

Guro Dragvoll og Ane Geving

Kvinnerens opplevelse av følge- og beredskapstjenesten i Trøndelag

En kvalitativ studie

Masteroppgave i Jordmorfag

Veileder: Bente Dahl

Mars 2024

Guro Dragvoll og Ane Geving

Kvinneres opplevelse av følge- og beredskapstjenesten i Trøndelag

En kvalitativ studie

Masteroppgave i Jordmorfag
Veileder: Bente Dahl
Mars 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for klinisk og molekylær medisin



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel

«Kvinneres opplevelse av følge og beredskapstjenesten i Trøndelag – en kvalitativ studie»

Hensikt

Bidra til økt kunnskap rundt kvinners erfaringer med følge av jordmor inn til sykehus i forbindelse med fødsel.

Metode

Kvalitativ metode. Det ble utført semistrukturerte intervju med syv deltakere fra fem ulike kommuner i Trøndelag i perioden september-desember 2023. Datamaterialet er analysert ved bruk av Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering (STC).

Resultat

Jordmors tilstedeværelse og evne til å bygge relasjon er essensielt for en god opplevelse. Fagkompetanse og evne til å tilpasse seg ble trukket frem som betydningsfullt. Følgetjeneste med kjent jordmor er optimalt, men ikke avgjørende for en god opplevelse. Kommunikasjon med jordmor er viktig for å vurdere fødselsstart, og tydelig veiledning verdsettes. Beredskapsordningen gir trygghet og forutsigbarhet, men trues av vær- og føreforhold.

Konklusjon

For kvinner bosatt i distriktene er følgetjenesteordningen avgjørende for at de skal kunne kjenne seg trygge i forbindelse med fødsel. Jordmor må hjelpe, især førstegangsfødende til å tolke kroppens signaler, i fødsel samt når kvinnen skal kjøre inn til fødeavdelingen eller har behov for følge. Kvinner med lang reisevei til nærmeste fødeavdeling har behov for at jordmor viser støtte og møter dem på deres behov da de som regel ikke har partner sammen med seg.

Nøkkelord

Kvinner, følgetjeneste, jordmor, kvinnesentrert omsorg, salutogenese, kvalitativ, opplevelse

Abstract

Title

“Women’s experiences with accompaniment service in Trøndelag – a qualitative study”

Purpose

Increase knowledge about women's experiences with midwife accompaniment to the hospital during childbirth.

Methodology

Qualitative method. Semi-structured interviews were conducted with seven participants from five different municipalities in Trøndelag during the period September-December 2023. The data was analyzed using Kirsti Malterud's Systematic Text Condensation (STC).

Results

The midwife's presence and ability to build a relationship are essential for a good experience. Professional competence and adaptability were highlighted as significant. Having a familiar midwife for follow-up care is optimal but not crucial for a good experience. Communication with the midwife is important for assessing the onset of labor, and clear guidance is valued. The accompaniment service provides security and predictability but is threatened by weather and road conditions.

Conclusion

For women residing in rural areas, the accompaniment service is crucial for them to feel safe during childbirth. Midwives must assist, especially first-time mothers, in interpreting the body's signals during labour and when the woman needs to go to the maternity department or requires accompaniment. Women with long travel distances to the nearest maternity department need the midwife to provide support and meet their needs as they usually do not have a partner with them.

Key-words

Women, accompaniment service, midwife, women-centered care, salutogenesis, qualitative, experience

Forord

Studien er gjennomført som en masteroppgave i jordmorfag ved NTNU i Trondheim.

Vi har gjennom arbeidet med oppgaven lært mye om hva det innebærer for kvinner å ha lang reisevei til sykehus, og samtidig fått verdifull innsikt i hva kvinner verdsetter innenfor svangerskaps og fødselsomsorg. Dette tar vi med oss inn i jobben som jordmødre. Tiden vi har brukt på oppgaven har vært preget av gode faglige refleksjoner, engasjement og humor, og vi ser derfor på dette som en fin avslutning på jordmorstudiet.

Vi ønsker først og fremst å takke de syv kvinnene som har deltatt i studien. Deres vilje til å dele erfaringer, og evne til å formidle historier har bidratt til at vi har fått innsikt i noe ingen har forsket på tidligere.

Vi ønsker også å takke jordmødrene vi kom i kontakt med i forbindelse med rekruttering til studien. Engasjementet dere viste og velviljen til å hjelpe oss var helt avgjørende for at vi kunne gjennomføre studien.

Vår veileder har gitt oss gode innspill og veiledning gjennom hele perioden – det er vi svært takknemlig for.

Sist vil vi takke familie som har vært tålmodige, og støttet og oppmuntret oss gjennom denne perioden.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Organisering av fødselsomsorgen	12
1.3 Organisering av følgetjenesten	12
1.4 Lang reisevei og risiko for uplanlagt fødsel utenfor institusjon	14
1.5 Risiko for sykelighet og dødelighet ved uplanlagt fødsel utenfor institusjon	14
1.6 Kvinners opplevelser med uplanlagte fødsler utenfor institusjon	15
1.7 Hensikt med studien	16
1.8 Problemstilling	16
1.9 Oppgavens struktur	16
2.0 Forforståelse	17
3.0 Teoretisk referanseramme	18
3.1 Aron Antonovsky – den salutogene modellen	18
3.2 Kvinnesentrert omsorg – Nicky Leap	19
4.0 Metode	21
4.1 Design	21
4.2 Vitenskapsteori	21
4.3 Rekruttering	22
4.4 Utvalg	22
4.4.1 Inklusjonskriterier	22
4.4.2 Deltakere	23
4.5 Datainnsamling	23
4.6 Analysemetode	24
Trinn 1: Helhetsintrykk	24
Trinn 2: Meningsbærende enheter	25
Trinn 3: Kondensering	25
Trinn 4: Syntese	26
4.7 Etske overveielser	27
5.0 Resultater	29
5.1 Jordmors tilstedeværelse og evne til å bygge relasjon er essensielt for en god opplevelse	29
5.2 Følgetjeneste med kjent jordmor er optimalt, men ikke avgjørende for en god opplevelse	30
5.3 Kommunikasjon med jordmor er viktig for å vurdere fødselsstart, og tydelig veiledning verdsettes	31
5.4 Beredskapsordning gir forutsigbarhet og trygghet, men trues av vær- og føreforhold	32
6.0 Diskusjon av resultater	34

6.1 Jordmoromsorg i følgetjenesten innebærer mer enn å forebygge risiko for uønskede hendelser	34
6.2 «Det er jordmora her som er jordmora mi» – betydningen av kontinuitet i svangerskapsomsorgen	35
6.3 Å forstå kroppens signaler kan være utfordrende	36
6.4 Betydningen av følgetjenesten når antall fødeinstitusjoner reduseres, og avstanden øker	37
7.0 Diskusjon av metode.....	39
7.1 Refleksivitet	39
7.2 Validitet	39
Intern validitet	40
Ekstern validitet.....	41
7.3 Relevans	43
8.0 Konklusjon.....	44
Litteraturliste	45
Vedlegg.....	48

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Fødselshjelpa er noe som angår alle mennesker i et samfunn. Knapt noe er så avgjørende for livet som den hjelpa mor og barn får under fødselen (Farstad, 2016, s. 1). Selv om fødsel blir sett på som en naturlig og normal prosess er det en avgjørende hendelse i kvinnens liv som kan sette dype spor (Blåka, 2002, s. 23). De grunnleggende temaene innenfor fødselshjelp som fødsel, fødekropp, kvinnelighet og moderskap er i kontinuerlig utvikling og spørsmålet om hva som er god fødselshjelp vil derfor være under konstant debatt (Blåka, 2002, s. 16).

Fødselsomsorgen har vært preget av endringer de siste 100 årene. Fra 1920 til 1970 ble antall fødeinstitusjoner kraftig økt (Johansen et al., 2022). Blåka (2002, s. 157) beskriver hvordan dette bidro til at kvinnene, som tidligere fikk bistand til fødsel i hjemmet med sine nærmeste rundt seg nå måtte begi seg ut på reise, ledsaget av profesjonelle for å få fødselshjelp. Det moderne tenkningsgrunnlaget som oppsto på 70-tallet endret videre både innholdet i, og organiseringen av landets fødselsomsorg (Blåka, 2002, s. 156), og i årene etter har det vært en betydelig sentralisering av fødsler (St. meld. nr. 12 (2008-2009), s. 41). Fra Medisinsk fødselsregister ble opprettet i 1967, og fram til 2024 ble antallet fødeinstitusjoner kraftig redusert fra 182 til 46 (Folkehelseinstituttet, 2017; Helsedirektoratet, 2023). Det er i hovedsak små fødeinstitusjoner med under 500 fødsler som har forsvunnet (Folkehelseinstituttet, 2017).

Kvinnehelseutvalget påpeker at nedleggelse av fødetilbud vekker sterke reaksjoner blant mange. Det at stadig flere fødeinstitusjoner legges ned gjør at fødselsomsorgen sentraliseres i større grad. Det kan føre til at flere kvinner vil ha behov for følgetjeneste grunnet lang reisevei i tiden framover (NOU 2023: 5, s. 148). Ifølge Folkehelseinstituttets rapport med tall hentet fra medisinsk fødselsregister, var det i 2022 registrert 303 uplanlagte fødsler utenfor institusjon. 148 av de var uplanlagt hjemme, 124 var under transport og 23 var ved uspesifisert eller ved nedlagt fødeinstitusjon (Thomsen et al., 2023, s. 10). Vi har ikke funnet tall på hvor mange av disse som hadde jordmor sammen med seg.

WHO anbefaler at alle kvinner skal tilbys en omsorg som er organisert slik at kvinner opprettholder sin verdighet og sitt privatliv samt at de sikres konfidensialitet. Den skal sikre at kvinnen ikke blir utsatt for skade og feilbehandling, og muliggjør informert samtykke, og kontinuerlig støtte gjennom fødsel. En slik omsorg kan forbedre kvinners opplevelse av fødsel. (World Health Organization, 2018, s. 19).

Innbyggere i områder med spredt bosetting har ofte lang reisevei til offentlige tjenester som sykehus, og for gravide kvinner kan dette innebære en usikkerhet og utrygghet i forhold til seg selv, barnet i magen og den kommende fødselen (Ames et al., 2022). Siden 2010 har de regionale helseforetakene hatt ansvar for organisering av en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste for kvinner med over 90 minutters reisevei fra hjemstedet til nærmeste fødeinstitusjon (Helsedirektoratet, 2024a). Beregninger viser at oppunder 2200 fødende omfattes av tilbudet hvert år, og det er gjort et anslag på at ca 25% av de som omfattes av tilbudet benytter seg av tjenesten (Skogli et al., 2023).

Hensikten med følgetjenesteordningen er å bidra til trygghet og forutsigbarhet og ivareta individuelle behov hos den fødende. Det vektlegges at jordmor som arbeider i beredskapstjeneste må inneha grunnleggende kompetanse innen fødselshjelp, og kunne adressere akutt hjelp ved behov (Helsedirektoratet, 2024a). Dette underbygges også av den internasjonale jordmororganisasjonen (ICM) som i sitt kjernedokument «Bill of Rights for Women and Midwives» hevder at alle kvinner og jordmødre har rett på et system som sikrer trygge, kompetente og autonome jordmødre for kvinnene og deres barn (International Confederation of Midwives, 2017).

1.2 Organisering av fødselsomsorgen

Fødselsomsorgen skal organiseres som et helhetlig forløp, med fokus på kontinuitet og samarbeid mellom helsetjenestene i tillegg til individuelle tilpasninger. De regionale helseforetakene har ansvar for å organisere fødselsomsorgen, og gi et differensiert tilbud. Fødeinstitusjonene har ulik grad av spesialisering når det kommer til fødselshjelp:

Kvinneklinikk – med samlokalisert nyfødtavdeling og relevante spesialiteter

Fødeavdeling – med nært samarbeid med kvinneklinikk

Fødestue – organiseres som en jordmorledet enhet

Det foreligger ulike seleksjonskriterier knyttet til de ulike fødeinstitusjonsnivåene. De overordnede seleksjonskriteriene er basert på forsvarlighetsprinsippet, og for å ivareta pasientsikkerheten må jordmødre og leger selektere kvinner til det fødetilbudet som er best tilpasset. Seleksjonen skjer på bakgrunn av en vurdering av den gravide og fosteret, ved å se på hvilke risikofaktorer de har. Seleksjonen foregår fortrinnsvis i svangerskapet, men kan revurderes ved fødselsstart eller underveis i fødselsforløpet (Helsedirektoratet, 2024a).

Fødestue	Fødeavdeling	Kvinneklinikk
Fødende med lav risiko	Fødende med moderat risiko Fødende med lav risiko	Fødende med høy risiko Fødende med moderat risiko Fødende med lav risiko

Tabell 1: Differensiert fødselsomsorg (Helsedirektoratet, 2024a)

1.3 Organisering av følgetjenesten

Kvinner som har over 90 minutters reisevei til nærmeste fødeinstitusjon har rett på følge av jordmor, dersom ikke andre løsninger er etablert. Videre skal kvinnen få informasjon om organiseringen i sin kommune, slik at hun har kjennskap til hvordan hun skal ta kontakt med følge- og beredskapstjenesten og hvor den befinner seg (Helsedirektoratet, 2024a).

De regionale helseforetakene skal sørge for samhandlingsavtaler om jordmortjenester og akuttmedisinske tjenester, herunder vaktberedskap og følgetjeneste, mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dersom alternative løsninger skal etableres, må det komme frem av samarbeidsavtalen. I utarbeidelsen av samarbeidsavtalen må flere forhold vurderes, blant annet klima og infrastruktur. Det innebærer behov for lokal kunnskap om forhold, og kjennskap til alternative løsninger for blant annet transport (Helsedirektoratet, 2024a).

Følgetjenesten skal bestå av jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innenfor fødselshjelp som skal foreta en kvalifisert vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller

ikke, eller av andre årsaker har behov for følge – eksempelvis ved vannavgang, blødning eller premature rier. Kjennskap til den akuttmedisinske kjeden i sin helseregion er også av betydning. Vaktansvarlig i følgetjenesten vurderer behov for ambulans og aktuelt behandlingsnivå i dialog med fødeinstitusjon i de enkelte tilfellene. Fødende som selekteres til å føde på en institusjon lengre unna enn sin nærmeste, kan få bistand på sitt lokale sykehus dersom helsepersonell vurderer hjelpa som akutt (Helsedirektoratet, 2024a).

Tjenesten kan koordineres og tilrettelegges på ulike måter. Det innebærer at et interkommunalt samarbeid kan etableres. I tillegg kan tjenesten være behovsuttøst dersom det er få fødende i det aktuelle området. Den gravide kan i tillegg tilbys opphold på hotell eller lignende i tiden før termin (Helsedirektoratet, 2024a).

Avisa VG gjennomførte i 2019 en landsdekkende spørreundersøkelse hvor samtlige 422 kommuner i landet svarte på organiseringen av følge og beredskapstjeneste i sin kommune. Tallene fra undersøkelsen viser at 77 kommuner stod uten organisert følge- og beredskapstjeneste, i tillegg til at reiseveien for fødende har økt. Situasjonen var verst i Nordland fylke, hvor 16 kommuner manglet følgetjeneste. I Trøndelag (som er fokus for vår studie), Møre- og Romsdal og Finnmark var det mer enn 10 kommuner med manglende organisering av følgetjeneste, på tross av at de fødende har over 90 min reisevei til nærmeste fødeinstitusjon (Huuse, 2019).

