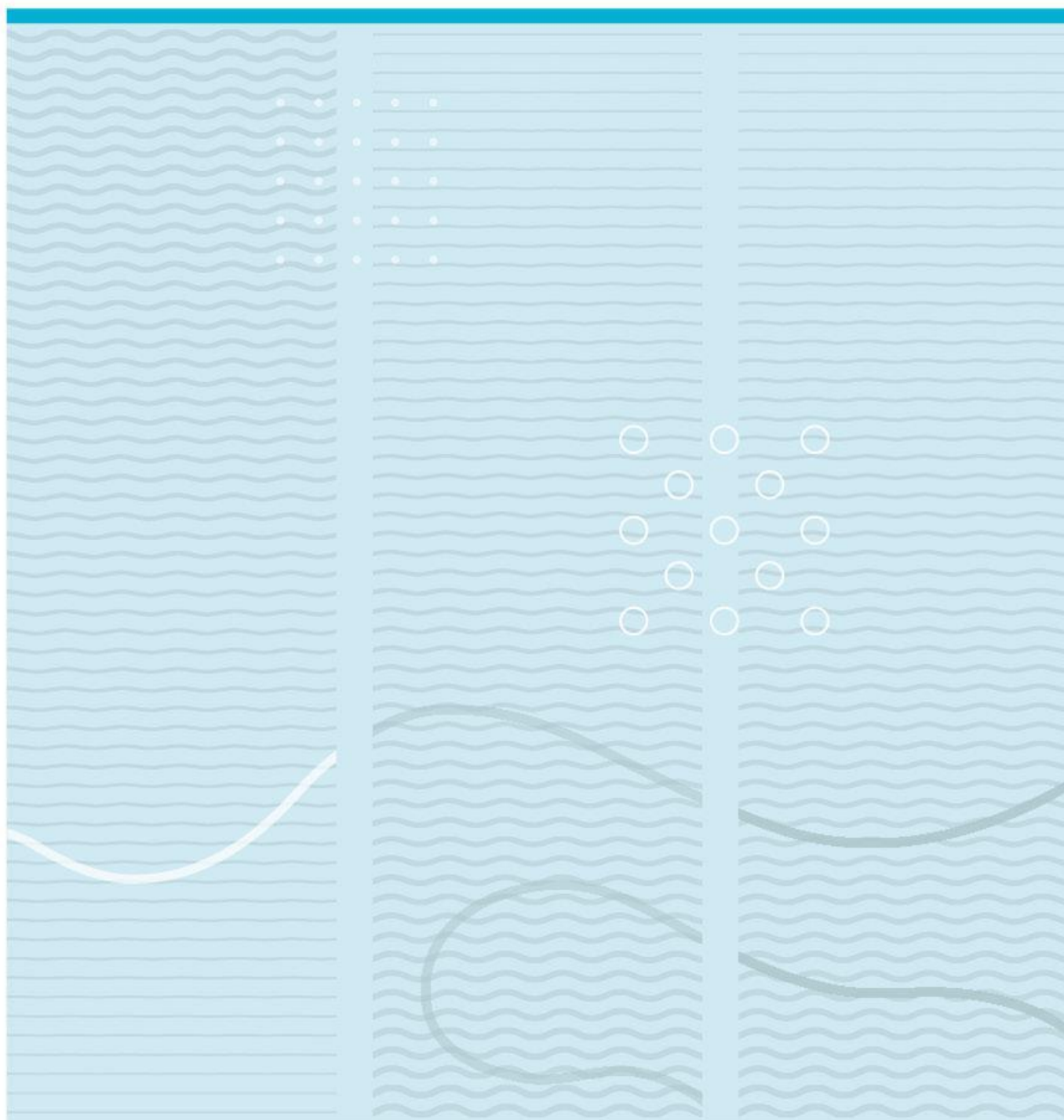


Rita Bråthen (6532) og Liss Gundersen Olderelv (6534)

**Problemstilling: “ Hvilke erfaringer har kvinnen når hun i svangerskapet får endret sitt planlagte fødested?”- en kvalitativ studie**



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Rita Pernille Bråthen og Liss Gundersen Oldereiv

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

## Forord

Vi vil takke våre informanter! Dere er gull - og vi er så takknemlig for at akkurat dere meldte dere som våre informanter!

Vi vil takke Universitetet i Sørøst Norge for all støtte og tilrettelegging med vårt mål for å fullføre master påbygging i jordmorfag. Det har vært en krevende prosess, også fordi vi arbeider fulltid som jordmor i tillegg. Det er også lenge siden utdanninga er fullført, noe som kan ha bidratt til at læringskurven kanskje ble ekstra bratt.

Så kom livet imellom med det som det kan innebære- men nå er vi ved innleverings slutt- stor takk til tålmodig og inspirerende veileder!

Takk til største gutten som har fungert som IKT-ansvarlig i heimen og som roet ned mora når krisene inntraff.

Aller mest takk til våre tenåringer, som holdt ut med mammaene sine- selv om de ikke har forstått hensikten,- "Du er jo jordmor- hva blir du nå med master?"

Mo i Rana og Alta, november 2022

Rita Bråthen og Liss G. Oldereiv

# Innhold

Del 1 Artikkel

**“ Hvilke erfaringer har kvinnen når hun i svangerskapet får endret sitt planlagte fødested?”**

**- en kvalitativ studie.....2**

**Sammendrag.....3**

**Introduksjon.....4**

Bakgrunn.....4

Hensikt med studien.....5

Problemstilling.....5

**Metode.....6**

Utvalg og studiens inklusjonskriterier.....6

Datainnsamling med intervjuguide.....6

Analyse med tabell.....7

Forskningsetiske overveielser.....8

**Resultater.....9**

Trygghet og forutsigbarhet.....9

Følelsesmessige reaksjoner.....10

Kvinnens innflytelse på egen situasjon ved endret fødested.....11

De praktiske konsekvenser..... 12

**Diskusjon.....12**

Trygghets fremmende faktorer.....12

Følelsesmessig stress.....13

Fravær av autonomi.....13

Logistikk og økonomiplanlegging.....14

**Styrker og svakheter ved studien.....15**

Konklusjon.....16

**Hva studien tilfører av ny kunnskap.....17**

**Referanser artikkel.....18**

## Vedlegg

Vedlegg 1: NSD svar. Nr 818415 (som vedlegg 3 tilslutt i fordypning)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv (som vedlegg 4 tilslutt i fordypning)

## **Del 2 - Fordypning**

<b>1 Introduksjon til fordypningsdel.....</b>	<b>23</b>
1. 1. Sammendrag av artikkelmanuskript.....	23
1. 2. Introduksjon til fordypning.....	24
<b>2 Metode og metodediskusjon.....</b>	<b>24</b>
2. 1. Vitenskapsteoretisk ståsted.....	24
2. 2. Litteratursøk.....	25
2. 3. Valg av intervju som metode, semistrukturert intervju og intervjuguide.....	25
2. 4. Gjennomføring av intervjuer.....	26
2. 5. Systematisk tekstkondensering.....	28
2. 6. Refleksivitet.....	29
2. 7. Intern validitet.....	29
2. 8. Ekstern validitet.....	30
2. 9. Ethiske aspekter.....	31
2. 10. Valg av tidsskrift med link.....	32
<b>3 Teoretisk grunnlag for resultatdiskusjon.....</b>	<b>32</b>
3. 1. Lover og retningslinjer.....	32
3. 2. Autonomi.....	32
3. 3. Stortingsmelding nr. 12 - En gledelig begivenhet....	33
3. 4. Helsedirektoratet - Et trygt fødetilbud.....	33
3. 5. Salutogenese.....	33
<b>4 Resultatdiskusjon.....</b>	<b>34</b>
4. 1. Kvinnens autonomi i møte med fødselsomsorgen...	34
4. 2. Helsepersonell og pasientautonomi.....	36
4. 3. Samfunn og kultur.....	37
4. 4. Helse og følelsesmessige reaksjoner.....	38
<b>5 Konklusjon og relevans for jordmorfaget.....</b>	<b>41</b>

**Referanser fordypning.....42**

**Antall ord:** artikkel 3324 + fordypning: 5209

## **Vedlegg**

**Vedlegg 1:** Intervjuguide

**Vedlegg 2:** Eksempel på analysemetode STC

**Vedlegg 3:** NSD vurdering ( nr 818415 )

**Vedlegg 4:** Informasjonsskriv

**Vedlegg 5:** Samtykkeerklæring

**Del 1**  
**Artikkel**

# **“ Hvilke erfaringer har kvinnen når hun i svangerskapet får endret sitt planlagte fødested?” - en kvalitativ studie**

Forfattere:

Rita Pernille Bråthen, jordmor, student påbygging til master i jordmorfag

email: [rita.bergvik@gmail.com](mailto:rita.bergvik@gmail.com)

Liss Gundersen Olderelv , jordmor, student påbygging til master i jordmorfag

email: [til.liss@gmail.com](mailto:til.liss@gmail.com)

Master veileder:

Eva Sommerseth, PhD, Førsteamanuensis

Email: [eva.sommerseth@usn.no](mailto:eva.sommerseth@usn.no)

<http://www.usn.no>

Antall ord: 3324

Antall tabeller: 3



## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** Stortingsmelding nr. 12:(2008-2009),“En gledelig begivenhet”, kom med intensjon om å skape en mer helhetlig og sammenhengende svangerskap- fødsel- og barselomsorg i hele Norge. Helsedirektoratet fulgte opp med; “Et trygt fødetilbud” i 2010, med utarbeidede kvalitetskrav til fødeinstitusjonene. På bakgrunn av dagens eksisterende retningslinjer, men med en økende uro i media for fødselsomsorgen, ønsket vi å ta kvinnens perspektiv.

Hensikten var å belyse kvinnens erfaringer av fødselsomsorgen, når hun i løpet av svangerskapet fikk endret sitt planlagte fødested.

**Materiale og metode:** I denne kvalitative studien ble det gjennomført 11 semi- strukturerde intervjuer. Intervjuene ble tatt opp med lydfil, transkribert og analysert ved bruk av Malteruds systematisk tekstkondensering, som er en tverrgående tematisk analysemetode.

**Resultater:** Fire hovedtema ble avdekket. Kvinnene snakket om trygghet og forutsigbarhet i denne endrede situasjonen. De fortalte om egne følelsesmessige reaksjoner etter å ha fått endret fødestedet. Kvinnene beskrev sin manglende innflytelse for denne nye situasjonen, sett i forhold til medbestemmelsen, og deres forsøk på å gjenvinne kontrollen, samt beskrev informasjon de fikk. Siste tema er de praktiske konsekvensene som oppsto med logistikk og personlig økonomi, når det planlagte fødestedet ble endret.

**Konklusjon:** Kvinnene opplevde manglende autonomi når avgjørelsen for endring av fødestedet ble tatt. De opplevde ikke bli sett eller hørt, og de ønsket mere informasjon, både skriftlig og muntlig. Kvinnene hadde mange tanker om dette gjennom svangerskapet, men opplevde det ikke var noe mer å snakke med jordmor om, da dette var bestemt. Jordmor, og annet helsepersonell møter den gravide gjennom svangerskapet, og det bør gis tid, og anledning, for også denne type samtale.

Seleksjonskriterier bør praktiseres likt på den enkelte enhet, innad i fødeenhetens jordmorgruppe, noe som vår studie avdekket det ikke gjorde.

**Nøkkelord:** #fødselsomsorg #helsepolitikk #seleksjon #differensiering #autonomi #informasjon #kvalitativ studie #intervju #medbestemmelse

## Introduksjon

### Bakgrunn

I Norge følges gravide opp gjennom svangerskapet av jordmor, fastlege og eventuelt gynekolog. Kvinnen blir selektert til rett fødenivå ved hjelp av nasjonale kriterier, samt lokale tilpasninger (1). Seleksjonen er basert på kvinnens helse, ønsker, og fødetilbudet i hennes område (2).

I Norge er fødselsomsorgen differensiert og delt inn i tre nivåer; fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker (2). Kvinneklinikker innehar spesialkompetanse for fødselshjelp og ivaretar både normale fødende og kvinner med risiko for komplikasjoner.

