

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Nyfødtresuscitering stiller høye faglige og emosjonelle krav til jordmødre

Nyfødtresuscitering er en av de mest krevende situasjonene jordmødre møter. En norsk studie belyser hvordan de erfarer ansvaret, stresset og sårbarheten når sekundene teller.

[Linda Wike Ljungblad](#)

Jordmor og førsteamanuensis

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge, Campus Vestfold

[Fødsel](#)

[Nyfødt](#)

[Jordmor](#)

[Simulering](#)

Sykepleien 2026;114(104413):e-104413

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.104413](#)

Hovedbudskap

Når et nyfødt barn ikke puster etter fødsel, må jordmødre raskt vurdere situasjonen og iverksette riktige tiltak innen det første minuttet. Fagartikkelen bygger på en norsk studie som undersøker hvordan jordmødre opplever slike komplekse situasjoner, der liv og død står på spill. Jordmødre står i et emosjonelt og faglig krevende spenn der raske avgjørelser, tekniske ferdigheter, teamarbeid og omsorg for både barn og foreldre må forenes. Erfaringene viser behov for hyppig trening, støtte og refleksjon.

Nyfødtresuscitering er en av de mest komplekse kliniske hendelsene en jordmor kan møte (1), og alle jordmødre som jobber på en fødeavdeling, vil oppleve dette før eller senere. De første 60 sekundene etter fødsel, kjent som «the golden minute», er et avgjørende tidsrom der barnet går fra et intrauterint til et ekstrauterint liv (2).

I denne fasen kan det stå om liv og død. Jordmødre må derfor raskt vurdere og handle, samtidig som de ivaretar fødekvinnen og partneren (3).

Jordmødre må være forberedt på akutte situasjoner

Globalt trenger 4–10 prosent av nyfødte barn hjelp til å etablere egen respirasjon. Behovet kan variere fra enkle tiltak, som tørking og stimulering, til mer avanserte tiltak som ventilasjonsstøtte med maske og bag (4). Færre enn 1 prosent av nyfødte har behov for avansert resuscitering (5).

Jordmødre er ofte de første som vurderer barnet og som raskt igangsetter nødvendige tiltak, som stimulering og maske-bag-ventilering ved behov (1).

«Jordmødre er ofte de første som vurderer barnet og som raskt igangsetter nødvendige tiltak, som stimulering og maske-bag-ventilering ved behov.»

I Norge er fødselsomsorgen både sentralisert og desentralisert. Dette innebærer at jordmødre må være forberedt på akutte situasjoner både ved store sykehus og ved mindre fødeavdelinger (6).

Tidligere forskning viser at det har vært for lite oppmerksomhet på utfordringene med å komme i gang med riktige tiltak til rett tid (7, 8). Det er også etterspurt et standardisert og kunnskapsbasert opplæringsprogram i nyfødtriesuscitering for jordmødre (9). En annen studie fremhever behovet for å bruke simuleringsprogrammer over tid for å styrke både kunnskap og trygghet (10).

Resuscitering er en dramatisk hendelse

Det har imidlertid vært lite oppmerksomhet på de emosjonelle og etiske sidene ved jordmødres erfaringer. Formålet med studien som denne fagartikkelen bygger på, var derfor å utforske jordmødres erfaringer med nyfødtriesuscitering under «the golden minute» i en norsk kontekst (1).

Resultatene viser et behov for systematisk simuleringstrening og et standardisert opplæringsprogram som kombinerer faglig kompetanse med psykologisk trygghet (11).

Nyfødtriesuscitering kan omfatte alt fra enkle tiltak som taktil stimulering og tørking på barnets hender, føtter og rygg, til mer avanserte tiltak som positiv trykk-ventilasjon (PPV) med maske og bag. I sjeldne tilfeller kan det også være nødvendig med intubasjon og brystkompresjoner. Utstyret som benyttes, inkluderer varmekilde, sug, oksygenmikser, pulsoksymeter, ventilasjonsutstyr og masker i ulike størrelser.

Prosedyren starter med en rask vurdering av barnets tonus, respirasjon, hudfarge, hjertefrekvens og reaksjon, ofte vurdert ved hjelp av APGAR-score. Tiltakene tilpasses fortløpende basert på barnets respons.

I tillegg til de tekniske ferdighetene må jordmødre håndtere emosjonelle utfordringer. Resuscitering er en dramatisk hendelse for foreldre, og helsepersonell må balansere rask handling med god kommunikasjon og omsorg.

