



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

JOR508

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	06-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 JOR508 1 O 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 425

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 15292

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 7

Andre medlemmer i gruppen: 403, 448

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



MASTEROPPGAVE

Førstegangsfødendes perspektiv på hva som bør endres ved omsorgen de mottok under fødsel

First-time mothers perspective on what needs to change from the care they received during childbirth

Kandidatnummer: 403, 425 og 448

Master i jordmorfag

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

Innleveringsdato: 06.05.19

Antall ord på monografien: 15 292

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord:

Studie og masteroppgaven har vært en spennende, lærerik og berikende prosess. Vi har fått utvikle oss faglig og personlig gjennom teori og praksis i jordmorfaget. Vi er inspirert og motivert til å ta fatt på dette unike yrket.

Vi er tre stykker som har valgt å skrive oppgaven sammen. Vi har støttet, utfylt og motivert hverandre, og opplever å ha vært samstemte rundt avgjørelsene som måtte tas underveis.

Vi vil rette en stor takk til vår hovedveileder og biveileder som har hjulpet oss gjennom dette. Takk for gode innspill og hjelpsomme veiledninger underveis i prosessen med denne masteroppgaven.

Takk til familiene våre som har vist tålmodighet og støtte gjennom studie og masterskriving.

Sammendrag

Tittel: Førstegangsfødendes perspektiv på hva som bør endres ved omsorgen de mottok under fødsel.

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke førstegangsfødendes behov for endring ved omsorgen under fødsel på store kvinneklinikker i Norge.

Problemstilling: Hva beskriver førstegangsfødende som viktige endringer ved omsorgen de mottok under fødsel?

Metode: Survey analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Ønske om å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel, å bli sett og møtt, god kvalitet på helsehjelpen og tilrettelagte fasiliteter på avdelingen er hovedfunn fra analysen.

Konklusjon: Kvinnene beskriver behov for å bli sett og møtt på en god måte, ha en god relasjon til jordmor, mer medbestemmelse, tilrettelagte fasiliteter og god kvalitet på helsehjelpen. Kvinnene etterlyser behov for følelse av trygghet, kontroll og empowerment.

Nøkkelord: Babies Born Better survey, fødselsomsorg, kvinners behov, kvalitativ innholdsanalyse, salutogenese.

Abstract

Title: First-time mothers perspective on what needs to change from the care they received during childbirth.

Purpose: To examine first-time mothers need for change in childbirth care at large maternity units in Norway.

Research question: What are first-time mothers describing as important changes from the care they received during childbirth?

Method: Survey analysed with Qualitative Content Analysis.

Results: A desire to be recognized as an active participant in labour, to be seen and met, a desire to receive high quality healthcare and to have arranged facilities in the birth ward are main results from this study.

Conclusion: Women describes a need to be seen and met, have a good relationship to the midwife, more codetermination, arranged facilities and good quality of healthcare. They want to feel safe, in control and empowered through the birth experience.

Keywords: Babies Born Better survey, birth care, women's needs, qualitative content analysis, salutogenesis.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon.....	8
1.1 Hensikt	10
1.2 Problemstilling	10
1.3 Begrepsavklaring	11
1.4 Oppgavens oppbygging.....	11
2 Teoretisk forankring.....	11
2.1 Salutogenese	12
3 Metode	14
3.1 COST action og Babies Born Better-surveyen	14
3.2 Design	15
3.3 Forforståelse	16
3.4 Utvalg	16
3.5 Inklusjonskriterier	18
3.6 Eksklusjonskriterier	18
3.7 Survey.....	18
3.8 Analyse	20
3.9 Etikk.....	25
4. Funn	25
4.1 Ønske om å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel.....	26
4.1.1 Autonomi	26
4.1.2 Kommunikasjon	27
4.2 Ønske om å bli sett og møtt.....	28
4.2.1 Helsepersonellets væremåte	28
4.2.2 Relasjon til jordmor	28
4.2.3 Inkludering av partner.....	29
4.3 Ønske om god kvalitet på helsehjelpen	29
4.3.1 Personalets kunnskap og kompetanse	30

4.3.2 Forutsigbarhet	30
4.4 Ønske om tilrettelagte fasiliteter på avdelingen.....	30
4.4.1 Tilgjengelig utstyr og smertelindring	31
4.4.2 Mattilbud	31
4.4.3 Føderommet	31
5 Metodediskusjon	32
5.1 Datasamlingsmetoden.....	32
5.2 Analysemetoden.....	34
6 Diskusjon av funn.....	38
6.1 Ønske om å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel.....	39
6.2 Ønske om å bli sett og møtt.....	41
6.3 Ønske om god kvalitet på helsehjelpen	43
6.4 Ønske om tilrettelagte fasiliteter på avdelingen.....	44
6.5 Trygghet, kontroll og empowerment i fødsel.....	46
6.6 En salutogen tilnærming til fødsel.....	48
7 Konklusjon	49
7.1 Anvendelse i praksis.....	50
7.2 Samskriving	50
Referanser.....	51
Vedlegg 1.....	58
Vedlegg 2.....	62
Vedlegg 3.....	63
Vedlegg 4.....	67
Vedlegg 5.....	68

Oversikt over tabeller i oppgaven:

Tabell 1: Oversikt over Graneheim og Lundman (2004) sin beskrivelse av begrep og analyseprosess

Tabell 2: Eksempel over prosessen fra kondensert meningsbærende enhet til kode

Tabell 3: Fra kode til subkategori

Tabell 4: Oversikt over endelige subkategorier, kategorier og tema

1. Introduksjon

Det har skjedd et globalt skifte innenfor svangerskaps-, føde- og barselomsorgen de siste tiårene. Konsekvensen er at fødsel hovedsakelig blir sett på som en risikofylt hendelse (Church, 2017, p. 19). Gjennom økt kunnskap om årsak og behandling av fødsler er det utviklet nye behandlingsmetoder ved hjelp av teknologiske hjelpemidler (Berg, 2010, p. 146). Dette har ført til at medisinske undersøkelser, prøvetakninger og intervensjoner har økt betraktelig. Trolig er dette forklaringen på at begrepet *normal fødsel* nå blir definert som en *lavrisiko fødsel*. Alt betraktes nå som risiko, bare i ulike grader. Et økt fokus på risiko har medført at objektet *risiko* får mer fokus enn *personen* (Berg, 2010, p. 147). Mange kvalifiserte jordmødre praktiserer nå i et høyteknologisk miljø der troen på den normale fysiologiske fødsel overskygges av det risikotenkende system, samt sykdomsfokuserte regler og retningslinjer (Church, 2017, p. 19). En måte å utfordre den eksisterende medisinske risikotenkningen i fødselsomsorgen vil være å reetablere et helsefremmende perspektiv. Denne prosessen kan bli støttet av teorien om salutogenese (Church, 2017, p. 19).

Rutinemessige intervensjoner i graviditet og fødsel kan forstyrre helsemessige tilpasningsprosesser som er essensielle for mor og barns velvære, både på kort og lang sikt (Church, 2017, p. 22). Den optimale fremgangsmåten i fødselsomsorgen bør være å fokusere på å fremme helse, velvære og kvinnens opplevelse av sammenheng, i stedet for å undergrave disse viktige fenomenene ved rutinemedisinerings og intervensjoner (Church, 2017, p. 22). Når jordmor har et helsefremmende perspektiv kan hun enklere hjelpe kvinnen i å utvikle hennes indre styrke og finne mestringsstrategier (Dahlberg et al., 2016).

Forskning viser at de fleste kvinner verdsetter muligheten til å kunne føde barn på en naturlig måte, uten teknologiske eller medisinske intervensjoner, for å oppnå god fysisk og psykisk helse og velvære (Downe, Kenneth, Oladapo, Bonet, & Gulmezoglu, 2018). Selv når intervensjoner er etterspurt eller nødvendig ønsker kvinner vanligvis å sitte igjen med en følelse av personlig mestring og kontroll ved å bli involvert i beslutninger (Downe et al., 2018). Jordmødre skal støtte kvinnens rett til å delta aktivt i beslutninger vedrørende egen omsorg, men det skal likevel ikke gå på bekostning av faglig forsvarlighet og trygg fødepraksis ("De yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (ICM)," 2016).

I 2010 utga Helsedirektoratet veilederen "Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen". Veilederen kommer med følgende prinsipp: «Kvinnen skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes, herunder for eksempel valg av smertelindring, igangsettelse og forløsningsmetode» (Helsedirektoratet, 2010). Det er viktig å vite noe om brukerperspektivet i fødselsomsorgen for å kunne møte kravet om brukervedvirkning, som er en lovfestet rett pasientene har. Pasient- og brukerrettighetsloven (§3-1 og §3-2) sier at pasienten har rett til medvirkning og informasjon i gjennomføringen av helsetjenester (Pasientogbrukerrettighetsloven, 2001).

På bakgrunn av behovet for å styrke jordmørtjenesten og behovet for endringer i fødselsomsorgen har regjeringen utarbeidet stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg* (Regjeringen, 2008- 2009). Det blir blant annet lagt stor vekt på brukervedvirkning ved utviklingen av en mer sammenhengende helsetjeneste (Regjeringen, 2008- 2009). I etterkant av stortingsmeldingen utviklet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en metode for å undersøke brukererfaringer med svangerskaps, fødsels og barselomsorgen i Norge. PasOpp-rapportene ble utført i 2011 og 2016 (Sjetne & Holmboe, 2017). Her kom det frem at det til dels er store variasjoner i kvinnenes tilbakemeldinger fra oppholdet på føde- og barselavdelingene blant de ulike fødestedene, noe som tyder på at det kan være mulig for fødestedene med dårligere skårer å forbedre sine tjenester (Sjetne & Holmboe, 2017). Resultatene viser også at det er variasjoner i kvinners erfaringer på fødeavdelingen i forhold til antall tidligere fødsler, egenvurdert helse og utdanning (Sjetne & Holmboe, 2017). En annen ting som peker seg ut er at institusjonsstørrelse påvirker resultatene for opplevelsen av personell på fødeavdelingen. Det tyder på at behandlingstilbudet ikke er likt for alle avhengig av hvor man bor i landet, noe som er ugunstig sett i et kvalitetsperspektiv (Sjetne & Holmboe, 2017).

Som en del av kunnskapsbasert praksis vil vi innhente data fra kvinnene, noe som gir et brukerperspektiv. Å undersøke hva som er viktig for kvinnene i forbindelse med fødsel kan gi oss mulighet til å finne ut hva kvinnen selv verdsetter, uavhengig av hva de ble tilbudt

(Downe et al., 2018). Gravide kvinners stemme er generelt noe stille i debatten som omhandler brukermedvirkning, og for å kunne informere og bidra rundt denne diskusjonen og praksisen, vil utforskning av kvinnes virkelighet være den eneste måten å forstå om brukermedvirkningen er merkbar og av betydning i kvinners fødselsopplevelse (Jomeen, 2010, p. 2). En positiv fødselsopplevelse er viktig for å forutse flere viktige utfallsmål som samspill mellom mor og barn, fertilitets rater og hvilke intervensjoner som blir gjort under fødselen (Conrad & Stricker, 2018).

I nyttårstalen til statsminister Erna Solberg 1. januar 2019 uttales en bekymring for lave fødselstall og oppfordring til nordmenn om å føde flere barn (Dagsavisen, 2019). I den systematiske oversikten til Hosseini (2019) og gjennom intervjuer i studien til Dahlberg og Aune (2013) har det vist seg at negative fødselsopplevelser har en viktig påvirkning på fertilitetsrater og intervallet mellom svangerskapene, slik at det kan redusere fertiliteten og øke tidsrommet til neste svangerskap (Dahlberg & Aune, 2013; Hosseini Tabaghdehi et al., 2019). Oppfordringen til statsministeren retter søkelyset mot viktigheten av å innhente mer kunnskap om kvinnes perspektiv av fødselsomsorgen for å kunne tilrettelegge for at kvinner ønsker å føde flere barn.

1.1 Hensikt

Hensikten med studien er å undersøke førstegangsfødendes behov for endring ved omsorgen under fødsel på store kvinneklinikker i Norge. På bakgrunn av kvinnes beskrivelser ønsker vi å få frem kunnskap om kvinnes behov for endring i fødselsomsorgen.

1.2 Problemstilling

Hva beskriver førstegangsfødende som viktige endringer av omsorgen de mottok under fødsel?

1.3 Begrepsavklaring

Her defineres to sentrale begrep som blir anvendt i denne masteroppgaven.

Omsorg: Når vi snakker om omsorgen kvinnene mottok under fødsel, har vi valgt å avgrense dette til å omhandle når kvinnene selv opplever at de er i fødsel. Fra de har tatt første kontakt med fødeavdelingen til barnet er født. Opplevelse av omsorg som gjelder barseloppholdet er ikke sentralt i denne oppgaven og vi har valgt å ikke se nærmere på dette i analysen. Når det gjelder omsorgsbegrepet har vi vektlagt både den emosjonelle støtten ved omsorg, samt opplevelsen av selve fødestuen og fasilitetene denne har som kan være gjeldene for at kvinnene får en god opplevelse med omsorgen under fødsel.

Empowerment: Et begrep som relateres til helse og helsefremming. WHO definerer empowerment som en prosess som gir mennesker økt kontroll over faktorer som berører og påvirker deres egen helse (WHO, 2019a).

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i syv kapitler. I første kapittel er bakgrunnen for studien presentert med studiens hensikt og problemstilling. Kapittel to gjør rede for studiens teoretiske forankring. Det tredje kapittelet presenterer metode, analysemetode og etiske overveielser. I det fjerde kapittelet presenteres studienes funn. I kapittel fem diskuteres metoden. I det sjette kapittelet diskuteres studiens funn. Avslutningsvis i kapittel syv presenteres studiens konklusjon og anvendelse i praksis.

2 Teoretisk forankring

Masteroppgaven har sitt utgangspunkt fra den internasjonale surveyen Babies Born Better (B3-surveyen). Bakteppet for B3-surveyen og studien er teorien om salutogenese; hvilke faktorer fremmer helse ("Babies Born Better ", 2018). Kjernen i et salutogent perspektiv er å fremme det som fungerer bra, der man ser på de gode erfaringene fremfor de dårlige. Ved å be kvinner beskrive hva de ønsker å endre med fødselsomsorgen gir en kvinnene mulighet til å belyse områder som har potensial til å endres til noe positivt og helsefremmende. Økt

bevisstgjøring på kvinners egne behov og valg kan stimulere og bidra til å identifisere og åpne opp for å gjøre mer av det som fungerer bra og ikke minst, endre på ting som ikke fungerer like bra (Langeland, 2012, p. 205).

2.1 Salutogenese

Teorien om salutogenese fokuserer på å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære. Antonovsky utviklet teorien om salutogenese som en motvekt til patogenese, som vektlegger risikofaktorer og årsaker til sykdom (Lindström, Eriksson, & Sjøbu, 2015, p. 28). Han var fascinert over spørsmålet hvorfor noen mennesker, uavhengig av situasjoner med høye stressfaktorer og alvorlige vanskeligheter var friske, mens andre ikke var det (Antonovsky & Sjøbu, 2012, p. 41). Antonovsky introduserte det salutogene konseptet opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky & Sjøbu, 2012, p. 41). Begrepet refererer til menneskets evne til å anvende eksisterende og potensielle ressurser for å kunne motstå stress og fremme helse. I følge Antonovsky (2012, p. 41) har mennesker med en sterk OAS større forutsetninger for å takle uventede livshendelser og samtidig bevare god helse. OAS handler om i hvilken grad mennesker opplever at livet er håndterbart, meningsfullt og forståelig (Antonovsky & Sjøbu, 2012, p. 41).

Kvinner med en sterk OAS har vist en økt håndtering av hastekeisersnitt og viser mindre posttraumatisk symptom etter hendelsen. De slutter oftere å røyke under graviditeten og har en tendens til å velge en naturlig fødsel i stedet for planlagt keisersnitt og andre medisinske intervensjoner (Church, 2017, p. 22). En sterk opplevelse av sammenheng har blitt målt empirisk, hovedsakelig i positive utfallsvariabler hos kvinner som har født. Dette gir utslag i for eksempel høyere ammefrekvens, økt tilfredshet med omsorgen og fødselsopplevelsen (Church, 2017, p. 23). De har en økt opplevelse av kontroll under fødselen og god tilknytning til barnet, økt trygghet og selvsikkerhet i foreldre rollen og mindre negativ oppfattelse av smerter (Church, 2017, p. 23). Salutogenese er et bredt tema som kan knyttes til mange ulike begrep innenfor et positivt perspektiv på det menneskelige liv. Man kan si at salutogenese er et mer komplett konsept sammenlignet med andre relevante konsept som søker å finne opphav til helse (Mittelmark & Bauer, 2017, p. 12). Lindström og Eriksson laget en fremstilling av hva salutogenese rommer i et paraplybilde. Bildet kommuniserer effektivt

salutogenesens slektskap til mange andre begreper som knyttes til helseressurser. Blant annet livskvalitet, takknemlighet, empowerment, tilhørighet og empati (Mittelmark & Bauer, 2017, p. 12).