Fødeavdelinger er av ulik størrelse og tar hånd om normale forløp, og kvinner med moderat risiko tilpasset avdelingens kompetanse (2).

Fødestuer er et tilbud til friske kvinner med et normalt svangerskap som ønsker føde der og har kun jordmødre ansatt. Jordmor tilbyr svangerskapsomsorg og selekterer hvor kvinnen kan føde. I tillegg til fødsel skal følgetjeneste og barselopphold ivaretas av fødestua (2).

I Nord-Norge er det i dag fire fødestuer, to kvinneklinikker og sju fødeavdelinger, samt en forsterket fødestue med mulighet for nødsectio og gynekolog i beredskap (3,4).

Differensiert fødselsomsorg er ikke et reelt tilbud for alle slik Helsedirektoratet anbefaler (2). Dette på grunn av geografi, populasjon og generell utvikling. Norge har over flere år påberopt seg å være verdens beste land å føde barn. Samtidig har fødselsomsorgen gjennom flere tiår, vært preget av sentralisering, effektivisering, nedleggelse, medikalisering og overvåking, samt mangel på jordmødre og fødselsleger (4,5). I tillegg til nedlegginger, er sommerstengte fødeavdelinger vanligere (6).

Sentralisering medfører at fødende må transporteres over lengre avstander med den økte risikoen det medfører. I 2021 ble 338 barn født uplanlagt utenfor institusjon (7). Når fødekvinnen får en reisevei til nærmeste fødeenhet på over 60 minutter, er det sannsynlig at det gir en stor økning i risiko for transportfødsel. (8). Reduksjon i antall fødeinstitusjoner gir redusert tilgjengelighet for å kunne føde i nærheten av sitt hjem. Det har vært lite fokus på hvordan kvinner opplever det å måtte reise langt hjemmefra for å føde (9,10,11).

En stor kvalitativ studie fra British Columbia i Canada viste at lange reiser for å føde ga stress og usikkerhet for kvinnen og transportfødselrisikoen økte. Flere av kvinnene i studien utviklet

strategier for å unngå å måtte reise. Strategiene innebar for eksempel å planlegge termin, forsøke få avtale om induksjon, være lenge hjemme ved fødselsstart slik at transport ble vanskelig og å være hjemme uten fødselshjelp (12).

En annen studie fra Canada viste at mangelen på fødetilbud for kvinnene bosatt i distriktene gav økt opplevelse av stress og angst i forbindelse med fødsel. Studien fant at kvinner som hadde mer enn en time reisevei hadde 7,4 ganger så høy risiko for å stress sammenlignet med kvinner som hadde lokalt fødetilbud (13).

En masteroppgave ved UIT, intervjuet fem kvinner fra Lofoten om deres opplevelse med å føde langt hjemmefra. Den viste at kvinnene opplevde dette som skremmende med bekymringer, stress og utfordringer. De ønsket føde lokalt, men fulgte råd fra helsevesenet da fødsel på hjemsted ikke lot seg gjøre (14).

## **Hensikt med studien**

Vi vil belyse kvinnens erfaring når hun i løpet av svangerskapet får omgjort sitt planlagte fødested og må reise bort for å føde. Dette sett i sammenheng med regjeringens mål om en helhetlig fødselsomsorg, samt stadige mediereportasjer med negativ omtale om fødselsomsorgen. Det er grunn til å stille spørsmål om befolkningen ønsker noe annet enn det helsetjenesten gir dem (15,16). Vi vil med vår studie ta kvinnens perspektiv når de får endret sitt planlagte fødested. Vi ønsker å få ny kunnskap som kan anvendes i vårt fagfelt i vårt daglige møte med gravide.

## **Problemstilling**

**“Hvilke erfaringer har kvinnen når hun i svangerskapet får endret sitt planlagte fødested?”**

## Metode

Vi har utført en kvalitativ studie fordi det er studiens mål om å få frem kvinnens egne erfaringer når det planlagte fødestedet ble endret (17).

### Utvalg og studiens inklusjonskriterier

Deltakere ble søkt etter ved hjelp av reportasjer i lokalaviser og i sosiale medier. Tilsammen meldte 24 kvinner seg, og vi valgte 11 som kunne inkluderes, ut fra våre inklusjonskriterier. Disse var; kvinner som fødte i 2021, planlagt fødested ble endret i løpet av svangerskapet, kvinnen er ikke overflyttet i fødsel, men avgjørelsen ble gjort før fødsel startet.

Studiet inkluderte 11 kvinner, gjennomsnittsalder 29 år fra to ulike fylker. Samtlige fikk omgjort sitt fødested mellom svangerskapsuke uke 18 til uke 38 (gjennomsnitt i uke 28). Alle fikk være hjemme til fødselstart da ingen var høyrisiko-gravide. Fødestedet ble omgjort på grunn av; sommerstengt avdeling, sent oppstått kostregulert svangerskapsdiabetes, slitne førstegangsfødende, diffuse plager og anbefalinger, og ulik bruk av seleksjonskriterier hos jordmødre.

Vi gjorde avtaler, og sendte informasjon om studien til deltakerne, ved hjelp av Messenger og epost.

### Datainnsamling med intervjuguide

Intervjuene er utført i februar 2022 som individuelle semistrukturerte intervju (17,18), med utarbeidet intervjuguide med få og åpne spørsmål (17,18).

Tabell 1:

Intervjuguide:	
1.	Har du født tidligere? Fortell om det. Alder?
2.	Hvor fødte du? Når i svangerskapet ble fødestedet endret ?
3.	Opplevelsen av dette svangerskapet / fødsel? Følelser, tanker, erfaringer osv

4.	Tanker / erfaringer i begynnelsen av sv.sk. før endringen
5.	Tanker / erfaringer av å få endret fødested / å måtte reise bort
6.	Andre tema i forhold til barnefar/ familie
7.	Økonomi, Praktiske forandringer, vær og vind
8.	Tanker om å bli gravid igjen?
9.	Noe du ønsker å snakke om som vi ikke har vært innom?

Forfatterne gjorde intervjuene hver for seg. Kvinnene ble oppmuntret til å snakke fritt i forhold til våre spørsmål, uten avbrytelser, men med enkelte tilleggsspørsmål hvis noe var uklart for intervjuer underveis (19). Intervju ble gjort på kvinnens bopel, men to er gjort på arbeidsstedet til forfattere. Et ble gjort på telefon med høyttaler på grunn av korona hos kvinnen. Kvinnene fikk selv velge sted for intervju (18).

Varighet på intervjuene er 28 - 68 min, og vi har benyttet USN sitt anbefalte system for opptak og lagring av røde data (USN safe, 20). Samtlige intervju ble transkribert fortløpende og ordrett. Datamaterialets størrelse utgjør opp mot 90 sider.

### Analyse med tabell

Våre data er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC) en tverrgående tematisk analysemetode for kvalitative data (17).

Tabell 2:

STC - 4 trinns metode:	
1.	Alle intervjuene ble hørt og lest flere ganger, for å få et inntrykk av foreløpige temaer. 4 hovedtemaer ble identifisert.
2.	Meningsbærende enheter ble identifisert og kodet. Til sammen utgjorde de 9 kodegrupper/subgrupper som ble systematisk kodet i gruppene med samme fenomen,

	sortert i undergrupper.
3.	Innholdet i undergruppene bearbeides til et kondensat til hver subgruppe, det lages en tekst som gjenforteller og sammenfatter hver undergruppe som også ble illustrert med sitater.
4.	Kondensatet ble omskrevet til en analytisk tekst bestående av temaer. Å gjøre den systematiske tekstkondenseringen sammen anser forfatterne som avgjørende da det er viktig for konsensus og eierskapet til studiet.

### **Forskningsetiske overvejelser**

Vi la frem studien for Norsk senter for forskningsdata ( NSD, refnr; 818415 )(vedlegg 1). Studien ble ikke ansett som meldepliktig og falt utenfor Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sitt ansvarsområde.

Deltakerne ble informert om studiet, muntlig og skriftlig informasjonsskriv, og signerte en informert samtykkeerklæring før intervjustart. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble utarbeidet med mal fra NSD (vedlegg 2,3). Deltakerne ble opplyst om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser og at data ville da bli slettet.

## Resultater

Ut fra dataanalysen vår har delt kvinnenes erfaringer i følgende:

Tabell 3:

<b>HOVEDGRUPPER</b>			
psykisk helse	trygghet	medbestemmelse	økonomi/logistikk
<b>SUBGRUPPER</b>			
følelsesmessige reaksjoner	forventninger	informasjon	logistikk
ambivalens	trygghet / forutsigbarhet	medbestemmelse	økonomi
		gjenvinning av kontroll	

### Trygghet og forutsigbarhet

Kvinnene beskrev behovet for å ha partner til stede gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Partneren representerte trygghet samtidig som deres fellesopplevelse var viktig. Kvinnene følte på avstanden til familien når de måtte reise bort for å føde. De savnet sine nærmeste. For de yngste kvinnene var støtten fra egen mor viktig.

Kvinnene hadde hatt samtaler med fast jordmor gjennom svangerskapet. De var kjent med den lokale fødeenheten og de ansatte. De opplevde det beroligende og trygt. Dette forsvant ved å reise bort. Kvinnene så det som en selvfølge at de skulle føde på hjemplassen.

Informantene fortalte at ritualer og tradisjoner representerte noe kjent og trygt. En av kvinnene fortalte at hennes mor hadde født her, barnefar var født her, og det var en trygghet da at deres barn skulle fødes her.

De fleste følte at trygghet og forutsigbarhet forsvant når deres planer og forventninger ble endret.

*“Jeg måtte lete etter trygghet i det man kan. Det var så mye som var usikkert. Selv om jeg hadde født før så har man jo ingen garanti for at det går bra denne gangen. Det hadde i flere måneder gitt meg ro at jeg skulle føde her hjemme, som sist. Også var jeg plutselig ute på tynn is. Det eneste jeg visste for sikkert var at nå vet jeg ingenting denne gangen heller. Jeg havna rett tilbake til.....litt som førstegangsfødende.” (informant 5)*

### **Følelsesmessige reaksjoner**

Kvinnene beskrev reaksjoner som gråt, fortvilelse og stress når de fikk beskjed at de ikke kunne føde på nærmeste fødeenhet. De snakket om eget sinne og frustrasjon. De fortalte om engstelsen rundt transporten til sykehuset og usikkerheten på om partner fikk bli med i ambulanse / ambulansely. De uroet seg for om partner måtte kjøre med en smertepåvirket fødende i passasjerstet. En kvinne hadde tanker om at hun måtte skjerpe seg for ikke å forstyrre han som kjørte.

Informantene opplevde seg sårbare og hormonelle i svangerskapet med mange usikkerhetsmomenter å forholde seg til. Dette preget resten av svangerskapet deres. En av kvinnene hadde det svært utfordrende i livet på dette stadiet, og fikk problemer med å ta beskjeden om bytte av fødested innover seg.

Kvinnene brukte ord som meningsløst og grusomt bytte av fødested. Noen reagerte med å bli sittende og stirre tomt ut i rommet. De følte seg i psykisk ubalanse. En informant fortalte at hun ikke klarte å snakke for seg eller om situasjonen. En annen informant opplevde å føle seg deprimert og parforholdet led under dette.

*“Jeg følte meg ikke som meg selv, jeg følte meg ikke på nett, og jeg hadde ikke kontroll over følelsene mine. Jeg var ikke emosjonelt eller hormonelt på en plass hvor jeg kunne håndtere vanskelige ting.” (informant 2)*

Flere av kvinnene i vår studie sa de følte seg ambivalente. De var heldige som fikk hjelp men opplevde hjelpen både mekanisk og medisinsk. En kvinne fortalte at egne forberedelser til fødselen forsvant da ingen spurte om hennes tanker rundt endringa.



Informantene fortalte at de ikke tok noen sjanser med barnets helse, men at de hadde ønsket seg en annen opplevelse enn den de fikk.

