtykke (10). I studien diskuterer de om jordmødre ubevisst bruker nonverbal overtalelse, og peker på at det kun er kvinner som er villig til å kjempe for sine egne rettigheter, som er i stand til å stå imot press fra helsepersonell (10).

En systematisk litteraturgjennomgang problematiserer mangelen på studier som omhandler informert valg og avgjørelser i svangerskap og fødsel i tradisjonelle sykehussettinger (11). Forfatterne fant at mange primærstudier inkluderer kvinner som har valgt hjemmefødsel eller uassistert fødsel – kvinner som har tatt bevisste valg om å føde utradisjonelt av ulike årsaker (11). Hensikten med studien vår var å utforske jordmødres erfaringer med å ivareta kvinners rett til medvirkning og informert samtykke i fødsel ved norske fødeinstitusjoner.

Metode

Vi benyttet kvalitativ metode og et utforskende design for å undersøke jordmødrenes erfaringer (12, 13). Individuelle intervjuer og tematisk analyse var hensiktsmessig for å innhente og analysere dataene. Vi benyttet sjekklisten COREQ (14) for å kvalitetssikre gjennomføringen av studien.

Rekruttering

Vi rekrutterte et tilgjengelighetsutvalg og utførte individuelle intervjuer ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide (13). Rekrutteringen startet i august 2022 med et innlegg på Facebook-gruppen «Jordmødre i Norge», der fem jordmødre meldte sin interesse. På grunn av lav respons ble samme innlegg publisert på nytt i september 2022, men ingen nye deltakere meldte seg. Videre benyttet vi snøballrekruttering (13), der vi spurte våre informanter om å formidle informasjon til kolleger som kunne være aktuelle. Videre henvendte vi oss til fødeenheter rundt om i landet via e-post og telefon. Dette resulterte i fire nye deltakere.

Utvalg og datainnsamling

Utvalget besto av ni jordmødre. Inklusjonskriteriet var at jordmødrene måtte ha vært ansatt ved en norsk fødeenhet i løpet av de siste fem årene. På grunn av store avstander og etter deltakernes ønske intervjuet vi alle informantene bortsett fra én via Zoom eller Teams.

Intervjuene ble gjennomført fra september til november 2022 og varte mellom 27 og 65 minutter. Intervjuene ble fordelt mellom forfatterne, med unntak av det første intervjuet, der to forfattere var til stede. Vi benyttet en intervjuguide (tabell 1) som besto av sju spørsmål. Vi gjorde lydopptak og skrev ut intervjuene ordrett. Transkriberingen ble utført av personen som gjennomførte intervjuet.

Jordmødrene var ansatt ved tre av landets fire helseforetak. De arbeidet eller hadde tidligere arbeidet på fødestuer, fødeavdelinger og fødeklinikker. Tre av jordmødrene var i aldersgruppen 30–40 år, en var i aldersgruppen 40–50 år, tre i aldersgruppen 50–60 år og to i aldersgruppen 60–70 år. Ansienniteten deres varierte fra 8–30 år.

Tabell 1. Intervjuguide

Kjennskap til kvinnens rettigheter	• Hvilken kjennskap har du til kvinnens rettigheter i fødsel? • Hva tenker du er viktig med å ivareta kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke i fødsel?
Hvordan rettighetene etterleves i praksis	• Kan du nevne noen eksempler på hvordan du ivaretar kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke under en normal fødsel? • Hvordan går du frem når du skal utføre vanlige prosedyrer i fødsel?
Utfordringer med informert samtykke i fødsel	• Kan du gi eksempler på når det kan være vanskelig å ivareta kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke?
Erfaringer og vurderinger	• Har du noen gang opplevd at kvinnen takker nei til avdelingens prosedyrer?
Kvalitetsforbedring	• Har du noen forslag til hvordan man kan forbedre rutinene rundt kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke på din avdeling?

Analyse

Datamaterialet ble analysert i fellesskap ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC, *systematic text condensation*), en tverrgående tematisk analysemetode i fire trinn (13).