I Ottawa i 1986 ble den første internasjonale helsekonferansen om helsefremmende arbeid holdt i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO) (Lindström et al., 2015, p. 39). Det ble utarbeidet et sentralt dokument som blir kalt Ottawa Charteret (OC) (Verdens helseorganisasjon, 1986, referert i Lindström et al., 2015, p.39). Hovedprinsippet i OC er myndiggjøring. Myndiggjøring innebærer at vi fungerer som "*aktivt og deltakende subjekter i vårt eget liv*" (Lindström et al., 2015, p. 40). Helsefremming er en prosess for å sette mennesker i stand til å få økt kontroll over, og kunne forbedre sin helse. For å nå en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og forstå egne ambisjoner, kunne tilfredsstille behov, og endre eller håndtere omgivelsene (Verdens helseorganisasjon, 1986, referert i Lindström et al., 2015, p.40).

Innenfor helseomsorgen har det vært spesielt utfordrende å innføre salutogenese.

Utfordringene kan relateres til at helsesektoren fortsatt følger et biomedisinsk paradigme (Pelikan, 2017, p. 261). Ved å ha en salutogen tilnærming retter en søkelyset på ressurser for helse og helsefremmende prosesser (Lindström et al., 2015, p. 28). Downe og McCourt (2004) har foreslått salutogenese som et potensial for å måle utfall i fødsel og som en måte å maksimere potensialet for optimale fødsler (Downe & McCourt, 2004). Salutogenese kan gi jordmor mulighet til å styrke kvinners empowerment slik at de med selvsikkerhet og trygghet kan ta kontroll over egen fødselsopplevelse. I tillegg har jordmor en unik mulighet til å kunne påvirke kvinnen til å føde på den måten hun ønsker (Ferguson, Davis, & Browne, 2013).

Renfrew et al (2014) publiserte i 2014 serien Midwifery i tidsskriftet The Lancet der de har utviklet et rammeverk for perinatal omsorg på bakgrunn av omfattende og systematisk undersøkelse av hvordan jordmødre kan bidra til å bedre kvaliteten i omsorgen til kvinner og barn i hele verden. Funn fra systematiske oversikter som omhandlet kvinners synspunkt og erfaringer ble blant annet til grunn for rammeverket (Renfrew et al., 2014). Rammeverket skiller mellom hvilken omsorg som blir gitt, hvordan og fra hvem som gir den. Den beskriver

også hvilken type behandling og omsorg gravide kvinner og nyfødte barn har behov for i alle situasjoner. Det ble identifisert flere utfall som kunne forbedres dersom de ble tatt hånd om av en utdannet jordmor, som redusert dødelighet blant kvinner og barn, færre unødvendige intervensjoner og bedret psykososial helse og folkehelse (Renfrew et al., 2014). Å bli tatt hånd om av en utdannet jordmor ble assosiert med mer effektiv bruk av ressurser og bedre fødselsutfall. Deres funn legger til rette for et skifte innenfor svangerskap- fødsel og barselomsorgen der fokuset er på å identifisere og behandle patologi hos de færreste, og fagkyndig og omsorgsfull pleie for alle (Renfrew et al., 2014).

En måte å utfordre den eksisterende medisinske risikotenkningen i fødselsomsorgen vil være å reetablere et helsefremmende perspektiv. Dette må gjøres med utgangspunkt i omsorgen kvinnene både ønsker og har behov for. Denne prosessen kan bli støttet av teorien om salutogenese (Church, 2017, p. 19). Det støttes også av studien til Day-Stirk & Palmer (2003) at en salutogen tilnærming på fødselshjelpen fremhever hva som fremmer helse istedenfor at fokuset skal være på risiko (Day-Stirk & Palmer, 2003). Å basere fødselsomsorgen på hva kvinner ønsker og trenger er viktig for å kunne gjøre omsorgen enda bedre (Downe et al., 2018). Omsorgen vil dermed også ha et mer helsefremmende perspektiv. Det å finne ut hva som betyr noe for kvinnene under fødsel kan gi et godt grunnlag videre for omsorgen som blir gitt lokalt, men også internasjonalt (Downe et al., 2018).

3 Metode

3.1 COST action og Babies Born Better-surveyen

B3-surveyen har undersøkt erfaringer og synspunkt på omsorgen kvinner mottok under den siste fødselen sin. B3- surveyens hensikt er å undersøke hvordan kvinnene selv opplevde omsorgen de fikk under fødselen, og dersom de hadde makt til å endre noe ved omsorgen de fikk, hva ville det da ha vært (Project, 2016). B3-surveyen utløper fra COST action IS0907 og IS1405, som er EU finansierte forskningsnettverk. Hensikten med COST action var å få mer avansert forskningsbasert viten om måter å forbedre fødselsomsorgen og utfall for mødre, babyer og familier over hele Europa. Dette ved å forstå hva som fungerer for hvem, i hvilke situasjoner, ved å lære av de beste (Project, 2016). Et økt fokus på patologi hos kvinner med lav risiko har resultert i skader som har vært direkte forårsaket av antatt terapeutiske

intervensjoner. Blant annet er tallet på keisersnitt oppe i så mye som 30 % i tre europeiske land (COST, 2014).

3.2 Design

Denne studien er basert på data fra den internasjonale B3- surveyen ("Babies Born Better ", 2018). Data er innsamlet ved bruk av en mixed-method elektronisk survey – et elektronisk spørreskjema med mulighet for å samle inn kvalitative og kvantitative data ("Babies Born Better ", 2018). Malterud (2017) beskriver mixed methods slik: "Mixed methods-studier innebærer møteplasser og konfrontasjoner mellom det positivistiske og det fortolkende paradigme. Forskeren må ha evne til å ha to motstridende tanker i hodet samtidig og være i stand til å finne pragmatiske løsninger og kompromisser." (Malterud, 2017, p. 202). En survey er designet for å innhente statistiske data fra en bestemt populasjon om forekomst, fordeling og sammenhenger av et fenomen, og gir oss derfor først og fremst kvantitative data (Polit & Beck, 2017, p. 243). Likevel kan hele, eller deler av surveyen, designes ut ifra kvalitative kriterier (Billhult & Gunnarsson, 2014, p. 139). Vår studie er basert på en kvalitativ metode og det har vært utfordringer knyttet til det å befinne seg i skjæringspunktet mellom det kvantitative og kvalitative. Kvalitative metoder kan gi en enda rikere beskrivelse av subjektive opplevelser som ønsker for endringer med omsorgen de fikk under fødsel.

Ifølge Malterud (2017, p.30) har kvalitative metoder mulighet for å bidra til å kaste lys på mangfold for å få frem ulike nyanser av deres subjektive erfaringer (Malterud, 2017, p. 30). Der de kvantitative metodene i større grad bygger sine data med tall, benyttes kvalitative metoder til å få mer kunnskap om blant annet erfaringer (Malterud, 2017, p. 31). I studiens problemstilling er det nettopp kvinnenens beskrivelser av erfaringer vi er ute etter.

Det er stilt tre åpne spørsmål i B3-surveyen. Analysen vår tok utgangspunkt i et av de åpne spørsmålene som omhandler kvinnenens ønsker for endring med omsorgen de fikk under fødsel (vedlegg 1). Det er benyttet en kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse er en metode for å analysere og systematisere beskrivende data. Analysen fokuserer på subjekt og kontekst og fremhever i tillegg variasjon; likheter og ulikheter i datamaterialet

(Graneheim & Lundman, 2004). Spørsmålet som er analysert med en kvalitativ innholdsanalyse er:

“Hvis du hadde makt til å endre tre ting med omsorgen du fikk, hva ville det vært? Skriv det viktigste først” (“Babies Born Better”, 2018).

3.3 Forforståelse

“Forforståelse er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter” (Malterud, 2017, p. 44). Forforståelsen kan ses på som den bagasjen vi har med oss inn i studien. Forskningen vil påvirkes av vår forståelse gjennom hvordan vi samler, leser og tolker data (Malterud, 2017, p. 44). Vår forforståelse kan påvirke oppgaven både i positiv og negativ retning. Vi har forsøkt å styrke studien med vår bakgrunn, og har etterstrebet å synliggjøre kvinnenens stemme i datamaterialet. Vår forforståelse som jordmorstudenter danner utgangspunktet for tolkningen av kvinnenens svar og er med på å farge denne masteroppgaven.

3.4 Utvalg

Den tilgjengelige populasjonen er alle kvinner som har født på store kvinneklinikker i Norge de siste 5 år i tidsrommet 2012-2015, og som frivillig deltok i studien da den første versjonen av spørreskjema var tilgjengelig online (Project, 2016). B3-surveyen ble lansert februar 2014, den er tilgjengelig på over 20 språk og er representert i over 30 land. Etter et halvt år hadde surveyen mottatt over 20 000 responser til sammen i de ulike landene, og kontinuerer å vokse (*Management protocol Version 7* 2015).

Et rikt datasett er foretrukket i kvalitativ forskning. Det er data som går i dybden og forskeren får en dypere forståelse av emne. Rike data kan bli hentet ut fra at deltagere reflekterer over deres opplevelse av et emne. Noe som B3-surveyen har gjort. Det som teller som rikt materiale i en survey, vil være ganske forskjellig fra hva som er ses på som rikt i et dybdeintervju (Braun & Clarke, 2013, p. 34). Ved å bruke survey som

datainnsamlingsmetode, er de fleste svarende relativt overfladiske og det kan da tenkes at en trenger flere informanter (Braun & Clarke, 2013, p. 56).

Kvinnene som er inkludert er 384 førstegangsfødende som fødte på store kvinneklinikker i Norge, i tidsrommet 2014-2015. Kvinnene kunne oppgi 3 svar og det er derfor inkludert 659 svar. Av respondentene fødte 91,5% til termin, mellom svangerskapsuke 37 og 42. I svangerskapsuke 24-36 var det 4,5% som fødte, og 4% mellom svangerskapsuke 43-44. Alderen fra når de svarte på surveyen varierer fra 19 til 41 år i studiepopulasjonen, gjennomsnittsalder 29 år. For førstegangsfødende i Norge i 2014 var gjennomsnittsalderen 28,7 og i 2015 var den 28,9 år (SSB, 2019).

B3-surveyen ble lansert via internett ved hjelp av en surveyleverandør kalt survey monkey ("Babies Born Better", 2018). Linken til den frivillige, åpne surveyen ble gjort tilgjengelig for alle kvinner i Europa av B3-surveyens landsteam, primært gjennom sosiale medier og gjennom reklamer på fødsels og graviditetssider (*Management protocol Version 7* 2015). Det er gjort et bekvemmelighetsutvalg der deltakerne er selvrekruttert (Polit & Beck, 2017, p. 482). Bekvemmelighetsutvalg innebærer å bruke de mest passende og tilgjengelige menneskene som deltakere og går under det som kalles ikke-sannsynlighetsutvalg (Polit & Beck, 2017, p. 254). Ikke-sannsynlighetsutvalg er sjelden representativt for en hel populasjon. Når ikke alle mennesker i befolkningen har mulighet for å bli inkludert i utvalget er det sannsynlig at noen automatisk vil bli underrepresentert (Polit & Beck, 2017, p. 254). At utvalget er representativt vil si at resultatene for utvalget blir tilnærmet det samme som en ville fått dersom en hadde undersøkt samtlige personer (Polit & Beck, 2017, p. 255). Utfordringen med et bekvemmelighetsutvalg kan være at de som er frivillige er atypiske for resten av populasjonen med tanke på kritiske variabler. Når forskere rekrutterer deltakere med visse karakteristika på nettsider, i reklamer, på plakater og på sosiale media kan disse "bekvemmelige" fremgangsmåtene forårsake bias. Man kan miste noe av mangfoldet fordi deltakerne melder seg selv som frivillige, og nettopp av den grunn vil de skille seg fra de som ikke har valgt å delta (Polit & Beck, 2017, p. 252).

3.5 Inklusjonskriterier

Basert på rådata fra B3-surveyen er det spesifiserte kriterier som definerer hvem som skal være med i utvalget for å svare på studiens problemstilling. Utvalget er begrenset til førstegangsfødende som fødte fra år 2014-2015. Kvinner som har født på de store kvinneklinikkene i Norge med mer enn 3000 fødsler per år er inkludert. Kravet til en kvinneklinikk er at den skal ha tilgang til døgkontinuerlig spesialkompetanse innen fødselshjelp og anestesilege, den skal kunne ivareta både normale fødsler og de med stor risiko for komplikasjoner. Den må ha tilgang til intensiv behandling av nyfødte og vaktberedskap av barnelege (Regjeringen, 2008- 2009). I 2014 var det 26 037 (43,3 %) av totalt 60 026 som fødte på fødested som hadde mer enn 3000 fødsler per år i Norge, og i 2015 var det 26 041 (43,5 %) av totalt 59 932 ("Medisinsk Fødselsregister," 2018). Kvinnene som er inkludert har fått fødselsomsorg fra jordmor, eller fra både jordmor og annet helsepersonell. Svar som er på nordisk eller engelsk språk er inkludert. Vi har laget et flytskjema som viser hvordan vi kom frem til inkluderte informanter (vedlegg 2).

3.6 Eksklusjonskriterier

Svar som ikke omhandler problemstillingen i forhold til omsorgen ved fødselen ble ekskludert. Det gjaldt for eksempel vage svar, de som skrev ingen ønsker for endring og var fornøyd med alt, og svar som tydelig omhandlet barsel og tiden etter fødsel ble ekskludert.

3.7 Survey

En survey søker informasjon om forekomst, fordeling og sammenheng av et fenomen i en populasjon (Polit & Beck, 2017, p. 243). For å undersøke kvinnenes erfaringer fra fødsel har B3-surveyen samlet data ved bruk av selv-rapportering, det vil si at deltagerne fikk utlevert spørsmål og sendte svarene tilbake. Pasient rapporterte data inkluderer ikke bare målinger av kliniske utfall sett i fra et pasientperspektiv, men kan også inneholde målinger av pasientens erfaringer fra opplevelsen av omsorgen (Gregory et al., 2018).

For å undersøke kvinners erfaringer med fødselsomsorgen rundt om i verden har B3-surveyen benyttet seg av et omfattende elektronisk spørreskjema som inneholder både åpne og lukkede spørsmål. B3-surveyen inneholder både strukturerte spørsmål, med og uten forhåndsdefinerte alternativ, i tillegg til åpne spørsmål ("Babies Born Better ", 2018) (vedlegg 2). Første del av B3-surveyen spør etter sosiodemografiske opplysninger, inkludert alder, land, bosted (nærmeste by/sted), migrasjonsstatus og antall barn. Videre spørres det om kvinnenens siste svangerskap. Det er anvendt to multiple-choice spørsmål som spør etter hvor barnet ble født og hvilken yrkesgruppe som hadde det meste av omsorgen under fødselen. I siste del av surveyen ble data om kvinners tilfredshet med fødselen innhentet og det er stilt tre åpne spørsmål som gir kvalitative data ("Babies Born Better ", 2018). Strukturerte spørreskjemainstrument består av forhåndsdefinerte spørsmål og i de fleste tilfeller forhåndsdefinerte svaralternativ. Deltagerne blir bedt om å svare på de samme spørsmålene, i den samme rekkefølgen og med de samme forhåndsdefinerte svaralternativene. Forskere som utvikler strukturerte spørreskjemainstrument må være nøye med innhold, form og formulering av spørsmål (Polit & Beck, 2017, p. 270). Åpne spørsmål gir rom for at deltakerne kan svare med egne ord i en mer narrativ form." Hvis du hadde makt til å endre tre ting med omsorgen du fikk, hva ville det vært? Skriv det viktigste først." er et eksempel på et åpent spørsmål (Polit & Beck, 2017, p. 270) Strukturerte spørsmål gir svaralternativer, hvor deltakeren velger det alternativet som best stemmer med det aktuelle svaret. Alternativene kan være alt ifra " ja" eller " nei", til mer komplekse uttrykk for mening eller holdning (Polit & Beck, 2017, p. 270). "Har du født barn i løpet av de siste fem årene?" er et eksempel på et lukket spørsmål.