*“Jeg kjente veldig på den følelsen mellom skuffelse, og hvorfor er man skuffet og tar til tårene. Hvorfor er man ikke takknemlig? Men jeg savnet å bli sett og forstått, og følte en del av det å miste kontrollen handlet litt om mine forventninger.” (informant 8)*

### **Kvinnenes innflytelse på egen situasjon ved endret fødested**

Samtlige av kvinnene fortalte at de ikke hadde noen innflytelse på avgjørelsen om endret fødested. De var deltagere i samtalen men det ikke ble stilt noen spørsmål direkte til dem. To av informantene opplevde at seleksjonskriteriene ble vurdert ulikt av helsepersonell på samme avdeling.

*“Jeg var nok mer frustrert over at de tok den avgjørelsen over hodet på meg, de spurte ikke meg liksom. Det ble bare bestemt!” (Informant 10)*

Når kvinnene fikk beskjed om at fødestedet ble endret søkte flere etter andre løsninger for å gjenvinne kontrollen over egen situasjon. Noen ba om induksjon på sitt opprinnelige fødested. Flere fikk modnings- og start akupunktur for å gå tidlig nok i fødsel så de kunne føde lokalt før avdelingen sommerstengte. Andre tok kontakt med jordmor for å bli strippet vaginalt, og få klyster med håp om fødselsstart. Noen tok kontakt med den nye fødeavdelingen for samtale med personalet for å gjenvinne kontroll.

Informantene fortalte at de brukte mye tid og penger på å finne mulige løsninger.

Noen av kvinnene tok kontakt med lokalavisen for å få fokus på sommerstengte avdelinger, og med håp om å snu vedtaket.

Kvinnene fortalte om manglende og feil informasjon ved endring av fødested. De fikk ikke informasjon om hvordan de praktisk skulle ordne hvor de skulle henvende seg, og når de skulle dra. Et par av kvinnene ble feilinformert i kontakt med den lokale fødeenheten. Informantene fortalte at de savnet mer informasjon.

En av informantene opplevde at jordmor truet med at hun selv måtte ta ansvar for om noe gikk galt om hun prøvde å være hjemme så lenge at hun ikke kunne transporteres.

Kvinnene som fikk samtaler og omvisning på “nye” planlagte fødeenhet, opplevde at det ble mer positivt. Det ble enklere å akseptere at de måtte føde andre steder.

## **De praktiske konsekvenser**

Kvinnene fortalte at planleggingen av fødselen innbefattet hele familien. Besteforeldre og annen familie stilte opp som barnevakt for eldre søsken og kjæledyr. De avsatte sin ferie for å kunne være i beredskap.

Informantene fortalte om utfordringene med å pakke med seg alt de kunne få bruk for. En av kvinnene som måtte kjøre over fjellet på vinterstid, fortalte at de tok med ekstra vinterklær og mat i bilen, i tilfelle de ble sittende værfaste.

*“de praktiske utfordringene var jo å skulle være så lenge borte, jeg visste ikke hva jeg skulle ta med meg. Hvor lenge skulle vi være der? Vi kunne jo ikke bare dra hjem å hente det vi glemte.” ( informant 6 )*

De fleste fortalte at de håndterte de økonomiske utgiftene uten problemer. En kvinne sparte opp i forkant av fødselen for å kunne ligge på hotell i påvente av fødselsstart. En annen opplevde store utlegg for fars opphold og flybillett hjem. En tredje begynte å regne på kostnadene før fødselen da hun fikk opplyst fødeavdelingens mat og overnatting priser.

## **Diskusjon**

### **Trygghets fremmende faktorer**

Trygghet er sentralt for kvinnenens opplevelse av en god fødselsopplevelse. Å motta riktig informasjon styrker trygghetsfølelsen. Det gir kvinnene mulighet til å ha kontroll i situasjonen. Når kvinnene opplever at dette er på plass, reduseres uro og stress. Kvinnene i studien vår, fortalte om hva som ga dem trygghet, og tapet av dette når fødestedet ble forandret. De snakket svært lite om den medisinske trygghet (21). Det kvinnene var opptatt av var det kjente og nære. Partneren, familien, kjent- jordmor og den lokale fødeenheten opplevdes som trygge støttespillere.

Noen av kvinnene hadde opplevelsen av ikke å fungere som normalt, når alt ble utrygt. Når deres trygghetsbehov ikke ble dekket, klarte de heller ikke å fortelle partner eller andre hvordan de hadde det.

Trygghetsbegrepet blir brukt ulikt, i ulike sammenhenger og blir oppfattet ulikt av forskjellige mennesker (22). Kvinnene i denne studie vektla ulike ting som ga trygghet. Bruker og utøver i fødselsomsorgen snakker om trygghet på ulikt vis. Når St. melding nr 12 sier at kvaliteten på fødetilbudet er sentralt for tryggheten kvinnene opplever i en sårbare situasjon (1) kan man anta at de sikter til den medisinske tryggheten.

Kvinner ønsker mer omsorg enn den medisinske sikkerhet (22). I denne studien sier kvinnene at de ønsker en mer sammenhengende fødselsomsorg. De ønsket kjent jordmor, et bedre samarbeid mellom avdelingene og bedre kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barsel. Trygghet skaper tillit og en god opplevelse. Våre informanter støtter disse funnene. Regjeringens stortingsmelding nr. 12 – «En gledelig begivenhet» (1) forteller at brukerne av fødselsomsorgen etterspør en forutsigbar omsorg.

### **Følelsesmessig stress**

Informantene opplevde stress og uro etter endring av fødested. Noen av kvinnene fikk sterke reaksjoner. De beskrev sin psykiske helse som utfordrende. De kroppslige og psykiske endringer i svangerskapet, førte til at de opplevde seg sårbare.

Noen av kvinnene i studiet hadde vansker med å forstå avgjørelsen om bytte av fødested. I sin masteroppgave viser Rambergs funn at kvinner opplever stress, og frafall av trygghet når de føder langt hjemmefra (14). Alle informantene våre forteller om stress, og mangel på trygghet når de måtte føde utenfor hjemplassen. Dette bekrefter annen forskning.

Kornelsen, Stoll og Gezybowskis forskning sier det har en betydelig innvirkning på kvinnes stressnivå når de får en reisevei på mer enn en time (13) Informantene i studien vår sa stressnivået og sårbarheten de opplevde fulgte beskjeden om endret fødested, og lang reisevei.

### **Fravær av autonomi**

Kvinnene i vår undersøkelse opplevde at avgjørelsen ble tatt uten deres medvirkning, og de opplevde ingen medbestemmelse. Det er i strid med St melding nr. 12 som sier at regjeringen

ønsker å legge til grunn en stor brukermedvirkning (1). I tillegg har kvinnene lovfestet rett til medvirkning og informasjon når de mottar helsehjelp § 3-1, § 3-7. (23). Helsepersonelloven, som inkluderer jordmor, gir omfattende informasjonsplikt overfor kvinnen, § 10, første ledd (24,25). Sandvik er opptatt av at jordmor med sine handlinger og holdninger kan både innsnevre og øke fødekvinnens frihet (26).

Vadset skriver i sin studie (27) at retten til medvirkning sammen med forsvarlighet er grunnleggende prinsipper for pasientbehandling. Denne studien støtter hennes funn da opplevde kvinnene fravær av autonomi.

Avdelings- og nasjonale seleksjonskriterier praktiseres forskjellig på samme fødestedet av jordmødre. To av våre informanter hadde blitt selektert til å føde lokalt. De møtte senere en annen jordmor som sendte henne til fødested med høyere beredskap. Det var ikke oppstått nye faktorer som skulle tilsi det. Når tjenesten også har et krav om faglig forsvarlig virksomhet, kan fødselshjelperne ha ulike opplevelser av hvor reell brukermedvirkningen skal være (27). En slik problemstilling kan gjøre tjenesten lite forutsigbar for brukerne. Regjeringens stortingsmelding anbefaler at den gravide møter så få fagpersoner som mulig slik at tjenesten oppleves trygg og forutsigbar (1).

Flere av kvinnene som opplevde utrygghet etter endringene prøvde å få kontroll over sin fødselsopplevelse med ulike tiltak. Dette er i samsvar med studien fra Canada, der kvinner søkte alternative løsninger for å unngå å reise (12).

Informantene som fikk informasjon og omvisning på den nye fødeavdelingen opplevde å få ro over situasjonen igjen. Det er avgjørende med god informasjon og flere i vår studie ble direkte feilinformerte. Gravide har et stort informasjonsbehov både skriftlig og muntlig. Spesielt på steder der fødetilbudet er sommerstengt. Dette til tross for at regjeringen gjennom st. melding nr. 12 sier at det skal være en plan for fødselsomsorgen som skal være forutsigbar for brukerne. Helsedirektoratet sier at omsorgen bør involvere kvinnene i beslutningsprosesser (2).

### **Logistikk og økonomiplanlegging**

Vedeler m. flere (22) har i sin studie sett på hva kvinner vektla i fødselsomsorgen. I denne studien etterlyste kvinnene en familieorientert omsorg med bedre omsorg for far. De fortalte om viktigheten av å bli en familie. Vår studie avdekket samme ønske hos informantene. Kvinnene i

studien vår opplevde mye uro selv for om far kunne bli delaktig i fødselsopplevelsen. Hos noen av informantene våre ble økonomien en utfordring for om partner har mulighet til å være deltakende på grunn av transport og oppholdsutgifter. Helsedirektoratet sier i “et trygt fødetilbud” at fødselsomsorgen bør være familiesentret (2). En forestående fødsel er et familieanliggende, og påvirker mange parter rundt den gravide, som vår funn forteller.

En av regjeringens intensjoner med St. melding nr. 12 er at en god omsorg kan medvirke til å redusere sosiale ulikheter i helse (1). Noen av våre informanter forteller om opplevelser som kan øke forskjellen mellom brukerne av helsetjenester. Når en fødsel medfører økte utgifter hvis partner skal delta i svangerskap, fødsel og barselomsorgen vil dette skape en skjevhet i samfunnet (28). Helsedirektoratet ønsker at omsorgen tilrettelegger for gunstig tilknytning mellom kvinnen, barnet og partner (2).

Kvinnene brukte mye tid på å tenke på transporten, og uroet seg for utfall. Frykten deres er reell når vi ser statistikk for transportfødsler (7), også i sammenheng med risikoen for dødfødsler som økte med 2, 2% hos disse i forhold til institusjonsfødsle (29).

St. melding nr. 12 sier at den fødende skal få faglig vurdering før det avgjøres om hun trenger følgetjeneste. Ved reisevei over 90 min skal følgetjeneste være tilgjengelig (1). Mange kommuner har dårlig utbygd følgetjeneste, og det er ikke et reelt tilbud. Kvinnene i vår undersøkelse følte seg tryggere når de fikk lovnad om jordmor-følge i ambulansen.

## **Styrker og svakheter ved studien**

Studien er påbygging master til tidligere jordmorutdanning, og vi har over 20 års erfaring som jordmødre fra kommune og spesialisthelsetjenesten.

Vi arbeider henholdsvis i svangerskapsomsorg i kommune med fødeavdeling som nærmeste fødetilbud, og som jordmor på fødestue. Vi møter denne problemstilling jevnlig.

Individuelle intervjuer er godt egnet for å få kvinnen til å snakke om hennes erfaringer når det planlagte fødested ble endret underveis i svangerskapet. Vi utførte 11 semistrukturerte intervju og intervjuguide inneholdt få, og åpne spørsmål som gjorde at kvinnene kunne fortelle fritt om sin erfaring med avgjørelsen.

Vi er to artikkelforfattere, og erfarte i ettertid at det kunne vært fordel å utføre intervju sammen, da den ene kunne ha kommet med tilleggsspørsmål osv. Intervjuene ble ikke gjort sammen, da det ikke lot seg gjøre.

Lydopptak av intervju ble gjort, noe som medførte mye innvendig uro hos intervjuer da det var en teknisk krevende metode å sette seg inn i. Dette kunne vært unngått hvis vi gjorde intervjuene sammen.