Simulering styrker jordmødres ferdigheter

Opplæring i nyfødteresuscitering må starte allerede i jordmorutdanningen (12, 13). Den teoretiske delen omhandler fysiologien bak overgangen fra placentalt til pulmonalt gassutveksling, vurdering av barnet og den trinnvise algoritmen for stabilisering og gjenoppliving (5, 14).

Opplæringen kombinerer teori, ferdighetstrening og refleksjon, med vekt på vurdering av barnets tilstand, samt grunnleggende stabilisering og gjenoppliving (12). Utdanningen vektlegger ikke bare tekniske ferdigheter, men også viktige tiltak som å tilkalle hjelp, etablere frie luftveier, sikre korrekt maske-bag-ventilasjon og utføre effektiv positiv trykk-ventilasjon med riktig frekvens (12).

«Gjennom simulering i små grupper kan jordmødre øve på tekniske ferdigheter, teamarbeid og kommunikasjon med foreldre.»

I Norge ble det født 54 013 barn i 2024 (16). Ved Stavanger universitetssjukehus mottok 6,2 prosent av nyfødte behandling etter fødsel. Av disse fikk 3,6 prosent aktiv pustestøtte, mens kun 0,2 prosent hadde behov for brystkompresjoner (17).

Tallene viser at nyfødteresuscitering forekommer relativt ofte og understreker behovet for systematisk ferdighetstrening. Gjennom simulering i små grupper kan jordmødre øve på tekniske ferdigheter, teamarbeid og kommunikasjon med foreldre, med særlig vekt på psykologisk trygghet og repetisjon.

Studien utforsker jordmødres erfaringer

Studien som fagartikkelen bygger på, er en kvalitativ studie med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Datamaterialet består av individuelle intervjuer med 16 jordmødre fra ulike deler av Norge. Deltakerne hadde erfaring fra både små og store fødesteder, noe som ga et bredt spekter av erfaringer.

Det ble gjennomført individuelle, semistrukturerte intervjuer på norsk i perioden 2018–2019. Intervjuene tok for seg jordmødrenes erfaringer og refleksjoner knyttet til nyfødteresuscitering. Analysen fulgte tre faser: naiv lesning, strukturell analyse og helhetlig forståelse (18).

Resultatene viser hvordan jordmødre opplever å balansere ansvar og sårbarhet når de utfører nyfødteresuscitering i «the golden minute». Deltakerne beskrev stresset som oppstår i akutte situasjoner, samt et tydelig behov for støtte og bekreftelse i etterkant av hendelsen.

Funnene presenteres i følgende temaer: Stress og kamp mot klokken, sårbarhet og behov for støtte, ansvar for liv og død og å være forberedt på nyfødtresuscitering.

Stress og kamp mot klokken

Jordmødrene beskrev nyfødtresuscitering som en av de mest fryktinngytende situasjonene i yrket. Mange opplevde sterke kroppslige reaksjoner som skjelving, svette, panikkfølelse og kvalme. Flere fortalte at tiden kunne oppleves som om den «sto stille» mens de ventet på hjelp. Selv erfarne jordmødre uttrykte at simulert trening aldri fullt ut speilet det å stå alene med et livløst barn som har behov for resuscitering.

Sårbarhet og behov for støtte

Deltakerne beskrev en sterk følelse av sårbarhet i etterkant av resusciteringssituasjoner. Mange opplevde selvkritikk og frykt for å bli stilt til ansvar. Noen følte seg utsatt for kritikk fra kolleger eller foreldre, og flere savnet systematisk debriefing etter hendelsene. Manglende støtte i etterkant kunne bidra til at enkelte jordmødre vurderte å forlate yrket.

Ansvar for liv og død

Å ha ansvar for både mor og barn ble opplevd som en dobbel byrde. Mange beskrev situasjonen som en «balansekunst», der de utad måtte fremstå rolige og profesjonelle, mens de innvendig var fylt av kaos. Samtidig understreket jordmødrene betydningen av å fremstå som trygge rollemodeller for både foreldre og kolleger.

Å være forberedt på nyfødtresuscitering

Godt samarbeid og et felles kunnskapsgrunnlag i teamet ble sett på som avgjørende for å lykkes. Når jordmødrene hadde tillit og godt samspill med barneleger og annet helsepersonell, økte tryggheten. Manglende teamtrening kunne derimot føre til usikkerhet rundt roller og ansvar.