Det er ikke benyttet et allerede validert spørreskjema. Å bruke et tidligere validert og publisert spørreskjema sparer forskeren for mye tid og ressurser. Forskeren kan samtidig sammenligne sine funn opp imot funn fra studier med samme spørreskjema (Boynton & Greenhalgh, 2004). B3-surveyen har dog mulighet for å sammenligne svar på tross av de ulike landene. Pålitelige spørreskjema gir oss konsekvente svar på gjentatte utvalg utført av ulike forskere over tid. Ulikheter i resultatene kommer fra variasjonene i utvalget og ikke som følge av inkonsekvens i hvordan spørsmålene ble forstått eller hvordan ulike forskere tolker svarene (Boynton & Greenhalgh, 2004). Man må huske på at selv om et spørreskjema har blitt pilotert blant for eksempel medstudenter, blitt brukt i tidligere studier eller har blitt publisert i et fagfelleverdert tidsskrift er det ikke ensbetydende med at spørreskjemaet verken er valid eller pålitelig (Boynton & Greenhalgh, 2004).

Kvinnene rangerte sine svar fra en til tre, der de ble bedt om å skrive ned det viktigste svaret først. Flere av kvinnene svarte bare et svar, eller så var svar nummer to og tre ikke relevant for å besvare problemstillingen. For eksempel kunne svar nummer en handle om ønske om informasjon under fødsel, og svar nummer to handle om informasjon under barseloppholdet. I dette tilfellet var ikke svar nummer to relevant. På bakgrunn av dette ble ikke rangeringen av svarene vektlagt i analysen.

3.8 Analyse

Kvalitativ innholdsanalyse er en metode som systematisk analyserer meningen i et kvalitativt datamateriale (Graneheim & Lundman, 2004). Metoden vil være et egnet alternativ hvis du må anvende en viss grad av tolkning for å hente ut mening fra datamaterialet (Schreier, 2012, p. 2). Kvalitativ innholdsanalyse gir mulighet for å kunne redusere et stort volum av datamateriale og man begrenser analysen ved å analysere datamaterialet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet (Schreier, 2012, p. 4). Datamaterialet organiseres i kategorier som vanligvis ligger på et høyere nivå av tolkning enn den konkrete og manifeste informasjonen man finner i datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). I forskningslitteraturen er det delte meninger om hvordan begrep og analyseprosess i kvalitativ innholdsanalyse best kan gjøres og i hvilken grad datamaterialet skal tolkes (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har valgt å basere oss på Graneheim og Lundmans (2004) forståelse av kvalitativ innholdsanalyse (se tabell 1).

Tabell 1: Oversikt over Graneheim og Lundman (2004) sin beskrivelse av begrep og analyseprosess

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subkategori og kategori	Tema
Rådata. Ord, setninger og avsnitt som inneholder felles mening gjennom innhold og kontekst	Mengde ord blir redusert uten å miste sin kjernebetydning	Alle identifiserte meningsenheter blir merket med en kode, som må forstås i sammenheng med konteksten. Koden legger til rette for å kunne forstå datamaterialet på nye og andre måter	Selve kjernen i kvalitativ innholdsanalyse, kan ses på som en rød tråd gjennom kodene. Kategoriene er et uttrykk for det manifeste innholdet i teksten. En kategori inneholder ofte flere sub-kategorier av ulike nivå av abstraksjon. Sub-kategoriene kan sorteres og abstraheres inn i en kategori	Tema kan inneha flere meninger og er et uttrykk for det latente innholdet i en tekst. Ved å lage et tema kan man binde den underliggende meningen i kategoriene sammen. Et tema er ikke gjensidig eksklusivt, det vil si at kondenserte meningsenheter, koder, sub-kategorier eller kategorier kan passe inn i mer enn et tema

Analysen uttrykker både et manifest og latent innhold (Graneheim & Lundman, 2004). Det manifeste innhold, som handler om nærhet til teksten, er bevart i kondenseringen av meningsenhetene. Ved å bruke ordene kvinnene selv har brukt bidrar det til å beskrive det synlige og opplagte i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). I utformingen av koder, kategorier og tema ble analysen løftet til et høyere nivå ved å ha en større grad av abstraksjon og tolkning. Det latente innhold i datamaterialet kan ses på som en tolkning av den underliggende mening bak det som kvinnene beskriver. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) kan virkeligheten forstås på flere måter og forståelsen er avhengig av subjektiv tolkning. Analysen er preget av en søken etter mønster, likheter og ulikheter i datasamlingen (Graneheim & Lundman, 2004). Dette kommer tydelig frem i beskrivelsen av kategorier og tema. Analysen beveger seg fra datasamling til en teoretisk forståelse – fra det konkrete og spesifikke til det abstrakte og generelle (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017).

Analyseenhet refererer til utvalget og det må spesifiseres om datamaterialet skal analyseres i sin helhet eller deles opp i mindre enheter (Bengtsson, 2016). Vår analyseenhet er bestemt å være førstegangsfødende kvinner. Kvinnene har født på de fem største kvinneklinikkene i Norge. Siden alle meningsenhetene har en felles kontekst trenger de derfor ikke deles opp i mindre enheter (Graneheim & Lundman, 2004).

Analyseprosessen startet med å lese grundig gjennom alle svarene fra kvinnene for å danne seg en forståelse over hva det handlet om. For å bli kjent med datamaterialet og forstå helheten ble svarene lest gjennom flere ganger, diskutert, sammenlignet og vurdert. Svar som var relevante for forskningsspørsmålet ble identifisert som meningsenheter.

Videre i analyseprosessen ble meningsenhetene kondensert (tabell 2). Fordi mange av svarene fra surveyen var relativt korte var det ikke alltid nødvendig med ytterligere kondensering, for eksempel: “veiledning”, “tilstedeværelse” og “bedre forklaring”. Ved å gå tilbake til meningsenhetene ga det anledning til å sikre at kjernebetydningen ble ivaretatt i kondenseringsprosessen.

Ved å sette koder eller “merkelapper” på de kondenserte meningsenhetene ga det en mulighet for å kunne systematisere og sammenligne de valgte meningsenhetene for deretter å gruppere dem i forhold til lignende innhold. For å kunne gjøre dette krevdes et visst nivå av abstraksjon (Graneheim & Lundman, 2004). Kodene ble gjennomgått og diskutert opp imot de originale meningsenhetene og de kondenserte meningsenhetene, i tillegg til å se om de var relevante for forskningsspørsmålet (Graneheim & Lundman, 2004). Der en kvinne oppga tre svar hvor bare et svar var relevant, kunne de to andre svarene også her fungere som kontekst og gi verdifull informasjon over forståelsen av svaret. Det ble i tillegg gått tilbake i rådata for å innhente informasjon om hva kvinnene svarte som det beste de fikk med omsorgen for å gi ytterligere innsikt i tolkningen av meningsenheten.

Tabell 2: Eksempel over prosessen fra kondensert meningsbærende enhet til kode

Respondentnummer	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
7	Å føle seg overlatt til seg selv	Tilstedeværelse
33	Ikke bli forlatt på undersøkelsesrom i over en time	
288	Mer tilstedeværelse av jordmødre, lå mye alene	
238	Ensomheten	
82	Hatt pleiere oftere på rommet, lå mye alene	
408	Ble forlatt til meg selv uten å vite hva jeg skulle gjøre	

Datamaterialet ble sortert i sub-subkategorier, subkategorier og kategorier. Kategorisering er ifølge Graneheim og Lundman (2004) selve kjernen i kvalitativ innholdsanalyse. Kodene ble nøye lest gjennom og man noterte ved siden av i margin hva det handlet om og dette dannet det første utgangspunktet for subkategoriene. I prosessen med å lage subkategorier var man nøye med å hele tiden jobbe på tvers av de originale meningsenhetene for å forsikre seg om at de passet under valgte subkategori, etterhvert som disse ble endret og redusert. Subkategoriene ble grundig gjennomgått, og ved hjelp av abstraksjon, tolkning og diskusjon ble disse redusert fra 23 til 9 stykk.

Tabell 3. Fra kode til subkategori

Koder	Foreløpig subkategori	Endelig subkategori
Bli hørt	Bli sett og ivaretatt	Relasjon til jordmor
Forståelse		
Oppmuntring	Møte meg og mine behov	
Hjelp og støtte	Opplevelse av tilstedeværelse	
Respekt		
Tilstedeværelse		

Når man hadde formulert en beskrivelse av kategoriene kom det tydeligere frem at noen av subkategoriene ikke passet til beskrivelsen. Dermed ble det på nytt gjennomgått hvilke kategorier som skulle dekke hvilke subkategorier. Å gå frem og tilbake i analyseprosessen gir mulighet for å kunne skape nye, mer passende kategorier (Elo & Kyngäs, 2008). Ved

gjennomgang og analyse av subkategoriene førte det frem til fire kategorier og et latent tema. I utformingen av tema er det gjort en ytterligere abstraksjon og tolkning av de kondenserte meningsenhetene, kodene og kategoriene. Temaet er laget med den hensikt å knytte sammen den underliggende meningen i funnene og er ment å uttrykke det latente innholdet i teksten, basert på forfatterens tolkning (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 4: Oversikt over endelige subkategorier, kategorier og tema

Sub-subkategori	Subkategori	Kategori	Tema
Få medvirke i beslutninger	Autonomi	Ønske om å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel	Trygghet, kontroll og empowerment i fødsel
Ønske om tidligere inngrep i fødsel			
Ønske om tidligere smertelindring			
Ha en god og forståelig dialog	Kommunikasjon		
Å føle seg informert og opplyst			
Få råd og veiledning			
	Helsepersonells væremåte	Ønske om å bli sett og møtt	
Tilstedeværelse	Relasjon til jordmor		
Møte meg og mine behov			
Bli trodd og tatt på alvor			
Bli hørt			
	Inkludering av partner		
	Personalets kunnskap og kompetanse	Ønske om god kvalitet på helsehjelpen	
Kontinuitet	Tid og tilgjengelighet		
Kapasitet på fødeavdelingen			
Tilgjengelig utstyr og smertelindring	Funksjonelle omgivelser	Ønske om tilrettelagte fasiliteter på avdelingen	
Mattilbud			
Atmosfære	Føderommet		
Velvære			

3.9 Etikk

I masteroppgaven må det tas etiske hensyn til deltagerne som er inkludert i studien, blant annet kravet til frivillighet, anonymitet og informert samtykke (Fowler, 2014, p. 141). Å delta i surveyen var frivillig. Ved å svare på spørreskjema har deltagerne gjort et informert samtykke, ved at forskerne ga ut grundig informasjon om hva respondentene meldte seg frivillig til. Informasjonen inneholdt navnet på organisasjonen som utførte forskningen, i tillegg ble det informert om hvem som betalte for gjennomføringen av forskningen og respondentene fikk en kort og presis beskrivelse av hensikten (vedlegg 2). Data som er innhentet er beskyttet og informasjonen deltakerne stilte til rådighet er konfidensiell. De hadde rett til å trekke seg fra å delta i studien helt frem til svarene ble sendt inn, da var det ikke lenger mulig. Dette betyr at innsamlede data vil være beskyttet, og at bare godkjente forskere vil ha tilgang til konfidensiell informasjon og data. Datamaterialet som vi har fått tilgang til i vår studie er anonymisert og det inneholder ingen direkte eller indirekte identifiserbare personopplysninger (*Management protocol Version 7 2015*). For å avgjøre om data er direkte eller indirekte identifiserbare gjør NSD en manuell kontroll av anonymitet ("Norsk senter for forskningsdata," 2018). Masteroppgaven er godkjent av NSD (vedlegg 3).

Surveyen er etisk godkjent ved University of Central Lancashire, Storbritannia. Alle personlige data i digital eller papirkopi-versjon, er blitt lagret og behandlet i samsvar med den britiske Data-beskyttelsesloven (1998) samt retningslinjene til University of Central Lancashire (*Management protocol Version 7 2015*).

Det er gitt godkjenning fra BuSH Ethics Committee (University of Central Lancashire, Storbritannia) til å anvende data til studien (Vedlegg 4). I tillegg har vi fått en egen godkjenning fra B3-surveyen etter fremlegg av prosjektplan (Vedlegg 5).

4. Funn

Funn fra analysen av datamaterialet blir i denne delen av oppgaven presentert ved å beskrive og illustrere svarene gjennom en kategorisk fremstilling med sammenhengende tekst, ved å gi eksempler fra datamaterialet. Oppsummering av kjernen i kategoriene er en måte å presentere funn på ifølge Schreier (2012 p.220). Vi valgte denne måten å presentere funn på fordi den er oversiktlig og vi synes den gir god innsikt i funnene fra studien. Kategoriene er utformet for å

gi en rikere forståelse av studiens problemstilling: *Hva ønsker førstegangsfødende å endre ved omsorgen de mottok under fødsel?*

De fire hovedkategoriene som ble utformet gjennom analysen er ønske om: å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel, bli sett og møtt, god kvalitet på helsehjelpen og tilrettelagte fasiliteter på avdelingen. Funnene presenteres gjennom subkategoriene, der kvinnenes beskrivelser er analysert og illustrert med sitater.

4.1 Ønske om å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel

Det kom frem at det var viktig for kvinnene å få være en aktiv deltager under fødselen. Hovedsakelig opplevelsen av at de ble involverte i beslutninger, med god kommunikasjon og selvbestemmelse. De ønsket tilpasset og forståelig informasjon og veiledning gjennom fødselsforløpet. Autonomi og kommunikasjon kom frem som viktige faktorer for opplevelsen av å være en aktiv deltager. Kvinnene brukte ord som: “tvang”, “nektet”, “overkjørt” og “mer respekt” for å beskrive følelser av avmakt og ekskludering.

4.1.1 Autonomi

Sub-subkategoriene; Å få medvirke i beslutninger, ønske om tidligere inngrep i fødsel og ønske om tidligere smertelindring.

Få medvirke i beslutninger: Ønske om å bli involvert og kunne medvirke i beslutninger i egen fødsel. Flere kvinner følte seg oversett og tilsidesatt. De sa at både leger og jordmødre snakket over hodet på dem og de ble ikke involvert i det som skjedde. Kvinnene sa de ønsket å bli inkludert i beslutninger før inngrep og kunne være med å påvirke avgjørelser som ble tatt. En av kvinnene sa: “Jordmor og student snakket mye sammen uten å inkludere meg (dette forstår jeg, hun skulle jo lære!) men siden de snakket om meg og min fødsel ville jeg gjerne vært mer inkludert”. Flere av kvinnene beskrev et ønske om mulighet for å kunne bytte jordmor. Dette ble beskrevet både som “Mulighet for å kunne velge jordmor” og “Lettere å kunne bytte jordmor”. Flere av kvinnene hadde skrevet fødebrev som de opplevde at det ikke ble tatt hensyn til. Noen kvinner svarte “Jordmor ignorerte fødebrevet” og “Leser ikke fødebrevet”.

Ønske om tidligere smertelindring: Å få smertelindring når en ønsker det og bli tilbudt smertelindring tidligere var viktig for kvinnene. Tidligere epidural i fødselsforløpet og tilbud om epidural og smertelindring tidligere var det flere kvinner som ønsket. Flere svarte at de ønsket å få satt epiduralen raskere når de først hadde bedt om det. De ønsket også tilgjengelig anestesilege på avdelingen, slik at tidspunktet for når de fikk epidural var mer forutsigbart; “Tilgjengelig anestesilege til enhver tid”, “Ikke vente på epidural på grunn av lite anestesileger”, “Raskere tilgang til anestesilege” og “Nok bemanning til å få smertestillende når man ønsker det”.

Ønske om tidligere inngrep i fødsel: Flere av kvinnene var misfornøyd med at avgjørelsen om keisersnitt og vakuumporløsning ble tatt for sent. De fleste kvinnene som ønsket tidligere inngrep oppga at fødselen endte med keisersnitt, de sa de ble liggende å vente på noe som for dem føltes uunngåelig og som kunne vært gjort tidligere. Det virket spesielt fremtredende i fødsler med langsom fremgang, kvinnene beskrev det som “Ventet i mange timer før avgjørelse om keisersnitt” og “Ikke dratt fødselen så lenge ut i tid”. Andre ønsket at legen var tidligere inne i bildet for en vurdering og hyppigere bruk av ultralyd for å avdekke avvikende leie.

4.1.2 Kommunikasjon

Sub-subkategoriene; Å ha en god og forståelig dialog, føle seg informert og opplyst, og få råd og veiledning.

Ha en god og forståelig dialog: Behovet for bedre kommunikasjon med omsorgsgiveren, oftest med jordmor. Flere har beskrevet at de har opplevd dårlig kommunikasjon i fødsel. En kvinne skrev at hun følte seg dårlig behandlet på grunn av dårlig kommunikasjon. Det ble også uttrykt viktigheten av å forstå helsepersonellet ved å ha et tydelig og forståelig språk; “Ikke ansette jordmødre som snakker dårlig norsk” og “Ha en tydeligere språkkommunikasjon”.