Tabell 2. Trinnene i systematisk tekstkondensering

1.	Identifisere fire til åtte foreløpige temaer ved første gjennomlesning av alle intervjuene. Danne et helhetsinntrykk.
2.	Fire til åtte foreløpige temaer blir til tre til fem reviderte foreløpige temaer, som danner grunnlaget for de ulike kodegruppene. Meningsbærende enheter identifiseres og plasseres i riktig kodegruppe.
3.	De meningsbærende enhetene i hver kodegruppe inndeles i undergrupper. De meningsbærende enhetene i hver undergruppe summeres til kondensater.
4.	Kondensatene fra hver undergruppe og kodegruppe blir sammenfattet til analytiske tekster. Analysen resulterte i tre ulike kategorier.

Kilde: Malterud K (13)

I første analysetrinn leste vi alle intervjuene for å danne oss et helhetsinntrykk. Vi identifiserte seks foreløpige temaer. Disse ble videre revidert til tre foreløpige temaer, som dannet utgangspunkt for kodegrupper. I andre analysetrinn markerte vi meningsbærende enheter og sorterte dem inn under kodegruppene. I tredje trinn organiserte vi disse meningsbærende enhetene i subgrupper. Deretter kondenserte vi dem. Til slutt ble hvert kondensat omarbeidet til analytisk tekst (13). Kodegrupper og subgrupper presenteres i tabell 3.

Tabell 3. Kodegrupper og subgrupper som fremkom i analyseprosessen

Informasjon	Jordmor i skvis	Yrkesstolthet / jordmors holdninger og tanker
Informasjon til rett tid	Holde ryggen fri, styrt av prosedyrer/systemet/avdelingen	Kvinnens påvirkningsmulighet – en faglig utfordring
Tilpasset informasjon	Hvordan legger jordmor til rette for medbestemmelse	Kjennskap til lovverk / forslag til forbedring
Mangelfull informasjon		

Etiske overveielser

Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), nå kalt Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør, referansenummer 936542. Da hensikten med studien var å undersøke jordmødres erfaringer, vurderte vi at prosjektet falt utenfor helseforskningsloven, og at søknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ikke var nødvendig.

Studien følger anbefalingene i Helsinkideklarasjonen (15). Jordmødrene fikk tilsendt skriftlig informasjon om studien før de samtykket til å delta. En deltaker ga muntlig samtykke. De jordmødrene som ble intervjuet via Teams eller Zoom, samtykket ved å logge inn på Teams- eller Zoom-lenken. De ble informert om at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien uten å oppgi grunn, frem til datamaterialet var ferdig bearbeidet.

Resultater

Jordmors tilpasning og håndtering av informasjon

Jordmødrene mente at informasjon burde gis til rett tid, slik at kvinnen fikk tid til å tenke over hva som ble sagt, og fikk mulighet til å gi et informert samtykke. Mangel på tid tvang dem til å prioritere beinhardt. Dersom de måtte velge livsviktig behandling, havnet informasjon i bakerste rekke. De hadde bedre anledning til å gi god informasjon til kvinner som fødte når det var rolig i avdelingen, enn til kvinner som fødte når det var travelt. Kvinnene godtok prosedyrer som ble foreslått, dersom de fikk informasjon og forklaring.

Det var imidlertid utfordrende for jordmoren å gi informasjon og innhente samtykke sent i fødselsforløpet når smertene var mer intense. Jordmødrene prioriterte å gi informasjon mellom riene og gjentok den ved behov. I trykktiden ga de kun korte beskjeder. Det beste var å forberede kvinnene godt i forkant av fødselen. Ideelt sett burde informasjon om kvinnes egne rettigheter samt fordeler og ulemper med behandlingen komme i svangerskapsomsorgen:

«Skal en forklare dette her sånn at hun virkelig kan gi et samtykke, så må man gjøre det i god tid. Det er for sent når hodet kroner» (informant 2).

Noen jordmødre var overrasket over hva kolleger valgte å bruke tid på å informere om, men forsto at man vurderte situasjoner ulikt. De poengterte viktigheten av å «sense» hvor mottakelig kvinnen var, og tilpasset informasjonen deretter.

Jordmødrene opplevde at kvinner som forsto hensikten med det som ble gjort inne på fødestuen, var mindre redde. De forsøkte derfor å unngå vanskelige ord og formuleringer. De fortalte at når kvinnen var redd, var det vanskelig å gi informasjon hun kunne forstå. Dersom det ble for mye informasjon og kvinnen ble flakkende i blikket, allierte de seg med partneren:

«Jeg synes ofte at mannen kan være en medspiller fordi de ikke er så presset på grensene sine som kvinnen er. Så å spille på lag med mannen, er en god idé» (informant 1).