I 2019 behandlet Stortinget et forslag om å forplikte helseforetakene til å tilby følgetjeneste for fødende med mer enn 60 minutters reisevei. Forslaget ble ikke vedtatt (Innst. 120 S (2019-2020))

Helsedirektoratet (2024b) har på oppdrag av helse- og omsorgsdepartementet utredet konsekvensene av å flytte grensen ned til 60 minutter, med særlig vekt på personellressurser. Rapporten ble publisert i mars 2024. De fant ut det ville innebære en tilnærmet doubling av antall fødende som ville ha behov for følge- og beredskapstjeneste, noe som igjen ville ført til stor økning i behov for personell, samt en tilnærmet doubling i kostnader knyttet til tjenesten. De anbefaler at grensen på 90 minutter opprettholdes, men at dagens tilbud må evalueres. Rapporten inneholder forbedringsforslag som Helsedirektoratet anbefaler at gis i oppdrag til helseforetakene for å sikre bedre kvalitet i dagens tilbud. Forbedringsforslagene går blant annet ut på å styrke samarbeid mellom helseforetak og kommune, styrke kompetansen til andre yrkesgrupper og skape attraktive arbeidsmiljø for jordmødre (Helsedirektoratet 2024b).

Kommuner med følgetjeneste av jordmor inn til St. Olavs hospital er organisert med samarbeid mellom kommuner. Orklands- og øyregionen har felles følge- og beredskapstjeneste (Orkland, Heim, Hitra, Frøya, Rindal og Surnadal), hvor jordmor har døgnkontinuerlig vakt. Røros og Holtålen, samt Ørland, Roan og Åfjord har også interkommunalt samarbeid om felles vaktberedskap for jordmor. Oppdal har egen døgnkontinuerlig vaktberedskap (St. Olavs Hospital, u.å.).

Vi har ikke lyktes med å finne offentlig informasjon om organiseringen av følge- og beredskapstjenesten inn til sykehuset Namsos. I telefonsamtale med jordmor ansatt i Lierne kommune har vi fått informasjon om at samarbeidsavtalen finnes i papirform, men ikke digitalt. Hun fortalte oss følgende om organiseringen: Følgetjeneste av jordmor inn til sykehuset Namsos er delt mellom Ytre- og Indre Namdal. I Ytre Namdal (Nærøysund, Leka og Bindal) har jordmødre døgnkontinuerlig vakt. I Indre Namdal (Namskogan, Røyrvik og Lierne) har jordmor beredskap fra seks dager før termin til barnet er født.

Namsskogan kommune har jordmor ansatt i 100% stilling som har ansvar for følge- og beredskapen i både Namsskogan og Røyrvik kommune. Lierne kommune har ansatt jordmor i 40% stilling som tar ansvar for både svangerskapsomsorgen og følge- og beredskapen i kommunen (A. J. B. Skarland, personlig kommunikasjon, 18. mars 2024).

1.4 Lang reisevei og risiko for uplanlagt fødsel utenfor institusjon

Flere nordiske studier viser sammenhenger mellom avstand til fødested og uplanlagt fødsel utenfor institusjon, hvor risikoen økte betraktelig dersom den fødende hadde lang reisevei (Gunnarsson et al., 2014; Engjom et al., 2017; Örtqvist et al., 2021; Ames et al., 2022). I Finland økte antall uplanlagte fødsler utenfor institusjon, samtidig som antall fødeinstitusjoner gikk ned (Ovaskainen et al., 2020). Antall uplanlagte fødsler utenfor institusjon er høyere for kvinner bosatt i rurale strøk i Norge (Engjom et al., 2017; Gunnarsson et al., 2014), og for de med 1-2 timer reisevei til sykehus, var det fem ganger så høy risiko for uplanlagt fødsel utenfor institusjon, sammenlignet med de som hadde under en time. Når reisetida var over to timer, var risikoen sju ganger høyere (Engjom et al., 2017). Örtqvist et al. (2021) fant imidlertid ingen forskjell på de som var bosatt i rurale og urbane strøk i Sverige, selv om kvinner med 30-60 minutter reisevei hadde doblet risiko for uplanlagt fødsel utenfor institusjon.

Av de som fødte uplanlagt utenfor institusjon fant Engjom et al. (2017) at majoriteten var kvinner med lavrisiko-svangerskap. Flere studier viser at flergangsfødende har høyere risiko for uplanlagt fødsel utenfor institusjon (Ovaskainen et al., 2020; Örtqvist et al., 2021; Gunnarsson et al., 2014). Örtqvist et al. (2021) fant at selv om uplanlagt fødsel utenfor institusjon var mer vanlig hos flergangsfødende, var uplanlagt fødsel utenfor institusjon lik mellom flergangs- og førstegangsfødende som hadde lang avstand til fødeinstitusjon.

1.5 Risiko for sykkelighet og dødelighet ved uplanlagt fødsel utenfor institusjon

Flere studier viser assosiasjoner mellom uplanlagt fødsel utenfor institusjon og økt perinatal og peripartum dødelighet (Gunnarsson et al., 2014; Engjom et al., 2017; Ovaskainen et al., 2020; Örtqvist et al., 2021). I Örtqvist et al. (2021)'s studie ble imidlertid resultatene vurdert til å være ikke signifikant etter den justerte analysen.

Engjom et al. (2017) fant at risikoen for dødelighet for barnet var økt hos førstegangsfødende, men også for flergangsfødende som hadde en doblet risiko for dødelighet når barnet ble født uplanlagt utenfor institusjon. Både høy- og lavrisikofødende hadde økt risiko for peripartum dødelighet når fødsel skjer utenfor institusjon. Antepartum barnedødelighet var lik uavhengig av hvor lang reiseveien var. Dødelighetstsraten var høyere ved premature fødsler utenfor sykehus, men risikoen for dødelighet var også økt for barn født til termin (Engjom et al., 2017). Gunnarsson et al. (2014) fant at premature med lav fødselsvekt mellom 750-1000 gram hadde fem ganger så høy dødelighetsrate innen første leveuke som barn med lik fødselsvekt født på sykehus i samme periode.

Ovaskainen et al. (2020) har sett på risiko for dødelighet for barnet ved uplanlagte fødsler utenfor institusjon i Finland. De fant at det var fem ganger så høy dødelighetstsraten for barn født utenfor institusjon sammenlignet med barn født på sykehus i samme periode. Av dødsfallene som ble registrert var om lag halvparten dødfødte og halvparten av de dødfødte ekstremt premature. Prematuritet, intrauterine

hypoksiepisoder, chorionamionitt og navlesnorskomplikasjoner er nevnt som de vanligste årsakene til dødfødsle, men de underliggende årsakene var ukjent i om lag halvparten av tilfellene (Ovaskainen et al., 2020). En norsk studie fant at infeksjon sammen med neonatale og placentale tilstander stod for nesten to tredjedeler av de perinatale dødsfallene ved uplanlagt fødsel utenfor institusjon. I tillegg var mors suboptimale bruk av tilgjengelig helsehjelp funnet i mer enn én femtedel av tilfellene (Gunnarsson et al., 2017).

Ovaskainen et al. (2020) har også undersøkt risiko for sykkelighet for barn født uplanlagt utenfor institusjon. De fant at barn født uplanlagt utenfor institusjon hadde lavere Apgar-score etter ett minutt, økt forekomst av antibiotikabehandling og økt forekomst av hypotermi, men signifikant færre fødselsskader sammenlignet med barna født på sykehus i samme periode. Barn født uplanlagt utenfor institusjon var oftere premature enn født etter termin (Ovaskainen et al., 2020).

Det var ingen forskjell i antall barn som ble lagt inn på neonatalavdeling mellom de som ble født uplanlagt utenfor sykehus, og de som ble født på sykehus i samme periode (Ovaskainen et al., 2020). Dette bekreftes også av Örtqvist et al. (2021).

Ovaskainen et al. (2020) har i tillegg sett på risiko for mor ved fødsel utenfor institusjon, og fant at det ikke var assosiert med økt sykkelighet. De løfter videre fram at kvinnene som hadde født utenfor institusjon hadde færre fødselsskader, blødninger, infeksjoner og hypertensive svangerskapsplager. Det forekom heller ingen maternelle dødsfall i studieperioden (Ovaskainen et al., 2020). En norsk studie som har undersøkt risikoen for HELLP og Eklampsi fant imidlertid at førstegangs fødende med over 1 time reisevei til nærmeste fødeinstitusjon hadde 50 % økt risiko for å utvikle eklampsi/HELLP, mens flergangs fødende med over en time reisevei hadde doblet risiko for eklampsi (Engjom et al., 2018).

Folkehelseinstituttet (Ames et al.) utarbeidet i 2022 en systematisk analyse over betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende. Hensikten med analysen var å undersøke hvilken betydning avstand til fødeinstitusjonen hadde for uønskede hendelser, risiko for komplikasjoner og sykkelighet. Resultatene fra studien viser at det er en liten økning i risiko for alvorlig preeklampsi, og at det kan være økning i risiko for igangsettelse på grunn av logistikk. Ut over det kan de ikke si noe sikkert om hva avstanden over 60 min har å si for utfall hos kvinner og barn (Ames et al., 2022).

1.6 Kvinners opplevelser med uplanlagte fødsler utenfor institusjon

Vi har, på tross av grundig litteratursøk ikke funnet kvalitative studier som har undersøkt kvinnenens opplevelse av å ha følge av jordmor inn til fødeinstitusjon. En svensk studie har sett på kvinners opplevelse med uplanlagte fødsler utenfor institusjon, men med sykepleier tilstede, og ikke jordmor. De fant ut at kvinnene opplevde frykt for blant annet smerte, redsel for at skulle skje noe med barnet, og at de bekymret seg over at det kunne oppstå hendelser som trafikkuhell under transporten til sykehuset. De oppga at de var redde for å ikke motta tilstrekkelig helsehjelp, som for eksempel keisersnitt, dersom det oppsto komplikasjoner underveis. I tillegg kjente de på frustrasjon over at fødselsomsorgen for dem følte underprioritert med lange avstander til fødeinstitusjon. Kvinnene som deltok i studien påpekte at det var viktig for dem at sykepleierne i ambulansen opptrådte rolige og trygge, uansett hvordan situasjonen så ut, og at det var viktig for dem å bli møtt på sine behov (Svedberg et al., 2020).

Også en norsk studie har sett på kvinners erfaringer med å føde før ankomst til sykehus uten jordmor tilstede (Vik et al., 2016). Kvinnene i studien var stolte over at de greide å komme seg gjennom fødselen uten å ha en jordmor sammen med seg, men det at de måtte diskutere med jordmødrene, og forhandle for å få tilsendt ambulanse påvirket opplevelsen negativt. Studien konkluderer med at fødselsomsorgen for kvinner som føder før ankomst til sykehuset ser ut til å være basert på en rekke tilfeldigheter, noe som underbygger behovet for å forbedre kvaliteten på omsorgen (Vik et al., 2016). En studie som så på fedres opplevelse av fødsel utenfor institusjon, viser at fedrene opplevde større grad av trygghet dersom jordmor var tilstede (Jarneid et al., 2020).

Folkehelseinstituttet (Ames et al., 2022) påpeker i sin rapport at det mangler forskning om effekter av følgetjenester for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjon, for alle relevante utfall. I NOU 2023: 5 «*Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*» blir det fremhevet at kvinners stemmer ikke har fått gjennomslag i utformingen av helsepolitikk og helsepraksis. For å fremme kvinners helse må deres innsikt og erfaringer anerkjennes som en viktig kunnskapskilde (NOU 2023: 5, s. 17).

1.7 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer kvinner med over 90 min reisevei til nærmeste fødeinstitusjon har med følge av jordmor til sykehus under fødsel. Vi ønsker å belyse kvinnenenes opplevelser og synspunkter, og anser at en slik studie vil gi verdifull informasjon til jordmødre som jobber i beredskapstjeneste, i tillegg til å være et bidrag i diskusjonen om hvordan fødselsomsorgen skal organiseres i tiden framover.

1.8 Problemstilling

«Hvilke erfaringer har kvinner med over 90 min reisevei til nærmeste fødeinstitusjon med følge av jordmor?»

1.9 Oppgavens struktur

Vi har nå presentert studiens bakgrunn og gjort rede for organisering av fødselsomsorgen og følgetjenesten. Vi vil videre gjøre rede for vår forforståelse, før vi presenterer det teoretiske rammeverket som er benyttet i oppgaven. Deretter vil vi begrunne valg av metode og vise hvordan vi har jobbet med datamaterialet, før vi presenterer resultatene. Videre vil vi diskutere funnene og metoden vi har benyttet for å innhente og analysere data. Avslutningsvis presenteres konklusjon og hva resultatene kan bety for praksis.

2.0 Forforståelse

Vi er to jordmorstudenter som skriver oppgaven sammen. Fra tidligere har vi begge variert erfaring som sykepleiere innenfor statlige og kommunale tjeneste samt i det private arbeidsliv. Det innebærer erfaring knyttet til både klinisk arbeid og samtale samt veiledning.

Gjennom jordmorstudiet har vi hatt praksisperioder i svangerskapsomsorgen og fødselsomsorgen. Vi har begge to hatt fødepraksis ved et mindre sykehus, hvor flere av de som skulle føde var bosatt langt unna sykehuset. Vi så her betydningen av følge- og beredskapstjenesten da noen av kvinnene fødte under transport før de rakk fram til sykehuset, i tillegg til at flere fødte kort tid etter ankomst sykehus. Det var her vi først fikk vekket interessen for temaet. I følge Malterud (2017, s. 44) kan den kunnskapen og erfaringen man har med seg fra før både være en styrke og en svakhet. Vi har valgt et tema som både interesserte oss og vekket nysgjerrighet, men ingen av oss har direkte erfaring knyttet til temaet.

Diskusjoner rundt organisering av fødselsomsorgen, nedleggelse av fødetilbud og engasjement i sosiale medier bidro også til å vekke interesse for temaet, og var en motivasjonsfaktor for å sette i gang med prosjektet. I følge Malterud (2017, s. 45) legger ofte forforståelsen føringer for valg av tema i en forskningsstudie, og dette har vi både før og underveis i prosjektet reflektert rundt og minnet hverandre på. For å unngå å gå inn i prosjektet med «skylapper» (Malterud, 2017, s. 45), har vi valgt en forholdsvis åpen problemstilling.

3.0 Teoretisk referanseramme

Den teoretiske referanserammen danner et grunnlag for å forstå eller se funnene i en større sammenheng. Noen ganger bygger man forskningsstudien ut ifra en bestemt teori, men det teoretiske rammeverket utvikles i de fleste tilfeller underveis i prosjektet hvor man ser hvilken teori som gir det beste utgangspunktet for å tolke resultatene. Samtidig må forskeren være klar over at det teoretiske rammeverket legger føringer for hvordan man analyserer, presenterer og diskuterer funnene i studien, og derfor må den valgte referanserammen også forklares for leseren (Malterud, 2017, s. 47).

For å belyse problemstillingen og funnene har vi benyttet to ulike teorier. Allerede under oppstartarbeidet med prosjektet reflekterte vi rundt, og så at Antonovskys teori (2012) om salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS) kunne være relevant for å belyse vår problemstilling, og videre forstå resultatene. Relevansen av Antonovskys teori forsterket seg gjennom arbeidet med intervjuer og analysering. For å belyse problemstilling og funn fra flere sider, valgte vi i tillegg å benytte Nicky Leaps (2009; 2010) perspektiv på kvinnesentrert omsorg.

3.1 Aron Antonovsky – den salutogene modellen

Helseforskning har i lang tid fokusert på årsaker til sykdom, og hvilke faktorer som kan forebygge sykdom. I den sammenheng har god helse blitt sett på som en bieffekt av kampen mot sykdom (Antonovsky, 2012, s. 36).