Føle seg informert og opplyst: Å føle seg informert og opplyst under fødsel kom frem som viktig hos mange av respondentene. De ønsket mer informasjon og bedre forklaring underveis. Informasjonsbehovet ble nevnt på flere måter; “Få informasjon om fødselsforløpet

underveis i fødsel” og “mer informasjon underveis”. Under informasjonsbehov kom det også frem et behov for bedre forklaring, en kvinne ytret det slik; “Bedre forklaring om risiko for babyen når pulsen gikk ned”.

Få råd og veiledning: Ønske om mer eller bedre veiledning under fødselen er noe flere kvinner har beskrevet. En kvinne skrev: “Bedre veiledning fra jordmor i hvordan man håndterer smerte”. De ønsket råd om gode stillinger ved rier, veiledning i valg av smertelindring og hvordan de skulle trykke barnet ut i utdrivelsesfasen.

4.2 Ønske om å bli sett og møtt

Betydningen av å bli møtt på en god måte kom tydelig frem hos kvinnene. Å få hjelp, støtte og trygghet i fødsel var viktig for å føle seg sett og ivaretatt. Kvinnene beskrev opplevelsene med disse ordene: “Alene”, “Støtte”, “Hjelp”, “Panikk”, “Tillit” og “Godhet”.

4.2.1 Helsepersonellens væremåte

Hvordan helsepersonellens holdning og væremåte ble oppfattet nevnes av flere kvinner som et viktig behov for endring. Det omhandler hvordan jordmor og helsepersonell fremtrer for den fødende. Væremåten ble beskrevet som arrogant og bastant jordmor, en kvinnene beskrev; “bytte ut første jordmoren jeg traff som var veldig hard og brå”. Væremåten til jordmor er viktig for en god relasjon til kvinnen og paret. En annen kvinne beskrev sin opplevelse slik: “Jordmor dro av meg dynen midt i en ri”.

4.2.2 Relasjon til jordmor

Sub-subkategoriene; Tilstedeværelse, møte meg og mine behov og bli hørt og tatt på alvor.

Tilstedeværelse: Behov for å ikke være alene, men at jordmor var mer tilstede kom frem som viktig. Noen hadde opplevd å føle seg overlatt til seg selv, og at de ønsket jordmor innom oftere da de følte seg glemt og alene på rommet. En kvinne beskrev det slik; “Mer hjelp i startfasen, mer veiledning til å takle smerter, var overlatt til meg selv.” Andre typiske svar var følelsen av å bli forlatt, de ønsket oftere tilsyn, lå mye alene og ønsket seg en jordmor som var mer tilstede.

Møte meg og mine behov: Kvinnene uttrykket ønske om mer oppmuntring og støtte underveis i fødselsprosessen. Flere oppga behov for mer trygghet og forståelse for sin situasjon. Typiske ord som ble brukt var blikkontakt, vennlighet, ros, mental hjelp og godhet. En kvinne sa “Hatt en jordmor som tok bedre vare på meg i slutfasen under pressriene, tok ikke hensyn og hørte ikke på meg”. Særlig opplevelsen av den første kontakten ble nevnt. Den ble beskrevet slik av en kvinne: “Ved innkomst fikk vi lite info og ble overlatt til oss selv. Jeg følte meg dum og alene, og mistet troen på at jeg ville klare å gjennomføre fødselen”.

Bli hørt og tatt på alvor: At jordmor trodde på det kvinnene sa og tok dem på alvor var det mange kvinner som savnet. Den ene kvinnen sa: “Mer tillit til meg når jeg sa vannet var gått.” Telefonkontakten med fødeavdelingen var også et sårt punkt, de ønsket å bli trodd og tatt på alvor ved telefonkontakt med fødeavdelingen. De ville kommet tidligere inn til fødeavdelingen. Selve mottaket på fødeavdelingen ble også poengtert, særlig ønske om å bli trodd på mottak og at de ikke ble sendt hjem ved smertefulle rier før de var i aktiv fødsel.

4.2.3 Inkludering av partner

Noen kvinner ønsket bedre inkludering av partner. Dette handlet både om å hjelpe partner til å støtte den fødende bedre, og bedre oppfølging og omsorg for partner. I tillegg anga en kvinne at hun kunne ønske at partner kunne vært mer tilstede i fødselens latensfase. En kvinne beskrev: “Involvere partner til å støtte kvinnen i fødsel”.

4.3 Ønske om god kvalitet på helsehjelpen

Å føle seg i trygge hender, at personalet har god kunnskap og kompetanse kom frem som betydningsfullt for kvinnene. De fremhevet også viktigheten av at personalet var tilgjengelige og hadde tid og kapasitet til kvinnen. Å forholde seg til mange ulike jordmødre var også noe flere kvinner fremhevet som svært utfordrende. Beskrivende ord som ble brukt av kvinnene var: “Mer kapasitet”, “Kompetansen”, “Mer erfaren”, “Samme jordmor” og “Samlebåndsfølelse”.

4.3.1 Personalets kunnskap og kompetanse

Noe som gikk igjen var behov for bedre kompetanse i forbindelse med og tidspunkt for kateterisering: En kvinne skrev: “Overfylt blære som ikke ble ikke tømt før etter 12 timer”. Noen kvinner hadde negative opplevelser av legen som satte epidural; “Fungerende epidural på første forsøk” og “Flinkere anestesilege”. Noen skrev at de skulle ønske at uerfarne jordmødre skulle gått sammen med mer erfarne jordmødre, andre kvinner sa at de ønsket ikke å ha med student på fødselen.

4.3.2 Forutsigbarhet

Sub-subkategoriene; Kapasitet på fødeavdelingen og kontinuitet.

Kapasitet på fødeavdelingen: Opplevelsen av at det var fulle fødestuer og dårlig kapasitet ble beskrevet av kvinnene som en mangel. De opplevde å måtte vente på fødestue til tross for smertefulle rier. En kvinne beskrev det slik; “Bedre kapasitet slik at jeg slipper å vente på gangen under fødsel”.

Kontinuitet: Ønske om å forholde seg til samme personale gjennom hele fødselsforløpet. Kvinnene ønsket oppfølging av en jordmor de hadde blitt litt kjent med og å slippe å måtte bytte jordmor rett før trykking, “Ikke bytte jordmor ved bare 15 min igjen av fødselen”. Noen kvinner opplevde å måtte forholde seg til flere personale, og sa at det kan være stressene når så mange personer er involvert. “Fikk mange motstridene beskjeder, antagelig på grunn av vaktskifte”. Andre kvinner svarte: “For mye personal innom på fødestuen” og “Færre personer tilstede under siste del av fødsel, mange personer å forholde seg til”.

4.4 Ønske om tilrettelagte fasiliteter på avdelingen

Et ønske om at omgivelsene var tilrettelagt ut ifra deres behov var viktig for kvinnene. Å ha tilgjengelige og funksjonelle omgivelser var det flere som sa noe om. Dette ble uttrykket i form av bedre mattilbud, tilgjengelig utstyr og hjelpemiddel og tilgang til smertestillende på de ulike sykehusene. Beskrivende ord som ble brukt av kvinnene var: “Lystgass”, “Maten”, “Rommene”, “Bedre senger”.

4.4.1 Tilgjengelig utstyr og smertelindring

Flere nevner behov for tilgang til toalett og badekar på fødestuen, samt og ha større badekar. Mange har skrevet “Rommet”, noen forklarer dette mer ved å skrive: “Pusse opp badet”, “Nyere rom”, “Større håndkle”, “Bedre senger”. Bedre kvalitet på utstyret og nyere utstyr blir nevnt, en kvinne skrev “Behov for større mugger og glass”.

Tilbudet om smertestillende er varierende på de ulike kvinneklinikkene, flere av kvinneklinikkene i Norge har sluttet å tilby lystgass som smertelindring. Utfra bakgrunnsvariablene vi har tilgjengelig om kvinnene, har vi sett at de som har født på sykehus hvor de har sluttet å bruke lystgass oppga at dette var noe de savnet, “Tilgang til lystgass på alle sykehus”, “Mulighet til lystgass”. Andre kvinner har løftet frem behov for “Mer tilbud om alternativ smertelindring”, “Bli tilbudt annen smertelindring før epidural” og “At alle jordmødre kan tilby akupunktur”.

4.4.2 Mattilbud

En stor andel av kvinnene oppga et behov for å endre eller bedre mattilbudet. Det ble beskrevet at de ønsket bedre mat og ikke bare brødsiver, de ville ha blitt tilbudt mat underveis og at de ønsket gratis mat for både mor og far. En kvinne ytret ønske om mulighet for å kunne påvirke mattilbudet, hun skrev: “Få ønskekost til måltider”.

4.4.3 Føderommet

Sub-subkategoriene; Atmosfære og velvære.

Atmosfære: Behov for mer ro og avslappende atmosfære og omgivelser blir løftet frem av kvinnene. Flere kvinner skrev at de ønsket mer ro på fødestuen, mindre kliniske omgivelser. Mulighet for musikk på føderommet, svakere belysning og atmosfæren. En kvinne beskrev det slik: “Avslappende og komfortabelt føderom, mindre kliniske omgivelser”.

Velvære: Å føle seg vel under fødselen i form av å få tilbud om dusj underveis, å slippe å bli enda mer kvalm av at jordmor lukter svette eller hadde dårlig ånde. En kvinne beskrev det

slik; “Hun første jordmoren jeg hadde luktet skikkelig svette, ikke bra for en hormonell bolle som jeg var. De må ta seg tid til å vaske seg dersom de har hatt litt å gjøre.” En annen skrev; “Jordmor luktet svette”.

5 Metodediskusjon

I metodediskusjonen vil vi diskutere oppgavens styrker og svakheter, særlig med tanke på datainnsamlingsmetode og utvalg. Vi begynner med å diskutere oppgavens datainnsamlingsmetode for deretter å diskutere analysemetoden som er anvendt og oppgavens troverdighet.

5.1 Datasamlingsmetoden

B3-surveyen er en internettbasert survey og er derfor mer fleksibel og kostnadseffektiv, sammenlignet med for eksempel surveys på papirform. Kvinnene slipper å svare på spørsmål som kan oppfattes som sensitive i nærvær av en person som for eksempel i et intervju, og kvinnene kan dermed muligens gi mer oppriktige og ærlige svar. Surveys er mer fokusert på selve tema, alle deltagerne får de samme spørsmålene og de blir stilt på samme måte (Braun & Clarke, 2013, p. 137). Kvinnene hadde mulighet til å bruke så lang tid som de trengte når de svarte på spørsmål om ønske for endring i fødsel (Polit & Beck, 2017, p. 275). Innsamlet data gjennom survey er begrenset til hva deltakerne får spørsmål om og da eventuelt velger å svare på (Polit & Beck, 2017, p. 243). Ved surveys mister man muligheten til å rette opp i misforståelser som kan oppstå, og kvinnene svarte noen ganger på andre ting enn det som man ønsket svar på, som for eksempel at de snakket om barseloppholdet. Dette kan ha utgangspunkt i at kvinnene ser på svangerskap, fødsel og barsel som en helhet og ikke skiller dette på lik linje med helsepersonellens definisjoner. Andre kvinner valgte å bare oppgi et svar for behov for endring og ikke tre behov som var etterspurt. Kanskje hadde de bare et behov for endring.

Det kan ses på som en ulempe at deltakerne var avhengig av elektronisk utstyr og internett, studier har vist at mail og internettbaserte spørreundersøkelser har en responsrate på mindre enn 50 % (Polit & Beck, 2017, p. 276). I 2011 og 2016 ble det utført en landsdekkende undersøkelse i Norge om kvinners erfaringer med å være pasient på føde- og barselavdelinger

rundt om i hele landet. Utvalget i den såkalte PasOpp-undersøkelsen i 2011 ble trukket av MFR og navn og adresse ble deretter brukt ved å sende forespørsel via brev til kvinnene som hadde født. Kvinnene i utvalget ble tilfeldig fordelt i to grupper der den ene gruppen fikk mulighet til å besvare undersøkelsen elektronisk eller på papirskjema. Den andre gruppen fikk kun mulighet til å besvare undersøkelsen elektronisk (Sjetne & Holmboe, 2017). Et interessant funn var at man i etterkant så at man fikk høyest svarprosent via papirskjema. Likevel var kostnadseffektiviteten langt høyere ved elektronisk besvarelse og derfor ble denne datasamlingsmetoden valgt som eneste fremgangsmåte i PasOpp-undersøkelsen i 2016 (Sjetne & Holmboe, 2017). På en annen side kan man ved selvadministrerte elektroniske spørreskjema nå ut til langt flere geografisk sett, og det vil derfor være mye mindre kostbart og tidkrevende (Polit & Beck, 2017, p. 275). B3-surveyen inkluderer kvinner fra mer enn 30 land over hele Europa, noe som gir en unik mulighet for sammenligning av opplevelse av omsorg under fødsel på tvers av land og regioner ("Babies Born Better", 2018). Selve datasamlingen går raskere ved elektronisk besvarelse fordi resultatene kan bli lagret direkte i en datafil underveis (Eberhard-Gran & Winther, 2017, p. 58). Resultatene kan også innhentes og brukes til flere ulike formål (Polit & Beck, 2017, p. 243).

I B3-surveyen var det strukturerte spørsmål med svaralternativer, der kvinnene valgte det alternativet som best stemmer med hennes svar. Å bli stilt lukkede spørsmål med definerte svaralternativ kan oppfattes mindre invaderende enn åpne spørsmål (Polit & Beck, 2017, p. 270). Deltakerne bruker vanligvis mye mindre tid på å besvare lukkede spørsmål i motsetning til åpne spørsmål. Det er derfor en fordel at B3-surveyen informerte deltakerne i forkant av undersøkelsen at det ville ta under 10 minutter å gjennomføre (vedlegg 2). B3-surveyen ønsket blant annet å innhente informasjon om hvordan kvinnene opplevde omsorgen de fikk gjennom fødselen. For å sikre at studien innhentet informasjon om kvinnens opplevelse av omsorg, ble det utformet tre åpne spørsmål slik at kvinnene kunne beskrive det med egne ord. De åpne spørsmålene kan gi rom for spontanitet og utdypning i motsetning til å bli styrt innenfor forhåndsdefinerte svaralternativ som muligens ikke reflekterte deres egne meninger like godt. Det kan gi en rikere og bedre forståelse av temaet, dersom deltakerne klarer å samarbeide og uttrykke seg verbalt (Polit & Beck, 2017, p. 270). Både åpne og lukkede spørsmål har sine styrker og svakheter. Gode, lukkede spørsmål er vanskelig å utforme, men enkelt å administrere og analysere. Analyse av åpne spørsmål er derimot mye mer avansert og

tidkrevende (Polit & Beck, 2017, p. 270). B3-surveyen har benyttet seg av kombinasjonene av begge typer spørsmål, noe som kan veie opp for både styrker og svakheter av begge (Polit & Beck, 2017, p. 270).

Spørreskjemaet i B3-surveyen er tilgjengelig på flere språk. Å oversette spørreskjema til eget språk er en omfattende prosedyre og i en oversettelse er det nødvendig å ivareta hensikten, slik at det faktisk innhenter de data i henhold til det originale spørreskjema (WHO, 2019b). B3-surveyen har hatt koordinatorene i hvert land som har hatt ansvar for oversettelsen. Hvert land har hatt en gruppe bestående av flere personer som skal sikre en korrekt oversettelse av spørreskjemaet (*Management protocol Version 7 2015*). Spørsmålene i surveyen er på et naturlig og lettfattelig språk som dermed er med på å sikre de kontekstuelle forholdene der undersøkelsen skal gjennomføres (WHO, 2019b).

5.2 Analysemetoden

I kvalitativ forskning er det ulike begreper som blir anvendt som kvalitetsindikatorer for studier. Reliabilitet, validitet og overførbarhet benyttes både i kvalitativ og kvantitativ metode (Graneheim & Lundman, 2004). Det er forskerens ansvar å opprettholde kvaliteten av prosessen ved å sikre validitet og reliabilitet gjennom hele studien. Resultatene må være så holdbare og troverdige som mulig. I en kvalitativ studie betyr validitet at resultatene sannferdig reflekterer fenomenet som blir studert og reliabilitet krever at de samme resultatene ble funnet dersom studien ble kopiert og gjort om igjen. Det er alltid en risiko for at ulike forskere trekker ulike konklusjoner.