Jordmødrene sørget for at informasjonen de ga, samsvarte med hva de selv opplevde var beste praksis i håp om at kvinnen skulle spille på lag. Når de anbefalte tiltak, nevnte de sjelden bivirkninger og ulemper for ikke å skremme kvinnen. Dersom kvinnen ikke spurte om bivirkninger, unnlot de å nevne dem. Enkelte informerte om ulemper, men var da bevisst på hvordan de ordla seg. En jordmor kom med et eksempel på hvordan hun *aldri* ville ordlagt seg:

«Nå legger jeg et klipp bare for å være mer sikker. Det vil gjøre mer vondt, og et klipp som gror, vil gjøre mer vondt enn en grad 2-rift» (informant 3).

Hun var bevisst på at ved å holde tilbake informasjon om ulemper ville hun lettere få gjennomslag for ønsket om å gjøre en episiotomi, det vil si et klipp i skjeden for å forhindre ukontrollerte store rifter, særlig i tilfeller som krever rask forløsning.

Jordmor i skvis mellom prosedyrer og medvirkning

Jordmødrene fortalte at de noen ganger følte seg tvunget til å utføre prosedyrer de var uenig i. De opplevde at den medisinske ledelsen forventet mer overvåkning enn forskning anbefaler, for eksempel ved å rekvirere inntakskardiografi (CTG) av alle kvinner. De fleste følte at de måtte være lojal overfor arbeidsplassen for å unngå å bli irettesatt.

En jordmor pleide å si til kvinnen at «dette er avdelingens prosedyre, og derfor gjør jeg det på denne måten» (informant 2). Hun møtte sjelden motstand siden de fleste tenkte at sykehuset vet best. Jordmødrene fortalte at det er de som blir skadelidende dersom de ikke følger prosedyren. De mer erfarne jordmødrene valgte imidlertid i flere tilfeller å vike fra prosedyren for å gi kvinnen rom til å medvirke. De begrunnet det med at de er tryggere på seg selv enn nyutdannede kolleger, og ikke like redde for tilsnakk:

«Det å overholde prosedyrer og samtidig ivareta kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke vil jeg si er en sånn liten utopi» (informant 9).

Det var vanskelig å ivareta kvinnens ønsker og rettigheter, ha ansvar overfor barnet og samtidig forholde seg til avdelingens rutiner. Noen ganger måtte jordmødrene gjennomføre prosedyrer mot kvinnens ønske av medisinske hensyn.

En utfordring som ble nevnt, var at dersom kvinnen ikke ønsket å bli kateterisert, men hadde to liter urin i blæren, ville ikke jordmoren gitt seg før kvinnen forsto konsekvensen av ikke å kateterisere. Noen var redd for å gjøre noe galt eller overse noe og mente det handlet om et kontrollbehov som muligens bunnet i frykt. De iverksatte tiltak utenfor det som var prosedyre, kun for «sikkerhets skyld»:

«Jeg synes iallfall at vi tenker mer på å holde ryggen fri enn at de får medbestemme og et informert valg» (informant 3).

Jordmødrene problematiserte hvorvidt kvinnene egentlig har et reelt valg. Flere reflekterte over hvordan de ordla seg. De la ofte frem tiltak under fødsel som forslag eller anbefalinger, for med én gang de formulerte forslaget som et spørsmål, måtte de ta stilling til et eventuelt nei. Et eksempel som ble nevnt var: «Nå skal jeg gjøre [...] fordi at [...].» Deretter utførte de prosedyren uten å spørre kvinnen. En jordmor trakk frem dette som en type tvang og tenkte at det hadde vært en bedre opplevelse for kvinnen hvis hun fikk muligheten til å medvirke:

«Jeg legger det jo frem som å presentere våre rutiner, og at sånn gjør vi det her. Jeg spør ikke direkte om hun er enig» (informant 6).

Jordmorens og kvinnens delte ansvar for medvirkning i fødsel

Kvinner som hadde gått på fødselsforberedende kurs, var i større grad klar over egne rettigheter og muligheten til å påvirke fødselen gjennom fødebrev. Noen av jordmødrene applauderte dette, mens andre problematiserte det. En jordmor tenkte at kolleger som problematiserte det, kanskje følte seg utfordret faglig. En annen mente at det i hovedsak var de mest erfarne og autoritære jordmødrene som problematiserte bruk av fødebrev.