Aron Antonovsky stilte det grunnleggende spørsmålet "hva skaper helse?" og formulerte videre et nytt perspektiv for å forstå helseutvikling, nemlig salutogenesen. Den salutogene modellen retter fokus mot mestringsstrategier, motstandsressurser, og hva som gjør at vi holder oss friske til tross for at vi blir utsatt for stressende eller traumatiske hendelser (Antonovsky, 2012, s. 36). Innenfor helsefag står jordmødre i en særstilling når det kommer til å fokusere på helsefremming fremfor sykdom. Jordmødre jobber med å fremme fødsel som en normal og fysiologisk prosess, unngå unødvendige intervensjoner og hjelpe kvinner til å mobilisere ressurser gjennom svangerskap, fødsel og barseltid – noe som skaper en naturlig sammenheng mellom jordmorfag og salutogenese (Muggleton & Davis, 2022).

Salutogenesen står i kontrast til patogenesen som er læren om de faktorer som forårsaker sykdom hvor målet er å utvikle nye teorier og behandlingsmetoder (Antonovsky, 2012, s. 36). Innenfor fødselsomsorgen har det siden 70-tallet skjedd et skifte, hvor medikalisering og moderne teknologi stadig har overtatt. Konsekvensene av dette er at fødsel i hovedsak blir sett på som en risiko som kun kan ivaretas gjennom medisinskteknologisk overvåkning. Dette har skapt en slags distanse mellom profesjonene, hvor jordomsorg i hovedsak bygger på en mer salutogen tilnærming, mens obstetikk har et mer sykdomsforebyggende fokus. Jordmødre arbeider i et system der de må forholde seg til medikalisering, men en måte å utfordre dette på er å flytte fokus over på helsefremming, og forstå hva som skaper god helse. Dette må komplementere medisin og teknologi (Lindström et al., 2017).

Antonovsky hevder at stressfaktorer vi blir utsatt for ikke alltid er patologiske eller sykdomsfremkallende, men kanskje til og med helsebringende- avhengig av stressfaktorens karakter og hvorvidt spenningen kan oppløses på en tilfredsstillende måte (Antonovsky, 2012, s 36). Han anser OAS (opplevelse av sammenheng) som avgjørende for å kunne håndtere utfordringer, og betrakter videre tre

kjernekomponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som betydningsfulle i den sammenheng (Antonovsky, 2012).

Begripelighet omhandler i hvilken grad man opplever de stimuli man bli utsatt for, være seg i det indre eller ytre miljø som forståelige, som strukturerte og tydelige framfor kaotiske og tilfeldige. Han hevder at personer som skårer høyt på denne komponenten har en forventning om at de stimuli som vedkommende blir utsatt for i framtiden, enten er forutsigbare eller enkelt kan settes i en sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 39-40).

Håndterbarhet omhandler i hvilken grad man opplever å ha tilgjengelige ressurser til å håndtere de kravene/stimuli man blir stilt ovenfor. Dette innbefatter både personens egne ressurser og ressurser i form av andre som man stoler på eller har tillit til (Antonovsky, 2012, s. 40), som for eksempel partner, jordmor eller en venn. Personer med tilstrekkelig tilgjengelige ressurser opplever at de håndterer situasjoner de blir utsatt for, framfor å føle seg som et offer for omstendighetene (Antonovsky, 2012, s 40).

Meningsfullhet er den siste komponenten i OAS, og omhandler hvorvidt man er villig til å ta utfordringer, søke mening i dem og komme seg gjennom dem. Personer med høy score på meningsfullhet synes det er verdt å engasjere seg i livsutfordringer som gir mening på det følelsesmessige, og ikke bare kognitive planet (Antonovsky 2012, s. 41).

Antonovskys studier viser at personer med sterk OAS vil være mer bevisst på følelsene sine, har lettere for å beskrive dem, og oppleve de som mindre truende. De har i tillegg lettere for å oppleve stimuli som ikke-stressfaktorer, og går ut ifra at han eller hun vil kunne tilpasse seg kravet de blir stilt ovenfor (Antonovsky, 2012).

3.2 Kvinnesentrert omsorg – Nicky Leap

Kvinnesentrert omsorg er et konsept som innebærer at jordmorsomsorg skal være basert på, og fokusere på kvinnenens individuelle behov, fremfor hva som er forventet eller ønsket av helsepersonell. Det innebærer å ivareta kvinnens sosiale, emosjonelle, fysiske, kulturelle, psykiske og åndelige behov. Videre skal kvinnen sikres medbestemmelse og autonomi i svangerskap, fødsel og barseltid, hvor hennes ønsker og preferanser anerkjennes av de som yter fødselshjelp. Kvinnesentret omsorg bør være til stede på tvers av helsetjenestene som ytes, og hun skal i tillegg sikres kontinuitet i oppfølgingen (Leap, 2009).

Jordmor og professor Nicky Leap lærte under sin tid som jordmorstudent at det å være *med* kvinnen under fødsel omhandlet å *gjøre* ting for henne. Det innebar både støtte, oppmuntring, massasje, veiledning og dermed en aktiv og førende rolle. Underveis i yrkeskarrieren ble hun spesielt inspirert av hjemmefødsel-jordmødre som arbeidet på en mindre fremtredende måte hvor minimering av forstyrrelser og intervensjoner stod sentralt for å fremme kvinnens instinktive adferd i fødsel. Hun så hvordan denne tilnærmingen bidro til å flytte fokus over på kvinnens potensiale i fødsel fremfor hva som er forventet av helsepersonell, og erfarte at en slik arbeidsmetode i større grad fremmet den fysiologiske fødselen. Dette dannet grunnlaget for begrepet «The Less We Do, the More We Give», som Leap betegner som et konsept innenfor kvinnesentrert omsorg (Leap, 2010).

Leap (2010) hevder at en sentral del av kvinnesentrert omsorg er å ha troen på at kvinner mestrer svangerskap og fødsel, og legge til rette for at hun kan ta selvstendige og informerte valg. Hun hevder at jordmødre ikke kan gi makt til kvinnene, men at god informasjon og tilstedeværelse legger det beste grunnlaget for at kvinnene kan ta makten selv. Det innebærer at jordmor, i et hvert møte med en gravid kvinne må tilpasse sin

væremåte slik at kvinnene kan maksimere sitt potensiale og ta makten, og dermed være istand til å leve fullverdige liv som individer og mødre. Dette vil ha positive utfall for kvinnens selvfølelse og selvtillit. Ved å forstå sin ekspertise som jordmor vil det være enklere å innta en slik tilnærming (Leap, 2010).

Videre løfter Leap (2010) fram at en viktig del av å være jordmor er å omfavne usikkerheten sammen med kvinnen. Dersom jordmor mestrer det, vil kvinnen kunne oppleve en ro, og stole på sine evner til å tilpasse seg det som ligger fremfor seg. I følge Leap (2010) ønsker ofte kvinnene at jordmor er tilstede for å gi den faglige tryggheten som gir dem et referansepunkt i en tid hvor man ofte har flere spørsmål enn svar. Hun hevder at det er vel så viktig at kvinnen har et nettverk rundt seg som hun kan hente støtte fra, da det er de som vil være en del av kvinnens liv etter barnet er født. Jordmor skal følge med på og respondere på situasjoner som oppstår, men omsorgen bør i hovedsak gis fra hennes nærmeste som kvinnen har en relasjon til, fremfor jordmor (Leap, 2010).

Oppsummert går «The Less We Do, the More We Give» ut på at jordmødre skal legge til rette for at kvinnen, eller fødeparet, kan gjennomgå fødsel og graviditet på egne premisser. Jordmor fungerer i den sammenheng som en støtteperson, et sikkerhetsnett som er til stede for å gi kvinnen verktøy og støtte til å ta egne valg for seg og sitt barn (Leap, 2010).

4.0 Metode

4.1 Design

Vi har i denne studien benyttet et kvalitativt studiedesign da formålet har vært å undersøke kvinners erfaringer og opplevelser med følge av jordmor inn til sykehus i forbindelse med fødsel. Da det foreligger lite forskning på kvinners opplevelse med lang reisevei og følge av jordmor, anså vi kvalitativt design som best egnet for å kunne utforske området. Ifølge Malterud (2017, s. 32-33) egner kvalitativ metode seg innenfor tema der kunnskapsgrunnlaget er tynt, og forskeren er åpen for mangfold i svar. Metoden åpner videre for innsikt i både menneskelige egenskaper som opplevelser, tanker og forventninger samtidig som det gir mulighet for å undersøke mening og betydning for den enkelte. Målet er å forstå framfor å forklare, og resultatet kan dermed bidra til å utvikle nye beskrivelser ved å presentere både nyanser, mangfold og subjektive erfaringer rundt et tema (Malterud, 2017, s. 32).

4.2 Vitenskapsteori

Vår studie plasserer seg innenfor det fortolkende paradigmet. En slik tankegang har en lang tradisjon som forståelsesgrunnlag innenfor kvalitativ forskning. I det fortolkende paradigmet undersøkes subjektivitet, og forskeren er et viktig redskap i den sammenheng. Det forutsetter at forskeren forstår at verden oppleves ulikt og at opplevelser og erfaringer dermed er knyttet opp til den enkeltes ståsted (Malterud, 2017, s. 27). Det fortolkende paradigme har sine filosofistiske røtter innenfor fenomenologi, hermeneutikk og sosialkonstruktivisme, og disse har dannet grunnlaget for kvalitative forskningsmetoder (Malterud, 2017, s. 29).

Fenomenologi handler om å forstå fenomener ut ifra personens eget synspunkt, og beskrivelsen av det vedkommende opplever, baseres på en tankegang om at mennesket oppfatter verden slik den er (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44). Grunnlegger av fenomenologien som filosofi var Edmund Husserl (1859-1938), som senere videreutviklet begrepet sammen med Martin Heidegger (1889-1976) (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44; Malterud, 2017, s. 28) Fenomenologi som metode ble senere anvendt og systematisert av blant andre psykologen Giorgi (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44-45). Mening er sentralt innenfor fenomenologi da forskeren forsøker å forstå hvilken betydning personen ilegger et fenomen. Målet er å få økt forståelse av, og innsikt i andres livsverden (Johannessen et al. 2010, s. 82).

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster. Fortolkning av mening står her sentralt hvor formålet er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr. (Kvale & Brinkmann, 2015, s.73). Den hermeneutiske erkjennelsestradisjonen har dannet grunnlag for teologi, juss og historie, og ble først formalisert av filosofer på 1700-tallet (Malterud, 2017, s.28). Den hermeneutiske sirkel viser hvordan fortolkninger av meningsfulle fenomener kan, og må begrunnes (Johannessen et al., 2010, s. 364). Kvale og Brinkmann (2015, s.237) beskriver hvordan sirkelen illustrerer en kontinuerlig fram og tilbake-prosess mellom deler og helhet i teksten.

Sosialkonstruksjonismen, som vokste fram på 1900-tallet, bygger på en tanke om at sosiale fenomener er utformet og skapt gjennom menneskelig samhandling. Gjennom dialogen som finner sted innenfor kvalitativ forskning skapes mening og forståelse for mangfoldet i subjektet. I praksisnære retninger som helsefag, hvor man møter individer i

ulike livssituasjoner, kan en slik tilnærming skape relevante veier til kunnskap (Malterud, 2017, s. 29).

Vi har i vår studie et ønske om å utforske og forstå kvinners subjektive erfaringer knyttet til temaet, derfor valgte vi kvalitativ forskningsmetode. Det innebærer at vi er bevisst vår egen forståelse av temaet, og det at kvinnene både vil oppleve og beskrive erfaringen ulikt da dette både påvirkes av samspillet med andre og deres ståsted – som er selve kjernen innenfor det fortolkende paradigmet som de kvalitative forskningsmetodene bygger på (Malterud, 2017, s. 27).

4.3 Rekruttering

Etter å ha kartlagt hvilke kommuner i Trøndelag som har en organisert følge- og beredskapstjeneste, startet vi første uken i september 2023 rekrutteringsprosessen med å kontakte jordmødre tilknyttet helsestasjonen i hver enkelt kommune per telefon. Vi fikk kontakt med jordmor i 15 av 17 kommuner. De fikk tilsendt et informasjonsskriv for å henge opp på de aktuelle helsestasjonene samt at de ble oppfordret til å dele skrevet med kandidater de visste kunne møte inklusjonskriteriene i studien. Samtykkeskjema ble i tillegg oversendt for å gi utfyllende informasjon om prosjektet.

Deltakerne ble rekruttert i perioden september til oktober 2023. Alle hadde fått informasjon om prosjektet vårt via sin kommunejordmor, og samtlige oppfylte inklusjonskriteriene for studien. I løpet av perioden ble vi i tillegg kontaktet av en kvinne som ønsket å delta i studien, og tipset om en mulig deltaker fra en av intervjuobjektene. Disse oppfylte ikke inklusjonskriteriene, og kunne derfor ikke inkluderes. Førstnevnte hadde ikke hatt følge av jordmor, og den andre kunne ikke gjennomføre intervjuet på norsk.

4.4 Utvalg

Ifølge Malterud (2017, s. 57) kreves en utvalgsstrategi i all form for forskning. Vi foretok derfor et strategisk utvalg for å sikre et datamateriale som kunne gi oss svar på problemstillingen.

4.4.1 Inklusjonskriterier

Vi kom fram til følgende inklusjonskriterier:

- Første- eller flergangsfødende som har født siste året
- Bosatt i kommune med organisert følge- og beredskapstjeneste i Trøndelag
- Hatt følge av jordmor inn til sykehus
- Snakker flytende norsk

Fødsel innen siste året ble satt som et inklusjonskriterie da vi vurderte det som viktig for at kvinnene skulle huske detaljer fra sin opplevelse. Vi ønsket kun å rekruttere kvinner som snakket flytende norsk for å sikre at vi kunne gi en lojal gjengivelse av informantenes fortellinger. I tillegg anså vi at engelsktalende informanter ville gjøre transskriberingsarbeidet for omfattende. Ifølge Malterud (2017, s. 58) bør datamaterialet inneholde rike og varierte beskrivelser slik at problemstillingen kan belyses fra flere sider. Videre kan robustheten i materialet øke dersom forskeren er bevisst å ikke velge en homogen gruppe med mennesker (Malterud, 2017, s. 58). Vi rekrutterte derfor både kvinner med risiko- og normale svangerskap, og første- og flergangsfødende uten aldersbegrensning. Vi anså det som betydningsfullt å rekruttere kvinner fra ulike

kommuner, men valgte å avgrense til Trøndelag fylke da dette ga oss mulighet til å gjennomføre fysiske intervju – noe vi vurderte som fordelaktig.

4.4.2 Deltakere

Totalt sju deltakere fra fem ulike kommuner i Trøndelag ble rekruttert til studien. De hadde mellom 1,5 til 2,5 timer avstand til nærmeste fødeavdeling. Fem av kvinnene var flergangsfødende og to førstegangsfødende. Kvinnene var mellom 24 og 43 år, og hadde ulikt utdanningsnivå. Tre av kvinnene fødte før de kom frem til fødeavdeling.

4.5 Datainnsamling

Data ble innhentet via semistrukturerte intervju. Intervjumetoden vektlegger å skape en trygg atmosfære slik at deltakerne kan hente fram sine erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017, s. 69), noe vi anså som betydningsfullt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 20) brukes et semistrukturert intervju når man skal forstå erfaringer ut fra intervjupersonens synspunkt, og videre fortolke betydningen av det informantene beskriver. Det semistrukturerte intervjuet er verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46), men inneholder en intervjuguide med bestemte temaer og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156). Intervjumetoden er preget av åpenhet når det kommer til hvordan spørsmål formuleres og i hvilken rekkefølge de blir stilt, noe som ga oss muligheten til å forfølge utsagn fra deltakerne, fremfor å slavisk følge intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 157). Dette var betydningsfullt for å skape tillit og innhente rike beskrivelser.