Vi bearbeidet alt materiale sammen. Vi har et lite utvalg kvinner, noe som gjør at vi dermed ikke kan si at våre resultater er overførbare til alle kvinner som opplever dette. Det kan vi heller ikke generelt med et kvalitativ studiedesign.

Vi søkte etter informanter i avisreportasjer, som ble delt gjennom sosiale medier, slik at kvinnen selv meldte seg. Det er derfor tilfeldig hvem som oppdaget våre avisoppslag.

Vi kan ikke utelukke skjevhet i materialet for informantene. Potensielt kan det være de kvinnene som er mest misfornøyd med å måtte reise bort for å føde, som meldte seg. Kvinnene som har hatt negative erfaringer og har opplevd at de ikke ble inkludert i avgjørelsen.

Vi mener likevel mange av våre resultater kan overføres til andre gravide som må få endret sitt planlagte fødested. Vi mener å ha inkludert et bredt utvalg av kvinner i alder, utdanning, og paritet. Det er kun etnisk norske inkludert.

Vi som artikkelforfattere arbeider på to ulike steder, og vi har dermed geografisk spredning innenfor Nord-Norge. Studien inkluderer omtrent like mange kvinner tilhørende fødestuedistrikt, som kvinner som har fødeavdeling i sitt distrikt. Dette mener vi er en styrke i studiet da vi favner bredt. Kvinnene satt igjen med de samme erfaringene og opplevelsene uavhengig av om de planla fødselen på den lokale fødestuen eller føde på den lokale fødeavdeling som var sommerstengt.

## ***Konklusjon***

Dette er en liten studie, og mer forskning er nødvendig.

Kvinnene fortalte i hovedsak om de negative erfaringene knyttet til avgjørelsen av at det opprinnelige fødestedet ble endret underveis i svangerskapet. Når vi ser på disse erfaringene er det

et betydelig gap til styresmaktenes intensjoner med fødselsomsorgen. Vi trekker en konklusjon om at regjeringens og helsedirektoratets ønsker for fødselsomsorgen ikke er oppfylt.

En av intensjonene med fødselsomsorgen er en forutsigbar omsorg. Når avdelinger opplever sommerstenging som blir annonsert 4 måneder i forkant, blir dette svært lite forutsigbart for de fødende og hennes familie.

Å føle eierskap og medvirkning til beslutninger som gjelder seg selv er nødvendig. Det kan også gi forståelse for dagens fødselsomsorg for den enkelte kvinnen. Frafall av en trygg og god opplevelse gir dårligere helse hos kvinnene. Det påvirker resten av familien også sett i lys av forebygging av fødselsdepresjon.

Dagens økonomiske ytelser for partner ved fødsel rammer skjevt i samfunnet. Det kan skape sosiale forskjeller i Norge. Denne problemstillingen er lite belyst.

#### **Hva studien tilfører av ny kunnskap**

- Vi intervjuet kvinner som hadde erfart å få sitt planlagte fødested endret i løpet av svangerskapet.
- Kvinnene i studien vår fortalte om manglende autonomi når avgjørelsen ble tatt. Kvinnene opplevde å ikke bli spurt eller hørt, og når avgjørelsen var tatt ble den ikke diskutert mere med, eller av jordmor. Informasjon som ble gitt var både feil - og mangelfull, og også fraværende, - det kan stilles spørsmål om kvaliteten er god nok.
- resultatene fra studien vår gir et innblikk i hvordan kvinnen opplevde situasjonen, og tiden videre i svangerskapet, når hun ikke fikk føde lokalt, men måtte reise bort for å føde . Å se situasjonen fra kvinnens eget perspektiv kan bidra til at jordmødre, og annet helsepersonell, i møte med kvinnen blir mere bevisst hvordan dette kan oppleves.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

**Antall ord : 3324** (med fratrekk for sammendrag, 3 tabeller, ny kunnskap i ramme, sitater, overskrifter og referanser i parentes og i tekst)

## Referanser artikkel

sykepleien.no

<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

1. Stortingsmelding nr 12. En gledelig begivenhet (2008-2009) om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det kongelige helse og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1>

(nedlastet 31.10.2022 )

2. Helsedirektoratet: Et trygt fødetilbud- kvalitetskrav for fødselsomsorgen, IS-1877, 12/2010.

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder)

(nedlastet 31.10.2022 ).

3. Helse nord; helse-nord.no/nasjonale-helse-og-sykehusplan 07.12.2016 <https://helse-nord.no/nasjonale-helse-og-sykehusplan> (nedlastet 31.10.2022 ).

4. Backe B. Fødestuer- fra nyvinning til nedleggelse. Tidsskrift Den norske Legeforening, utgave 10; 2018 DOI: <https://tidsskriftet.no/2018/06/leder/fodestuer-fra-nyvinning-til-nedleggelse> (nedlastet 31.10.2022 ).

5. Jacobsen, D L. Ikke færre fødetilbud, men flere!, Tidsskrift Den norske Legeforening, Publisert 8 mars. 2022- Sitat hentet fra Samfunn og økonomi. Norsk fødselsomsorg har mest å tape på helseforetaksmodellen. <http://www.samfunnogokonomi.no/2021/07/norsk-fodselsomsorg-har-mest-a-tape-pa-foretaksmodellen/> DOI: (nedlastet 31.10.2022 ).

6. Helgelandssykehuset; Styrevedtak, sommerstengte fødeavdelinger

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202021/20210527/20210527%20Styresak%2041%20Beredskap%20og%20plan%20for%20sommerstengte%20f%C3%B8deavdelinger%202021.pdf> (nedlastet 31.10.2022 ).



7. Folkehelseinstituttet. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (nedlastet 31.10.2022 ).
8. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2022/betydningen-av-lang-reisevei-til-fodeinstitusjon-og-folgetjeneste-for-gravi/> (nedlastet 31.10.2022 ).
9. Engom HM, Morken N-H, Norheim OF et al. Availability and access in modern obstetrics care. BJOG 2014; 121: 290-299 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24283373/> (nedlastet 31.10.2022 ).
10. Ravelli ACJ, Jager KJ, de Groot MH et al. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. BJOG 2011; 118: 457-65 <https://core.ac.uk/download/pdf/232376611.pdf> (nedlastet 31.10.2022 ).
11. Barclay L, Kornelsen J, Longman J et. Al. Reconceptualising risk: Perceptions of risk in rural and remote maternity service planning. Midwifery 2016; 38: 63-70 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613816300353> (nedlastet 31.10.2022 ).
12. Kornelsen J, Grzybowski S. The reality of resistance: the experiences of rural parturient women. American College of Nurse - Midwives 2006; 51: 260-265. <https://med-fom-crhr.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/realityofresistance.pdf> (nedlastet 31.10.2022 ).
13. Kornelsen J, Stoll K, Grzybowski S. Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. Australian Journal of Rural Health 2011; 19, 9-14 <https://med-fom-crhr.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/stressandanxiety.pdf> (nedlastet 31.10.2022 ).
14. Ramberg I K S. Kvinners opplevelse av å føde langt hjemmefra. Masteroppgave ved profesjonsstudiet medisin ved Universitetet i Tromsø: Juni 2017. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/16249/thesis.pdf> (nedlastet 31.10.2022 ).
15. <http://barselopproret.no/historier> (nedlastet 31.10.2022 ).
16. Stenseth, S, Svabø H, Thomassen A L, Ingulstad C, Solvik A, Brekkan M G.  
Nå er det nok! Her er våre syv krav:

[https://www.tv2.no/mening\\_og\\_analyse/na-er-det-nok-her-er-vare-syv-krav/14747454/](https://www.tv2.no/mening_og_analyse/na-er-det-nok-her-er-vare-syv-krav/14747454/)

Artikkel ( 2022 ) DOI (nedlastet 31.10.2022 ).

17. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. (4 utgave ) Oslo: Universitetsforlaget; 2017.

18. Johannessen A, Tuft P A, Christoffersen, L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. ( 5 utgave ) Oslo: Abstrakt forlag; 2016.

19. Jacobsen D I. Hvordan gjennomføre undersøkelser. ( 3 utgave ) Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.

20. Universitetet i Sørøst - Norge; lagring av rød data

<https://min.usn.no/startside-student/tjenester-for-studenter/oppgaveskriving/usn-safe/>

(nedlastet 31.10.2022 ).

21. Balci S, Vedeler C. Fødende kvinner vil ha ekte og personlig omsorg. Artikkel Forskning.no (2021) <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/vil-ha-ekte-og-personlig-omsorg> (nedlastet 31.10.2022 )

22. Vedeler C, Nilsen, A B V?, Blix E, Downe S, Eri T S. What women emphasise as important aspects of care in childbirth - an online survey. Journal of obstetrics & gynaecology. (2021) <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16926> (nedlastet 31.10.2022 ).

23. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Lov-1999-07-02-63. Helse og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/1999-07-02-63> (nedlastet 31.10.2022 ).

24. Helsepersonelloven §10, første ledd

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-10.informasjon-til-pasienter-m.v> (nedlastet 31.10.2022 ).

25. Brunstad A, Tegnander E. Jordmorboka Ansvar, funksjon og arbeidsområde. ( 2 utgave ) Oslo: Cappelen Damm Akademisk; ( 2017 ).

26. Sandvik, Gunnhild Blåka. Moderskap og fødselsarbeid - Diskurser i reprodiktivt arbeid. ( 1 utgave) Fagbokforlaget. 1997.
27. Vadset M S. Medvirkning og distanse - om samhandling og relasjoner i moderne fødsels diskurs. Mastergradsoppgave i profesjonsetikk. Universitetet i Oslo, det teologiske fakultetet. (2016) <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/51217/Martha-S--Vadset--Masteroppgave-2016.pdf?sequence=1> (nedlastet 31.10.2022 ).
28. Pasientreiser. <https://www.helsenorge.no/pasientreiser/> (nedlastet 31.10.2022 ).
29. Medisinsk fødselsregister. statistikkbank <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (nedlastet 31.10.2022 ).

Del 2  
Fordypning

## 1 Introduksjon til fordypningsdel

Denne fordypningsdel utgjør del to av vår masteroppgave i jordmorfag, og er et utdypende tillegg for vår artikkel; "Hvilke erfaringer har kvinnen når hun i svangerskapet får endret sitt planlagte fødested?" - en kvalitativ studie.

### 1. 1 Sammendrag av artikkel manuskript

Hensikten med vår studie var å utforske kvinnens erfaringer med å få endret sitt planlagte fødested i svangerskapet. Når hun først planla, i samråd med fagfolk å føde lokalt, og deretter utover i svangerskapet opplevde at dette ble endret, slik at hun må reise bort for å føde sitt barn. Hvordan erfarte kvinnen dette?

Når kvinnens opplevelse og erfaringer er det sentrale for oss, har vi utarbeidet følgende problemstilling:

"Hvilke erfaringer har kvinnen når hun i svangerskapet får endret sitt planlagte fødested?".

For å kunne besvare problemstilling har vi laget en kvalitativ studie, og utført 11 semi-strukturerte intervju. Utvalget for hvem som inkluderes inn i studien ble gjort etter våre gitte inklusjonskriterier. De var følgende; planlagt fødested ble endret i løpet av svangerskapet, avgjørelsen ble gjort før fødselsstart, kvinnen er ikke overflyttet i fødsel og hun fødte i 2021. Søk for å få deltakere ble gjort via reportasjer i lokalaviser, som ble delt i sosiale medier, der kvinnen meldte seg selv som informant.

Vårt materiale er analysert med bruk av Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering. Analysen ble gjennomført i følgende fire trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannede enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017 s 98). De meningsbærende enhetene ga oss fire grupper; trygghet og forutsigbarhet, følelsesmessige reaksjoner, autonomi, og de praktiske konsekvenser endret fødested medførte.