Alle jordmødrene etterlyste hyppigere og mer realistisk simulering, gjerne i tverrfaglige team. Flere pekte på behovet for systematisk debriefing som en viktig arena for læring og refleksjon etter uforutsette hendelser. Selv erfarne jordmødre følte seg aldri helt «forberedt nok».

En beskrev sin forståelse av hvordan en jordmor bør håndtere situasjoner der nyfødte uventet ikke puster etter fødsel:

«Se for deg en and når du får et dårlig barn. For endene svømmer så rolig og spiller vannflaten, mens beina går som trommestikker under vann. Sånn skal du oppføre deg når du får et dårlig barn. Foreldrene skal se at du bevarer roen, selv om hjertet ditt slår og slår og slår på innsiden. Det er et mål alle bør strebe etter som skal jobbe med nyfødte barn» (jordmor 8).

Nyfødtresuscitering krever mer enn tekniske ferdigheter

Resultatene viser at nyfødtresuscitering handler om mer enn teknikk. Jordmødrene befinner seg i et spenn mellom faglig ansvar, emosjonell belastning og organisatoriske rammer, og de trenger kontinuerlig læring i trygge, tverrfaglige miljøer.

Funnene støttes av internasjonale studier som viser at tekniske ferdigheter alene ikke er nok. Godt samarbeid i team og en læringskultur er viktig for å unngå skyldplassering og heller bruke feil som grunnlag til forbedring (19).

«Godt samarbeid i team og en læringskultur er viktig for å unngå skyldplassering og heller bruke feil som grunnlag til forbedring.»

Jordmødrene beskrev «the golden minute» som preget av intenst tidspress. Stresset var lettere å håndtere når roller var tydelige og støtte var tilgjengelig, men opplevdes mer belastende ved rolleklarhet eller manglende teamerfaring. Dette peker på behovet for standardiserte strukturer og regelmessig teamtrening som kan redusere kognitiv belastning og gi rom for raske beslutninger.

Realistisk simulering som også inkluderer organisatoriske og logistiske utfordringer, kan styrke overføringsverdien til klinisk praksis. Dette er i tråd med *Pedagogikk for det uforutsette* (20), der læring retter seg mot å håndtere slike uforutsette hendelser som nyfødtresuscitering.

Jordmødre trenger psykologisk trygghet og støtte

Sårbarhet etter uforutsette hendelser var et gjennomgående tema. Jordmødrene beskrev et tydelig behov for kollegial støtte og bekreftelse, samt rom for refleksjon uten skyldplassering og en «shame and blame»-kultur (21).

Dette samsvarer med pedagogiske perspektiver som inkluderer psykologisk trygghet (22), og som fremmer læring, godt samarbeid og bedre beslutningstaking under tidspress (19). I praksis betyr dette at debrifing bør være en forventet del av oppfølgingen etter en resuscitering, forankret og initiert av ledelsen, og ikke noe som bare skjer «når det er tid».

Ansvar for liv og død ble beskrevet som en særlig belastning, spesielt i situasjoner der jordmødrene opplevde å stå alene. Studien indikerer at tydelig rollefordeling og delt ansvar i teamet kan redusere stress og styrke evnen til å handle.

Når ansvaret er klart fordelt, kan det være lettere å handle raskt og å tåle etterpåklokskapens emosjonelle belastning. Dette kan trenes gjennom simulering, blant annet ved bruk av Torgersens DU-modell, som kan benyttes til å planlegge opplæring, trening og videreutvikle kompetanse (20).

Tverrfaglig teamtrening øker jordmødres forberedthet

Resultatene viser også at opplevd forberedthet henger tett sammen med kvaliteten på teamarbeidet. Manglende tverrfaglig trening skapte utrygghet og uklarhet rundt roller, noe som peker på behovet for regelmessig simulering der alle involverte profesjoner trener sammen med et felles språk og struktur.

Alle jordmødrene etterlyste hyppigere og mer realistisk simulering. Flere trakk frem «low dose, high frequency»-trening (23), som innebærer korte, jevnlig økter for å vedlikeholde ferdigheter og kompetanse.

«Selv erfarne jordmødre opplever seg sjelden helt forberedt.»

Funnene viser også at selv erfarne jordmødre sjelden opplever seg helt forberedt, noe som understreker at kompetanse i nyfødtriesuscitering må forstås som en kontinuerlig og livslang læringsprosess (3).

Når simulering kombineres med strukturert debriefing og tydelige læringsutbytter, kan dette bidra til bedre overføringsverdi til klinisk praksis.