Intervjuguiden (tabell 2) ble revidert i flere runder i forkant av intervjuene, hvor vi til slutt landet på tre hovedtema med underliggende oppfølgingsspørsmål. Ifølge Malterud (2017, s. 133), bør intervjuguiden utarbeides i stikkordsform for å minne oss på hvilke data vi ønsker. Vi fant det hensiktsmessig å fjerne noen av underspørsmålene vi hadde utarbeidet i første omgang da vi så at disse innebar liten grad av åpenhet, og kunne gi føringer for svarene.

Fødselstart

- Kan du fortelle oss litt om den dagen da du kjente at fødselen var i gang?

Kontakt med jordmor

- Hvordan opplevde du telefon- samtalen med jordmor som var på vakt?
 - Var denne jordmora kjent for deg?
- Tid fra kontakt til oppmøte
 - Hvordan opplevdes den ventetiden?

Hvordan opplevde du transporten inn til fødeinstitusjonen?

- Hva var viktig for deg
- Opplevelse av ivaretagelse
- Betydning av å ha jordmor tilstede
- Partners rolle
- Informasjon underveis/opplevelse av trygghet
- Utdfordringer
- Andre ting som påvirket opplevelsen? Vær, trafikkforhold etc?

Sett i ettertid

- Kan du si noe om hvilken betydning jordmora hadde for deg i denne situasjonen og for opplevelsen din?
- Er det noe du tenker burde vært gjort annerledes?

Er det noe du tenker det er viktig at vi vet om din historie som du ikke har blitt spurt om?

Hvordan har det vært å prate om dette?

Tabell 2: Intervjuguide

Vi gjennomførte totalt tre fysiske og fire digitale intervju. Intervjutype ble vurdert ut ifra informantens ønske, og vår kapasitet i forhold til reisevei og avsatt tid. Alle intervjuer ble gjennomført av oss to studenter sammen hvor vi vekslet mellom å stille spørsmål på en måte som ble naturlig for oss underveis i samtalen. I tillegg stilte vi oppfølgingsspørsmål for å sikre utdyping av utsagnene vi anså som relevant for problemstillingen vår. Etter å ha gjennomført to intervju gikk vi igjennom intervjuguiden for å vurdere behov for endringer, og fant ut at den kunne stå slik den var.

Intervjuene ble transkribert manuelt umiddelbart etter hvert enkelt intervju. Vi valgte å dele transkriberingsarbeidet imellom oss ved å transkribere halve intervjuet hver, for deretter å sette teksten sammen. Den muntlige samtalen ble direkte oversatt til tekst med informantenes egne ord og uttrykk, slik Malterud (2017, s. 77-78) beskriver.

4.6 Analysemetode

Vi har valgt å bruke systematisk tekstkondensering (STC) som metode for å analysere data i vårt forskningsprosjekt (Malterud, 2017). Ifølge Malterud (2017, s. 97) er STC nyttig for nybegynnere, og gir en overkommelig innføring i analyseprosessen. Dette ble lagt til grunn for valg av metode.

STC er en systematisk tverrgående analyse som gjennomføres i fire trinn. I første trinn dannes et helhetsinntrykk. Deretter identifiseres meningsbærende enheter i trinn to. I det tredje trinnet abstraheres innhold fra meningsbærende enheter, og avslutningsvis – i trinn fire sammenfattes betydningen av dette i en analytisk tekst (Malterud, 2017, s. 98).

Trinn 1: Helhetsinntrykk

Etter å ha lest igjennom det transkriberte datamaterialet fra de første to intervjuene flere ganger, reflekterte vi sammen rundt innholdet og dannet oss et helhetsbilde av kvinnenens opplevelser, slik Malterud (2017, s. 99) beskriver. Vi så allerede her at det dannet seg noen foreløpige tema (Malterud, 2017, s 99-100):

- Kommunikasjon
- Kontinuitet og forutsigbarhet
- Relasjon til jordmor
- Avstand og værforhold
- Egne ressurser
- Opplevelse av transportfødsel
- Refleksjoner i etterkant

Trinn 2: Meningsbærende enheter

Videre leste vi igjennom intervjuene på nytt, og identifiserte meningsbærende enheter. Hvert intervju ble gitt sin egen farge slik at vi enkelt kunne skille de fra hverandre, og gå tilbake til det transkriberte materialet ved behov. Teksten ble gjennomgått grundig for å sikre at utsagn som svarte på problemstillingen ble kodet (Malterud, 2017, s. 101). De meningsbærende enhetene ble deretter kodet til de foreløpige tema fra trinn 1, som nå ble våre kodegrupper. Denne systematiseringen ga oss en bedre oversikt over datamaterialet, og en bedre forståelse over hva de meningsbærende enhetene omhandlet når vi så de i sammenheng med andre utsagn under samme kodegruppe (Malterud, 2017, s. 104). Noen av de meningsbærende enhetene ble foreløpig plassert under flere kodegrupper, da det var utfordrende å se hvor de passet best.

Meningsbærende enheter fra de videre intervjuene ble kodet direkte inn i kodegruppene, samtidig som vi var åpne for å danne nye underveis (Malterud, 2017, s. 111-112). Under koding av intervju fire, fem og seks oppdaget vi meningsbærende enheter som omhandlet utfordringer knyttet til egne vurderinger. Disse ga ny og nyttig kunnskap, men materialet var ikke tilstrekkelig til å danne en ny kodegruppe. Vi valgte derfor å plassere dette under kodegruppen «kommunikasjon», og så for oss en mulig subgruppe. Deretter gikk vi tilbake til de første intervjuene for å se om vi hadde utelatt noe som omhandlet dette, slik Malterud (2017, s. 103) foreslår.

Da alle intervjuer var kodet, ble de meningsbærende enhetene skrevet ut og klipt i lapper, slik at vi kunne gå igjennom dem på nytt. Da hadde vi mulighet til å flytte de vi var usikre på eller hadde lagt under flere kodegrupper (Malterud, 2017 s. 102). Under arbeidet med denne sorteringen ble meningsbærende enheter fra kodegruppene «Refleksjoner i etterkant», «Egne ressurser» og «Opplevelse av transportfødsel» fordelt inn under de andre kodegruppene. Noen av de meningsbærende enhetene ble også forkastet da vi så at de ikke hadde relevans for problemstillingen.

Vi reflekterte underveis i trinn 2 over mulige subgrupper vi syntes naturlig vokste fram i datamaterialet – for eksempel «jordmors kompetanse er betydningsfullt», «jordmor som erstatning for partner» under kodegruppen «relasjon til jordmor» (Malterud 2017, s. 111). Vi noterte oss subgrupper som kunne brukes i neste trinn, men gikk ikke aktivt inn for å dele opp datamateriale allerede på dette tidspunktet. I følge Malterud (2017, s. 111) kan det stenge for videre kreativitet.

Etter arbeidet med kodingen satt vi igjen med følgende kodegrupper:

- Relasjon til jordmor
- Kontinuitet
- Kommunikasjon
- Beredskapsordningen gir forutsigbarhet
- Vær, avstand og trafikkforhold

Trinn 3: Kondensering

Etter å ha nøye sortert de meningsbærende enheter inn under riktig kodegruppe, startet vi arbeidet med å dele inn i subgrupper slik vist i tabellen under.

Kategorier	Subkategorier
Relasjon til jordmor	Trygghet med jordmors kompetanse
	Jordmor fyller flere roller
	Tuner seg inn/tilpasser seg
Kontinuitet	Kjent jordmor gir trygghet
	Ukjent jordmor gir også god opplevelse
Kommunikasjon	Vanskelig/utfordrende med vurderinger
	Tydelige instruksjoner
Beredskapsordningen gir forutsigbarhet	
Vær, avstand og trafikkforhold	

Tabell 3: Kategorier og subkategorier

Vi kondenserte én og én subgruppe innenfor hver kodegruppe før vi gikk videre til neste. Dersom flere meningsbærende enheter ga uttrykk for det samme, valgte vi ut de som ga mest utfyllende informasjon. Kondensatet ble deretter skrevet i et jeg-format, slik Malterud (2017) beskriver. Ord og begreper som deltakerne selv brukte ble skrevet inn i kondensatet for å best mulig gjenfortelle deltakernes egne beskrivelser (Malterud 2017, s. 107).

Kodegruppene «Beredskapsordningen gir forutsigbarhet» og «Vær, avstand og trafikkforhold» ble kondensert uten subgrupper, da vi ikke så noen naturlig inndeling på dette tidspunktet. Etter å ha kondensert alle subgrupper, så vi at disse kodegruppene kunne knyttes sammen, som en kodegruppe med to subgrupper.

Trinn 4: Syntese

I trinn fire ble kondensatene brukt til å lage en analytisk tekst, og de ulike meningsbærende enhetene innen hver subgruppe ble dermed rekontekstualisert til en sammenhengende beskrivelse av informantenes utsagn innenfor hver kodegruppe (Malterud, 2017, s. 108-109). Teksten er gjenfortalt i tredjepersonformat, så nært opp til informantenes utsagn som mulig. Hver subgruppe belyser hovedfunn som inkluderer både fellestrekk og variasjoner, og er avsluttet med et gullsitat, for å nyansere eller utdype beskrivelsene i teksten, slik Malterud (2017, s. 109) beskriver. Noen av sitatene ble identifisert allerede under arbeidet med kondenseringen, mens andre ble funnet etter flere gjennomlesinger av de meningsbærende enhetene.

Underveis i arbeidet med den analytiske teksten, så vi at noen av kodegruppene hadde flere subgrupper enn først antatt. Det bidro til at deler av teksten ble flyttet på, slik at det passet inn under riktig subgruppe. Vi valgte som Malterud (2017, s. 109) foreslår, å ikke gi subgruppene egne undertitler i teksten. I arbeidet med overskrifter til resultatkategoriene omformulerte vi navn på kodegrupper som vi i første omgang brukte som arbeidstitler, for å gi en bedre beskrivelse av hva kodegruppen omhandlet. I følgende tabell presenterer vi resultat kategorier og subkategorier som er brukt i resultatet.

Resultatkategorier	Subkategorier
Jordmors tilstedeværelse og evne til å bygge relasjon er essensielt for en god opplevelse	Jordmor som fagperson
	Jordmor fyller partners rolle
	Jordmor tilpasser seg den enkelte
Følgetjeneste med kjent jordmor er optimalt, men ikke avgjørende for en god opplevelse	Kjent jordmor er optimalt
	Ukjent jordmor er ikke et hinder for en god opplevelse
Kommunikasjon med jordmor er viktig for å vurdere fødselsstart, og tydelig veiledning verdsettes	Vanskelig å gjøre egne vurderinger
	Tanker om hva som kunne gått galt kommer i ettertid
	Tydelig veiledning fra jordmor er betydningsfullt
Beredskapsordningen gir trygghet, men trues av vær- og føreforhold	Trygt å vite at jordmor blir med
	Beredskapsordningen gir forutsigbarhet
	Vær og trafikkforhold skaper usikkerhet
	Avstand er en medvirkende årsak til fødsel utenfor fødeavdeling

Tabell 4: Resultatkategorier og subkategorier

Under arbeidet med den analytiske teksten ble de meningsbærende enhetene og kondensatet gjennomgått flere ganger, for å sikre at ikke vesentlig informasjon ble utelatt. Avslutningsvis gikk vi igjennom det transkriberte materialet, og var ekstra oppmerksomme på to av intervjuene da de hadde bidratt mindre til resultatet enn de andre. Det ble ikke gjort noen endringer, da vi så at den analytiske teksten dekket deltakernes utsagn.

4.7 Etske overveielser

Etske utfordringer vil kunne oppstå gjennom hele forløpet i en forskningsstudie, og spesielt når menneskers privatliv skal utforskes. På bakgrunn av dette bør forskeren ha reflektert over etske problemstillinger som kan oppstå, og ivareta etske prinsipper helt fra starten av prosjektet og frem til resultatet foreligger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Studien er derfor gjennomført i henhold til Helsinki-deklarasjonen (World Medical Association, 2013).

Prosjektet ble godkjent av Sikt 5. juli 2023, godkjenningen ligger vedlagt oppgaven (vedlegg 1). Da vi ikke skulle innhente helseopplysninger, vurderte vi at det ikke var nødvendig å søke «Regional etsk komité» (REK) før oppstart. Et skriftlig samtykkeskjema ble utarbeidet etter mal fra Sikt (u. å) i forkant av studien (vedlegg 2). Det inneholdt informasjon om prosjektets formål samt hva det innebar å delta (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). En av fordelene med å delta i vår studie var muligheten til å bidra med verdifull informasjon om deres gruppe – altså kvinner med lang reisevei til fødeavdeling. I tillegg ble det presisert at deltagelse var frivillig, og at de kunne velge å trekke seg fra studien underveis dersom de ønsket det. Skriftlig samtykkeerklæring ble innhentet av alle deltakerne.

En utfordring vi sto ovenfor i vår studie, var at mange av de vi intervjuet kom fra små steder, der det verken var spesielt mange jordmødre som jobbet, eller kvinner som fødte. Derfor ble deltakerne informert skriftlig og muntlig om at helseopplysninger om de selv eller deres barn ikke skulle deles for å sikre konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.

106). Intervjuene og transkriberingen foregikk utelukkende av oss to studenter som gjennomførte studien. Dersom deltakerne nevnte navn, steder eller ga oss helseopplysninger under intervjuet, ble dette fjernet under transkribering, slik at deltakerne ikke kunne identifiseres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Bakgrunnsinformasjon som alder, paritet og bosted ble lagret på et eget dokument adskilt fra det transkriberte materialet.

Vi benyttet taleopptaker fra NTNU under intervjuene, og lagret opptakene på NTNU-server (NICE-1) fram til transkribering. Videre ga vi alle studiedeltakerne en egen fargekode som erstattet navnet. Oversikt over hvilken studiedeltager som hadde hvilken farge ble oppbevart separat fra dette dokumentet. Deltakerne er gitt fiktive navn i resultatdelen.