Våre resultater i artikkel er diskutert i forhold til dagens nasjonale føringer i fødselsomsorgen og annen relevante litteratur. Kvinnene opplevde i liten grad å være delaktig i avgjørelsen om at hun måtte bort for å føde, det var lite og mangelfull informasjon, og dette skapte følelsesmessige

reaksjoner. Det er viktig å spille på lag med kvinnen, og frafall av en trygg og god opplevelse kan gi kvinnen selv dårligere helse, men som også gjenspeiles i dagens mediebilde med mange negative fødsels nyheter. Vi har sett på kvinnens erfaringer fortalt fra kvinnens perspektiv.

Jordmor møter den gravide kvinnen i svangerskapsomsorgen, og betydningen av våre funn kan gi fremtidige fødende som må omgjøre sitt fødested en bedre opplevelse og erfaring, enn det våre informanter satt igjen med.

## **1. 2 Introduksjon til fordypning**

Vi vil i denne fordypningsdel gå inn på metode og metodediskusjon i kapittel 2.

I kapittel 3 beskrives det teoretiske grunnlag for resultatdiskusjonen. I kapittel 4, som er vår resultatdiskusjon, har vi valgt å ta for oss de på helsepolitiske føringer i Norge i dag, og hvordan kvinnens autonomi praktiseres i avgjørelsen, og hva dette betyr for kvinnen.

Stortingsmelding nr 12 (2008- 2009), har lagt stor vekt på brukermedvirkning og medbestemmelse i avgjørelser vedrørende egen helse, og dette fant vi i vårt materiale var motstridende i forhold til hva kvinnene fortalte. Vi ønsker derfor å gå nærmere inn på disse funnene.

Tilslutt avrundes fordypningsdel med kapittel 5, som er konklusjon og oppgavens relevans for jordmorfaget.

## **2 Metode og metodediskusjon**

### **2. 1 Vitenskapsteoretisk ståsted**

Bakgrunn for valg av metode var vårt ønske om å få frem kvinnens erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger, til vår valgte problemstilling (Malterud, 2017 s.133). Vi ønsket et helhetlig bilde av kvinnens erfaring, og vi vil kunne få dette frem ved hjelp av intervjuer (Malterud, 2017 s. 137). Vi ønsket å la kvinnen selv få fortelle med sine ord om erfaringen de satt med, og vi ønsket en dypere forståelse for vår problemstilling, og var ikke ute etter en forklaring på problemstilling (Malterud, 2017 s. 32).

Metoden bestemmes av dermed av vår problemstillingen, (Malterud, 2017 s. 25) og dens hensikt. Dermed er kvalitativ metode med dybdeintervju å foretrekke.

## 2. 2 Litteratursøk

Vi har forsøkt gjøre systematiske søk. Vi har brukt mye tid til søk for å finne relevante artikler, og det har vært en del utfordringer for å finne de rette PICO ord og annen relevant litteratur. Vi har funnet artikler, lovverk, retningslinjer og andre fagbøker ift vår problemstilling. Vi har i liten grad benyttet USN sitt bibliotek, pga koronarestriksjoner, samlinger på teams, og dermed vært lite på USN, spesielt i søkeprosessen.

Vi har brukt søkeord som; fødende, fødested endret, reise bort for å føde, seleksjon, trygghet, medbestemmelse, autonomi, informert valg, kvalitativ studie, intervju, og de ble brukt i ulike sammensetninger med AND og OR, som da enten begrenser eller utvider søket.

Vi har utført søk i ulike databaser; som Oria, Swemed, Cinahl, Cochrane, Medline, Google Scholar. Søkene ga varierende mengde aktuelle treff, og referanselister til artikler ble brukt for å finne frem til ytterligere relevante kilder.

Vi utarbeidet prosjektbeskrivelse godkjent høst 2021.

## 2. 3 Valg av intervju som metode, semistrukturerte intervju og intervjuguide:

**Valg av intervju som metode** er gjort på bakgrunn av vår problemstilling.

Kvale og Brinkmann (2009) karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og et formål, og egner seg når vi ønsker studere meninger, holdninger og erfaringer (Johannessen med flere, 2016 s. 145).

Vi ønsket i våre intervju at kvinnen skulle få snakke fritt og fortelle om sin erfaring, og at vi skulle få utdypende svar. Intervjuer skal ikke være den styrende part, men kvinnen selv.

Vi brukte **semistrukturerte** intervju, og hadde utarbeidet en **intervjuguide**. Bakgrunnen for valg av semistrukturerte intervju er vårt ønske om at informanten i størst mulig grad skal få fortelle om sine erfaringer, tanker, følelser rundt tema og få informantens refleksjoner rundt våre utarbeidede spørsmål i intervjuguiden (Malterud, 2017 s. 133).

Intervjuguiden har få, og åpne spørsmål (Vedlegg 1). Dette er som et utgangspunkt, mens spørsmål, tema og rekkefølge vil variere, etter hvordan intervjuer og informant beveger seg i temaet (Johannessen m flere, 2016 s. 147-148).

Utforming av intervjuguide er gjort på bakgrunn av problemstilling. Ved utarbeidelsen av intervjuguiden vurderte vi vår innledning, faktaspørsmål, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål og nøkkelspørsmål og avrundning av intervjuet (Johannessen m flere, 2016 s. 149 - 150).

Vi vurderte nøye hvordan vi skulle stille spørsmål, og reflekterte mye rundt vår intervjuguide. Dette ble gjort for å få frem mest mulig utfyllende svar fra våre informanter, og dermed ha mindre innvirkning på svar enn ved forhånds kodede spørreskjema. Da vi er to som gjorde intervjuene var det viktig, og nødvendig, at informantene fikk samme spørsmål, slik at sammenligning og bearbeiding i ettertid var mulig.

## **2. 4 Gjennomføring av intervjuer**

**For beskrivelse av utvalg og inklusjonskriterier, og komplettering av datainnsamling og analysemetode, viser vi til redegjørelsen i artikkelen.**

Før vi gjorde intervjuene satte vi oss grundig inn i hvordan gjennomføre kvalitative intervjuer (Johannessen med flere, 2016 s. 147-156).

Ved intervjuets start presenterte vi studien og hensikt. Vi informerte om godkjente tillatelser, forklarte samtykkeerklæringen og fikk signatur. Vi informerte om tenkt tidsbruk for intervjuet. Vi forklarte hvor lydopptaket ble lagret, og sletting av lagret opptak ved studiets sluttdato. Vi understreket at kvinnen er anonym i studien, og at data ikke vil bli gjenkjennbart i teksten. Vi fortalte om vår intervjuguide, og at vi noterte litt underveis, og eventuelt kom med oppfølgingsspørsmål. Vi informerte om hvor kvinnen kunne henvende seg om prosjekt, og muligheten til å trekke intervjuet fra studiet. Vi sa tydelig fra når vi startet og stoppet opptaket (Johannessen med flere, 2016 s. 149).

Kvinnene valgte selv hvor intervjuet skulle skje, og utenforliggende forstyrrelser ryddet vi bort i størst mulig grad. Å skape ro rundt intervjuet var viktig (Johannessen med flere, 2016 s. 156). Vi vurderte hvor pc ble plassert, slik at den var minst mulig forstyrrende element.

Det var også viktig å gjøre notater umiddelbart etter intervjuet, da et intervju gir mange inntrykk. Også i forhold til kroppsspråk, som formidler reaksjoner og følelser.



(Johannessen med flere, 2016 s. 156). Vi gjorde intervjuene ansikt til ansikt på 10 av 11 informanter.

En av forfatterne foretok et pilotintervju. Det vil si vi ønsket å sjekke om det fungerte med vår utarbeide intervjuguide og lagring av opptak. Sett i ettertid kunne vi bearbeidet og evaluert pilotintervjuet grundigere sammen, samt samkjørt intervjuguide tettere, eks hvilke tilleggsspørsmål vil være relevante.

Det var vanskelig å avbryte kvinnen, og intervjuer var usikker på å avbryte, når det ble snakket mye utenfor temaet. Noe som resulterte i grundige fødsels beretninger spesielt for en av forfatterne. Intervjuer skal være forsiktig med avbrytelser under denne type intervju, da det kan gjøre informant usikker, og dermed fortelle mindre enn det hun, uten avbrytelser, ville gjort (Johannessen med flere, 2016 s. 154).

Sett i ettertid kunne det som ikke omhandlet problemstilling vært utelatt transkripsjon, da det er tidkrevende, og ikke var relevant ift studien.

Vi stilte noen tilleggsspørsmål underveis i intervjuet, hvis noe var uklart, eller vi ønsket ytterligere informasjon. Tilslutt avrundet vi med spørsmål om det var noe de ønsket fortelle, som vi ikke hadde snakket om.

Etter hvert intervju ble det satt av tid for ytterligere samtale, da flere av kvinnene hadde behov for dette. Vi som jordmødre innehar stor kompetanse, og opplevde at kvinnene hadde mange ubesvarte spørsmål relatert til sin fødsel og historie. Dette ble som en fin avrundning for våre møter, og som en takk til kvinnen som deltok.

Vi som intervjuere opplevde å ha fordel med samtaleteknikk og lang klinisk erfaring. Begge forfattere opplevde etter hvert intervju progresjon i teknikk, og mindre tekniske utfordringer med USN "Safe". Installasjonsprosessen så vi, i ettertid, tok mere tid enn forutsatt å sette seg inn i, samt å kunne anvende. Det kunne vi med fordel startet tidligere med, mens vi ventet på godkjenning fra NSD.

Å gjøre intervjuene hver for oss kan ha vært en ulempe, da det var mye å ordne, både med det tekniske, spørsmålene, og tanken på at det skal bli best mulig for studiet. Vi ser i ettertid det kunne ha styrket intervjuene, og studien, med å utføre dette sammen, da det er lettere for den som ikke intervjuer å holde oversikt og komme med tilleggsspørsmål. Vi hadde dermed også gjort intervjuene mere like og brukt mindre tid på å bli kjent med vårt totale datamateriale. Å gjøre intervju sammen lot seg ikke gjøre på grunn av tidsfrister og lange avstander.

Intervjufasen ble en komprimert prosess, fra tillatelsen fra NSD forelå, til prosessen med å lagre "røde data" (USNs Safe), var i orden. Vi hadde vår egen deadline for å bli ferdige med all datainnsamling før siste samling ved USN. Slik at når vi møttes, kunne vi starte å analysere teksten sammen.

Analysen av opptakene starter allerede i transkribering, da intervjuer reflekterer intervju opp mot problemstilling hele tiden, det blir som en "runddans" (Malterud 2017 s. 77-82).

Det erfarte vi stemte godt, og derfor er det anbefalt å transkribere selv.

## **2. 5 Systematisk tekstkondensering -en tverrgående tematisk analysemetode**

Vi har benyttet Malteruds systematisk tekstkondensering i vår tverrgående analyse for vårt innsamlede materiale (Malterud, 2017 s. 97- 115).

STC er beskrevet i artikkelens analysedel med tabell over de fire trinnene.

Vi har laget et eksempel som illustrerer hvordan vi har arbeidet med STC. (Vedlegg 2)

Under analysen var vi fysisk sammen. Alle intervjuene ble grundig hørt gjennom, og transkribering er lest flere ganger, slik at begge forfattere kjente materialet best mulig, og følte samme eierskap til det. Dette er trolig helt avgjørende for lignende prosjekter, og det er positivt og nødvendig for analysen og studiet som helhet.

I artikkelens resultatdelen er det utarbeidet tabell som viser meningsbærende enheter, kodegruppe/subgrupper, kondensering som fører til teksten / resultatene.

## **2. 6 Refleksivitet**

Refleksivitet handler om at vi skal overveie forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former resultatene (Malterud 2002). Vi som forskere må lære å forholde oss til betydningen av vår rolle, forutsetninger og konsekvenser knyttet til utvalg og systematisk håndtering av den organisering og fortolkning av datamaterialet som vi gjør. Dette gjelder forøvrig for all vitenskapelig forskning om det er tall eller tekst (Malterud 2002).

Vår rolle, forforståelse og teoretisk referanseramme, vil bestemme hvilken side av virkeligheten som kan beskrives, fortolkes og analyseres (Malterud 2017 s.19).