Fødebrev var utfordrende dersom kvinnene var veldig fastlåste i hvordan de ville ha det, og samtlige poengterte hvor viktig det var at kvinnene var åpne i fødsel. Det nyttet ikke å detaljplanlegge, da en fødsel er uforutsigbar. De fleste mente likevel at forberedelse og fødebrev var gode verktøy for kvinnens mulighet til å medvirke. En informant sa følgende:

«Hun har jo selv et ansvar for at fødselen skal fremover, så da må hun jo være informert om hva vi ønsker å gjøre og hvorfor. Altså hvis hun vil ligge på ryggen og føde i åtte timer, så får hun bare gjøre det» (informant 6).

Samtlige mente det var forbedringspotensial rundt sin egen og avdelingens kunnskap om lovverk som omhandler kvinnens rettigheter i fødsel. Et spørsmål som ble nevnt, var: «Hva ville jeg ønsket hvis jeg var i denne situasjonen?» Flere mente at hver enkelt må gå i seg selv og jobbe seg ut av gamle vaner. Forslag til forbedring var å ha undervisningsdager om medvirkning. Flere nevnte verdien av å utveksle erfaringer, tanker og synspunkter med hverandre.

Jordmødrene uttrykte usikkerhet rundt lovverket og kunne ikke gjengi innholdet i paragrafene. Noen var mer oppdatert enn andre, men de fleste forholdt seg til lovverket på et ubevisst plan; de resonnerte seg frem til at kvinnen har rett til å medvirke og gi et informert samtykke:

«Jeg har vel på et tidspunkt kunnet noe om pasientrettighetene. Men den lovgivningen er ikke det som sitter lengst fremme i pannebrasken» (informant 5).

Diskusjon

Rett til informasjon – en utfordring i klinisk praksis?

Kvinner i fødsel har rett til tilpasset informasjon (3), men jordmødrene i studien nevnte sjelden bivirkninger og ulemper ved ulike tiltak når de informerte for ikke å skremme kvinnen. En jordmor i vår studie problematiserte denne måten å informere på som en type tvang. Når man formulerer et forslag som et spørsmål, åpner man for muligheten til at kvinnen kan svare både ja og nei. Dersom kvinnen svarte nei til forslaget, opplevde jordmoren å bli stående i et dilemma. Jordmoren unngikk dilemmaet ved å unnlate å gi kvinnen tilstrekkelig informasjon til å kunne ta et informert valg. På samme tid fratok hun kvinnen muligheten til medbestemmelse og til å ta et reelt valg.

Dette funnet samsvarer med annen forskning som viser at det ikke er standard prosedyre å gi informasjon om fordeler og ulemper, og at denne praksisen muligens henger sammen med jordmødres manglende vilje til å inkludere kvinnene i beslutninger (16). En annen forklaring kan være at det er tidkrevende å gi grundig informasjon. For å kunne ta et informert valg trenger kvinnen tid til å reflektere over informasjonen som gis, noe som kan være utfordrende i en travel avdeling. Selv om samvalg så langt ikke er vanlig praksis ved norske fødeavdelinger, nevner dokumenter som omhandler fødselsomsorgen, kvinners lovfestede rett til informasjon i fødsel (5).

Tilstrekkelig informasjon kan bidra til at kvinnen får større mulighet til å delta i beslutningsprosesser, slik at hun unngår å bli en passiv deltaker i sin egen fødsel (8). Videre viser studier at helsepersonells tilbakeholdenhet med å gi informasjon (16–18) kan bidra til traumatiske fødselsopplevelser (8, 19). Det kan derfor virke mot sin hensikt når jordmødre forsøker å skjermehv kvinner ved å unnlate å informere.

Aktiv deltakelse i beslutninger – en reell mulighet?

Ifølge Joseph-Williams og medarbeidere (20) kan man stille spørsmål om dagens fødekvinne er fastlåst i rollen som «god» pasient, det vil si en passiv og medgjørlig pasient som tar liten plass. Studien viser at helsepersonell mener at det er deres jobb å ta beslutninger på vegne av pasienten, da de vet pasientens beste. Liknende funn ble beskrevet av jordmødrene i vår studie og understøttes av forskning som viser at noen kvinner faktisk ikke ønsker å delta i beslutninger som angår egen helse (21).