Ifølge Graneheim et al. (2017) er kvalitativ innholdsanalyse inn under det hermeneutiske paradigme og av den grunn er det fornuftig å bruke konsept som er utviklet til bruk innenfor dette paradigme. Begrepet troverdighet foreslås av Graneheim og Lundman (2004) når en omtaler kvalitativ innholdsanalyse. Troverdighet oppnås ved å være kritisk til fremgangsmåten til studiens metode, spørreskjemaets kvalitet, samt forfatterens forforståelse og tolkning. Troverdigheten til resultatene må ta hensyn til hvor godt kategoriene dekker svarene til respondentene (Elo & Kyngäs, 2008). Man må være bevisst på at det er kvinnenes stemme som tydeliggjøres og ikke vår tolkning av deres svar (Graneheim et al., 2017)

Begrepene pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet, er ifølge Graneheim og Lundman (2004) ulike aspekter av troverdighet. Diskusjonen om studiens troverdighet er derfor basert på disse begrepene.

Når det kommer til studiens pålitelighet er det viktig at deltakerne som er inkludert i studien faktisk har erfaringer knyttet til forskningsspørsmålet (Graneheim et al., 2017). Dette må vurderes i valg av populasjon og kontekst for utvalget, og hvor mange deltakere som må være med for å besvare problemstillingen. Det er informasjonsstyrken i utvalget som bestemmer hvor mange deltagere som trengs i studien (Malterud, 2017, p. 63). Vi endte opp med å inkludere 384 respondenter for å besvare problemstillingen. Vi tenker at det til dels kan veie opp for at noen av svarene var korte at det ble inkludert mange respondenter, til tross for at det ble anvendt en kvalitativ analyse metode. I kvalitativ analyse kreves det at forskeren skaffer seg inngående kunnskaper over datamaterialet (Malterud, 2017, p. 63). Vi endte opp med å gjøre analysen i to omganger da vi oppdaget etter første analyseprosess at vi i alt for stor grad forholdt oss til det manifeste innhold, uten å lete etter noe mer inngående mening i det som ble beskrevet av kvinnene. Dette har resultert til at vi kjenner datamaterialet veldig godt, og vi har under hele analyseprosessen gått frem og tilbake til rådata for å sjekke at vi har tatt med oss essensen i det som er beskrevet av kvinnene.

En annen viktig faktor å ta hensyn til når det kommer til pålitelighet er å presentere datamaterialet og analyseprosessen for å illustrere hvor godt det stemmer overens med hensikten for studien. Hensikten med studien er å undersøke kvinners opplevelser fra omsorgen de fikk under fødselen på store kvinneklinikker i Norge. På bakgrunn av kvinnes opplevelser ønsker vi å bidra med kunnskap om kvinnes behov for endring i fødselsomsorgen. Pålitelighet handler også om hvor godt kategoriene dekker datamaterialet, slik at ikke noe relevant data blir ekskludert (Graneheim & Lundman, 2004). Dette har vi forsøkt å oppnå ved å vise eksempler på hvordan en kom frem til kategoriene ved å bruke siteringer fra rådatamaterialet under de ulike kategoriene for å synliggjøre analyseprosessen, men også for at leseren kan bedømme påliteligheten av våre funn. Å inkludere de mest passende meningsenhetene er også et viktig moment for å oppnå pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004).

For å øke validiteten, bør minst to forskere utføre analysen separat og deretter diskutere resultatene sammen og oppnå konsensus (Bengtsson, 2016). Vi gikk igjennom datamaterialet hver for oss først, deretter sammenlignet og diskuterte vi meningsenhetene, kodene, subkategoriene og kategoriene underveis. Det ble jobbet systematisk for å finne mønster, likheter og ulikheter mellom kategoriene. Gjennom analyseprosessen har vi forsøkt å oppnå pålitelighet ved å fokusere på kondenseringen av meningsenhetene, noe som er viktig for å ikke miste betydningen av det som kvinnen faktisk har svart.

At man var tydelig på hvor man plasserte de ulike kodene og hvordan man differensierte de ulike kategoriene, er en hjelp i å sikre pålitelighet. Forfatterens forforståelse for fenomenet som ble undersøkt er en annen faktor man må ta hensyn til. Det har derfor vært stort fokus i gruppen på å være klar over og ha en åpenhet om dette når man tolker kvinnenens svar (Graneheim et al., 2017).

Bekreftbarhet handler om å være kritisk til innsamlet data og tolkning. En må vurdere om en har valgt den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling for å svare på forskningsspørsmålet (Graneheim & Lundman, 2004). En svakhet ved surveys er at en ikke får mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål (Graneheim & Lundman, 2004). Det gjør at en ikke kommer i dybden på samme måte, men styrken kan være at en får samlet data fra langt flere kvinner om temaet (Graneheim & Lundman, 2004). Generelt data innsamlet ved bruk av survey er tynnere enn data innsamlet ved bruk av intervju, selv om dybden kan variere ut fra responsene. Et større utvalg kan delvis kompensere for "tynne" responser, men enn vil fortsatt at surveyen skal gi rikest mulig data (Braun & Clarke, 2013, p. 141). Utfordringen med datamateriale som er hentet fra surveys er at man ikke kan få respondenten til å bekrefte tolkningen (Graneheim & Lundman, 2004). Derimot kan en bekrefte tolkningen ved å støtte seg til annen litteratur og teori om funnene (Graneheim & Lundman, 2004). Ved å illustrere hvordan en har kondensert og abstrahert meningsenheter, og hvordan en har kommet frem til dekkende kategorier og tema på en måte som ikke ekskluderer relevant data eller inkluderer irrelevant data, kan en tilrettelegge for både pålitelighet og vurdering av bekreftbare funn for

leseren (Graneheim & Lundman, 2004). Dette har vi forsøkt å vise på en tydelig måte med våre tabeller.

Kvinnernes beskrivelser av behov for endring av omsorgen i fødsel gjenspeiler seg i annen forskning, noe som kan fremme troverdigheten til resultatene. Det kan bety at andre kvinner som føder på store kvinneklinikker i Norge kan gjenkjenne seg i resultatene, og at de kan skape ny innsikt for jordmødre som jobber på store kvinneklinikker. "Overførbarhet av funn fra kvalitative studier er ofte knyttet til utvalget, ... men henger i like stor grad sammen med relevansspørsmålet - på hvilken måte kan disse resultatene bidra til å opplyse en liknende problemstilling i en annen sammenheng?" (Malterud, 2017, p. 24). Utvalg i kvantitativ forskning er opptatt av å måle egenskaper og forhold i en populasjon. Et representativt utvalg er derfor ønskelig for å sikre at målingene nøyaktig både reflekterer og kan generaliseres til populasjonen (Polit & Beck, 2017, p. 249). På bakgrunn av dette er ikke et bekvemmelighetsutvalg å anbefale ved bruk av survey som datasamlingsmetode (Ruel, Wagner, & Gillespie, 2016, p. 158). På den andre siden inneholder B3-surveyen åpne spørsmål som kan analyseres kvalitativt og hensikten er å finne mening og avdekke flere virkeligheter. Man er derfor ikke like opptatt av at det skal kunne generaliseres til en målpopulasjon. Målet er å gi en deskriptiv beskrivelse av kvinnernes behov for endring med omsorgen de mottok. B3-surveyen har et overordnet salutogent perspektiv, de søker kunnskap om hva kvinnene opplever som viktige endringer med fødselsomsorgen, noe som kan tenkes å bidra mot fødselsomsorgen med et helsefremmende perspektiv (Project, 2016). Gjennom et slikt perspektiv blir det derfor mer hensiktsmessig at man søker kunnskap som kan overføres og i mindre grad forholder seg til representativitet og generaliserbarhet. Overførbarhet brukes i kvalitative studier og samsvarer med det kvantitative begrepet ekstern validitet som viser til hvilken grad funnene fra datamaterialet kan bli overført til andre settinger eller grupper (Polit & Beck, 2017, p. 491). Selv om kvalitative studier ikke kan generaliseres til andre forhold i samme grad som kvantitative studier er fremdeles målet at innsikten og fortolkningen skal være nyttige i andre og lignende settinger (Rees, 2011, p. 73).

Vi hadde i utgangspunktet tenkt å sammenligne førstegangs fødende med fleregangsfødende i analysen, men tiden strak dessverre ikke til å få gjennomført det, og vi valgte derfor å analysere førstegangs fødende kvinners behov for endring med omsorgen de fikk ved de fem

største kvinneklinikkene i Norge. I alle studier er det nødvendig å gjøre valg som vil påvirke funnene på et eller annet vis (Malterud, 2017, p. 25). Med hensyn til tid og ressurser falt valget på førstegangsfødende kvinner fordi vi mener det er viktig å investere tid i dem, da det er de som skal gjøre seg opp en erfaring som kan ha noe å si om de velger å få flere barn eller ikke. Ifølge Jenkins et al. (2014) vil Førstegangsfødende ofte sitte igjen med andre opplevelser fra fødselsomsorgen enn flergangsfødende (Jenkins, Ford, Morris, & Roberts, 2014). Førstegangsfødende måler ofte sin opplevelse ut fra hvor godt de følte seg støttet i prosessen, mens flergangsfødende vurderer opplevelsen ut fra sine tidligere erfaringer (Jenkins et al., 2014). Vi valgte å se på de som fødte på de største kvinneklinikkene i Norge fordi flesteparten av alle fødsler i Norge er på kvinneklinikker ("Medisinsk Fødselsregister," 2018). Vi inkluderte de som hadde født fra svangerskapsuke 24-44 på grunn av at vi inkluderte alle som hadde født på en kvinneklinikk og vi kunne risikere å ha mistet noen viktige innspill om vi bare hadde sett på de som fødte til termin, som var tanken i utgangspunktet.

6 Diskusjon av funn

Målet med kvalitativ forskning er å innhente kunnskap om et fenomen (Malterud, 2017, p. 30). I denne studien søkte vi kunnskap om hva kvinner ønsket å endre med omsorgen de fikk når de fødte på en stor kvinneklinikk i Norge. Det ble identifisert fire hovedkategorier som vi har definert som våre hovedfunn, ønske om: å bli sett og møtt, å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel, god kvalitet på helsehjelpen og tilrettelagte fasiliteter. Disse funnene vil bli diskutert i lys av teori, tidligere forskning og egne refleksjoner.

Ut fra beskrivelsene til kvinnene som fødte på en stor kvinneklinikk, kan det tenkes at noen av kvinnene sitter igjen med en dårlig fødselsopplevelse og kanskje en traumatisk fødsel. Kvinnenes opplevelser trenger ikke ha sammenheng med en medisinskfaglig beskrivelse av fødselen fra helsepersonell, men det handler om hvordan kvinnen opplevde at hun mestret fødselen. "Dersom kontrollen har sviktet av forskjellige grunner, kan hun oppleve det som Antonovsky sier noe om; at når mestringen, som er en av de viktigste faktorene i psykisk balanse, faller bort, brytes sammenhengen. Hun går i en krise."(Brudal, 2000, p. 64).

6.1 Ønske om å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel

Den første hovedkategorien vi vil drøfte er ønske om å bli anerkjent som en aktiv deltager i egen fødsel. Behovet for bedre kommunikasjon var et viktig funn som ble nevnt av mange av kvinnene. Det ble beskrevet av en kvinne; “Bedre info/kommunikasjon ville dempet min frykt” (Respondent nummer 556). En god kommunikasjon mellom kvinnene og jordmor hvor kvinnen føler seg informert og forberedt kan legge grunnlaget for en god fødselsopplevelse for kvinnen, hvor kvinnen føler hun har kontroll og er trygg (Lerman et al., 2007). God kommunikasjon, både mellom helsepersonell og med kvinnen understrekes som svært viktig ifølge NICE guidelines (2019), i tillegg til at omsorg og informasjon skal være kulturelt tilpasset (NICE, 2019). En systematisk oversikt som har sett på definisjoner av en god jordmor, hvor en kom frem til at den viktigste faktoren er å ha gode kommunikasjonsferdigheter (Nicholls & Webb, 2006). Andre viktige egenskaper er å være omsorgsfull, støttende og kunnskapsrik. Å behandle kvinnene som individer og å være tilstede for kvinnene er essensielt. Det ble også konkludert med at en god jordmor kan kompensere for et dårlig organisert system, men kvinner burde få velge omsorgsytter, og partnerne burde være involvert i omsorgen (Nicholls & Webb, 2006). Lerman et al (2017) fant at kvinner som opplevde adekvat informasjon, konstruktiv kommunikasjon og gode relasjoner rapporterte om økt tilfredshet av helsehjelpen blant kvinner med høy-risiko svangerskap og/eller fødsel (Lerman et al., 2007).

Det å oppleve å ha kontroll, bli involvert og få medvirke i beslutninger var viktige funn i studien. Kommunikasjon var en del av dette som kvinnene løftet frem, men også brukermedvirkning. Studier har vist at kvinner med opplevelse av personlig kontroll under fødsel var mer fornøyde med fødselsopplevelsen (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004). NICE guidelines (2014) sier at jordmor skal behandle alle kvinner i fødsel med respekt, hun skal sikre at kvinnen har kontroll og er involvert i det som skjer med henne, og må bemerke at måten omsorgen blir gitt på er nøkkelen til å tilrettelegge for det. For å sikre dette må hun spørre kvinnen om hennes ønsker og forventninger til fødselen og vær klar over viktigheten av tonefall, kroppsspråk, og på hvilke ord som blir brukt. Denne informasjonen må hun bruke til å veilede og støtte kvinnen i fødsel (NICE, 2014).

Den norske regjeringen har lagt vekt på brukermedvirkning i utviklingen av en helhetlig svangerskap- fødsel- og barselomsorg og kvinner fremmes som aktive deltakere i utformingen av helsetjenesten (Regjeringen, 2008- 2009). I Nasjonal helseplan (2007-2010) ble det lagt frem forslag om å legge til rette for medvirkning fra brukere og pårørende (Regjeringen, 2008- 2009). Hva informert valg, samtykke og brukermedvirkning betyr, og om det er ønskelig eller mulig, står igjen som en sentral debatt i svangerskap- fødsel og barselomsorgen. Det kan bidra til at kvinner, som både er bruker og mottaker av omsorgen, stilles ovenfor umulige valg. Valg er både et ønske, men også en rasjonell handling (Jomeen, 2010, p. 1). Det krever nære forbindelser mellom fornuft og rasjonalitet for å veie opp fordeler og ulemper basert på nytteverdi. Valg innenfor disse rammene er muligens vanskeligere enn hva nåværende politiske retningslinjer antyder. Kvinnene må balansere deres ønske om en god fødselsopplevelse med fornuftige og rasjonelle avgjørelser om fosterets og egen sikkerhet (Jomeen, 2010, p. 1). For jordmødre er et viktig aspekt av brukermedvirkning at kvinnenes ønsker ikke alltid samsvarer med fagpersonellens vurderinger for hva som er faglig og medisinsk forsvarlig. Jordmødre skal støtte kvinnens rett til å delta aktivt i beslutninger vedrørende egen omsorg, men det skal likevel ikke gå på bekostning av faglig forsvarlighet og trygg fødepraksis ("De yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (ICM)," 2016).

Flere av kvinnene i studien vår uttrykket frustrasjon over å ligge lenge i fødsel uten at tiltak ble iverksatt. De følte at de måtte ligge å vente på noe som var uunngåelig og skulle ønske det ble utført keisersnitt når de ba om det. Studien til Nystedt et al. (2006) fra Sverige viser at hvordan barnet ble født var mindre viktig for kvinnene enn de negative opplevelsene og følelsene knyttet til dårlig fremgang og vanskelighetene med å måtte ligge lenge i fødsel (Nystedt, Hogberg, & Lundman, 2006). Dette blir også understreket i flere av svarene kvinnene har gitt i vår studie. Samtidig viser forskning positive helseeffekter på barn som har blitt utsatt for de prosesser som fødselen fører med seg, i motsetning til barn født med et elektivt (planlagt) keisersnitt. Dette er blant annet relatert til hormonpåvirkning og rier. Ifølge British Medical Journal (BMJ) ser man redusert respiratorisk funksjon på de barna som har vært gjennom denne prosessen (Hansen, Wisborg, Ulbjerg, & Henriksen, 2008). Dersom denne informasjonen ble formidlet til disse kvinnene hadde det kanskje vært lettere å holde ut under fødselen, når de kjente til hvilken gevinst det var for barnet sitt. Deres opplevelse at

inngrepet burde vært gjort tidligere ville kanskje også vært annerledes om de fikk informasjon om dette i etterkant av fødselen.

“En fødende kvinne som rammes av en komplikasjon hos seg selv eller det ventende barnet, eller får vite at det finnes økt risiko for komplikasjoner, er ekstra sårbar og utsatt” (Berg, 2010, p. 145). Det er gjort en studie hvor kvinner ble intervjuet angående deres opplevelse av en komplisert forløsning (Berg & Dahlberg, 1998). Behov for å bli bekreftet, bli sett, bli lyttet til, bli trodd, få tilstrekkelig informasjon, ha kontinuerlig dialog med personalet, ha kontroll over fødselsprosessen og kjenne tillit til personalet kom frem (Berg & Dahlberg, 1998).