For at forskningsprosessen skal gi ny viten er det viktig å møte forskningen med et åpent sinn, med plass for tvil, ettertanker og uventede konklusjoner. I starten tenkte vi på vår egen forforståelse og viktighet med et åpent sinn og ikke forutinntatte svar (Malterud, 2017 s. 19).

Som forsker skal vi ikke ta ting for gitt, eller vente på overraskelser, men selv aktivt oppsøke konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner (Malterud, 2017 s.19).

Vi som forskere må vise vilje og evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke.

Vi har begge lang erfaring fra jordmorfaget. Her er det nødvendig å være bevisst vår egen rolle og hva vi har i bakgrunnskunnskap, som kan påvirke prosess og resultat. Vi er bare mennesker, og våre motiver, indre bilder og forestillinger styrer oss som mennesker og i jordmor arbeidet. Vi har selv mange ganger vært i denne situasjonen med den gravide.

Kvinnene kontaktet oss etter avisoppslag, de vet hvem vi er, selv om vi ikke nødvendigvis visste hvem de var. De kan ha dannet seg et bilde av oss som jordmor, men det kan også ha bidratt til at de har følt økt trygghet og dermed delt mere av sin erfaring, siden det er noe kjent med oss.

## **2. 7 Intern validitet**

Studiets troverdighet eller interne validitet, er avhengig av at vi har valgt en metode som på hensiktsmessig måte egner seg til å belyse vår problemstilling, og det er også noe som vi har vurdert gjennom prosessen vår (Malterud, 2017 s. 23). Vi mener gjennom individuelle intervjuer som metode, å ha fått frem kvinnens erfaringer med å få endret sitt fødested. Vi mener å ha gått i dybden på dette, da vi satt igjen med et stort datamateriale (Kvale & Brinkmann 2009). Den

interne validitet blir lav hvis kartlegging ikke gjennomføres på en måte som er relevant for formålet, men det mener vi ikke å ha gjort.

Ulempen med intervju er at informanter kan gi usanne opplysninger, og det derfor ikke er godt nok egnet. Erfaringene de fortalte var ikke mer enn ett år tilbake i tid, og derfor relativt ny opplevde. Vi har ingen grunn til å tro at informanter kom med uriktige opplysninger (Jacobsen, 2015 s. 230).

Ti av elleve intervjuer er gjort ansikt til ansikt som gjør at misforståelser unngås, og vi har like forutsetninger i nesten alle intervjuene.

Vårt valg av analysemetode og hvor godt vi skjønner å bruke den, kan ha betydning for den interne validitet. Vi benyttet STC, som er en god analysemetode for vårt materiale, og den er relativt enkel og gjennomførbar for oss som ikke tidligere har forsket (Malterud, 2017 s. 97). Når metoden var grei å følge, så har vi brukt tiden til innholdet i datamaterialet vårt, noe som er positivt for intern validitet.

## **2. 8 Ekstern validitet**

Studiens overførbarhet, eller eksterne validitet, vil si noe om resultater kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der studien er utført. (Malterud, 2017 s. 66)

Vårt utvalg, hvor vi har hentet vårt utvalg fra, er av stor betydning for den eksterne validitet.

Vårt utvalg består av 11 norske kvinner, som fikk omgjort sitt fødested mellom svangerskapsuke 18-38, snitt uke 28, snittalder 29 år. Majoriteten har fullført høyere utdanning, og alle er hjemmehørende i landsdelen. Vi har gjort en systematisk utvelgelse etter våre inklusjonskriterier. Alle er etnisk norske, da kun etnisk norske meldte seg.

Kvinnene var fulgt opp av jordmor gjennom svangerskapet, jf nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet). Vi mener kvinnene representerer bredt i forhold til paritet, alder, utdanning, og vi mener å ha et godt tverrsnitt av den nordnorske kvinnen.

Ulempen kan være at alle er nordnorske, og de er vant til avstander. Halvparten er vant til å ha sykehus lokalt, mens den andre halvpart ikke har det, men fødestue.

Vi søkte etter informanter gjennom media, og det kan ha gjort at kvinner med negative erfaringer og opplevelser med å få sitt fødested omgjort meldte seg, mens kvinner som hadde erfart det motsatte ikke tok kontakt. Vi har ikke denne oppfatning av våre data.

Kan våre resultater bidra til å opplyse en liknende problemstilling i en annen sammenheng? Den eksterne validitet blir svak hvis den utelukkende forholder seg til den lokale konteksten, uten at kunnskap kan overføres til andre problemstillinger (Jacobsen, 2015 s. 237).

Vi har undersøkt erfaringer til kvinner som fikk endret sitt fødested. Vi mener dette kan nyttes til andre som opplever samme situasjon, men også mange andre spørsmål gjennom svangerskapet. Våre funn forteller oss nødvendigheten av at kvinnen skal ha autonomi i avgjørelser som omhandler henne og barnet, hun skal gis informasjon, korrekt informasjon og det er viktig for kvinnen å bli sett og hørt.

## **2. 9 Ethiske aspekter**

Studien vårt er utført i tråd med Helsinkideklarasjonen (WMA 2013).

Studien ble ikke ansett som meldepliktig og falt utenfor Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sitt ansvarsområde.

Vi søkte Norsk Senter for forskningsdata (NSD) og fikk vår søknad godkjent etter noen justeringer, NSD nr: 818415 (Vedlegg 3).

Godkjenninger var i orden før start av datainnsamling.

Informanter fikk muntlig og skriftlig informasjon (Vedlegg 4), og ga skriftlig samtykke for deltakelse før intervjuet startet (Vedlegg 5). Informanter ble sikret anonymitet, taushet og forsikret forsvarlig håndtering og sletting av lydfiler, samt informert om retten til å trekke seg fra studien.

Helseforskningsloven §5 (2008) sier at “medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold.” Dette ivaretar vi med ovennevnte tiltak.

Vi har benyttet USN sitt anbefalte verktøy for behandling av sensitive data på lydfiler i forskning (USN Safe). USNs retningslinjer omhandler hvordan innsamling, lagring og arkivering av

forskningsdata skal foregå, som er nødvendig å følge. Det var en svært tidkrevende og stressende prosess å sette oss inn i, og forstå funksjonen av. Vi fikk hjelp fra IT ved USN, men det var ny oppbevaringsmetode for universitetet også, og ikke (februar 2022) utarbeidet gode brukermaler.

## **2. 10 Valg av tidsskrift med link**

Valg av tidsskrift er gjort i samråd med våre veiledere.

Link til forfatterveiledning; <https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

## **3 Teoretisk grunnlag for resultatdiskusjon**

I vårt studie har kvinnes stemme vært tydelig på at de har hatt liten innflytelse på egen situasjon. Det har hatt en sterk innvirkning på hvordan de opplevde sitt svangerskap og fødsel. Vi ønsker derfor å gå i dybden på begrepet autonomi og hva det betyr. Hvordan vi tolker begrepet autonomi, og hvilken påvirkning det har for kvinnens livssituasjon. Videre i dette kapitlet presenteres lover og teorier, som vi diskuterer i kapittel 4, resultatdiskusjon.

### **3. 1 Lover og retningslinjer**

Som jordmødre har vi lover og retningslinjer som vi skal følge. Både jordmors yrkesetiske retningslinjer (2005), lov om pasient- og brukerrettigheter (1999), og Helsepersonelloven (1999) sier noe om brukermedvirkning, informerte valg og pasientsikkerhet. Vi vil bruke disse om hverandre i resultatdiskusjonen, hvor vi ser nærmere på kvinnes autonomi.

### **3. 2 Autonomi**

Autonomi er tillagt en mengde begreper som vi vil bruke om hverandre i oppgaven. Med autonomi menes at mennesket er en selvstyrende person med evner til å bestemme over seg selv. En person med selvbestemmelsesrett, informert samtykke, har nødvendig informasjon til å ta valg, med frihet til å ta valg, og med rettigheter som blir ivaretatt (Vadset 2016).

Individets selvbestemmelsesrett er en rettighet gitt til brukerne av helsevesenet gjennom lov. Lov om pasient og brukerrettigheter sier blant annet; at bruker har rett til medvirkning og informasjon (1999). To viktige prinsipper som må ligge til grunn for at brukeren skal kunne ta et informert valg. Pasientautonomi er begrepet vi kan bruke om en pasients rett til informasjon, informert valg og medbestemmelse.

### **3. 3 Stortingsmelding nr. 12 - En gledelig begivenhet**

Stortingsmelding nr 12 er en tilråkning fra Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). Intensjonene til stortingsmeldingen er å oppnå en bedre helhet i tjenesten. Stortingsmeldingen vektlegger en sterk brukermedvirkning ved utvikling av tjenesten. I tillegg skal planen sikre fødselsomsorgen et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud. Brukermedvirkning i utbedring av tjenesten er tungt anbefalt i stortingsmeldingen. I resultatdiskusjonen har vi trukket inn regjeringens intensjoner for fødselsomsorgen, sett i sammenheng med kvinnenes opplevelse av fødselsomsorgen.

### **3. 4 Helsedirektoratet - Et trygt fødetilbud**

Helsedirektoratets veileder bygger på Stortingsmelding nr 12, og inneholder kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Her beskrives kravene til organisering og oppgave- og funksjonsfordeling. Blant annet beskriver den nivåinndeling, og hvordan seleksjon til det enkelte nivå skal være. Det skal være differensierte og desentraliserte tilbud i fødselsomsorgen, og krav til informasjon og kommunikasjon mellom partene. I kapittel 4 bruker vi veilederens krav i diskusjonen, opp mot de erfaringene våre informanter opplevde som brukere av fødselsomsorgen. Helsedirektoratets veileder er styrende dokument for fødselsomsorgen i dag.

### **3. 5 Salutogenese**

I resultat diskusjonen skal vi se på autonomi, og helsen til kvinnene ved mangel på autonomi. Vi har trukket inn Antonovskys salutogenese modell (Antonovsky 2018). Vi har kun konsentrert oss om deler av denne modellen, på grunn av oppgavens størrelse.

Vi har sett på Antonovskys; ”opplevelsen av sammenheng (OAS)”. Modellens hans tar for seg helsen opprinnelse, og han viser til en sammenheng mellom god helse og OAS.

De tre kjernekomponentene i OAS er; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky mener alle de tre komponentene er viktige for god helse, men ikke like viktige. Han mener begripelighet er den viktigste komponenten, etterfulgt av håndterbarhet og meningsfullhet. God mestring avhenger av en sterk OAS, samlet sett. Mennesker setter grenser for seg selv for hva som er viktig i livet. Grensebegrepet innebærer at man ikke trenger å føle at alt i livet er håndterbart, begripelig og meningsfullt, men det er nødvendig at noe i livet til et menneske oppleves viktig. Vi bruker de tre komponentene i resultatdiskusjonen, sett i sammenheng med kvinnenes møte med fødselsomsorgen og egen helse.

## **4 Resultatdiskusjon**

Autonomi, eller mangel på autonomi er som en rød tråd gjennom studiet vårt. Vi ønsket derfor å gå i dybden på dette. Ut fra kvinnenes fortellinger delte vi funnene opp i 4 grupper, som vi diskuterer i kapittel 4.

### **4. 1 Kvinnens autonomi i møte med fødselsomsorgen**

Kvinnene i studiet fortalte om følelsen av å ikke bli sett og hørt, i avgjørelsen som omhandlet deres helse. De fortalte at de ikke ble spurt, eller tatt med i samtalen, om egen situasjon. Når det ligger til grunn både lovmessig og politisk at brukerne skal ha medbestemmelsesrett, er dette svært foruroligende. Blant annet sier helsedirektoratets veileder (2010) at kvinnene skal involveres i beslutningsprosesser.

Endring av fødestedet ble gjort i god tid før fødsel hos de fleste av våre informanter. Muligheten for å ha en samtale om endringene var tilstede. Det lå til rette for at kvinnene kunne blitt delaktige i avgjørelsen, og at de kunne fått både tilstrekkelig, og korrekt informasjon. Endret fødested kom på grunn av sommerstengt fødeavdeling, diffuse plager hos den gravide, og diffuse anbefalinger hos helsepersonell, og ulik bruk av seleksjonskriteriene hos jordmødre.