5.0 Resultater

5.1 Jordmors tilstedeværelse og evne til å bygge relasjon er essensielt for en god opplevelse

Kvinnene fortalte at de følte seg trygge med jordmor til stede under fødselsarbeidet, og for en av kvinnene var det denne tryggheten som gjorde at hun kunne la kroppen jobbe. Det ble påpekt at opplevelsen trolig ikke hadde blitt den samme uten, og kvinnene hadde i ettertid reflektert rundt hva som kunne skjedd hvis jordmor ikke var der. De framhevet betydningen av at jordmor var erfaren, kunne faget sitt, visste hva hun skulle gjøre og hadde tatt imot flere barn tidligere. Dette bidro til at de følte seg ivaretatt. Noen av kvinnene fortalte at de ikke var redde for fødsel under transport, selv om de påpekte at de helst ville rekke fram. Det å ha med jordmor i bilen ga kvinnene en visshet om at ting ble fulgt opp. Å lytte til barnets hjerterytme, ta tid mellom riene, kontakt med sykehuset og oppdatering til partner underveis var eksempler som ble trukket fram, og en av kvinnene beskrev at jordmor fulgte godt med selv om hun ikke fikk følelsen av at hun jobbet. Oppdatering på hvor lang tid det var igjen til fødeavdelingen var også viktig for mange. Kvinnene beskrev i tillegg at de verdsatte at jordmor formidlet tro på at de mestret fødselen. En av kvinnene opplevde å ha mer erfaring rundt fødsel enn ambulansespersonellet. En annen opplevde at ambulansespersonellet var mer stresset enn henne selv. Begge trakk fram at de verdsatte at ambulansen kom og hentet de, men at det var først da jordmora kom på at de følte de kunne slappe av og gi fra seg kontroll. Uavhengig av om det var nært fødsel eller om jordmor var der bare for en kort stund fortalte kvinnene at de syntes det var godt å ha den beste kompetansen til stede:

«Jeg ble veldig glad når jeg skjønnte at hun skulle være med. Da tenker jeg om jeg plutselig ender opp med å måtte føde før vi kom fram så ... er det ei som kan det (...) liksom jeg stolte på hun og hun kunne hjelpe meg i fødsel på en måte (...) Følte meg trygg hele veien, var ikke noe redd.» (Inga)

Kvinnene som ble fraktet i ambulanse inn til fødeavdelingen hadde ikke partner sammen med seg. De trakk fram at de savnet å ha han der, men hadde forståelse for at det ikke lot seg gjøre, og påpekte at det var viktigere at jordmor var til stede ettersom det ikke var plass til begge to. Situasjonen ble beskrevet som ekstra sårbar, og det ble derfor verdsatt at jordmor trygget og støttet slik partner ville gjort. Den fysiske nærheten ble også fremhevet som viktig. Dette innebar både berøring og bistand til å bevege seg inni ambulansen. Relasjonen til jordmor ble beskrevet som vennskapelig, og som at jordmora tok en morsrolle og passet på:

«Når jeg ikke hadde samboeren min til stede da, kunne ikke holde i hånda hans, og ikke kunne ha støtte i han liksom, så ble hun den rollen da. Også bare det å kunne ta på henne, og holde i kneet hennes og kjenne at hun tok på meg. Det var ... Det var fint» (Marie)

Kvinnene beskrev videre jordmors evne til å tilpasse seg og samarbeide med den fødende som betydningsfullt for opplevelsen. Det kunne innebære at hun var bestemt og tydelig, stille og rolig eller bare pratet om hverdagslige ting. Kvinnene opplevde at jordmor både sa og gjorde de riktige tingene, beroliget og var enkel å prate med. Det at

hun brukte humor og tullet litt underveis ble også beskrevet som fint. Jordmors evne til å lese hver enkelt ble av en kvinne beskrevet slik:

«Det er jo et kunststykke det dere driver med der, det å skjønne hvor den ... Hvor er Sofie akkurat nå liksom. Emosjonelt, altså ikke bare i forløpet, men også emosjonelt. Og hvordan skal jeg møte henne nå. Eller hvilken kanal må jeg stille inn for å møte akkurat henne, akkurat der hun er nå (...) For å få den tilliten, og for å få den tryggheten. Der er hun kjempeflink» (Sofie)

5.2 Følgetjeneste med kjent jordmor er optimalt, men ikke avgjørende for en god opplevelse

Flere av jordmødrene som fulgte opp kvinnene i svangerskapet jobbet også i følge- og beredskapstjenesten. Kvinnene uttrykte at de skulle ønske at fødselen startet da jordmora som hadde fulgt de i svangerskapet var på vakt, og de som opplevde det beskrev det som optimalt av flere årsaker. Muligheten til å ringe direkte til sin kjente jordmor fremfor beredskapstelefon ble fremhevet som positivt. Videre bidro tett oppfølging i svangerskapet til at de fikk et nært forhold, og hadde gjennomgått ønsker og tanker rundt fødsel på forhånd slik at kvinnene slapp å gjenta dette under fødselsarbeidet. Dette ble omtalt som betydningsfullt. De opplevde at det var enkelt å prate sammen, og en av kvinnene beskrev det som en kommunikasjon uten ord da hun møtte sin kjente jordmor. Det at hun kjente til historikk fra tidligere svangerskap og fødsler ga også trygghet, og bidro til at de følte seg helt avslappet da de møtte henne:

«For vi har et veldig, ei helt fantastisk jordmor som vi får veldig godt forhold til i løpet av oppfølginga (...) Hun er veldig til å si «bare ring meg du, hvis du vil» liksom. (...) Og det er jo helt fantastisk for oss som bor sånn at vi får den vi kjenner» (Sofie)

Kvinnene som fikk hjelp av en ukjent jordmor beskrev også en trygg og god opplevelse. Det ble fremhevet som positivt at jordmor fra svangerskapsomsorgen hadde rapportert til den som var i beredskapsvakt. Det bidro til en følelse av at jordmora kjente til både kvinnen og situasjonen. Selv om de skulle ønske at jordmora som hadde fulgt de gjennom svangerskapet var på beredskapsvakt, hadde de forståelse for at det ikke alltid lot seg gjøre, og det ble beskrevet som en stor trygghet bare det å ha med en fagperson i tilfelle de fødte før de kom fram til fødeavdelingen. Det at hun var ukjent hadde ingen betydning i situasjonen. De ukjente jordmødrene ble, i likhet med de som var kjent for kvinnene beskrevet som rolige og flinke. Det å ha hørt noe positivt om jordmora på forhånd, hjalp med tanke på relasjonen. En av kvinnene som rakk fram til sykehus og fødte der fortalte at hun skulle ønske hun fikk pratet med de som var tilstede under fødselen i ettertid. Da kunne hun blitt forklart hva som skjedd og fått en begrunnelse for vurderinger som ble gjort. Kvinnene som fødte før de kom fram til fødeavdeling og hadde ukjent jordmor med seg, hadde ikke behov for samtale med henne i ettertid. De ønsket heller å møte sin kjente jordmor på avtalt hjemmebesøk:

«... ja , det er det jeg føler, selv om det var noen andre som tok imot babyen, så er det liksom jordmora her som er jordmora mi» (Ester)

5.3 Kommunikasjon med jordmor er viktig for å vurdere fødselsstart, og tydelig veiledning verdsettes

For noen av kvinnene var beredskapstjenesten organisert slik at jordmor opphold seg på et sykehus i nærheten uten fødeavdeling, og tjenesten dekket et stort geografisk område. Disse kvinnene opplevde det utfordrende å gjøre egne vurderinger i samråd med beredskapsjordmor i forbindelse med fødselstart. Det å forstå og formidle kroppens signaler ble trukket fram som krevende, særlig hos førstegangsfødende. Kvinnene fortalte at de ble møtt med spørsmål om *hvor* vondt de hadde det, og beskjed om at de gjerne måtte komme inn til beredskapsjordmor for en sjekk, men mest sannsynlig ville bli sendt hjem igjen. Det bidro til at de opplevde tvil rundt egen tolkning av smerter og framgang, og noen av de kjente også på følelsen av å være til bry. For en av kvinnene førte dette til at hun begynte å søke på nettet etter svar. Selv om det ble presisert fra beredskapsjordmor at de måtte dra inn til fødeavdelingen hvis de selv var usikre, følte kvinnene at det ble lagt for mye ansvar over på dem selv til å vurdere hvor de var i fødselsforløpet, hvorvidt de hadde behov for følge av jordmor samt når de skulle ringe ambulanse eller selv kjøre inn til fødeavdelingen:

«... Også er det de som sitter der og er eksperter, ikke sant. Og ja, såklart det er jo vi som skal kjenne etter om fødselen er i gang på en måte, også er det vi som ikke vet hvordan det skal kjennes ut også (...) du får ikke til å stole på din egen kropp for du vet ikke hva det forskjellige betyr da. (...) Altså hadde hun jordmora sagt til meg at – men du kan bare komme inn nå også er vi sikker i stedet så føler jeg at vi kunne blitt spart for den hastinga innover der ...» (Solveig)

I ettertid reflekterte kvinnene over hva som kunne gått galt, og om de burde gjort noe annerledes. For noen omhandlet dette tanker om at de kunne født hjemme dersom de hadde vurdert på en annen måte. Andre tenkte på om de tok kontakt for sent, og om de på noe vis hadde satt barnets liv i fare. Kvinnene som opplevde det utfordrende å gjøre egne vurderinger sa at de kommer til å ta kontakt, og reise inn til fødeavdelingen tidligere ved et eventuelt neste svangerskap. På tross av utfordringer knyttet til egne vurderinger, hadde kvinnene også forståelse for at det kunne være vanskelig for jordmor å bedømme situasjonen. Noen trakk frem at de skulle ønske de fikk hjelp tidligere, men presiserte at det like gjerne kunne være fordi de ikke fikk formidlet godt nok hvor tette og smertefulle riene var:

«Men det var liksom aldri noe snakk om at vi skulle, at de skulle komme, at hun skulle komme i møte. Men vi satte jo heller ikke noe krav om det. Det var litt sånn ... Jeg tror kanskje ikke vi fikk formidlet hvor nært det var» (Liv)

Tydelig veiledning fra jordmor, både over telefon og underveis i transporten til fødeavdelingen ble fremhevet som betydningsfullt for flere av kvinnene som deltok i studien. Dette omhandlet både konkretisering av når kvinnene skulle komme inn til fødeavdelingen, og veiledning underveis i fødselsarbeidet. En av deltakerne fortalte at hun fikk tydelige instruksjoner over telefon for hvordan hun skulle puste seg gjennom riene fremfor å trykke. Vedkommende fortalte at hun er opptatt av å gjøre som helsepersonell sier, og at hun derfor verdsatte at jordmora var såpass tydelig i kommunikasjonen. Kvinnene fremhevet videre betydningen av at jordmora guidet de og tok kontroll over situasjonen. Det var spesielt viktig for en av de da hun følte at hun ville gi opp:

«Hun var sånn passe streng og når jeg «jeg klaaaarer ikke meeeer», «jo, du klarer, og du puster sånn, og du trykker ikke, og nei det går fint og»... og veldig, veldig tydelig da» (Liv)

5.4 Beredskapsordning gir forutsigbarhet og trygghet, men trues av vær- og føreforhold

Kvinnene understrekte at de var svært fornøyde med beredskapsordningen av flere årsaker. Vissheten om at de ville få med seg jordmor inn til fødeavdelingen ga en følelse av trygghet i forkant, og ble i ettertid beskrevet som essensielt for opplevelsen. Det ble påpekt at ettersom ambulansarbeidere har variabelt med erfaring med fødsel var det ikke tilstrekkelig å vite at kun de ville bistå. For de kvinnene med tidligere raske fødsler var det spesielt betydningsfullt å vite at de ville få med seg jordmor inn til fødeavdelingen i tilfelle de ikke skulle rekke fram. En av kvinnene beskrev betydningen av følgetjenesten slik:

«Jeg ønsker i hvert fall å understreke at jeg synes det har veldig stor betydning da. Både liksom under selve fødselen når man står midt i det, men og liksom, den tryggheten som det ga meg i forkant, å vite at man har den muligheten» (Åshild)

Videre ble det fremhevet som positivt at jordmor hadde informert kvinnene på forhånd om når i fødselsforløpet de skulle ringe, og trygget de på at de kunne ringe beredskapstelefonen når som helst- både under graviditet og ved fødsel. Kvinnene syntes det var lett å oppnå kontakt, satte pris på å ha noen å prate med og følte seg ivaretatt med en slik ordning. De fikk beskjed om at de kunne få komme inn for en sjekk ved behov, og det betydde mye å vite at de ville få hjelp til å vurdere om fødselen var i gang. Det bidro til at de slo seg til ro med å være hjemme og unngikk det de så på som unødvendige sykehusturer. For en av kvinnene bidro dette også til at hun ikke følte behov for å benytte seg av tilbud om å flytte nærmere fødeavdeling i ukene før fødsel. Kvinnene trakk i tillegg fram at det var fint å kunne ringe beredskapsjordmor i stedet for legevakt, da de hadde større tiltro til at jordmor kunne hjelpe med svangerskapsrelaterte spørsmål fremfor sykepleier eller lege:

«...ja, det er lørdagskveld og plutselig får du en blødning og... kan selvfølgelig ringe legevakt. Men tross alt så vet de jo mer, de kan si at «du skal se etter sånn og sånn, er det sånn, er det sånn- ja, da kommer du hit så skal vi sjekke» (Liv)

Selv om kvinnene følte at beredskapsordningen ga de en trygghet i forkant av fødsel, kjente flere av de også på bekymringer rundt faktorer de ikke kunne påvirke som vær, trafikkforhold og tidsbruk inn til fødeavdelingen. For noen omhandlet dette redsel for at ferja ikke ville gå eller at ambulansen ikke kom seg fram. En av kvinnene måtte kjøre mot ambulansen da de ikke hadde fått start i kulden. Glatte veier ble nevnt som en annen utfordring da det forsinket transporten inn til fødeavdelingen. Videre var en av kvinnene særlig bekymret for at barnet skulle bli født i bil da det var veldig kaldt ute, og de var langt unna sykehus. Vedkommende fortalte at hun av den årsak ikke ønsker å føde på vinterstid igjen:

«For det kjente jeg på i 17 minus over fjellet, at hva om vi får motorstopp, eller at vi kjører av veien fordi det er så glatt, ikke sant ... For det var så kaldt da og,

hadde du måtte tatt imot så hadde du jo måtte åpne døra og ... iskaldt, ikke sant?» (Solveig)

Avstanden var en medvirkende årsak til at noen av kvinnene fødte før de kom fram til fødeavdelingen. En av kvinnene fortalte at hun savnet fasilitetene som en fødestue samt det å ha barnet hud mot hud etter fødsel, noe hun ikke ble gitt anledning til da de måtte kjøre videre med engang. En annen syntes bilturen inn etter fødsel var fin og rolig. Noen av kvinnene som fødte utenfor fødeavdeling bekymret seg for om de kom til å rekke seg inn ved neste fødsel, mens andre ikke så noen grunn til å uroe seg for det. Kvinnene som måtte stoppe på nærmeste sykehus uten fødeavdeling for å møte jordmor der påpekte at de skulle ønske fødeavdelingen fremdeles var i drift, selv om de følte seg godt ivaretatt under fødselen:

«Så det var ikke noe koselig biltur nei. Så det er jo ulempen med at vi bor så langt unna, da... Men vi er jo heldige og da, at vi har (sted) da, at det går an å gjøre det der selv om det ikke er fødestue der. Alt i alt er det jo veldig trist at føden i (sted) er lagt ned, at vi må helt til (sted)» (Ester)

6.0 Diskusjon av resultater

Vi har brukt Antonovskys teori om salutognese, og kvinnesentrert omsorg sett fra Nicky Leaps perspektiv, som presentert i kapittel «3.0 Teori», for å diskutere våre resultater. I tillegg vil vi sette våre funn i sammenheng med tidligere forskning, retningslinjer og relevant litteratur.

6.1 Jordmorsomsorg i følgetjenesten innebærer mer enn å forebygge risiko for uønskede hendelser

Jordmors tilstedeværelse og evne til å lese hver enkelt ble fremhevet som betydningsfullt av kvinnene som deltok i studien. Ifølge de Jonge et al. (2021) er «watchful attendance» et begrep som bør implementeres i fødselsomsorgen, og et viktig steg imot en mer kvinnesentrert omsorg. De hevder at jordmors tilstedeværelse og oppmerksomhet mot kvinnen er av like stor betydning som de medisinske undersøkelsene som blir gjort (de Jonge et al., 2021). Resultatene fra vår studie viser at en slik tilnærming ble verdsatt av kvinnene. En av de trakk fram at hun følte jordmor fulgte godt med, selv om hun ikke fikk følelsen av at hun jobbet noe særlig – noe som er en sentral del av «watchful attendance» hvor integrering av undersøkelser og observasjoner inngår i helheten av omsorgen (de Jonge et al., 2021). De Jonge et al. (2021) fremhever videre hvordan jordmor, gjennom å bruke sansene og respondere på kvinnens behov hjelper henne til å stole på egen kropp i fødselsarbeidet. Dette ble bekreftet av flere av kvinnene i vår studie, og for en av deltakerne var det nettopp tryggheten med å ha jordmor tilstede som gjorde at hun kunne la kroppen jobbe.