6.2 Ønske om å bli sett og møtt

Den andre hovedkategorien vi vil drøfte er ønske om å bli sett og møtt. “Ønsket at jeg kunne blitt behandlet som et menneske, en fødende kvinne, "følte meg som en gjenstand" både fysisk og psykisk” (Respondent nummer 412). Slik ble det beskrevet av en kvinne. Et ikke overraskende funn i denne kategorien var relasjonen til jordmor. Kvinnene verdsatte høyt å ha en god relasjon til jordmor. Studier har også fremhevet viktigheten av relasjonen mellom kvinnen og jordmor, hvor kvaliteten av innholdet i relasjonen- ikke bare kontinuiteten i relasjonen var viktig (Dahlberg & Aune, 2013). I studien til Kennedy et al. (2004) fra USA snakket jordmødrene om viktige aspekt ved relasjonen til kvinnene og kaller det engasjert tilstedeværelse. Jordmødrene understrekte at jordmoren må forsøke å kjenne og forstå kvinnen som et unikt individ, og behandle hennes behov med respekt (Kennedy, Shannon, Chuahorm, & Kravetz, 2004). Viktige faktorer er tilstedeværelse og emosjonell støtte. Kontinuiteten i omsorgen kan føre til personlig vekst under fødselsopplevelsen, og til økt empowerment for kvinnen og partneren (Dahlberg & Aune, 2013). Gibson (1991) definerer empowerment som “en sosial prosess som gjenkjenner, promoterer og gir mennesker muligheter til å møte sine behov, løse sine problemer og mobilisere de nødvendige ressurser for å kunne føle kontroll over sitt liv” (Gibson, 1991).

Funnene i studien kan tyde på at det er viktig for en god fødselsopplevelse at jordmor etablerer en god relasjon til kvinnene, hvor kvaliteten i relasjonen er det viktigste. Å se

kvinnen som et individ og møte henne der hun er. Studier som har sett på kvinners erfaringer fra fødsel har vist at profesjonell støtte er viktig for fødselsopplevelsen (Dahlberg & Aune, 2013; Ford, Ayers, & Wright, 2009). International Counsel of Midwives (ICM) jobber ut fra prinsippet om at kvinner og deres familier har en grunnleggende menneskerettighet i å få tilgang til jordmødre, som er best rystet til å støtte de med respektfull og individualisert omsorg med høy kvalitet gjennom hele fødselsforløpet (ICM, 2019). Jordmødre selv påpekte viktigheten av å etablere en gjensidig relasjon for å gi kvinnen tillit, trygghet og forståelse i en svensk studie med intervjuer (Berg & Dahlberg, 2001).

Tilstedeværelse, å bli møtt på en god måte, bli hørt og tatt på alvor var viktige funn som kvinnene oppga i vår studie. En kvinne beskrev; “Mye bedre oppfølging de døgnene under fødsel, var stort sett overlatt til meg selv de døgnene jeg var der. Skulle også gjerne ha blitt vist mer støtte og omsorg” (Respondent nummer 560). Studier viser at god og kontinuerlig omsorg fra jordmor under fødsel fører til flere spontane vaginale fødsler, redusert bruk av oxytocin og medikamentell smertelindring, færre episiotomier og færre rapporterte at de hadde hatt en negativ opplevelse av fødselen (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013; Waldenstrom & Turnbull, 1998). En kan opprette en god relasjon for å tilstrebe at kvinnen får en god fødselsopplevelse ved blant annet å etablere tillitsfull kommunikasjon, ved tilstedeværelse og ved å lytte til kvinnen (Berg & Dahlberg, 2001). Tilstedeværelse trenger ikke nødvendigvis være at jordmor er på føderommet konstant, men det kan handle om hvordan kvinnen/paret føler at jordmor er tilgjengelig. En jordmor kan være tilstede på et føderom uten å være tilgjengelig, men for eksempel sitte mye med datamaskinen og ikke være synligjort ovenfor paret at hun allikevel er tilgjengelig. Eller jordmor kan være tilstede uten at paret nødvendigvis ønsker det hele tiden. En kvinne i studien opplevde at jordmor satt ved sengeenden og “stirret” på henne, noe som følte ubehagelig for henne, selv om hun også skrev at hun forstod at jordmor måtte være tilstede for å passe på fosterhertelyden.

Funnene viser at kvinnene hadde behov for at partneren ble mer sett og inkludert under fødselen. Dette er noe jordmor kan tilrettelegge for og være observant på. Det å møte behovet for bedre inkludering av partner kan være en del av å gi helhetlig omsorg til fødekvinne, noe som støttes av studien til Hodnett et al (2009). Å tilrettelegge for støtte fra partner virker beroligende og kan fremme følelsen av frihet og kontroll for kvinnene (Hodnett, Stremler,

Weston, & McKeever, 2009). Det støttes også i et av WHO's ti prinsipper for perinatal omsorg om at fødselsomsorgen skal være familiefokusert, "Omsorgen bør rettes inn for å møte behovene ikke bare for kvinnen og barnet, men også for kvinnens partner og for deres familie/venner" (Fylkesnes, 2017, p. 26). Dermed vil det kunne være gunstig for fødselsopplevelsen om jordmødrene fokuserer mer på å tilrettelegge for og støtter opp om partnerens rolle under fødselen. Beaumont (2015, p.48) skriver at ved å lære partner om deres rolle under fødsel og hvordan de kan støtte partner er en helsefremmende måte å støtte både partner og kvinnen i fødsel. En partner som har ferdigheter og en forståelse av fødsel og deres rolle vil i større grad kunne støtte kvinnen og hennes ønsker for fødsel, øke hennes nivå av kjærlighetshormonet oxytocin, som kan bidra til økt empowerment i fødsel (Beaumont, 2015, p. 50).

6.3 Ønske om god kvalitet på helsehjelpen

Den tredje hovedkategorien var ønske om god kvalitet på helsehjelpen. Kvinnene ønsket å endre på opplevelsen av helsehjelpens kvalitet og oppga forutsigbarhet som en viktig faktor. Å kunne ha en fast jordmor å forholde seg til gjennom fødselen var viktig for dem. Det ble tydeliggjort at det var et stressmoment å bytte jordmor, spesielt i utdrivningsfasen. Vaktskifte ble opplevd som utrygt. Dette funnet blir støttet av studien til Dahlberg og Aune (2013) som viser at relasjonell kontinuitet er viktig for å fremme positiv fødselsopplevelse. Kontinuitet i fødselsomsorgen fremmer empowerment for både kvinnen og paret (Dahlberg & Aune, 2013). Våre funn støttes også av studien til Jenkins et. Al. (2014) som viser at førstegangsfødende verdsetter kontinuitet som et viktig relasjonelt aspekt. Det er forståelig at kvinnene ønsker å ha en jordmor gjennom hele fødselen, men en fødsel er uforutsigbar og det kan på mange måter være urealistisk at en jordmor skal være sammenhengende på jobb for å følge kvinnen fra mottak til fødsel. Derimot kommer WHO (2018) om anbefaling om en kontinuitets modell ledet av jordmor, hvor en kjent jordmor, eller en liten gruppe av kjente jordmødre støtter kvinnen gjennom svangerskap, fødsel og barsel er anbefalt for gravide kvinner (WHO, 2018). Flere sykehus i Danmark har startet prosjekt med Kjent Jordmor Ordning (KJO), hvor særlig førstegangsfødende kvinner skal følges i både svangerskap, fødsel og barsel av kjente jordmødre (Kjeldset, 2013). Det ble besluttet på jordemoderforbundets kongress i 2006 å jobbe mot KJO på alle sykehusene i Danmark. Kvinnene skal kun måtte forholde seg til to eller tre jordmødre i løpet av svangerskap og fødsel (Jordemoderforeningen, 2006). Om dette er en modell som ville fungert i Norge er

usikkert, basert på landets ulikheter i geografi og avstander til sykehusene, men det kunne utvilsomt vært et interessant prøveprosjekt for landets største kvinneklinikker som er sentraliserte.

Funnene viser at kontinuitet også innebar å slippe å måtte forholde seg til så mange personer. Studien til Berg og Dahlberg (2001) viser at det beste for kvinnene er å bli behandlet av så få jordmødre som mulig, etterstrebe kontinuitet og holde antall personer rundt kvinnene til et minimum (Berg & Dahlberg, 2001). At mange helsepersonell er involvert under oppfølgingen og tilstede på fødestuen er vanskelig å unngå på en kvinneklinikk. Risiko for komplikasjoner kan potensielt gi økt behov for mer personal inne på fødestuen. I tillegg er flere av kvinneklinikkene universitetssykehus, som utdanner blant annet legestudenter som skal være med på fødsler. Sannsynligvis kan det gjøre opplevelsen for kvinnen og paret bedre dersom de er forberedt på dette i forkant. Informasjon kan gi forutsigbarhet og hjelpe kvinnene å mestre det som oppstår i fødsel på en bedre måte (Lerman et al., 2007).

6.4 Ønske om tilrettelagte fasiliteter på avdelingen

Den fjerde hovedkategorien var ønske om tilrettelagte fasiliteter på avdelingen. Det kom frem at flere kvinner savnet en bedre utforming av føderommet, mindre kliniske omgivelser, et bedre mattilbud, tilgang til badekar og toalett på fødestuen. Dette støttes av WHO's (2018) anbefalinger om et forbedret fysisk miljø, tilrettelegge for nødvendig energipåfyll under fødsel, og å ha rene og tilgjengelige baderom til fødekvinnene. Hodnett, Downe og Walsh (2012) utførte en systematisk oversikt som så på forskjellen på effekten av omsorg på alternative fødeavdelinger og konvensjonelle fødeavdelinger, men kunne ikke trekke konklusjoner på at det var effekten av de fysiske omgivelser som gav et bedre utfall, på grunn av for store forskjeller i organiseringen av avdelingene, med blant annet ulike grad av tilstedeværelse. Det kom allikevel tydelig frem at alternative fødeavdelinger hadde positiv effekt på fødselsutfall som flere spontane vaginale fødsler, færre epiduraler, færre episiotomier og mer tilfredse kvinner, med utgangspunkt i at det er friske gravide kvinner som har født (Hodnett, Downe, & Walsh, 2012). Sykehusrom som er assosiert med forbedret utfall er de som verner om privatlivet, tilrettelegger for sosial støtte, tillater frihet og kontroll (Hodnett, Downe, Walsh, & Weston, 2010). Studien viser at utformingen av alternative

føderom som er mindre kliniske kan virke beroligende, fremme frihet og følelsen av kontroll hos fødekvinnene (Hodnett et al., 2012). Kvinnene i denne studien har født på en kvinneklinikk hvor det oftest er en klinisk utforming av rommene på grunn av høyere grad av overvåkning, mulig det likevel er muligheter for å utforme rommene mindre klinisk, og ved de som trenger kontinuerlig overvåkning finnes det muligheter for å anvende trådløse instrument til å overvåke fosterlyden og riene i dagens teknologiske samfunn, som i større grad ville fremmet bevegelsesfrihet, noe enkelte kvinner i studien savnet muligheten til.

Flere av kvinnene i studien ga respons på behov for endringer av mattilbudet under fødselen. Behovet for ernæring er et grunnleggende behov som en jordmor skal imøtekomme. Abraham Maslow har utformet en kjent klassifikasjon på menneskelig behov, den såkalte behovspyramiden. Det første i trinnet i pyramiden er behovet for fysiologiske eller organiske behov som blant annet rommer behovet for mat og drikke. Neste trinn i pyramiden er behovet for sikkerhet og trygghet, tredje trinn behovet for kontakt, fjerde trinn behovet for anerkjennelse og til slutt det femte trinnet som omhandler behovet for selvrealisering. Maslow fremlegger at behovene i det nederste trinnet må være på plass før en kan tenke på noen av de andre behovene i pyramiden (Rosland, 2017). Dermed kan det tenkes at dette grunnleggende behovet som mat og drikke er noe som fundamentalt bør være godt implementert i praksis. På bakgrunn av at det er så elementært behov var det overraskende for oss at næringsbehovet ikke ble møtt hos kvinnene som fødte. I resultat fra brukererfaringene PasOpp-rapportene (2016) fremkommer det at fødeinstitusjoner i Norge på generell basis leverer gode tjenester til mor, barn og partner (Sjetne & Holmboe, 2017). På samme tid er behovet for ernæring i fødsel spesielt viktig med tanke på at livmoren er en stor muskel som skal jobbe i mange timer under fødsel, og musklene krever energi for å arbeide. Bedre mattilbud kan muligens henge sammen med at ikke all mat er fristende ved sterke smerter, eventuelt kvalme som mange kvinner har under fødsel. Behovet for ønskekost kunne dermed kanskje vært gunstig på flere nivå, både for fysisk tilfredsstillelse og psykisk velvære for kvinnene under fødsel.

Flere kvinner etterspurte bedre og mer tilgjengelig smertelindring. De opplevde å måtte vente lenge på å få epidural. Flere beskrev det som at de ventet lenge på tilgjengelig anestesilege i det tidspunktet når de ønsket epidural. Manglende veiledning fra jordmor angående smertelindring var også noe som kom frem, og en kvinne opplevde at jordmor var negativ til

epidural, noe som førte til at kvinnen følte at hun fikk epidural alt for sent i forløpet. En annen beskrev; "Jeg skulle gjerne fått epidural, men jordmor mente det var for sent. Ca. 6 timer etter ble barnet født..." (respondent nummer 593). Vår opplevelse fra praksis er at det for mange kvinner kan være et stort steg å ta, å ville ha smertelindring i form av epidural. For noen kan det oppleves som et nederlag, i tillegg er det slik at man ikke får føde på en normalenhet når man ønsker epidural. En kvinne går fra å være lavrisiko, til å måtte bli betegnet som risiko med behov for mer overvåkning i fødsel. Når en kvinne først har tatt dette valget om å ville ha epidural, ønsker de ofte å få det med en gang. De har på å en måte gitt opp å takle de smertefulle riene når de vet at epidural kan gi dem en pause fra de enorme smertene. I studien til Goodman et al. (2004) kom det frem at kvinner som opplever lite smerte under fødselen var mer fornøyde med selve fødselsopplevelsen (Goodman et al., 2004).

WHO (2018) la frem nye anbefalinger hvor de anbefaler epidural som smertelindring for friske gravide kvinner som ønsker smertelindring. I de nye anbefalingene blir bruk av alternativ smertelindring for å redusere protrauerte forløp ikke anbefalt ifølge WHO (2018). WHO fremlegger at det er evidens for at epidural kan legge til rette for en positiv fødselsopplevelse ved å hjelpe kvinnen til å slappe av og fornye energi og ha en opplevelse av kontroll i fødsel (WHO, 2018). Dermed kan det tenkes at sykehus bør tilrettelegge for at kvinner som ønsker epidural som smertelindring bør fødeavdelingen ha tilgjengelige anestesileger slik at dette blir oppfulgt. Til tross for at det finnes bivirkninger med bruk av epidural. I den systematiske oversikten til Anim-Somuah et al. (2018) fremlegger de med lav kvalitet av evidens at epidural smertestillende kan være mer effektiv enn andre smertestillende metoder, men det synes å være en økt risiko for assistert vaginal fødsel hos kvinner med epidural som smertestillende. Samt at noen kvinner kan oppleve bivirkninger som lavt blodtrykk, feber og urinretensjon (Anim-Somuah, Smyth, Cyna, & Cuthbert, 2018).

6.5 Trygghet, kontroll og empowerment i fødsel

Det underliggende temaet vi kom frem til i analysen var trygghet, kontroll og empowerment i fødsel. Disse tre begrepene var gjennomgående beskrivende for det kvinnene ønsket å endre. Trygghet er en nøkkelfaktor innenfor fødselsomsorgen. Til tross for at det aldri har vært tryggere å føde når det kommer til mortalitet, er fortsatt frykt for å føde vanlig hos kvinner (Leap & Hunter, 2016, p. 17). Frykt blir også påvirket av rammene som er rundt

fødselsomsorgen, særlig med tanke på det fortsatt eksisterende patologiske synet på fødsel (Leap & Hunter, 2016, p. 17). De fleste gravide kvinner er bekymret for de ukjente utfordringene som møter dem i fødsel og det er en rasjonell handling ved usikkerhet. Det er flere grunner til at kvinner føler seg utrygge, der de mest vanlige er: fødselssmerte, bekymringer relatert å bli tatt hånd om av helsepersonell, å ikke forstå hva som skjer, frykt for at barnet er sykt eller skadet, frykt for å bli skadet selv, frykt for å dø, redsel for å bli etterlatt alene eller være fanget, bekymringer relatert til å føde (Leap & Hunter, 2016, p. 17). Kvinnene i vår studie beskrev utrygghet rundt opplevelsen av å ikke få epidural smertelindring når de ba om det, og ønske om å ikke være alene, men ha jordmor mer tilstede. Kontroll i fødsel kom frem som viktig for kvinnene. Flere faktorer bidrar til kvinners holdning og erfaring med fødselsopplevelsen de har hatt. De mest fremtredende faktorene inkluderer kontroll, medbestemmelse, støtte og smertekontroll. Kvinnene definerer kontroll som både en indre og ytre prosess, som begge har en påvirkning på fødselsopplevelsen. En indre kontroll kan være kvinnens evne til å bevege seg fritt og føle kontroll over smerten. Ytre kontroll handler om å få ta del og bli inkludert i avgjørelser, også når det kommer til medisinske intervensjoner, støtte og omsorg. Manglende kontroll kan være forbundet med negativ fødselsopplevelse (Hardin & Buckner, 2004). Selv om det kan være vanskelig for en kvinne i fødsel og ha kontroll over noe som ikke kan styres, kan det å ha kontroll omhandle å bli godt informert på hva som skjer underveis.