I sin studie stiller Vadset (2016) spørsmål om pasientautonomi i den moderne fødselsomsorgen. Vadset sier det er stor kontrast mellom målsettingen om brukermedvirkning, og funnene i hennes studie. Hennes informanter fortalte om en annen fødselsomsorg enn det de politiske målsettingers intensjoner viste til. De opplevde at omsorgen ikke oppfylte de forventningene de hadde til den. Våre informanter opplevde at Helsedirektoratets veileders (2010) og stortingsmelding nr 12's (2008-2009) intensjoner ikke ble fulgt i deres situasjon. Informantene i Vedelers studie (2021) forteller om et ønske om en gjennomgående og helhetlig fødselsomsorg. Når vi ser de tre studiene samlet har kvinnene et felles ønske om en bedre omsorg.

Informantene våre hadde en opplevelse av at det ikke var annet å gjøre enn å følge reglene, og de forteller om fravær av autonomi. Når helsepersonell følger gitte seleksjonskriterier som en rutine i møte med kvinnene, vil rutinene bli til hinder for kvinnene til å ha medbestemmelse (Vadset 2016). Rutinene kommer fremfor en samtale om de forskjellige valgene kvinnen har. Medbestemmelse forutsetter at det er en dialog mellom partene. Pasient og brukerrettighetsloven sier at informasjonen skal gis individuelt tilpasset brukeren. Brukeren skal ha nok informasjon om sin situasjon, slik at denne kan ta del i beslutningsprosessen (Lov om pasient-og brukerrettigheter 1999).

Informantene i vårt studie fortalte om en situasjon hvor de hadde en lav autonom status, noe som kolliderer med fødselsomsorgens intensjoner.

Medbestemmelse i fødselsomsorgen betyr ikke at kvinnen selv kan bestemme behandlingsmetode, og at pasientens ønsker er ubestridelig. Men retten til medvirkning er et grunnleggende prinsipp i fødselsomsorgen, og pasientbehandling forøvrig. Det skal være en relasjon mellom partene, og pasienten skal være delaktig i planleggingen av omsorgen. Hvis pasienten motsetter seg den anbefalte behandlingen skal helsepersonell informere om konsekvensene av dette (Lov om pasient-og brukerrettigheter 1999) .

*“Nei, det føles som du er en brikke i et spill, politisk, økonomisk, du er ikke så viktig. Så den følelsen at noen styrer over hodet ditt. Du har ikke noe du skulle ha sagt. Det er rart.” ( informant 4 )*

#### 4. 2 Helsepersonell og pasientautonomi

Det er et krav til helsepersonell at vi skal utøve forsvarlig helsehjelp (helsepersonelloven 1999). Disse kravene er knyttet opp til verdier i fødselsomsorgen som sikkerhet, kvalitet og tillit (§ 1 Helsepersonelloven 1999). De gitte lovene regulerer fødselsomsorgen og danner basisen for utøvelsen av omsorgen. For helsepersonell er det mange vurderinger og valg som ikke er gitt på forhånd, til tross for lovverk og veiledere. Når helsepersonell tar en avgjørelse for kvinnen, kan det være at de mener valget er mest forsvarlig og sikkert for kvinnen og barnet. Men å sikre pasientens autonomi er en like sterk rettighet i fødselsomsorgen (lov om pasient- og brukerrettigheter 1999).

I en situasjon hvor det er uenighet mellom brukeren av omsorgen, og utøverne, får man en problemstilling; hvordan kan man ivareta kravet om forsvarlighet og sikkerhet i tillegg til å sikre pasienten en sterk autonomi?”. Dette er et dilemma som er økende i takt med ønske om en sterkere brukermedvirkning i utvikling og i utøvelse av tjenesten (Vadset 2016).

Når brukeren opplever en svak autonomi og avgjørelser blir tatt ute medvirkning har pasienten ingen eierskap til behandlingen i tillegg til å ikke å oppleve forståelse for avgjørelsen. Det vil svekke relasjonen mellom partene.

I en travel arbeidshverdag kan vi ta for gitt at kvinnene er enig med helsepersonellens avgjørelse og at vi ikke har tatt oss tid til å gi riktig, og tilpasset informasjon. For å sikre oss en sterk pasientautonomi må brukeren være en aktiv part i relasjonen (Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999).

Noen av kvinnene fikk beskjed om ikke å vente for lenge med å reise til andre fødeenheter, kom de for sent til overflytting, var de selv ansvarlige hvis noe gikk galt. Kvinnene i studiet forteller at de selvsagt ikke tok noen sjanser med barnets helse, så disse meldingene fra helsepersonell opplevdes negativt. Denne vertsfallstenkingen fra helsepersonell kan medføre til at kvinnene ikke stoler på egne avgjørelser, men følger den gitte anbefalingen. Som helsepersonell bør vi være oppmerksom på den makt vi har.

*“Hun hadde allerede bestemt det. Det var ikke noe å snakke om, hun hadde allerede ringt og gitt beskjed. Jeg var jo ikke enig i det.”*

*( informant 10 )*

#### **4. 3 Samfunn og kultur**

Hvordan vi ser på fødsel og fødselsomsorgen og hva vi ser på som “riktig”, vil medvirke til våre valg. Har vi en tilnærming til fødsel med at det er en risiko for mors og barns helse, en verstefallstenkning, eller en tilnærming som sier at fødsel er en naturlig ting.

De siste 100 år har den teknologiske utviklingen plassert fødselsomsorgen, fra hjemmefødsler, til spesialisthelsetjeneste og medisinens sfære (Vadset, 2016).

I sin bok sier Blåka Sandvik (1997, s.60), at når et tema defineres som et medisinsk problem, fungerer det som en modell som påvirker hele sykdomsoppfatningen i befolkningen.

Den økte bruken av teknologien kan føre til at vi stoler mer på det enn kvinnekroppen.

En overdreven kontroll vil innsnevre fødekvinnen og den kunnskap hun innbefatter (Blåka Sandvik, 1997).

De siste tiårene har vi fått en motreaksjon som er kritiske til praksisen på fødeavdelingen og som mener teknologien kan frata kvinnen medbestemmelsesretten og den naturlig fødselen (Blåka 2002).

Kulturen vi befinner oss i, beskriver hva vi ser som naturlig (Vadset 2016) Det som er naturlig blir det som er det normale for oss, og det normale anses for trygt. Slik at ord vi bruker i samtalene ikke har samme betydning for alle partene. Og det kan oppstå misforståelser i samtalen vedrørende informasjon og valg av behandling.

De siste års forandringer i fødselsomsorgen har medført økt sentralisering, nedleggelse og sommerstengte avdelinger. Er da kvinnens valg forenlig med de tilbud som er gitt, og er kvinners valg likt over hele landet? Ramberg's studie (2017) tar opp hvor hardt nedleggelse av fødeavdelinger har rammet distriktene. En av regjeringens intensjoner med Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) og fødselsveilederen (2010) var å jevne ut forskjellene i omsorgen. Ut fra våre funn er det ikke likhet i valgmuligheter for kvinnene i Norge, med nedleggelse, desentralisering og sommerstengte avdelinger. Ulike økonomisk utfordringer var en forskjell vi fant i vårt studie.

Når vi snakker om medbestemmelse som en av basisverdiene i fødselsomsorgen kan det sees i sammenheng med det demokratiske samfunnet vi lever og bor i. Samfunnet vektlegger medansvar, individets frihet , informert valg, like rettigheter for alle, delt makt og demokratisk samfunnsutvikling for å nevne noen. Disse verdiene skal være tilstede i alle samfunnslag, i tillegg til å gjenspeile seg i pasientbehandlingen.

Brukeren skal ha medbestemmelse over egen situasjon, men helsetjenesten preges også av en økt grad av involvering av brukerne i utviklingen av tjenesten. Stortingsmelding Melding nr. 12 tar dette opp som en av regjeringens mål; "Regjeringen legger vekt på en sterk brukermedvirkning ved utvikling av helsetjenesten." De har et ønske om et bredt brukerperspektiv som innsatsområde (2008-2009).

*"Vi stenger her, så du må dra bort. Det har vi bestemt for deg selv om det er din kropp. Og Norge skrik etter flere unger. Hva gjør det her med deg? Måten en har blitt behandla på, jeg synes ikke det har vært greit."*

*( informant 4 )*

#### **4. 4 Helse og følelsesmessige reaksjoner**

Flere av våre informanter hadde kraftige reaksjoner på de avgjørelser som ble tatt uten deres medbestemmelse. Noen av dem opplevde kraftige psykiske reaksjoner og gikk i behandling i ettertid, mens noen fortrenget den negative opplevelsen. Vi kan se at når de ikke fikk den omsorg de trengte førte det til psykisk uhelse.

*"Nå har jeg prøvd å bli ferdig med det her, man ble så påvirket , også ekteskapet ble påvirket negativt. Så har jeg fundert på hva man kunne gjort annerledes. Det ligger i det å bli sett og forstått. Jeg burde ha skrevet et fødebrev, det er det jeg har konkludert med. Men jeg trodde ikke det var nødvendig." ( informant 7 )*

Antonovsky skriver at god helse krever at mennesket opplever et sammenheng i livet. For å oppleve det må man forstå hva som skjer med deg og rundt deg. Mennesket må oppleve at man

kan mestre det som skjer og at man kan håndtere det. I tillegg må det man opplever gi mening (Antonovsky, 2018).

Begripelighet som er den første faktoren han beskriver, som vil si at den stimuli man utsettes for er kognitivt forståelig, sammenhengende, strukturert og klar informasjon. Og om man utsettes for noe overraskende så vil man sette det i et sammenheng og forklare det.

Håndterbarhet er den andre faktoren han tar opp. Det vil si at mennesket har tilstrekkelig med ressurser til å kunne takle det som kommer. Med ressurser tilrådelig vil det si ressurser man har kontroll over, også ressurser som andre har kontroll på, som en ektefelle, foreldre og andre man stoler på. Den tredje faktoren er meningsfullhet, det vil si betydningen av å være involvert i prosesser som gjelder egen situasjon, både følelsesmessig og i kognitiv forstand (Antonovsky, 2018).

Kvinnene i studiet forteller om vanskene med å forstå avgjørelsene som ble tatt. En fødeavdeling ble stengt selv om corona situasjonen i landet var lik forrige år. Sykehusets styre valgte å holde resten av sykehuset åpent. Dette ble ubegripelig for de fødende. De opplevde dårlig informasjon om avgjørelsen, og kunne heller ikke se det var gode grunner for stengingen. Kvinnene opplevde ingen innflytelse på denne situasjonen, og det var ikke forutsigbart.

Kvinner som var selektert til å føde på hjemmeplassen, men som fikk kontrabeskjed fra en annen jordmor på samme avdeling om at hun måtte overflyttes, dette ga ingen mening for henne.

*“Det var jo et stykke uti svangerskapet og da er man jo litt sånn fysisk og psykisk sliten så jeg tenkte skal jeg gidde og diskutere med henne, jeg hadde jo fått lov av en annen jordmor. Det er jo ingen som har vært redd for å la meg føde her. Så da føler man at det var litt sånn overtramp.” ( informant 10 )*

Mange av kvinnene følte seg sårbare og emosjonelle i svangerskapet. De følte seg ikke helt som seg selv, og klarte ikke å snakke for seg. De hadde ikke de ressursene de vanligvis ville ha hatt til rådighet. I tillegg var det spørsmål om partnerne deres kunne bli med i transporten, noe som ytterligere medførte sårbarhet hos de fødende. To av kvinnene forteller om en livssituasjon som

gjorde endringene svært vanskelig, det medførte at de opplevde endringene som en større psykisk belastning. Situasjonen de var i opplevdes ikke håndterbar.

Kvinnene forteller at de er heldige som kan få god helsehjelp i svangerskap, fødsel og barseltiden. Men opplevde det likevel svært belastende å ikke være deltagende i en samtale om egen situasjon. Flere forteller om fravær av samtaler og informasjon i planleggingen av fødselsomsorgen. De opplevde ikke noen mening i avgjørelsene som ble tatt.