Ifølge Leap (2010) kan det være utfordrende for jordmødre å skape et miljø som føles trygt nok til at kvinnene kan stole på egen kropp når fødselen foregår utenfor hjemmet. Omgivelsene man befinner seg i under en fødsel er av betydning for å fremme normal fødsel og en positiv fødselsopplevelse (Aune et al., 2015). Etersom kvinnene i vår studie ikke befant seg i det man kan se på som et optimalt miljø for å fremme normal fødsel, kan vi tenke oss at jordmors tilstedeværelse, fagkunnskap og evne til å lese hver enkelt ble ekstra betydningsfullt for å klare å finne en vei gjennom fødselssmertene.

Videre fortalte kvinnene at de satte pris på at jordmor opptrådte rolig og viste at hun hadde kontroll. Ifølge Jakobsen et al. (2023) er dette noe jordmødre selv er bevisst og vektlegger for å trygge kvinnene under transport, selv når de står ovenfor utfordrende situasjoner. Kvinnene stolte ikke på at ambulansarbeidere kunne hjelpe dem på en tilstrekkelig måte under fødsel. Ambulansarbeidere opplever selv at de mangler både kompetanse og øving med å håndtere fødsel (Vagle et al., 2019; Persson et al., 2019). De beskriver, i likhet med kvinnene i vår studie, situasjonen tryggere når jordmor er sammen med dem (Vagle et al., 2019). En annen studie som har sett på fedres opplevelse av fødsel utenfor sykehus viser at også de kjenner økt trygghet med jordmor tilstede (Jarneid et al., 2020). Videre fortalte kvinnene i vår studie at de følte at ambulansarbeiderne var mer stresset enn de selv. Ifølge Svedberg et.al (2020) er det betydningsfullt for kvinner at ambulansarbeidere opptrer rolige og trygge, uansett hvordan situasjonen ser ut, og at de mestrer å møte kvinnene på sine behov.

Videre ble det trukket fram som svært betydningsfullt for opplevelsen at jordmor beroliget og støttet slik partner ville ha gjort. Ifølge Leap (2010) bør støtte og omsorg i hovedsak gis fra partner eller den kvinnen selv har valgt ut, fremfor jordmor. For flere av kvinnene i vår studie fungerte jordmor som både partner, mor og venn. Det ble også

nevnt at det var viktigere å ha jordmor der enn partner, i tilfeller hvor det ikke var plass til begge. Det viser hvordan jordmor også er i stand til å gi kvinnen den støtten og omsorgen som partner vanligvis ville ha gjort.

Opplevelsen av å ha tilstrekkelige ressurser, både i seg selv og fra andre er avgjørende for opplevelse av håndterbarhet i en situasjon. Dersom iboende ressurser ikke er tilstrekkelige kan disse gis fra en annen som vedkommende stoler på eller har tillit til (Antonovsky 2012, s. 40). Mathias et al. (2021) understreker hvordan jordmor, igjennom å oppmuntre, være tilstede og gi både fysisk og emosjonell støtte, styrker kvinnenes motstandsressurser og hjelper henne til å komme seg gjennom utfordringer. Sett i lys av Antonovskys teori (2012, s. 40) kan vi tenke oss at jordmor var en avgjørende ressurs for kvinnen i denne situasjonen. For kvinner med lang reisevei ser det ut til å være spesielt viktig med emosjonell støtte, faglig trygghet og tilstedeværelse av jordmor da de som regel ikke har partner med seg, og befinner seg langt unna nærmeste fødeavdeling.

6.2 «Det er jordmora her som er jordmora mi» – betydningen av kontinuitet i svangerskapsomsorgen

Kvinnene som fikk følge av kjent jordmor under transport til fødeavdelingen beskrev dette som svært positivt da hun kjente til kvinnens tanker og ønsker for fødsel, og de hadde dannet en relasjon på forhånd. Caseload midwifery er en modell som fokuserer på kontinuitet i omsorgen hvor den fødende sikres oppfølging av én, eller et lite antall jordmødre gjennom svangerskap, fødsel og barseltid som hun kan utvikle et forhold til (Jepsen et al., 2016). Flere studier viser at en slik omsorgsmodell verdsettes av kvinner og jordmødre (Forster et al., 2016; Larsson et al., 2020; Mathias et al., 2021). Dette bekreftes av de kvinnene som opplevde en slik kontinuitet i vår studie. En norsk studie som har undersøkt jordmødres erfaringer med følge- og beredskapstjeneste fant at, i de tilfellene jordmor og kvinne kjente hverandre fra før fra svangerskapsomsorgen, ga dette en trygghet som de opplevde bidro til at kvinnene kunne konsentrere seg fullt og helt om fødselsarbeidet (Jakobsen et al., 2023). Dette sammenfaller med det kvinnene i vår studie fortalte om sin opplevelse med å ha en kjent jordmor sammen med seg.

Resultatene viser også at kvinnene som fikk bistand av ukjent jordmor i forbindelse med fødsel hadde en god opplevelse. Det å bli møtt med omsorg kombinert med faglig trygghet ble fremhevet som betydningsfullt, og det at kvinnene ikke kjente jordmor hadde derfor ingen betydning i situasjonen. Det ble imidlertid påpekt som betydningsfullt at jordmor fra svangerskapsomsorgen hadde gitt informasjon om kvinnen til jordmor som gikk på beredskapsvakt. Selv om kvinnene i vår studie formelt sett ikke ble fulgt opp etter caseload-modellen, ser vi at oppfølgingen på små steder allikevel innebærer elementer fra modellen, da det er en forholdsvis liten gruppe gravide, samtidig som flere av jordmødrene jobber både i svangerskapsomsorgen og beredskapstjenesten.

I og med at svangerskap og fødsel er uforutsigbart og ulikt for hver kvinne, må jordmødre hjelpe kvinnen til å forberede seg på det (Mathias et al., 2021), noe som også poengteres av Leap (2010), som understreker betydningen av å omfavne usikkerheten sammen. Både Leap (2010) og Mathias et al. (2021) fremhever at dette er mer oppnåelig dersom kvinnen har en kjent jordmor sammen med seg. Vi kan tenke oss at kontinuiteten i svangerskapsoppfølgingen og forberedelsen kvinnene gjorde sammen med sin jordmor i forkant av fødsel, bidro til at de fikk en god fødselsopplevelse, og opplevde å både begripe og håndtere situasjonen (Antonovsky, 2012), selv om jordmor var ukjent.

I de nasjonale retningslinjene for barselomsorgen (Helsedirektoratet 2024a) anbefales postpartum-samtalen gjennomført med jordmor eller lege som var til stede under fødsel for en avslutning eller evaluering av både kompliserte og ukompliserte forløp. En av kvinnene i vår studie fortalte at hun skulle ønske hun fikk pratet med jordmora som tok imot barnet da hun i ettertid hadde tenkt på om barnets liv var i fare på noe tidspunkt. Brudal (2000, s. 45) hevder at postpartum-samtalen er nyttig for å integrere både de spesifikke og normale erfaringene som rommes i en fødselsopplevelse. Dersom denne integreringen ikke finner sted kan det oppstå en indre ubalanse og uro (Brudal, 2000, s. 39). Kvinnene i vår studie som fødte før de kom fram til fødeavdelingen med en ukjent jordmor til stede fortalte imidlertid at de ikke hadde behov for en samtale med henne i ettertid. De ønsket heller å prate med sin kjente jordmor. Vår studie bekrefter behovet for postpartum samtale, men ikke nødvendigvis med jordmor som var med på fødselen. For å imøtekomme kvinners individuelle behov bør det derfor være opp til henne selv hvem hun ønsker å prate med i ettertid. Resultatene fra vår studie synliggjør betydningen av relasjonen kvinner har til jordmor i svangerskapsomsorgen. Slik vi ser det, med bakgrunn i Caseload-modellen (Jepsen et al., 2016) kan kontinuiteten de opplever gjennom svangerskapet, bidrar til at relasjonen blir ekstra sterk og de derfor foretrekker å prate med sin kjente jordmor om fødselsopplevelsen.

6.3 Å forstå kroppens signaler kan være utfordrende

Noen av kvinnene i vår studie følte at det ble lagt for mye ansvar over på de selv til å vurdere fødselsstart og framgang da de ringte inn til beredskapsjordmor. Flere fortalte at de ventet med å dra inn til fødeavdelingen, på grunn av risikoen for å bli sendt hjem – noe andre studier også bekrefter (Vik et al., 2016; Eri et al., 2010). En av deltakerne som var førstegangsfødende syntes det var vanskelig å forstå signaler fra egen kropp, når hun aldri hadde født før. Myhre et al. (2021) bekrefter at dette er noe førstegangsfødende opplever som utfordrende. En annen kvinne fortalte at hun ble usikker på hvor langt hun var kommet i fødsel etter å ha pratet med beredskapsjordmor på telefon, da hun ble møtt med spørsmål om hvor vondt hun hadde det. Hun begynte derfor å søke på nett etter svar. Ifølge Myhre et al. (2021) kan det å bruke gode kilder til informasjon fra nettet være nyttig, men det må komplementeres med en individuell samtale med en erfaren jordmor for at kvinnen skal kjenne seg trygg. Å møte kvinner og deres sårbarhet i tidlig fase av fødsel kan være en utfordrende oppgave for jordmødre (Eri et al., 2010). Måten jordmor stiller spørsmål på er derfor viktig i samtale med den fødende. Dersom hun kun fokuserer på standardspørsmål rundt regelmessighet og varighet av rier kan hun miste viktig informasjon fra kvinnene, samtidig som kvinnene mister mulighet til å uttrykke sine behov (Eri et al., 2010).

Leap (2010) beskriver hvordan jordmoromsorg skal fokusere på kvinners individuelle behov, og ikke på hva som er forventet av helsepersonell. Den vektlegger at kvinnen skal ta selvstendige, informerte valg, og at jordmødre skal jobbe på en måte som legger til rette for dette. Det forutsetter at jordmor inntar en rolle hvor hun fungerer som et sikkerhetsnett, og ikke legger føringer for kvinnen (Leap, 2010). Kvinnene i vår studie fortalte imidlertid at de verdsatte at jordmora tok kontroll over situasjonen og ga tydelige instruksjoner, og flere av dem satte pris på at jordmora tok en aktiv rolle i fødselen.

Leaps beskrivelse av kvinnesentert omsorg (2010) gir et utgangspunkt for å forstå resultatene fra vår studie på ulike måter. På den ene siden kan man tenke seg at jordmødrene kvinnene pratet med jobbet på en måte slik Leap (2010) beskriver, hvor jordmor støtter opp under at kvinnen tar egne og informerte valg, og selv må vite når hun har behov for helsehjelp. På den andre siden beskrev kvinnene det som utfordrende

å tolke og beskrive kroppens signaler, og en av dem fortalte at hun derfor skulle ønske at jordmora bestemte når hun skulle komme inn, fremfor at det ble opp til henne selv. Skal man jobbe etter Leaps modell (2010), er det viktig at kvinnene får god informasjon, slik at de er i stand til å ta velinformerte valg.

Dersom vi legger Antonovskys teori (2012, s.40) til grunn for å forstå hvorfor noen kvinner opplevde dette som utfordrende kan vi tenke oss at kvinnenes iboende ressurser ikke var tilstrekkelige i situasjonen, og at de dermed var avhengig av hjelp fra andre. Når kvinnene da opplevde å ikke få tydelige beskjeder eller konkret veiledning fra jordmor på telefon, ble det mer utfordrende for dem å håndtere situasjonen. Dette underbygger betydningen av at jordmødre som arbeider i følge- og beredskapstjeneste hjelper kvinnen med å identifisere egne ressurser samtidig som hun stiller sin fagkompetanse og erfaring til rådighet når det trengs.

6.4 Betydningen av følgetjenesten når antall fødeinstitusjoner reduseres, og avstanden øker

Flere av kvinnene vi pratet med formidlet liten grad av bekymring knyttet til lang reisevei, og forutsigbarheten med følgetjenesteordningen var en hovedårsak til dette. Antonovsky (2012) beskriver at personer som scorer høyt på komponenten begripelighet har en forventning om at hendelser de utsettes for, enten er forutsigbare eller enkelt kan settes i en sammenheng, fremfor uorganisert eller tilfeldig. For kvinnene i vår studie var det det nettopp vissheten om at de kunne ringe beredskapstelefon ved spørsmål, få hjelp da fødselen startet og følge av jordmor inn til fødeavdeling som gjorde at de slo seg til ro med å være hjemme i forkant av fødselen. Vi kan dermed tenke oss at kvinnene scoret høyt på komponenten begripelighet. Ifølge Antonovsky (2012) er komponentene begripelighet og håndterbarhet avhengig av hverandre da opplevelsen av å ha ressurser til rådighet for å håndtere en situasjon avhenger av at man vet hva som skal skje, og hvilke krav man blir stilt ovenfor – noe følgetjenesteordningen bidrar til.

Kvinnene fortalte videre at vær og føreforhold skapte en usikkerhet i forkant av fødsel. Ifølge Jakobsen et al. (2023) er dette noe jordmødre som arbeider i følgetjenesten også bekymrer seg for. Sett i lys av Antonovsky (2012) kan dette være faktorer som truer forutsigbarheten og dermed begripeligheten. Samtidig understrekte kvinnene betydningen av at beredskapsjordmor var tilgjengelig for dem gjennom hele døgnet, og vissheten om at de ville få hjelp uansett. Det var bidragsgivende til at de slo seg til ro med å være hjemme tross usikkerheten rundt faktorer de ikke kunne kontrollere. Ifølge Antonovsky (2012) er opplevelse av mening den mest sentrale komponenten for å oppnå sterk opplevelse av sammenheng (OAS). Personer som scorer høyt på denne komponenten har klare tanker om hva de synes det er verdt å engasjere seg i, og tar utfordringer fordi de opplever at det gir dem mening på det følelsesmessige planet (Antonovsky, 2012). Vi kan tenke oss at kvinner i distriktene finner det så meningsfullt å kunne velge hvor de bosetter seg og føder barn, at de er villige til å leve med utfordringene som avstanden, vær og føreforhold medfører.

I de nasjonale retningslinjene for fødselsomsorgen foreligger overordnede føringer for seleksjonskriterier til de ulike fødeinstitusjonsnivåene. For enkelte kvinner innebærer dette at de blir selektert til å føde på et sykehus som er lengre unna enn sitt lokale sykehus. Dersom helsehjelpen vurderes som akutt, har imidlertid helsepersonell mulighet til å vurdere om den fødende skal få hjelp på det nærmeste sykehuset fremfor å sendes videre (Helsedirektoratet, 2024a). Dette var tilfelle for noen av kvinnene i vår studie som fødte på et sykehus med nedlagt fødeavdeling. De fortalte at de skulle ønske

fødeavdelingen fremdeles var i drift slik at de slapp å reise så langt, spesielt på årstider hvor føreforhold var utfordrende. En studie utført i Australia beskriver hvordan kvinnene opplevde det som et paradoks at de ikke kunne føde på jordmorstyrt enhet i sitt nærområde, men måtte reise langt for å føde på kvinneklinikk, da den lange reisen gjorde at de risikerte å føde langs veien-noe som er en risiko i seg selv (Dietsch et al., 2010).