Kontinuerlig læring styrker en trygg praksis

Datamaterialet ble samlet inn i perioden 2018–2019. Selv om de kliniske retningslinjene i hovedsak er stabile, har det siden skjedd en tydelig utvikling innen pedagogiske tilnærminger. Økt vekt på psykologisk trygghet, strukturert debriefing og helhetlige læringsdesign støtter både studiens resultat og den aktualitet.

Utfordringen ligger dermed ikke først og fremst i *hva* som gjøres i akutte situasjoner, men i *hvordan* kompetanse utvikles og vedlikeholdes over tid. Dette samsvarer med det skandinaviske prosjektet Safer Births Scandinavia, som forsker på nyfødtriesuscitering i klinisk praksis og på hvordan vi kan lære av disse hendelsene (15).

Studien viser at nyfødtriesuscitering handler om mer enn en teknisk ferdighet (3). En trygg og bærekraftig praksis forutsetter kontinuerlig læring som kombinerer tekniske ferdigheter, teamarbeid, refleksjon og emosjonell ivaretagelse.

Regelmessig simuleringstrening i korte og hyppige økter (23) kan bidra til at jordmødre er best mulig forberedt på uforutsette hendelser (20).

FAKTA

Implikasjoner for utdanning og klinisk praksis

Med utgangspunkt i studiens resultater anbefales det at utdanningsinstitusjoner og kliniske avdelinger vurderer følgende tiltak:

- **«Low dose, high frequency»-simulering:** Regelmessig, realistisk og tverrfaglig simulering med tydelig rollefordeling og fokus på kommunikasjon for å styrke ferdigheter og redusere opplevelsen av utilstrekkelighet.
 - **Psykologisk trygghet som kvalitetskriterium:** Opplæringen bør forankres i en læringskultur der psykologisk trygghet vektlegges, slik at læring og forbedring faktisk skjer i etterkant av hendelser.
 - **Strukturerte debriefinger:** Etter hendelser bør jordmødre få mulighet til å bearbeide erfaringer i trygge rammer. Debriefing bør være initiert av ledelsen.
 - **Kollegial støtte:** Anerkjennelse og støtte fra kolleger og ledelse er avgjørende for å bevare yrkesidentitet og motivasjon. Dette må forankres i tydelige rutiner og settes i system, gjerne med mentor-ordning.
 - **Tverrfaglig samarbeid:** En felles kunnskapsbase og regelmessig teamtrening bidrar til bedre samarbeid i team.
 - **Ledelsesansvar:** Jordmorfaglige ledere bør legge til rette for psykologisk trygghet i læringskulturen og etablere støtteordninger som reduserer sårbarhet.
-

Systematisk trening styrker jordmødres trygghet

Nyfødtresuscitering i «the golden minute» er en av de mest krevende situasjonene jordmødre møter. Studien viser at jordmødre bærer på en kombinasjon av ansvar, sårbarhet og behov for støtte.

For å sikre kvalitet og trygghet i fødselsomsorgen er det nødvendig å investere i hyppig simuleringstrening, «low dose, high frequency», systematisk debriefing og sterkere kollegial støtte. Først da kan jordmødre være best mulig forberedt på å stå i livets mest kritiske øyeblikk – «the golden minute».

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



KRITISKE SEKUNDER: Simulering gir mulighet til å øve på både tekniske ferdigheter, teamarbeid og håndtering av stress i akutte situasjoner. Her viser jordmor Linda Wike Ljungblad stimulering av nyfødt på en simuleringsdokke. *Foto: Russel Allen Jacobsen*

1. Ljungblad, Skovdahl K, McCormack B, Dahl B. Balancing life and death during the golden minute – midwives' experiences of performing newborn resuscitation. J Multidiscip Healthc. 2020;13:943–52. DOI: [10.2147/JMDH.S268959](https://doi.org/10.2147/JMDH.S268959)
2. Morton SU, Brodsky D. Fetal physiology and the transition to extrauterine life. Clin Perinatol. 2016;43(3):395–407. DOI: [10.1016/j.clp.2016.04.001](https://doi.org/10.1016/j.clp.2016.04.001)
3. Ljungblad LW. Preparing midwifery students for newborn resuscitation: stimulate-ventilate-collaborate [doktoravhandling]. Horten: Universitetet i Sørøst-Norge; 2023.
4. Skåre C, Calisch TE, Sæter E, Rajka T, Boldingh AM, Nakstad B, et al. Implementation and effectiveness of a video-based debriefing programme for neonatal resuscitation. Acta Anaesthesiol Scand. 2018;62(3):394–403. DOI: [10.1111/aas.13050](https://doi.org/10.1111/aas.13050)
5. European Resuscitation Council (ERC). Guidelines on cardiopulmonary resuscitation [internett]. Belgia; ERC; u.å. [hentet 2. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.erc.edu/science-research/guidelines/guidelines-2025/guidelines-2025-english>
6. Olsen-Bremmang L, Ljungblad LW. Midwives' experiences with simulation-based team training in newborn resuscitation: impacts on clinical practice. BMC Nurs. 2025;24(1):733. DOI: [10.1186/s12912-025-03368-3](https://doi.org/10.1186/s12912-025-03368-3)
7. Vadla MS, Mdoe P, Moshiri R, Haug IA, Gomo Ø, Kvaløy JT, et al. Neonatal resuscitation skill-training using a new neonatal simulator, facilitated by local motivators: two-