Det går som en rød tråd gjennom intervjuene at kvinnene opplevde fravær av informasjon og medbestemmelse. Dette skapte mye uro, engstelse og dårligere helse hos de involverte. Som jordmor sier våre retningslinjer at vi skal vektlegge brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke, og vi skal støtte kvinnene til aktivt å delta i beslutningene om egen omsorg (Brunstad, Tegnander 2017 s. 32-44).

Med alle lover og retningslinjer som vektlegger medbestemmelse i vårt jordmorarbeid er det underlig at det er en unison stemme blant våre informanter om at dette er fraværende. Avgjørelsen om fødselsomsorgen de er brukere av, tas på et plan de ikke har noen stemmer inn til. Dette til tross for gode intensjoner fra regjeringen i stortingsmelding nr.12 (2008-2009) og helsedirektoratets veileder (2010).

## 5 Konklusjon og relevans for jordmorfaget

Det er en liten studie, men den er representativ for mange gravide.

Vår forskning er relevant for jordmødre, og annet helsepersonell som arbeider i svangerskapsomsorgen. Når vi nå vet om erfaringene våre informanter hadde ved endring av fødestedet, kan det bidra til at vi møter gravide på en bedre måte. Å reflektere over egen praksis sett i sammenheng med lover og retningslinjer er lærerikt, og det vil gagne våre brukere.

Brukers medbestemmelse er en rett nedfelt i lover og retningslinjer for helsepersonell og pasienter. Samtidig har vi lover og retningslinjer som skal sikre forsvarlig helsehjelp. Målet må være at vi har alle rettigheter i fokus i møtet med kvinnen. Når kvinnene i studien ikke opplevde at de hadde medbestemmelse, eller fikk nok informasjon til å kunne ta et informert valg, må vi som er helsepersonell se på vår praksis. Vi må skape en kultur hvor våre brukere har et reelt valg og føler eierskap til beslutningene som blir tatt.

Studiet viser psykisk uhelse hos kvinnene i kjølvannet av mangel på autonomi, og hele familien ble påvirket. I samfunnet er det et opprør mot en ikke tilfredsstillende fødselsomsorg. Medieoppslag ukentlig forteller om en omsorg som ikke fungerer slik myndighetenes intensjoner er. Noe vår studie, og andre studier understøtter.

**antall ord i artikkel: 3324** med fratrekk sammendrag, tabeller, 3punktramme, sitater, overskrifter, referanser

**antall ord i fordypning: 5209** med fratrekk for artikkelmanuskript, alle sitater, overskrifter

### Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: STC eksempel på bruk

vedlegg 3: NSD vurdering

vedlegg 4: Informasjonsskriv

vedlegg 5: Samtykkeerklæring

## Referanser fordypning

Antonovsky, A. (2018). *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag: Teori, empiri og metode*. Bergen: fagbokforlaget.

Brunstad, A., Tegnander, E. (2017). *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (2 utgave) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud.(2010). Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veileder. IS-1877, 12/2010.

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder)

Helse nord. *Nasjonal helse og sykehusplan*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>  
<https://helse-nord.no/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Helseforskningsloven. (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*

Helseforskningsloven §5

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helsepersonelloven . (1999) *Helsepersonelloven*

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsepersonelloven>  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>



Jacobsen, D I., (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, A., Tuft, P A., Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. (4 utgave) Oslo: Universitetsforlaget

Malterud artikkel Tidsskriftet Den norske legeforening; 122 ( 25 ), 2468-2472. "Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger", 2002, 2468-72

<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Pasient og brukerrettighetsloven

*Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lov-1999-07-02-63.

<https://lovdata.no/dokument/NL/1999-07-02-63>

Ramberg, Ida Karoline Sand: "Kvinnens opplevelse av å føde langt hjemmefra"

Masteroppgave ved profesjonsstudiet medisin ved UIT, juni 2017.

<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/16249/thesis.pdf>

Sandvik, G., Blåka. (1997) Moderskap og fødselsarbeid Diskurser i reproduktivt arbeid. (1 utgave) Oslo: Fagbokforlaget.

sykepleien.no

<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

Stortingsmelding nr 12. (2008-2009). *En gledelig begivenhet, om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Det kongelige helse og omsorgsdepartement

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>

Universitetet i Sørøst - Norge. Lagring av rød data

<https://min.usn.no/innlogging/?loginreturnpage=https%3A%2F%2Fmin.usn.no%2Fstartside-student%2Ftjenester-for-studenter%2Foppaveskriving%2Fusn-safe%2F>

Vadset, M., S. (2016). *Medvirkning og distanse - om samhandling og relasjoner i moderne fødselsdiskurs*. Mastergradsoppgave i profesjonsetikk. Universitetet i Oslo, det teologiske fakultetet

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/51217/Martha-S--Vadset--Masteroppgave-2016.pdf?sequence=1>

Vedeler, C. Nilsen, A.B.V., Blix, E., Downe, S. and Eri, T.S. *What women emphasise as important aspects of care in childbirth- an online survey*. (2021) *Journal obstetrics & gynaecology*. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16926>

WMA. (2013). The World Medical Association Declaration of Helsinki: *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194.

<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Yrkesetiske retningslinjer for jordmor. (2005).

*yrkesetiske retningslinjer for jordmor*

<https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etik>

## **Intervjuguide:**

hvilke tema vi ønsker komme inn på;

## **VEDLEGG 1**

**-Har du født tidligere, fortell litt om det, kvinnens alder**

**-hvor fødte du, hvorfor kunne du ikke føde lokalt**

**-opplevelsen av dette svangerskapet og fødsel, tanker, følelser**

**-opplevelsen av å få beskjed om å reise bort for å føde**

**(Tanker, stress? Uro? Evt for hva)**

**-tanker om å bli gravid igjen**

**Kan du fortelle om dine tanker / forventninger i begynnelsen av siste svangerskapet**

**Kan du si noe om når i løpet av svangerskapet du fikk beskjed om at du ikke kunne føde lokalt**

**Tema i forhold til resten av familien, barnefar . Kan du snakke om dette i generelle vendinger? (slik at tredje person ikke er identifiserbar)**

**Annet? Økonomisk? Praktiske utfordringer? Vær og vind?**

**Noe annet du ønsker å fortelle som vi ikke ha snakka om?**

## VEDLEGG 2

Eksempel på hvordan vi brukte tekstkondensering som analysemetode i vårt studie.

Trinn 1	Trinn 2		trinn 3	Trinn 4
Få et helhetsinntrykk og finne midlertidige temaer	Identifisere meningsbærende enheter	organisere i kodegruppe	identifisere subgrupper i hver kodegruppe  Lage et kondensat i hver subgruppe	sammenfatte og re-kontekstualisere materialet til en analytisk tekst basert på kondensatet fra trinn 3
Opplevelse av trygghet	<p><i>Han er en god støttespiller og han er god å prate med, mannen min.</i></p> <p><i>Jeg kjenner de på føden, jeg kjenner de på anestesen og operasjonen, jeg kjenner avdelinga. det var en trygghet i det.</i></p> <p><i>Jeg er jo veldig nær min mor og ønsket at hun kunne være i nærheten.</i></p> <p><i>Jeg hadde gledet meg veldig, for det er jo kjente omgivelser og kjente fjes.</i></p> <p><i>Det er veldig trygt og godt å ha fødeavdeling så nært.</i></p> <p><i>Både jeg og barnefar er født her. Det er en symbolikk i det at også hun skulle det.</i></p>	Kvinnenes opplevelse av trygghet	<p>Trygghet</p> <p><i>Mannen min er en god støttespiller. I svangerskape t har jeg gått til en fast jordmor, det er en trygghet at jeg kjenner henne og hun kjenner meg. Mamma kom , det er godt å få omsorg fra familien når man er gravid.</i></p> <hr/> <p>Forventninger</p> <p><i>Jeg syntes det hjalp at jeg skulle føde her hjemme, her kjenner jeg avdelingen, og folkene som jobber her. Jeg er født her og det føltes trygt at hun og skulle bli født her.</i></p>	<p>Trygghet</p> <p><i>Kvinnene fortalte om et behov for at partneren var til stede både under svangerskap, fødsel og barseltid. Kvinnene fortalte om trygghet i det kjente og nære som partner, familie , kjent jordmor og kjente omgivelser.</i></p> <hr/> <p>Forventninger</p> <p><i>Da kvinnene ble gravide så de det som en selvfølge at de skulle føde på den lokale fødeenheten. De hadde tanker om veien inn, korridoren de skulle gå. de hadde en håndgripelig illusjon om situasjonen de skulle inn i. Det at flere familiemedlem-mer hadde født på den lokale fødeenheten og alt hadde gått bra skapte gode</i></p>

				<i>forventninger for den forestående fødselen som skulle være på samme plass.</i>

# Vurdering

## VEDLEGG 3

**Referansenummer**

818415

**Type**

Standard

**Dato**

12.01.2022

**Prosjekttittel**

[Hvilken erfaring har kvinner i svangerskapet når hun ikke kan føde på nærmeste fødeenhet](#)

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

**Prosjektansvarlig**

Eva Sommerseth

**Student**

Rita Bråthen

**Prosjektperiode**

28.10.2021 - 24.06.2022

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

Særlige

**Rettslig grunnlag**

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

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

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 24.06.2022.

**Kommentar**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 12.01.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og

Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 24.06.2022.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar

med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kandokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art.6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### **PERSONVERNPRINSIPPER**

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

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

#### **DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

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

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

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

#### **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarliginstitusjon.

#### **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette tilPersonverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken typeendringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### **OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Kontaktperson hos oss: Lise Haveraaen

## VEDLEGG 4

Vil du delta i forskningsprosjektet

### *Hvilke erfaringer har kvinner når de ikke kan føde på nærmeste fødeenhet*

1.

2. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på kvinners erfaring med ikke å få føde på nærmeste fødeenhet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### 3. Formål

*Vi ønsker å se på kvinnenes opplevelse og erfaringer med å få beskjed om at de ikke kan føde på nærmeste fødeenhet. Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om deres erfaringer og opplevelse av emnet.*

*Dette er en masteroppgave som skal skrives som en artikkel og publiseres i et fagblad.*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?  
Universitetet sørøst er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju deg som har født i 2021 og som fikk beskjed i svangerskapet at du ikke lenger kunne føde på nærmeste fødeenhet.

Vi har brukt lokalavisen, facebook og oppslag på helsestasjonen for å komme i kontakt med deg som passer inn i beskrivelsen vår. Vi vil trekke ut 12 kvinner av gruppen som henvender seg til oss og som passer inn i problemstillingen vår.

4. Hva innebærer det for deg å delta?



Som deltager vil du møte en av oss, du velger hvor du vil intervjuet skal ta sted. Vi setter av en time til intervjuet. Vi har få spørsmål da vi ønsker at du skal fortelle oss om din opplevelse med egne ord.

Vi vil ta lydopptak av intervjuet som senere skrives ned. Dette lagres i en datafil som slettes etter endt eksamen som er i slutten av juni 2022.

**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 skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle personlige opplysninger om deg vil kun bli behandlet av oss som skriver oppgaven. Ditt navn og kontaktopplysninger vil bli lagret på et eget skjem som er innelåst på arbeidsplassen, adskilt fra oppgaven. Det elektroniske materialet vil bli lagret på sikre sider.

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres/slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i slutten av juni 2022 .

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet sørøst har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS 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:

- Eva Sommereth. [Eva.Sommereth@usn.no](mailto:Eva.Sommereth@usn.no)
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg. [Personvernombud@usn.no](mailto:Personvernombud@usn.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Liss Olderelv  
(Forsker/veileder)

Rita Bråthen

Eva Sommereth

### Samtykkeerklæring

**Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “hvordan er kvinners erfaring med ikke å få føde på nærmeste fødeenhet?” Og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:**

- “ å delta i intervjuet, at det tas lydopptak og skrives ned i tekst
- “ At mine opplysninger brukes i masteroppgaven.

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

---

**(Signert av prosjektdeltaker, dato)**