Kvinnehelseutvalget påpeker hvordan nedleggelse av fødetilbud vekker sterke reaksjoner blant mange, men beskriver at det er uenighet i kunnskapsgrunnlaget knyttet til risiko for mor og barn ved lang avstand til fødeavdeling (NOU 2023: 5). Forskningen er allikevel tydelig på at risikoen for uplanlagt fødsel utenfor institusjon øker med økt avstand til fødeavdeling (Gunnarsson et al., 2014; Engjom et al., 2017; Örtqvist et al., 2021; Ames et al., 2022). Selv om kvinnene i vår studie følte seg ivaretatt under fødsel, savnet de fasilitetene som en fødestue har samt hud-mot-hud-kontakt med barnet etter fødsel. Det viser at det er flere faktorer, utover mor og barns sikkerhet kvinnene vektlegger når de skal føde og har behov for følgetjeneste.

7.0 Diskusjon av metode

Malterud (2017, s. 18) benytter begrepene refleksivitet, validitet (intern og ekstern) og relevans som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap. Vi vil legge disse begrepene til grunn for metodediskusjonen vår.

7.1 Refleksivitet

Refleksivitet omhandler forskerens evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner. Dette var noe vi var bevisst fra start til slutt i prosjektet, slik Malterud (2017, s. 19) betegner som viktig. Veivalg ble dokumentert i prosjektloggen og vi har gjort rede for fremgangsmåter og vurderinger både i metodekapittelet og i avsnittene om intern og ekstern validitet som følger under. I følge Malterud (2017, s. 21) innebærer refleksivitet at forskeren også gjør rede for, og er bevisst sitt eget ståsted. Vi har redegjort for vår forforståelse i kapittel 2.0 og det teoretiske rammeverket i kapittel 3.0. Nedenfor vil vi beskrive hvordan forforståelsen har påvirket valg gjennom forskningsprosessen.

Vi var i forkant av intervjuene bevisst vår egen forforståelse og forsøkte å unngå at våre holdninger og antagelser skulle påvirke kvinnes historier. Det innebar at vi unnlot å ytre egne tanker og erfaringer, og at vi samtidig var bevisst på å ikke stille førende spørsmål som kunne lede de inn på spor av vår forforståelse. I tillegg opplevde vi at vår bakgrunn som jordmorstudenter og mødre, ga oss en fordel i møte med kvinnes historier, da det ga oss et forståelsesgrunnlag for det de opplevde. I følge Malterud (2017) vil det man har med seg inn i et forskningsprosjekt være med på å påvirke funnene (bias). Derfor er det å identifisere sine egne posisjoner og holdninger er avgjørende (Malterud, 2017). Variert praksiserfaring fra både fødsels- og svangerskapsomsorgen, samt ulik erfaring fra arbeid som sykepleiere bidro til gode refleksjoner og muligheten til å se på resultatene fra ulike synspunkt. Slik erfarte vi at våre forhåndskunnskaper og posisjoner ble en ressurs inn i studien (Malterud, 2017). Det at ingen av oss har direkte erfaring knyttet til temaet mener vi er en styrke, da det kunne ha påvirket hvordan vi hadde både innhentet og tolket data.

Det teoretiske rammeverket har også vært med på å gi oss en mer nyansert forståelse for funnene. Det å legge to ulike teorier til grunn for å forstå resultatene ser vi på som en styrke i oppgaven da dette bidro til at vi kunne se på resultatene fra flere sider. Antonovskys teori (2012) har hele veien vært enkel å sette i sammenheng med funnene, mens Leaps (2010) konsept for kvinnesentrert omsorg ble mer forståelig for oss underveis i prosessen. I starten opplevde vi det utfordrende å tolke resultatene ut fra Leaps perspektiv, da vi tolket det som at jordmor ikke skal ha en sentral rolle i svangerskap, fødsel og barseltid (Leap 2010) - noe vi opplevde stod i kontrast til våre resultater. Etter hvert så vi imidlertid at elementer fra hennes konsept var nyttige å diskutere opp mot. Ved å inkludere Leaps synspunkter på kvinnesentrert ble vi dermed utfordret til å forstå og diskutere resultatene fra et annet perspektiv- noe vi mener har skapt en bredde i diskusjonen.

7.2 Validitet

Kvale og Brinkmann (2015, s. 276-281) beskriver at valg av metode er avgjørende for å sikre validitet. Videre løfter de fram hvordan validitet ikke bare handler om valg av metode, men også forskerens evne til å vurdere kvaliteten på de funnene som

forskningen gir. Malterud (2017, s. 23) omtaler validitet som intern og ekstern og vi vil diskutere vårt arbeid ut ifra det.

Intern validitet

Ifølge Malterud (2017, s. 23) omhandler intern validitet at forskeren har benyttet riktige kartleggingsverktøy for å kunne besvare problemstillingen.

Vi erfarte tidlig at det semistrukturerte intervjuet fungerte godt da deltakerne villig fortalte om sine opplevelser knyttet til problemstillingen. Det at intervjumetoden er preget av åpenhet når det kommer til hvordan spørsmål stilles og i hvilken rekkefølge (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156-157) bidro til at deltakerne naturlig kom inn på tema fra intervjuguiden uten at vi behøvde å stille alle spørsmålene. Det at vi brukte tid i starten av hvert intervju til å bli kjent med deltakerne samtidig som vi fortalte litt om oss selv var betydningsfullt for å skape en tillitsfull atmosfære. I følge Malterud (2017, s. 133) er dette en forutsetning for å innhente rike og relevante data. Selv om ingen av oss hadde gjennomført forskningsintervju tidligere, opplevde vi at erfaringen vi hadde med oss som sykepleiere når det kommer til å lytte og samtale med mennesker i ulike livssituasjoner var nyttig.

Vi valgte under de første intervjuene å ikke avbryte deltakerne da de pratet. Dette var noe vi var bevisst, fordi vi var åpne for at avsporinger også kunne lede oss til viktig kunnskap (Malterud, 2017, s. 134). Dette resulterte i et rikt datamateriale, men vi så også at deler av det inneholdt informasjon som ikke omhandlet problemstillingen. I tillegg så vi at enkelte utsagn burde vært forfulgt og utdypet. Balansen mellom å la deltageren prate fritt, og samtidig holde seg innenfor tema som omhandler problemstillingen er ikke alltid så enkelt (Malterud, 2017, s. 134). Vi så ikke behov for å endre intervjuguiden, men valgte å stille flere utdypende spørsmål i de neste intervjuene, og opplevde da å få mer utfyllende beskrivelser som besvarte problemstillingen, noe Malterud (2017) anbefaler. I tillegg stilte vi oppklarings spørsmål som «har jeg forstått deg riktig når du sier at...», for å sikre dialogisk validitet (Malterud, 2017, s. 193).

Vi vurderte å gjennomføre et pilotintervju i forkant av studien, men ifølge Malterud (2017, s. 55), er det ikke nødvendig å holde pilotintervju utenfor analysen, da entusiasmen forskeren viser i de første intervjuene ofte leder til god dialog. Vi valgte derfor å ikke betegne det første intervjuet som et pilotintervju, men benyttet heller prosjektloggen for å notere hva vi syntes fungerte, og hva vi måtte endre på underveis, slik Malterud (2017, s. 55) foreslår. Prosjektloggen ble benyttet også videre i prosjektet, og var et nyttig verktøy gjennom hele prosessen.

Det at vi gjennomførte alle intervjuene sammen ser vi på som en styrke, da informasjon som transkriberes ikke kan gi en helt nøyaktig gjengivelse av det man skal undersøke (Malterud, 2017, s. 77). Ved at vi begge var tilstede, sikret vi en mer korrekt gjengivelse av informantenes fortellinger og et bedre utgangspunkt for å forstå datamaterialet. I tillegg ga det oss mulighet til å fange opp ulike utsagn eller perspektiver fra informantene, og dermed kunne utfylle hverandre med å stille ulike oppfølgings spørsmål.

For oss som uerfarne forskere var det, underveis i studien utfordrende å vite når vi hadde tilstrekkelig materiale til å avslutte datainnsamlingen. Metning er et begrep som benyttes når forskeren tar en avgjørelse om at ytterligere datainnsamling tilfører lite eller ingen ny kunnskap (Fritz & Lysack, 2020, s. 303). Malterud (2017, s. 64-65) hevder at begrepet metning er problematisk å bruke for å avgrense utvalget da det å påstå at man ikke hadde fått ny innsikt med ytterligere datainnsamling er en subjektiv oppfatning som

avhenger av flere faktorer. Hun understreker at det er informasjonsstyrken som bestemmer hvor mange deltakere det er behov for i et forskningsprosjekt (Malterud (2017, s. 63). Problemstillingens tydelighet, utvalget, kvaliteten i dialogene, teorigrunnlag og analysemetode danner grunnlag for vurdering av denne, og høy informasjonstyrke fra et lavt antall deltakere (4-7) kan være nok til å gi et tilfredsstillende datamateriale (Malterud, 2017).

Etter å ha gjennomført sju intervjuer så vi gjennom analyseringsarbeidet at informantene hadde gitt oss både varierte, og detaljerte beskrivelser som ga oss gode svar på problemstillingen. I tillegg så vi gjennom analyseringsarbeidet med de tre siste intervjuene at flere utsagn sammenfalt med allerede eksisterende data fra foregående intervjuer. Selv om vi ikke kunne stadfeste at nye intervjuer ikke ville gitt oss nye perspektiver, vurderte vi at den samlede informasjonsstyrken var høy nok til å avslutte datainnsamlingen på tross av at vi i utgangspunktet var åpne for flere deltakere.

Vi erfarte gjennom intervjuprosessen at de digitale intervjuene ga oss like gode beskrivelser som de fysiske. Dette på tross av at vi på forhånd hadde tenkt at den digitale skjermen kunne skape et hinder for åpenhet, mulighet til å tolke kroppsspråk, og dermed forfølge utsagn. I og med at de digitale intervjuene fungerte så godt, ser vi at vi kunne valgt å utvide til kommuner utenfor Trøndelag, og gjennomført flere digitale intervju. Allikevel ser vi det som en fordel at vi også fikk gjennomført fysiske intervju, da kjøreturen vi tok for å møte informantene ga et godt bilde på avstanden de må forholde seg til.

Vi erfarte STC som en nyttig metode for å analysere vårt datamateriale. Metoden var enkel å sette seg inn i, og vi opplevde at det hjalp oss med å se hvordan vi skulle hente ut meningsbærende enheter og deretter sette det sammen til en analytisk tekst. Vi opplevde likevel en utfordring med å følge metoden slavisk under trinn 1 i analysen. Her valgte vi å gå videre med alle åtte foreløpige tema, som da ble til kodegrupper i trinn 2. Dette er ikke i henhold til Malterud (2017, s. 100), som sier at vi man i utgangspunktet skal enes om 4-5 kodegrupper før meningsbærende enheter kodes. Etter meningsbærende enheter fra alle intervju var kodet inn under de åtte kodegruppene, så vi på helheten, og både fjernet og føyde sammen noen av de, slik at vi satt igjen med fem kodegrupper. Vi valgte å gjøre det slik for å unngå å miste verdifull informasjon, og vi erfarte at flere kodegrupper innledningsvis gjorde det enklere for oss å systematisere datamaterialet og holde oversikt, spesielt ettersom vi startet analyseringen etter to intervju.

Vi var lenge i tvil på om vi skulle inkludere kodegruppen «vær, avstand og trafikkforhold», da vi var usikre på om dette egentlig omhandlet kvinnenens opplevelse. Vi så allikevel at dette var noe samtlige deltakere kom inn på uten at vi spurte, noe som ga oss innsikt i at dette var noe som opptok dem, og hadde innvirkning på opplevelsen. Vi besluttet derfor at dette var viktig å få med for å belyse kvinnenens opplevelse. Senere i analyseprosessen så vi at usikkerheten rundt vær og trafikkforhold sto fint i kontrast til den forutsigbarheten følgetjenesteordningen ga.

Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om hvorvidt funnene fra en forskningsstudie kan gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger enn der prosjektet ble utført, altså om resultatene er *overførbare* (Malterud, s. 24). Malterud (2017, s. 24.) hevder at ingen kunnskap er allmenngyldig slik at den kan benyttes under alle omstendigheter, derfor er

generaliserbarhet et problematisk begrep. Slik vi tolker Malterud (2017, s. 66), er derfor overførbarhet et bedre mål. Overførbarheten bygger på andre prinsipper enn utvalgets omfang, og øker dermed ikke i takt med antall deltakere. Et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke kan gi grunnlag for utvikling av ny kunnskap som kan være overførbare til andre steder enn der studien ble gjennomført (Malterud, 2017, s. 63).

Den eksterne validiteten blir svak dersom man kun forholder seg til den lokale konteksten uten å overveie betingelser for overførbarhet (Malterud, 2017, s. 24). Selv om vi valgte å avgrense til kommuner i Trøndelag mener vi at resultatene fra studien også kan gi nyttig informasjon for kommuner med organisert følge- og beredskapstjeneste andre steder i landet. Kvinnene er rekruttert fra fem ulike kommuner som representerer variasjoner når det kommer til avstand til fødeavdeling, værforhold og transportmiddel samt organisering av beredskapen – i likhet med kommuner utenfor Trøndelag. Vi mener det er en styrke for oppgaven at kvinnene vi har intervjuet er bosatt i kommuner med ulik organisering av følge- og beredskapstjenesten. Det at enkelte hadde en stor tjeneste å forholde seg til, mens andre hadde mindre, virket inn på opplevelsen. Variasjon i alder, paritet og utdanningsnivå blant kvinnene samt det at noen av kvinnene fødte før de kom fram til fødeavdelingen skapte bredde i datamaterialet, hvor vi fikk frem nyanser innenfor kvinnenenes erfaringer.

Kvinnene vi intervjuet pekte på spesifikke ting de vektla under svangerskapsoppfølgingen og betydningen av tilstedeværelse av jordmor under fødsel. Kanskje er dette nyttig informasjon for jordmødre som jobber andre steder enn i følge- og beredskapstjenesten, og at resultatene dermed kan være overførbare til andre kontekster.

Ingen av kvinnene vi inkluderte hadde bakgrunn fra andre kulturer. Dette ser vi på som en svakhet i oppgaven. Det ville vært fordelaktig da vi tenker at det kunne gitt oss andre perspektiver på det å ha følge av jordmor. Dersom vi hadde valgt å også inkludere informanter som ikke snakket flytende norsk, ville det kanskje vært lettere å rekruttere kvinner fra andre kulturer. Allikevel ble det å sikre en lojal gjengivelse av informantenes erfaringer vektlagt mer, da vi så på det som for utfordrende å håndtere datamaterialet på annet språk enn norsk. Av samme årsak ønsket vi ikke å bruke tolk under intervjuene.

Bakgrunnen for å gjøre et strategisk utvalg til studien var at vi ville sikre deltakere fra ulike kommuner, da vi mente det var viktig for å belyse problemstillingen, samt sikre overførbarhet (Malterud, 2017, s. 58-59). I tillegg er ikke kvinner som har hatt følge av jordmor inn til fødeavdeling noen stor gruppe relativt sett, og vi anså det derfor som mest hensiktsmessig å rekruttere via jordmødre i svangerskapsomsorgen. Dette kan imidlertid også representere en svakhet i studien. Malterud (2017, s. 68) understreker at utvalgsbias er en kalkulert risiko når det foretas et strategisk utvalg da kunnskapen alltid vil påvirkes av hvor den hentes fra. Forskeren bør derfor forsøke å unngå at skjulte forutsetninger forstyrrer kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017, s. 68). Selv om vi opplevde det fordelaktig at jordmødrene tipset kvinner de visste kunne gi oss utfyllende og varierte beskrivelser, ble vi etter hvert oppmerksom på at studiens problemstilling kan ha påvirket hvilke kvinner som ble rekruttert, da det er nærliggende å tro at jordmødrene ikke ville ha informert kvinner de visste hadde en dårlig opplevelse med følge av jordmor. Dette fordi mange av jordmødrene i svangerskapsomsorgen også jobbet i følge- og beredskapstjenesten.