Fra tiden rundt 1970 årene har empowerment vært et sentralt begrep i relasjon til folkehelse og helsefremming (Tveiten, 2012, p. 175). WHO har definert empowerment som en prosess der mennesker får større kontroll over avgjørelser og handlinger som berører egen helse (WHO, 2019a). Empowermentbegrepet er også nevnt i de yrkesetiske retningslinjer; *“Jordmødre myndiggjør kvinner til å snakke for seg selv om spørsmål som berører kvinners og deres familiers helse i egen kultur / samfunn (empowerment)”* (“De yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (ICM),” 2016). Jordmor skal med andre ord være kvinnens samarbeidspartner i empowermentprosessen (Tveiten, 2012, p. 175). Det er vanskelig å oversette empowermentbegrepet til norsk, der myndiggjøring, medvirkning og egenmakt er begrep som har blitt brukt for å forklare empowerment. Disse ordene rommer likevel ikke begrepets fulle og hele betydning (Tveiten, 2012, p. 176). Begrepet er interessant innenfor svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen fordi empowerment handler om å støtte opp om mennesker som er utsatt og i en sårbar situasjon. Det retter fokuset mot å styrke opp om

kvinnens selvtillit, sosiale støtte, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, rettigheter, samarbeid og deltakelse (Tveiten, 2012, p. 176). Noe som på mange måter er nettopp hva kvinnene i vår studie selv ønsker å endre med omsorgen de mottok i fødsel.

Temaet som kom frem fra resultatet synliggjør hva som var viktig for kvinnene under fødsel. Det kan derfor være gunstig for kvinnene at jordmødrene har mer fokus på å tilrettelegge for trygghet, kontroll og empowerment under fødsel.

6.6 En salutogen tilnærming til fødsel

Behovene kvinnene oppga for endring av omsorgen under fødselen kan i stor grad knyttes opp mot retningslinjene som International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) har utviklet for mor-barn-vennlige sykehus. Kriteriene for mor-barn-vennlige sykehus handler blant annet om hjelp til gode fødestillinger, privatliv under fødselen, fritt valg av støttepartner, tilbud om mat og drikke, og tilbud om medikamentell- og ikke-medikamentell smertelindring (Gynecology et al., 2015). Likevel kan det tyde på at ikke alle ting fungerer optimalt i praksis basert på funnene i denne studien.

Renfrew et al (2014) foreslår en endring i svangerskaps- fødsel- og barselomsorgen som inneholder forebyggende og støttende omsorg som fungerer slik at den styrker kvinnens evner i tillegg til en respektfull relasjon som er skreddersydd deres behov (Renfrew et al., 2014). Dette understøtter i stor grad våre funn fra hva kvinnene ønsket å endre med omsorgen de fikk i fødsel. Kvinnene etterlyser nettopp det som rammeverket foreslår, de ønsker en respektfull relasjon hvor de blir sett og møtt på en god måte, blir hørt og inkludert. Med et slikt rammeverk som grunnlag kan man forene det beste fra to paradigmer ved å fremme normale reproduktive prosesser, men også at god medisinsk og akutt behandling er tilgjengelig for de som har behov for det (Renfrew et al., 2014).

Våre funn kan ses i lys av en salutogen tilnærming i fødselsomsorgen. Brukermedvirkning, hvor kvinnen er en aktiv deltager, relasjonen til jordmor hvor en opplever tillit, støtte og tilstedeværelse, bedre inkludering av partner og tilretteleggelse i utforming av føderommet. I følge Hodnett (2012) er disse behovene med på å styrke kvinnens evner til å føde og fremme en naturlig prosess (Hodnett et al., 2012). Dette er i tråd med Downe og McCourt (2004) sin

beskrivelse av en salutogen tilnærming til fødsel. Der velvære ses på som et sluttprodukt av en kompleks, personlig og sosial interaksjon, og som har evne til å omvende risikoteningen i fødsel. I stedet for å fokusere på en liste med medisinske tilstander og sosiale situasjoner som bidrar til å utelukke en normal fødsel, er tanken at positive krefter kan gi kvinnen mulighet til bringe salutogene faktorer fra hennes fysiske, emosjonelle, sosiale og åndelige sider, og inkludere sin familiehistorie inn i fødselsopplevelsen. En slik fremgangsmåte favoriserer hverken det teknologiske eller det fysiologiske, men anerkjenner det unike i omstendighetene til hver enkelt kvinne (Downe & McCourt, 2004). En “normal” fødsel bør defineres ut ifra fleksible kriterier, noe som vil maksimere muligheten for en fysiologisk fødsel, men også bidrar til å optimalisere opplevelsen av intervensjoner for de kvinnene som har behov for det, samtidig som det kan bidra til at disse kvinnene ikke føler de har feilet for å ikke ha oppnådd gullstandarden av hva som er “normalt” (Jomeen, 2010, p. 32).

7 Konklusjon

Kvinnene som ble inkludert i studien har gitt oss mer inngående kunnskap og innsikt om hva kvinnene ønsker å endre ved fødselsomsorgen på store kvinneklinikker i Norge. Målet med oppgaven var å få mer kunnskap om førstegangsfødendes behov for å kunne tilrettelegge og tilpasse fødselsomsorgen etter brukerperspektivet. Kvinnene fremhevet viktigheten av en god relasjon til jordmor, hvor hun føler seg støttet, sett og inkludert. Å få være en aktiv deltager i egen fødsel ble også nevnt av mange, hvor kommunikasjon, autonomi og brukermedvirkning var viktig. Helsehjelpens kvalitet, med tilgjengelig utstyr og kompetanse ble løftet frem. Tilrettelagte fasiliteter med mat og drikke, en god atmosfære og et komplett føderom var viktig. Mange av kvinnene i studien oppga at de blant annet ønsket bedre mat og mattilbudet generelt burde vært bedre. I det store bildet kan det kanskje fremstå som at de egentlig har vært ganske fornøyd med omsorgen om det er bare dette de har behov for å endre. Kvinnenes ønsker kan komme i konflikt med jordmødrenes faglige vurdering, derfor er kommunikasjon særlig viktig for å formidle kunnskap og forståelse til kvinnene. Vi håper at denne masteroppgaven bidrar med å fremme kvinnenes behov for endring i fødselsomsorgen, og på den måten inspirere til ny forskning på området.

7.1 Anvendelse i praksis

Brukererfaringer fra omsorgen rundt fødsel er noe det har blitt forsket mye på opp gjennom tidene, men likevel mener vi at funnene i denne studien kan bidra til å løfte frem viktigheten av å innhente informasjon fra brukerperspektivet. Vi har sett på data fra førstegangsfødende kvinner som fødte på store kvinneklinikker i Norge, våre funn kan relateres til andre kvinner i lignende settinger og være nyttig kunnskap for jordmødre som møter disse kvinnene. Fødselsomsorgen i Norge kan sammenlignes med andre nordiske land, og flere vestlige land i verden med lignende offentlig helsetilbud.

Funnene i studien belyser behov for trening og fokus på kommunikasjonsferdigheter blant helsearbeidere, særlig viktigheten av å formidle informasjon på måter som er forståelig for kvinnene. Det er også behov for nye studier hvor en ser på kvinnenes opplevelse av brukermedvirkning i fødsel, samt kost-nytte verdien av ønskene som kvinnene ytrer.

7.2 Samskriving

Vi er tre jordmorsstudenter som har samarbeidet om denne masteroppgaven. Vi valgte å skrive sammen på bakgrunn av gode erfaringer med å være flere på tidligere oppgaver, og på grunn av våre ulike erfaringer og styrker. Først og fremst tror vi det kan vær en styrke at vi er studenter med ulik bakgrunn som har jobbet med denne oppgaven, samtidig har det vært utfordrende når vi ikke har vært samstemte om hvilken vei vi vil gå alltid. Gjennom hele prosessen har vi jobbet sammen og fordelt oppgaver etter beste evne. Vi har deretter diskutert oss gjennom det vi har skrevet og gitt hverandre innspill underveis. Alle har deltatt i skrivingen av samtlige kapitler. Vi har søkt etter artikler, lest hverandres funn, «brainstormet», laget utkast og skrevet på forskjellige avsnitt, for videre å lese gjennom hverandres arbeid før vi har tatt det med i selve oppgaven til slutt. Kandidatnummer 403 har hatt hovedansvaret for introduksjonen. Kandidatnummer 448 har hatt hovedansvaret for teoretisk forankring, og kandidatnummer 425 har hatt hovedansvaret metodekapitlet. Alle har hatt medansvar for disse kapitlene og på analysen, funn og diskusjon har alle bidratt like mye og vi har hatt mange gode diskusjoner og refleksjoner. En stor fordel med å ha vært tre stykk om oppgaven er motivasjonen dette har gitt, samt at våre ulike syn har gitt en rikere diskusjon, særlig rundt analyse og funn.

Referanser

- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). doi:10.1002/14651858.CD000331.pub4
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Babies Born Better (2018). Retrieved from <http://www.babiesbornbetter.org/about/>
- Beaumont, D. (2015). Don't forget Dad! How does treating dads compassionately fit into women-sentered care? In S. Byrom & S. Downe (Eds.), *The Roar Behind the Silence: Why kindness, compassion and respect matter in maternity care* (pp. 48-52). London pinter & martin.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Berg, M. (2010). Vårdande vid barnafödande med ökade risker. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande* (2. uppl. ed., pp. 145-168). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., & Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*, 14(1), 23-29.
- Berg, M., & Dahlberg, K. (2001). Swedish midwives' care of women who are at high obstetric risk or who have obstetric complications. *Midwifery*, 17(4), 259-266.
doi:10.1054/midw.2001.0284
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2014). Spørgeskemaundersøgelser. In M. Henricson (Ed.), *Videnskabelig teori og metode* (pp. 139-150). København: Forfatterne og Munksgaard
- Boynton, P. M., & Greenhalgh, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7451), 1312-1315.
doi:10.1136/bmj.328.7451.1312
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research : a practical guide for beginners*. Los Angeles, Calif: Sage.
- Brudal, L. F. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforl.
- Church, S. (2017). *New thinking on improving maternity care : international perspectives*. London: Pinter & Martin.

- Conrad, M., & Stricker, S. (2018). Personality and labor: a retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 67-80.
doi:10.1080/02646838.2017.1397611
- COST. (2014). *COST Action IS1405*
European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research
- Dagsavisen. (2019). Statsministeren bekymret over lave fødselstall, ber nordmenn lage flere barn. *Dagsavisen* Retrieved from <https://www.dagsavisen.no/statsministeren-bekymret-over-lave-fodselstall-ber-nordmenn-lage-flere-barn-1.1254925>
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience---the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407-415.
doi:10.1016/j.midw.2012.09.006
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A., Selboe, S.-T., Torvik, M., H., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Day-Stirk, F., & Palmer, L. (2003). The RCM virtual institute for birth: promoting normality. *RCM Midwives*, 6(2), 64-65.
- De yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (ICM). (2016). Retrieved from <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Downe, S., Kenneth, F., Oladapo, O. T., Bonet, M. A., & Gulmezoglu, M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *Plos one*.
doi:10.1371/0194906
- Downe, S., & McCourt, C. (2004). From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges In S. Downe (Ed.), *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (pp. 1-56): Churchill Livingstone.
- Eberhard-Gran, M., & Winther, C. (2017). *Spørreskjema som metode : for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. 62(1), 107-115.
doi:doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

- Ferguson, S., Davis, D., & Browne, J. (2013). Salutogenesis and normal birth. *Women and Birth*, 26, S28. doi:10.1016/j.wombi.2013.08.181
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. B. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *J Womens Health (Larchmt)*, 18(2), 245-252. doi:10.1089/jwh.2008.0882
- Fowler, F. J. (2014). *Survey research methods* (5th ed. ed. Vol. 1). Los Angeles, Calif: Sage.
- Fylkesnes, A. M. (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomheten. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg. ed., pp. 25-31). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs*, 16(3), 354-361.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*, 46(2), 212-219. doi:10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gregory, K. D., Korst, L. M., Saeb, S., McCulloch, J., Greene, N., Fink, A., & Fridman, M. (2018). Childbirth-Specific Patient-Reported Outcomes as Predictors of Hospital Satisfaction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.10.093>
- Gynecology, I. F. o., Obstetrics, Midwives, I. C. o., Alliance, W. R., Association, I. P., & Organization, W. H. (2015). Mother–baby friendly birthing facilities. *128*(2), 95-99. doi:10.1016/j.ijgo.2014.10.013
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Uldbjerg, N., & Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *336*(7635), 85-87. doi:10.1136/bmj.39405.539282.BE %J BMJ
- Hardin, A. M., & Buckner, E. B. (2004). Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *The Journal of perinatal education*, 13(4), 10-16. doi:10.1624/105812404X6180

- Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*(8), Cd000012.
doi:10.1002/14651858.CD000012.pub4
- Hodnett, E. D., Downe, S., Walsh, D., & Weston, J. (2010). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*(9), Cd000012.
doi:10.1002/14651858.CD000012.pub3
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, Cd003766.
doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Hodnett, E. D., Stremmler, R., Weston, J. A., & McKeever, P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: the PLACE (pregnant and laboring in an ambient clinical environment) pilot trial. *Birth*, 36(2), 159-166. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00311.x
- Hosseini Tabaghdehi, M., Kolahdozan, S., Keramat, A., Shahhossein, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2019). Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. In (pp. 1-8). London :.
- ICM. (2019). International Confederation of Midwives Strategy 2017 - 2020. Retrieved from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/04/final-copy-icm-strategy-2017-20-online.pdf>
- Jenkins, M. G., Ford, J. B., Morris, J. M., & Roberts, C. L. (2014). Women's expectations and experiences of maternity care in NSW--what women highlight as most important. *Women Birth*, 27(3), 214-219. doi:10.1016/j.wombi.2014.03.002
- Jomeen, J. (2010). *Choice, Control and Contemporary Childbirth: Understanding through women's stories*. United Kingdom: Radcliffe Publishing Ltd.
- Jordemoderforeningen. (2006). *Kendt jordemoder*. Retrieved from Tidsskrift for jordemødre: http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Politik_og_organisation/Politik_og_visioner/01-005_Kongresbeslutning_vedr._Kendt_jordemoder_endelig_udgave_n_1.pdf

- Kennedy, H. P., Shannon, M. T., Chuahorm, U., & Kravetz, M. K. (2004). The landscape of caring for women: a narrative study of midwifery practice. *J Midwifery Womens Health, 49*(1), 14-23. doi:10.1016/j.jmwh.2003.09.015
- Kjeldset, A.-M. (2013). KJO: Egner du dig til at være kendt? Retrieved from <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/kjo-egner-du-dig-til-at-vaere-kendt/>
- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. In Å. Gammersvik & T. Larsen (Eds.), *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (pp. 195-216). Bergen: Fagbokforl.
- Leap, N., & Hunter, B. (2016). *Supporting Women for Labour and Birth: A Thoughtful Guide*: Routledge Ltd.
- Lerman, S., F., Shahar, G., Czarkowski, K., A., Kurshan, N., Magriples, U., Mayes, L., & Epperson, N. (2007). Predictors of Satisfaction with Obstetric Care in High-risk Pregnancy: The Importance of Patient–Provider Relationship. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*(4), 330–334. doi:<https://doi.org/10.1007/s10880-007-9080-9>
- Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Management protocol Version 7* (2015). Babies Born Better.
- Medisinsk Fødselsregister. (2018, 08.10.18). Retrieved from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2017). The meanings of salutogenesis. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindstrøm, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of salutogenesis* (pp. 7-14). S.l.: Springer.
- NICE. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. *National Institute for Health and Care Excellence Clinical Guideline*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- NICE. (2019). Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/Woman-centred-care>

- Nicholls, L., & Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *J Adv Nurs*, 56(4), 414-429. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04026.x
- Norsk senter for forskningsdata. (2018, 08.10.18). Retrieved from <http://www.nsd.uib.no>
- Nystedt, A., Hogberg, U., & Lundman, B. (2006). Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*, 22(1), 56-65. doi:10.1016/j.midw.2005.05.003
- Pasientogbrukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) §3-1 og §3-2.* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pelikan, J. M. (2017). Application og salutogeneses in health care settings. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindstrøm, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of salutogenesis* (pp. 261-266). S.l.: Springer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Project, E. B. R. (2016). Babies Born Better Retrieved from <https://eubirthresearch.eu/babies-born-better-b3/>
- Rees, C. (2011). *An introduction to research for midwives* (3rd ed. ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Regjeringen. (2008- 2009, 08.10.18). Stortingsmelding nr 12, en gledelig begivenhet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384(9948), 1129-1145. doi:10.1016/s0140-6736(14)60789-3
- Rosland, K. (2017). Maslows behovspyramide. Retrieved from <https://ndla.no/subjects/subject:12/topic:1:183846/topic:1:183860/resource:1:85351>
- Ruel, E. E., Wagner, W. E., & Gillespie, B. J. (2016). *The Practice og Survey Research*: Sage
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: SAGE
- Sjetne, S., I., , & Holmboe, O. (2017, 08.10.18). Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016. Nasjonale resultater. *PasOpp-rapport nr. 2017:519*. Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/2017/fodsel->

[og-barsel/brukererfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2016.-nasjonale-resultater.pdf](#)

SSB, S. s. (2019). Statistikkbank: Mors fødealder første barn. Retrieved from

<https://www.ssb.no/statbank/table/07872/tableViewLayout1/>

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. . In T. B. Larsen & Å. Gammersvik (Eds.), *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (pp. 173-193). Bergen: Fagbokforl.