year prospective observational study of 9000 trainings. *Children (Basel)*. 2022;9(2):134. DOI: [10.3390/children9020134](https://doi.org/10.3390/children9020134)

8. Vadla MS, Moshir R, Mdoe P, Eilevstjønn J, Kvaløy JT, Hhoki BH, et al. Newborn resuscitation simulation training and changes in clinical performance and perinatal outcomes: a clinical observational study of 10,481 births. *Adv Simul (Lond)*. 2022;7(1):38. DOI: [10.1186/s41077-022-00234-z](https://doi.org/10.1186/s41077-022-00234-z)

9. Williams J, Ebert, Duff J. Neonatal resuscitation training for midwives in Australia: A discussion of current practice. *Women Birth*. 2020;33(6):e505–e10. DOI: [10.1016/j.wombi.2020.01.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.002)

10. Carolan-Olah M, Kruger G, Brown V, Lawton F, Mazzarino M, Vasilevski V. Communicating out loud: Midwifery students' experiences of a simulation exercise for neonatal resuscitation. *Nurse Educ Pract*. 2018;29:8–14. DOI: [10.1016/j.nepr.2017.10.027](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.10.027)

11. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q*. 1999;44(2):350–83. DOI: [10.2307/2666999](https://doi.org/10.2307/2666999)

12. Universitetet i Sørøst-Norge (USN). Studieplan for master i jordmorfag [internett]. Vestfold: USN; 2025 [hentet 2. januar 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/studieplan/MJO_2025_H%C3%98ST

13. Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning. FOR-2023-06-05-822 [hentet 2. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2023-06-05-822>

14. Norsk resuscitasjonsråd (NRR). NRR retningslinjer for gjenoppliving av nyfødte, barn og voksne 2021 [internett]. Oslo: NRR; 2021 [hentet 2. januar 2026]. Tilgjengelig fra: https://nrr.org/images/nedlasting/pdf/NRR_Guidelines_2021_Stabilisering_og_resuscitering_

15. Stavanger universitetssjukehus (SUS). Safer Births Scandinavia+ [internett]. Stavanger: SUS; u.å. [hentet 15. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://saferbirthsscandinavia.com/nb/>

16. Statistisk sentralbyrå (SSB). Statistikk om fødsle [internett]. Oslo: SSB; u.å. [oppdatert 11. mars 2025; hentet 2. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte>

17. Universitetet i Bergen (UiB). Gjenoppliving av nyfødte [internett]. Bergen: UiB; 2022 [hentet 2. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/nye-doktorgrader/157376/gjenoppliving-av-nyf%C3%B8dte>

18. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(2):145–53. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x)

19. Wrammert J, Sapkota S, Baral K, Kc A, Målqvist M, Larsson M. Teamwork among midwives during neonatal resuscitation at a maternity hospital in Nepal. *Women Birth*. 2017;30(3):262–9. DOI: [10.1016/j.wombi.2017.02.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.002)
20. Torgersen GE. *Pedagogikk for det uforutsette*. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
21. Mesel T. Når noe går galt: fortellinger om skyld, skam og ansvar i helsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
22. Edmondson AC. Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *J Manag Stud*. 2003;40(6):1419–52. DOI: [10.1111/1467-6486.00386](https://doi.org/10.1111/1467-6486.00386)
23. Laerdal Medical. For å øke trygghet og kompetanse: Low-dose high-frequency. Manglende øvelse fører til tap av ferdigheter [internett]. Stavanger: Laerdal Medical; u.å. [hentet 2. januar 2026]. Tilgjengelig fra: <https://laerdal.com/no/learn/low-dose-high-frequency/>