Et tilgjengelighetsutvalg skiller seg fra et strategisk utvalg ved at det baserer seg på å inkludere deltakere det er mulig å få tak i (Malterud, 2017, s. 58-59). I starten av intervjuprosessen åpnet vi for å også bruke nettverket til informantene for å sikre flere

deltakere, slik beskrevet innenfor snøballrekruttering. Dette førte til at vi ble tipset om to aktuelle kandidater, men disse oppfylte ikke inklusjonskriteriene for studien.

7.3 Relevans

Studiens relevans, eller gyldighet baserer seg hvorvidt resultatene tilfører feltet noe nytt, som man ikke visste fra før. Selv om alle spilleregler er fulgt underveis i forskningsprosessen, er det først når studien er ferdig og publisert at forskeren kan se om andre drar nytte av kunnskapen (Malterud, 2017, s. 21-22). Ved at andre skal dra lærdom av kunnskapen, angår også relevansen overførbarheten av kunnskapen (Malterud, 2017), slik omtalt under ekstern validitet. Slik vi tolker Malterud (2017, s. 21), medfører ikke studiens overførbarhet det at den har relevans, dersom den ikke tilfører noe nytt.

I forkant av studiens utførte vi litteratursøk for å se hva som var kjent innenfor feltet , dette er gjort rede for i kapittel «1.0 Innledning». Da vi ikke fant forskning på kvinners opplevelse med følge av jordmor inn til fødeinstitusjon, anså vi temaet og problemstillingen som relevant for å gi ny innsikt.

Vi mener at resultatene fra studien gir ny og verdifull kunnskap for jordmødre som arbeider i følge- og beredskapstjenesten, og den underbygger betydningen følgetjenesteordningen har for kvinner. I tillegg kan den kanskje også ha relevans for jordmødre som jobber i svangerskapsomsorgen og ambulansesarbeidere. Resultatenes relevans vurderes imidlertid først og fremst av de som kan dra nytte av kunnskapen (Malterud, 2017, s. 21).

8.0 Konklusjon

For kvinner bosatt i distriktene er følgetjenesteordningen avgjørende for at de skal kunne kjenne seg trygge i forbindelse med fødsel. Det er betydningsfullt for kvinner å ha jordmor tilstede og ikke kun ambulanspersonell, for å kjenne seg ivaretatt. Jordmor må hjelpe, især førstegangsfødende til å tolke kroppens signaler i fødsel samt når kvinnen skal kjøre inn til fødeavdelingen eller har behov for følge. Tydelige instruksjoner og evne til å tilpasse seg den enkelte verdsettes. Kvinner som ikke har partner med seg i ambulansen har behov for at jordmor viser ekstra støtte og omsorg. Følgetjenesteordningen bidrar til forutsigbarhet, men trues av vær- og føreforhold.

Studien tilfører feltet ny kunnskap da den gir ett innblikk i hvordan kvinner opplever å ha følge av jordmor inn til nærmeste fødeinstitusjon i forbindelse med fødsel. Funn som omhandler jordmors væremåte og kvinnes behov for informasjon reflekterer tidligere forskning på feltet. Samtidig gir funnene et nytt og viktig innblikk i hva som vektlegges i omsorgen, og underbygger betydningen av at kommuner med avstand over 90 minutter til nærmeste fødeinstitusjon har en organisert følge- og beredskapstjeneste

Funn fra studien kan gi nyttig innsikt for jordmødre som arbeider i følge- og beredskapstjeneste, og kan også være et bidrag inn i diskusjonen rundt hvordan følge- og beredskapstjenesten skal organiseres ved at kvinnes stemme synliggjøres. Fødsel er en viktig begivenhet i en kvinnes liv. Det å ha jordmor tilstede sammen med seg innebærer ikke utelukkende å forebygge risiko for uønskede hendelser, men også det å sikre en best mulig fødselsopplevelse.

Ettersom vi kun har intervjuet et fåtall kvinner i en avgrenset del av landet mener vi at det bør gjennomføres flere slike studier for å i større grad kunne belyse kvinners erfaringer knyttet til temaet. Dette bør komplementere kvantitativ forskning.

Litteraturliste

- Ames, H., Forsetlund, L., Larun, L., Hval, G., & Muller, A. E. (2022). *Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/betydningen-av-lang-reisevei-til-fodeinstitusjon-og-folgetjeneste-for-gravide-og-fodende-revidert-rapport-2022.pdf>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal akademisk.
- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag: teori, empiri og metode*. Fagbokforlaget.
- Brudal, L. F. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Fagbokforlaget.
- de Jonge, A., Dahlen, H., & Downe, S. (2021). 'Watchful attendance' during labour and birth. *Sex Reprod Healthc*, 28, 100617-100617. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100617>
- Dietsch, E., Shackleton, P., Davies, C., Alston, M., & McLeod, M. (2010). 'Mind you, there's no anaesthetist on the road': women's experiences of labouring en route. *Rural Remote Health*, 10(2), 1371-1371. <https://doi.org/10.22605/RRH1371>
- Engjom, H. M., Morken, N.-H., Høydahl, E., Norheim, O. F., & Klungsøyr, K. (2017). Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217(2), 210.e211-210.e212. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.033>
- Engjom, H. M., Morken, N.-H., Høydahl, E., Norheim, O. F., & Klungsøyr, K. (2018). Risk of eclampsia or HELLP-syndrome by institution availability and place of delivery – A population-based cohort study. *Pregnancy Hypertens*, 14, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.05.005>
- Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E., & Blaaka, G. (2010). Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation. *Midwifery*, 26(6), e25-e30. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.11.005>
- Farstad, A. (2016). *På liv og død: distriktsjordmødrenes historie*. Samlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2017, 25. oktober). *Har registrert fødsler i femti år*.
<https://www.fhi.no/op/mfr/femti-ar-med-fodsler-i-norge/>
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M.-A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 28-28. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>
- Fritz, H. & Lysack, C. (2020). Qualitative Research. I L. G. Pourtney (Red.), *Foundations of Clinical Research: Application to Evidence-Based Practice* (4. utg., s. 297-316). F. A. Davis.
- Gunnarsson, B., Fasting, S., Skogvoll, E., Smáráson, A. K., & Salvesen, K. Å. (2017). Why babies die in unplanned out-of-institution births: an enquiry into perinatal deaths in Norway 1999–2013. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96(3), 326-333. <https://doi.org/10.1111/aogs.13067>
- Gunnarsson, B., Smáráson, A. K., Skogvoll, E., & Fasting, S. (2014). Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93(10), 1003-1010. <https://doi.org/10.1111/aogs.12450>
- Helsedirektoratet. (2023, 30. januar). *Fødeplass og fødetilbud - slik får du det*.
<https://www.helsenorge.no/fodsel/fodested/>
- Helsedirektoratet. (2024a, 4. mars). *Fødselsomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2024b, 1. mars). *Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/konsekvensene-av-en-anbefaling-om-folgetjeneste-ved-over-en-times-reisevei>

- Huuse, C. F. (2019). Kampen om fødeveien. VG. Hentet 5. januar 2024 fra <https://www.vg.no/spesial/2019/fodselsrigget/>
- Innst. 120 S (2019–2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om å gi helseforetakene en lovfestet plikt til å tilby følgetjeneste for fødende med mer enn 60 minutters reisevei til fødestedet.* <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-120s/?all=true>
- International Confederation of Midwives. (2017, 3. januar 2024). *Core Document: Bill of rights for Women and Midwives.* <https://internationalmidwives.org/resources/bill-of-rights-for-women-and-midwives/>
- Jakobsen, M. H., Udjus, E., Røseth, I., & Dahl, B. (2023). Midwives' experiences with accompaniment service work in Norway: A qualitative study. *Eur J Midwifery*, 7(February), 5-7. <https://doi.org/10.18332/ejm/160074>
- Jarneid, H., Gjestad, K., Røseth, I., & Dahl, B. (2020). Fathers' Experiences of Being Present at an Unplanned Out-of-Hospital Birth: A Qualitative Study. *J Multidiscip Healthc*, 13, 1235-1244. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S272021>
- Jepsen, I., Mark, E., Nøhr, E. A., Foureur, M., & Sørensen, E. E. (2016). A qualitative study of how caseload midwifery is constituted and experienced by Danish midwives. *Midwifery*, 36, 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.002>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tuft, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt.
- Johansen, L., Braut, G. S., & Øian, P. (2022). Fødselsomsorgen kan bli bedre. *Tidsskrift for den Norske Legeforening.* <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0208>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T.M. Anderssen & J. Rygge) (3. utg.) Gyldendal akademisk.
- Larsson, B., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2020). A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*, 24, 100504-100504. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100504>
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter? *British journal of midwifery*, 17(1), 12-16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>
- Leap, N. (2010). The Less We Do the More We Give. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-mother relationship* (2. utg., s. 17-35). Palgrave Macmillan.
- Lindström, B., Berg, M., Magistretti, C. M., Perez-Botella, M., & Downe, S. (2017). The salutogenic approach to maternity care: From theory to practice and research. I S. Church, L. Frith, M.-C. Balaam, M. Berg, V. Smith, C. van der Walt, S. Downe, & E. van Teijlingen (Red.), *New Thinking on Improving Maternity Care: International Perspectives* (s. 19-29). Pinter & Martin Ltd.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mathias, L. A., Davis, D., & Ferguson, S. (2021). Salutogenic qualities of midwifery care: A best-fit framework synthesis. *Women Birth*, 34(3), 266-277. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>
- Mugleton, S., & Davis, D. (2022). Applying Salutogenesis in Midwifery Practice. I M. B. Mittelmark, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström, C. M. Magistretti (Red.), *The Handbook of salutogenesis* (2 utg. s. 459-464). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_42
- Myhre, E. L., Lukasse, M., Reigstad, M. M., Holmstedt, V., & Dahl, B. (2021). A qualitative study of Norwegian first-time mothers' information needs in pre-admission early labour. *Midwifery*, 100, 103016-103016. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103016>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse.* <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Ovaskainen, K., Ojala, R., Tihtonen, K., Gissler, M., Luukkaala, T., & Tammela, O. (2020). Unplanned out-of-hospital deliveries in Finland: A national register study on incidence, characteristics

- and maternal and infant outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99(12), 1691-1699. <https://doi.org/10.1111/aogs.13947>
- Persson, A.-C., Engström, Å., Burström, O., & Juuso, P. (2019). Specialist ambulance nurses' experiences of births before arrival. *International emergency nursing*, 43, 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.08.002>
- Sikt. (u. å.). *Informasjon til deltakarane i forskingsprosjekt*. Hentet 5. juni 2023 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger/informasjon-til-deltakarane-i-forskingsprosjekt>
- Skogli, E., Stokke, O. M., Schöpfer, A., Vinter, C., & Svalheim, T. L. (2023). *Følgetjeneste for fødende: Vurdering av betydning for ressursbruk og personell ved endret tidsgrense* (MENON-publikasjon nr. 68/2023). <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2023-68-Folgetjeneste-for-fodende.pdf>
- St. meld. nr. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- St. Olavs Hospital. (u. å.). *Beredskap og følgetjeneste*. Hentet 1. februar 2024 fra <https://www.stolav.no/avdelinger/kvinneklubben/fodeavdelingen/beredskap-og-folgetjeneste#les-mer-om-beredskap-og-folgetjeneste>
- Svedberg, E., Strömbäck, U., & Engström, Å. (2020). Women's experiences of unplanned pre-hospital births: A pilot study. *International emergency nursing*, 51, 100868-100867. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100868>
- Thomsen, L. C. V., Daltveit, A. K., Júlíusson, P. B., Klungsøyr, K., Macsali, F., & Akerkar, R. R. (2023). *Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2022. Svangerskap og fødsler i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/86b4f14a56cc41b29e1bb05c888a79c4/arsrapport-fra-medisinsk-fodselsregister-2022.pdf>
- Vagle, H., Haukeland, G. T., Dahl, B., Aasheim, V., & Vik, E. S. (2019). Emergency medical technicians' experiences with unplanned births outside institutions: A qualitative interview study. *Nurs Open*, 6(4), 1542-1550. <https://doi.org/10.1002/nop2.354>
- Vik, E. S., Haukeland, G. T., & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.012>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- World Medical Association. (2013). *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/>
- Örtqvist, A. K., Haas, J., Ahlberg, M., Norman, M., & Stephansson, O. (2021). Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100(8), 1478-1489. <https://doi.org/10.1111/aogs.14156>

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Sikt

Vedlegg 2: Informasjons- og samtykkeskjema

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer**Vurderingstype****Dato**

Standard

05.07.2023

Tittel

Kvinnens opplevelse av følge- og beredskapstjeneste med jordmor

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for klinisk og molekylær medisin

Prosjektansvarlig**Student****Prosjektperiode**

21.08.2023 - 01.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.05.2024.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

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).

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. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Kvinnens opplevelser med følge- og beredskapstjeneste”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser kvinner har med følge av jordmor til sykehus under fødsel. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer kvinner med over 90 min reisevei til nærmeste fødeinstitusjon har med tilgang til, og følge av jordmor til sykehus under fødsel. Vi ønsker å belyse kvinnenens opplevelser og synspunkter, og anser at en slik studie vil gi verdifull informasjon til jordmødre som jobber i beredskapstjeneste, i tillegg til å være et bidrag i diskusjonen om hvordan fødselsomsorgen skal organiseres i tiden framover. Studien inngår i vårt masterprosjekt i jordmorfag som ferdigstilles vår 2024.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU er ansvarlig for forskningsprosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne henvendelsen fordi du er bosatt i en kommune med organisert følge og beredskapstjeneste, har født barn siste året, og har hatt følge av jordmor til sykehus under fødsel.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju som vil ta inntil 60 min. Sted og tid for intervjuet avtales direkte med deg. Vi er fleksible til å komme hjem til deg dersom du ønsker det, eller vi finner et egnet lokale i nærheten av der du bor. Under intervjuet vil vi stille spørsmål som omfatter din opplevelse av følge av jordmor til sykehus. Informasjonen du deler i intervjuet vil bli tatt opp på en lydopptaker som senere blir oversatt til tekst av oss to som gjennomfører intervjuet. Vi vil i tillegg ta notater under selve intervjuet. Etter alle intervjuer er gjennomført vil vi sammenfatte informasjon som svarer på vår problemstilling, og benytte dette i resultatdelen av vårt studie. Vi planlegger å inkludere noen utsagn/sitat fra enkelte intervjuer i resultatdelen. Dersom vi benytter utsagn fra ditt intervju vil vi gi deg anledning til å se disse før vi ferdigstiller oppgaven vår.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det vil kun være oss to som skriver masteroppgaven, i tillegg til vår veileder [redacted] som får tilgang til opplysningene som deles i intervjuet. Vi vil sikre ditt personvern gjennom å erstatte navn og kontaktopplysninger med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data, og lagre informasjon på NTNU sin forskningsserver. Opplysninger du deler i intervjuet, som gir svar på vår problemstilling, vil benyttes i resultatdelen av studien. All data vil bli anonymisert, slik at du ikke skal kunne identifiseres når prosjektet er ferdigstilt.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven er godkjent, i mars 2024. Etter prosjektslutt vil all data slettes da de ikke skal benyttes til andre formål enn vår masteroppgave.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Prosjektansvarlig

[redacted]

Prosjektansvarlig

[redacted]

Prosjektansvarlig veileder:

[redacted]

Vårt personvernombud:

[redacted]

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen



Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Kvinnens opplevelser med følge- og beredskapstjeneste*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju, og at opplysninger jeg gir blir anonymisert og brukt skriftlig i forskningsprosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