På den andre siden viser studier at mens helsepersonell tror at kvinnen ikke ønsker å delta i beslutningsprosesser, kan realiteten være at hun *vil* delta, men fratas muligheten fordi hun får mangelfull informasjon (8), eller ikke ønsker å stå alene med ansvaret (19).

Jordmødrene i studien beskrev kvinner som brukte fødebrev for å kunne medvirke aktivt i beslutninger som tas under deres egen fødsel. Det å utarbeide fødebrev i samråd med jordmoren og ha en god dialog rundt fødebrevet i fødsel har vist seg å føre til bedre fødselsopplevelse (22), økt medvirkning og en følelse av kontroll (23, 24).

Samtlige jordmødre var enig i at fødebrev er et godt verktøy i fødsel, men de problematiserte også det at enkelte kvinner stiller spesielle krav og ønsker som ikke er realistiske. Jordmødrene opplevde at dersom kvinnenens ønsker i fødebrevet var for detaljerte, ønsket de i mindre grad å tilpasse seg. Det kunne være faglig utfordrende for erfarne jordmødre.

Dette funnet samsvarer med funn i andre studier (25, 26), som viser at norske erfarne jordmødre har en sterk identitet knyttet til jordmorfaget. De betraktet ofte kvinnens forventninger i fødsel som krav i form av lange «ønskelister» som kunne oppfattes fornærmende, og de følte at kvinnene tvilte på deres jordmorfaglige kunnskap og erfaring. Denne spenningen kan utfordre jordmores profesjonelle autonomi og skape problemer for et godt samarbeid mellom jordmoren og fødekvinne.

Sitatet ovenfor fra informant 6 som omhandler kvinnens og jordmores delte ansvar for fremgang i fødsel, illustrerer hvor viktig det er med informasjon, kommunikasjon og samarbeid under fødselen. Selv om kvinnen har en lovfestet rett til å medvirke, har jordmoren et faglig ansvar i situasjonen. Jordmoren må balansere mellom kvinnens ønsker og rettigheter og jordmores plikt til å gi forsvarlig helsehjelp.

Retningslinjer og prosedyrer – utgangspunkt for forhandlinger?

Jordmødrene i studien kjente seg av og til tvunget til å utføre prosedyrer de selv ikke mente var riktige. De opplevde en forventning om at de måtte være lojal overfor arbeidsplassen, og at det ville bli kommentert dersom de brøt en prosedyre. Flere studier viser at jordmødre føler seg presset til å arbeide etter avdelingens rutiner og prosedyrer, selv om dette går ut over kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke (16, 27, 28).

Studien til Feeley og medarbeidere (16) viste at jordmødrene gikk i forhandling med kvinnene for å ivareta både kvinnenens ønsker og avdelingens rutiner, med mål om å møtes på midten. Dette funnet samsvarer med våre egne funn. Det var utfordrende for jordmødrene fordi de opplevde at arbeidsstedets prosedyrer og retningslinjer var mangelfulle når det gjaldt kvinnens rett til å medvirke i sin egen fødsel. Likevel forholdt de seg mer til avdelingens prosedyrer og retningslinjer enn lovverket. En britisk studie viser at forholdene ikke er lagt til rette for at jordmoren både skal ivareta kvinnens rettigheter og samtidig følge avdelingens retningslinjer (28).

I vår studie valgte flere erfarne jordmødre å vike fra avdelingens prosedyrer for å gi kvinnen rom til å medvirke, for eksempel ved å unnlate rutinemessig bruk av innkomst-CTG. De begrunnet det med at de er tryggere på seg selv enn nyutdannede kolleger, og villig til å stå for egne avgjørelser. Liknende funn ses i en studie som beskriver hvordan jordmores autonomi er mer avgjørende enn avdelingsprosedyrer for å ivareta en normal fødsel (25).

Det er interessant at jordmødre som valgte å fravike eller delvis følge prosedyrer i arbeidet sitt ved større fødeavdelinger, ble ansett som «alternative» av sine kolleger (25), mens de selv oppfattet seg som trygge og tilstedeværende støttespillere for kvinnen. Dette funnet reiser spennende spørsmål knyttet til oppfatningen av hva som er «gyldig» kunnskap i jordmorfaget, samt til forståelsen av jordmorens autonomi versus kvinnens rettigheter under fødsel.

Studiens styrker og svakheter

Forfatterne er jordmødre med erfaring fra føde- og barselavdeling, fagutvikling og undervisning. Vi fattet interesse for temaet etter å ha erfart at kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke blir håndtert ulikt i praksis. Vi er klar over at stadig flere kvinner er bevisst på egne rettigheter under fødsel. Samtidig ser vi at det noen ganger kan være utfordrende for jordmødre å balansere kravet om faglig forsvarlig omsorg og kvinnens rett til medvirkning.

Kvalitativt design og bruk av individuelt intervju var velegnet for å belyse studiens problemstilling (13). Likeledes var tverrgående tematisk analyse et hensiktsmessig valg gitt omfanget av vårt datamateriale (13). Vår begrensede forskningserfaring kan imidlertid ha påvirket kvaliteten på intervjuene, spesielt vår evne til å følge opp viktige poeng i de første intervjuene.

Ved å bruke sosiale medier i rekrutteringsprosessen nådde vi ut med informasjon om studien til et stort antall jordmødre. Vi inkluderte deltakere fra store og små fødeenheter ved tre av landets fire helseforetak, som styrker studien. Det var imidlertid utfordrende å rekruttere til studien. Årsaken kan være at temaet ikke interesserer jordmødre, eller at jordmødre ikke ønsker å uttale seg om temaet, men det kan også skyldes vårt valg om å rekruttere via sosiale medier.

Den lukkede Facebook-gruppen «Jordmødre i Norge» teller 3000 medlemmer og er hyppig benyttet til å rekruttere deltakere i ulike studier. Vi kan ikke se bort fra at mengden forespørsler har ført til en «slitasje» i gruppen, siden medlemmene i all hovedsak må bruke fritiden til å delta i forskning. Vi kan heller ikke utelukke muligheten for at jordmødre som var spesielt interessert i temaet, selv kontaktet oss med ønske om å delta. Dette kan være en svakhet ved utvalget.

Ved å bruke Zoom og Teams til å gjennomføre intervjuene var det mulig for å oss å rekruttere deltakere fra hele landet. Jordmødrene kunne sitte hjemme i trygge omgivelser, og det var enkelt å finne tid til intervjuet i en travel hverdag. Deltakerne fortalte at de var trygge på digitale videoløsninger etter flere år med pandemi. Vi kan imidlertid ikke se bort fra at intervjuer som gjennomføres ansikt-til-ansikt, kan gjøre det enklere å etablere en god relasjon og fange opp nonverbale reaksjoner under intervjuet, som kan være vanskelig under digitale intervjuer.

Konklusjon

Jordmødrene erfarte at det var utfordrende å ivareta kvinnens rett til medvirkning og informert samtykke i fødsel. Det var særlig utfordrende å ivareta kvinnens rettigheter samtidig som det ble forventet at de arbeidet i tråd med avdelingens rutiner.

Studien avdekket videre at det er behov for bedre rutiner, oppdaterte retningslinjer og prosedyrer, der muligheter for delaktighet og samvalg er en sentral del. Mer delaktighet kan bidra til at kvinnen får en god fødselsopplevelse og eierskap til sin egen fødsel.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



TILRETTELEGGING: Kvinner har mulighet til å påvirke fødselen gjennom fødebrev. Kvinnen på bildet fikk oppfylt sitt ønske om å føde i vann. Her er lille Ylva nettopp født, mens jordmoren gir en støttende hånd. *Photo: Private*

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [internett]. Genève: WHO; 7. februar 2018 [hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig

fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

2. International Confederation of Midwives (ICM). International Code of Ethics for Midwives [internett]. Haag: ICM; 2008 [oppdatert 5. januar 2014; hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
4. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. 3. Rett til medvirkning og informasjon [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; u.å. [oppdatert 19. februar 2024; hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon#pasientens-eller-brukerens-rett-til-medvirkning>
5. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010 [hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guidelines. National Institute for Health and Care Excellence; 2022 [hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines>
7. Lundgren I, Dahl B. Woman-centered care. I: Lundgren I, Blix E, Gottfredsdóttir H, Wikberg A, Nøhr EA, red. Theories and perspectives for midwifery: a Nordic view. Lund: Studentlitteratur; 2022. s. 143–56.
8. Koster D, Romijn C, Sakko E, Stam C, Steenhuis N, de Vries D, et al. Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. Scand J Caring Sci. 2020;34(3):792–99. DOI: [10.1111/scs.12786](https://doi.org/10.1111/scs.12786)
9. Kloester J, Willey S, Hall H, Brand G. Midwives' experiences of facilitating informed decision-making – a narrative literature review. Midwifery. 2022;109:2–11. DOI: [10.1016/j.midw.2022.103322](https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103322)
10. Kennedy S, Lanceley A, Whitten M, Kelly C, Nicholls J. Consent on the labour ward: a qualitative study of the views and experiences of healthcare professionals. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2021;264:150–4. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2021.07.003](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.07.003)
11. Yuill C, McCourt C, Cheyne H, Leister N. Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and metasynthesis of qualitative research. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20:343. DOI: [10.1186/s12884-020-03023-6](https://doi.org/10.1186/s12884-020-03023-6)

12. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
13. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57. DOI:[10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)
15. World Medical Association (WMA). World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310:2191–4. DOI: [10.1001/jama.2013.281053](https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053)
16. Feeley C, Thomson G, Downe S. Understanding how midwives employed by the National Health Service facilitate women's alternative birthing choices: findings from a feminist pragmatist study. PLoS ONE. 2020;15(11):1–23. DOI: [10.1371/journal.pone.0242508](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242508)
17. O'Brien D, Butler MM, Casey M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. Midwifery. 2017;46:1–7. DOI: [10.1016/j.midw.2017.01.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.002)
18. Hall J, Hundley V, Collins B, Ireland J. Dignity and respect during pregnancy and childbirth: a survey of the experience of disabled women. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):328. DOI: [10.1186/s12884-018-1950-7](https://doi.org/10.1186/s12884-018-1950-7)
19. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. Midwifery. 2022;105:1–7. DOI: [10.1016/j.midw.2021.103212](https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212).
20. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. BMJ. 2017;357:j1744. DOI:[10.1136/bmj.j1744](https://doi.org/10.1136/bmj.j1744)
21. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. Birth. 2003;30(2):109–15. DOI: [10.1046/j.1523-536x.2003.00229.x](https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00229.x)
22. Jenkinson B, Kruske S, Kildea S. The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: a feminist thematic analysis. Midwifery. 2017;52:1–10. DOI: [10.1016/j.midw.2017.05.006](https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.006)
23. McCauley H, McCauley M, Paul G, van den Broek N. 'We are just obsessed with risk': healthcare providers' views on choice of place of birth for women. BJM. 2019;27(10):633–41. DOI: [10.12968/bjom.2019.27.10.633](https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.10.633)

24. Aanensen EH, Skjoldal K, Sommerseth E, Dahl B. Easy to believe in, but hard to carry out – Norwegian midwives' experiences of promoting normal birth in an obstetric-led maternity unit. *Int J Childbirth*. 2018;8(3):167–76. DOI: [10.1891/2156-5287.8.3.167](https://doi.org/10.1891/2156-5287.8.3.167)
25. Ahmed S, Bryant LD, Cole P. Midwives' perceptions of their role as facilitators of informed choice in antenatal screening. *Midwifery*. 2013;29(7):745–50. DOI: [10.1016/j.midw.2012.07.006](https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.006)
26. Sword W, Heaman M, Brooks S, Tough S, Janssen PA, Young D, et al. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:29. DOI: [10.1186/1471-2393-12-29](https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-29)
27. Kruske S, Young K, Jenkinson B, Catchlove A. Maternity care providers' perceptions of women's autonomy and the law. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):84. DOI: [10.1186/1471-2393-13-84](https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-84)
28. Shareef N, Scholten N, Nieuwenhuijze M, Stramrood C, de Vries M, van Dillen J. The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: a scoping review. *Women Birth*. 2022;36(4):327–33. DOI: [10.1016/j.wombi.2022.11.008](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.008)
29. Bell CH, Muggleton S, Davis DL. Birth plans: a systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*. 2022;111:103388. DOI: [10.1016/j.midw.2022.103388](https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388)
30. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(7):806–14. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012)
31. Larsson M, Aldegarmann U, Aarts C. Professional role and identity in a changing society: three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*. 2009;25(4):373–381. DOI: [10.1016/j.midw.2007.07.009](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.009)