Waldenstrom, U., & Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Br J Obstet Gynaecol*, 105(11), 1160-1170.

WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. In (pp. 200).

WHO. (2019a). Health promotion. Retrieved from

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>

WHO. (2019b, 14.04.19). Process of translation and adaptation of instruments. Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

Vedlegg 1

INTRODUKSJON

Har du født barn i løpet av de siste fem årene? Da vil vi veldig gjerne høre fra deg! Vi er en gruppe på rundt 100 akademikere, jordmødre, leger, annet helsepersonell og beslutningstakere. Vi arbeider med et stort forskningsprosjekt som er finansiert av EU, og vår oppgave er å undersøke hva som er god praksis i fødselsomsorgen i Europa. I denne studien undersøker vi kvinners syn på og erfaringer med omsorgen i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid i mange europeiske land. Informasjonen vil bli brukt av forskningsgruppen (COST Action IS0907) for å identifisere områdene med best praksis i fødselsomsorgen i Europa.

Hvis du vil delta kan du fylle ut et kort spørreskjema på nettet. Det er bare 20 spørsmål som det vil ta mindre enn 10 minutter å svare på. Det er ikke sikkert du trenger å svare på alle spørsmålene og svarene dine vil forbli anonyme. Hvis du ønsker å avslutte undersøkelsen kan du gjøre det når som helst ved å lukke vinduet. Da undersøkelsen er anonym er det ikke mulig å trekke den tilbake når svarene er sendt inn på siste side. Vi vil gå bredt ut for å formidle resultatene av denne undersøkelsen. Vi begynner å legge ut resultatene på nettet fra XX/XX/2013 og vil oppdatere resultatene regelmessig. Du kan sjekke nettsidene regelmessig for å se hva vi har funnet ut.

Hvert svar har betydning – takk for at du tar deg tid til å svare på denne undersøkelsen!

Ta kontakt hvis du har noen spørsmål om undersøkelsen:

contact@iresearch4birth.eu

Anonymitet og konfidensialitet er viktig. Alle data som samles inn vil bli anonymisert og oppbevart på en sikker måte. Opplysningene vil bare bli brukt i forskningsøyemed og for å utvikle og forbedre tilbudet. Når du svarer på denne spørreundersøkelsen gir du samtidig tillatelse til at forskningsteamet kan anvende informasjonen om deg til de angitte formål

Dette er en generell spørreundersøkelse som undersøker helsetilbudet i Europa. Hvis du har hatt negative erfaringer i tilknytning til fødsel kan du ta kontakt med din lege eller jordmor. Ta gjerne kontakt direkte med oss hvis du har flere spørsmål eller ønsker å diskutere noe med oss: contact@iresearch4birth.eu

OM DEG

1. Hvor gammel er du (antall år)?

2. Hvor bor du?

Land:

Nærmeste by/sted:

3. Vi ønsker å få kunnskap om kvaliteten i fødselsomsorgen for alle kvinner, også de som er innflyttere. Hvor lenge du har bodd i landet?

Jeg er født her

Hvis du flyttet hit, hvor lenge er det siden (antall år)?

OM DEG (FORTSATT)

4. Hvis du er innflytter, kan du fortelle årsaken til at du kom:

OM BARNA DINE

5. Hvor mange barn har du født?

GRAVIDITET

6. Er du gravid nå?

Har ingen barn men er gravid

Takk for din interesse for denne undersøkelsen. For tiden ønsker vi å få innblikk i erfaringer fra kvinner som har født i løpet av de siste fem årene. Du kan gjerne fylle ut spørreskjemaet og fortelle om dine erfaringer etter at barnet er født. Du kan bruke kommentarfeltet på neste side til å fortelle om omsorgen du har fått i svangerskapet så langt.

Har ingen barn og er ikke gravid

Takk for din interesse for denne undersøkelsen. For tiden ønsker vi innblikk i erfaringer fra kvinner som har født i løpet av de siste fem årene. Vi er allikevel interessert i dine syn på fødselsomsorgen, og du kan skrive dine kommentarer i kommentarfeltet

OM BARNA DINE (FORTSATT)

7. Har du født barn i løpet av de siste fem årene?

Har ikke født de siste fem år

Takk for din interesse for denne undersøkelsen. For tiden ønsker vi innblikk i erfaringer fra kvinner som har født i løpet av de siste fem årene. Vi er allikevel interessert i dine erfaringer av fødselsomsorgen, og du kan skrive dine kommentarer i kommentarfeltet på neste side.

OM BARNA DINE (DET YNGSTE)

8. Når ble ditt yngste barn født?

Fødselsdato (måned og år)

Måned

År

OM SVANGERSKAPET DITT

9. I hvilken svangerskapsuke ble ditt yngste barn født?

10. Hadde du noen problemer i det siste svangerskapet?

OM SVANGERSKAPET DITT (FORTSATT)

11. Hvis ja, kan du fortelle hvilke problemer?

OM DEN SISTE FØDSELEN DIN

12. Hvor fødte du ditt yngste barn?

På fødeavdeling i et sykehus

På en fødeenhet for normalfødsler som er lokalisert i et sykehus **med**
fødeavdeling

På en frittstående fødestue

Hjemme

Annet (vennligst forklar)_____

13. Hvilken yrkesgruppe tok seg mest av deg under fødselsforløpet?

Leger

Jordmødre

Sykepleiere

En blanding av leger og jordmødre eller sykepleiere

Annet (vennligst forklar)_____

14. Hvor fødte du ditt yngste barn (hvis du fødte hjemme skal du ikke skrive noe som kan identifisere adressen din)

Navn

By/sted

Postnummer

15. Hva var de tre beste tingene ved omsorgen du fikk under fødselen? Skriv det du synes var aller best først.

Best

Nest best

Tredje best

16. Hvis du hadde makt til å endre tre ting i omsorgen du fikk, hva ville det vært? Skriv det viktigste først.

Best

Nest best

Tredje best

TENK DEG AT VENNINNE ELLER ET FAMILIEMEDLEM ER GRAVID

17. Tenk deg at en god venninne eller et familiemedlem er gravid. Du blir spurt om å gi en ærlig vurdering av omsorgen du fikk der du fødte ditt yngste barn. Du kan bruke inntil seks ord eller uttrykk for å beskrive dette:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

ANDRE KOMMENTARER

18. Du kan skrive kommentarer her hvis du ønsker å forklare svarene dine mer i detalj, eller hvis det er annen informasjon du vil gi om dine erfaringer i fødselsomsorgen.

Kontaktinformasjon

19. Hvis du ønsker å bli informert om resultatene av undersøkelsen så skriv e-postadressen din under. Svarene dine vil forbli anonyme selv om du oppgir kontaktinformasjon. E-postadressen vil bare bli brukt til å informere deg om resultatene av undersøkelsen.

20. Vi vil gjerne kontakte noen få av kvinnene som har deltatt i denne undersøkelsen som en del av en oppfølgingsstudie. Kryss av for «ja» hvis det er i orden for deg at forskerne kan kontakte deg via e-post. Din e-post adresse vil ikke bli brukt i andre hensikter og svarene dine vil forbli anonyme (din e-postadresse vil bli holdt adskilt fra svarene du har gitt i denne undersøkelsen).

Ja

Nei

Takk for hjelpen

Takk for at du har fullført spørreundersøkelsen slik at vi får kunnskap om dine erfaringer, hvert svar har betydning.

Besøk oss gjerne på www.facebook.com/iresearch4birth, der kan du treffe andre som arbeider med å forbedre fødselsomsorgen i Europa og resten av verden. Du kan også følge oss på Twitter (@ir4b).

Resultatene fra undersøkelsen vil bli presentert på internett så snart den er ferdig: www.iresearch4birth.eu

Ta kontakt hvis du har noen spørsmål om undersøkelsen eller arbeidet til iResearch4Birth: contact@iresearch4birth.eu

Noen kvinner kan ha hatt negative erfaringer. Hvis du ønsker kontakt med noen i ditt område kan du henvende deg til oss og et medlem av iResearch4Birth gruppen kan formidle relevant kontaktinformasjon.

Vedlegg 2

Variabel	Inkludert	Totalt antall kvinner
Rådata	Alle	8258
Språk	Norsk Engelsk Svensk Dansk	8247
Hvor mange barn har du født?	Førstegangsfødende	3836
Hvilket år ble det yngste barnet født	2014 2015	1908
I hvilken svangerskapsuke ble ditt yngste barn født	24-44	1894
Hvor fødte du ditt yngste barn?	Hospital labour ward Fødeavdeling	1353
Hvilken yrkesgruppe tok seg mest av deg under fødselsforløpet?	Jordmor Jordmor og leger	1350
Hvor fødte du ditt yngste barn	AHUS Ullevål St. Olavs Stavanger Haukeland	521
Ekkluderte svar som omhandlet barsel og ikke relevans til problemstilling som for eksempel svarte ingen ønsker for endring osv.	137	384 (Totalt 659 svar analysert)

Vedlegg 3

Høgskulen på Vestlandet
Att: Anne Britt Vika Nilsen
abvn@hvl.no



Vår dato: 04.09.2018

Vår ref: 60547/3/HJT/IRH

Deres dato:

Deres ref:

VURDERING AV BEHANDLING AV SÆRSKILTE KATEGORIER PERSONOPPLYSNINGER I «BABIES BORN BETTER SURVEY (B3-SURVEY)»

NSD - Norsk senter for forskningsdata AS viser til meldeskjema innsendt 27.04.2018. Meldingen gjelder behandling av personopplysninger til forskningsformål.

Etter avtale med den behandlingsansvarlige, Høgskulen på Vestlandet, har NSD foretatt en vurdering av om den planlagte behandlingen er i samsvar med personvernlovgivningen.

Resultat av NSDs vurdering:

NSD vurderer at det vil bli behandlet særskilte kategorier personopplysninger (rasemessige eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning, helseforhold) frem til 31.12.2022.

NSDs vurdering er at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, og at lovlig grunnlag for behandlingen er allmenn interesse.

Vår vurdering forutsetter at prosjektansvarlig behandler personopplysninger i tråd med:

- opplysninger gitt i meldeskjema og øvrig dokumentasjon
- dialog med NSD, og vår vurdering (se under)
- Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for datasikkerhet, herunder regler om hvilke tekniske hjelpemidler det er tillatt å bruke
- Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for bruk av databehandler

Nærmere begrunnelse for NSDs vurdering:

1. Beskrivelse av den planlagte behandlingen av personopplysninger

Formålet med studien er å undersøke kvinners erfaringer med fødselsomsorg. Hensikten er å kartlegge hva kvinner synes fungerer bra og hva som kunne vært bedre, for at fremtidens fødselsomsorg kan forbedres.

Surveyen er verdensomspennende og drives fra University of Central Lancashire, Storbritannia. HVL mottar data om de norske informantene, et utvalg som består av alle kvinner som har født i Norge siste fem år, potensielt 250 000 kvinner. Den promoterer via sosiale medier, og utvalget er selvrekutterende.

Datamaterialet samles inn gjennom en survey, som inkluderer spørsmål om alder, kjønn, fødested og tidspunkt, samt hvorfor man eventuelt flyttet til nåværende bostedsland. I tillegg er det åpne spørsmål om eventuelle problemer under svangerskap. Det tas derfor høyde for at det kan være

særskilte kategorier personopplysninger i materialet (rasemessige eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning, og helseopplysninger).

Data er allerede samlet inn og oppbevares i ved University of Central Lancashire (UCLAN). Originaldata fra kvinner som har født i Norge er planlagt oppbevart på HVL sine interne forskningsservere. Datamaterialet består da av fødested og tidspunkt for fødsel. Dersom det er spesielle hendelser kan dette være identifiserende.

Prosjektet er godkjent i Storbritannia av BuSH Ethics Committee Application (BuSH 222). Prosjektet er også fremlagt for REK, men trenger ikke godkjenning (2017/1582).

Deltakerne blir invitert til å oppgi sin epostadresse dersom de ønsker å delta i videre datainnsamling. Mailadressene kan ikke knyttes til svar fra deltagerne, og oppbevares adskilt hos databehandler (UCLAN).

I følge meldeskjema skal personopplysningene behandles frem til 31.12.2022. Etter denne dato skal de slettes/anonymiseres.

NSD gjør oppmerksom på at dersom datamaterialet skal brukes i fremtidige masteroppgaver som indikert i meldeskjema, må disse prosjektene meldes til NSD hver for seg. Dersom prosjektene ikke benytter identifiserende personopplysninger er dette ikke nødvendig.

2. Personvernprinsipper

NSDs vurdering er at behandlingen følger personvernprinsippene, ved at personopplysninger;

- skal behandles på en lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til den registrerte (se punkt 3 og 4)
- skal samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål og der personopplysningene ikke viderebehandles på en måte som er uforenelig med formålet (se punkt 1 og 3)
- vil være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålet de behandles for (se punkt 7)
- skal lagres slik måte at det ikke er mulig å identifisere de registrerte lengre enn det som er nødvendig for formålet (se punkt 5 og 7)

3. Lovlig grunnlag for å behandle særskilte kategorier personopplysninger

NSD vurderer at den planlagte behandling av personopplysninger er lovlig fordi:

- det er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse
- samfunnets interesse i at behandlingen finner sted klart overstiger ulempene for den registrerte
- formålet er knyttet til vitenskapelig forskning
- det iverksettes nødvendige tiltak (garantier) for å sikre de registrertes rettigheter og friheter
- forsker har oppfylt den særskilte rådføringsplikten

Det behandles kun indirekte identifiserende opplysninger i prosjektet, og i praksis vil det være svært vanskelig å identifisere enkeltpersoner på grunnlag av disse opplysningene.

Utvalget har fått informasjon og samtykket til deltakelse, men etter gjeldende lovverk er ikke samtykket som ble innhentet gyldig. Det vil være uforholdsmessig vanskelig å etterinformere

deltakerne. Prosjektet hjemles i allmenn interesse, da det etter NSDs syn har lav personvernulempe, frivilligheten til deltakerne er godt ivare tatt gjennom rekrutteringsmetoden, og prosjektets samfunnsnytte overstiger ulempene for den registrerte ved å delta.

4. De registrertes rettigheter

NSDs vurdering er at det kan gjøres unntak fra retten til innsyn, protest, retting og sletting av personopplysninger fordi det ikke er mulig å knytte svarene til navn. HVL mottar ikke epost- eller IP-adresser i datamaterialet.

5. Informasjonssikkerhet

Datamaterialet er alt samlet inn gjennom en nettbasert spørreundersøkelse, og lagret ved University of Central Lancashire. Originaldataene for det norske utvalget skal etter hvert lagres på forskningsserver ved Høgskulen på Vestlandet. De skal i følge meldeskjema overføres uten direkte identifiserende personopplysninger.

I tillegg til Anne Britt Vika Nilsen, skal en forskergruppe ved HVL og OsloMet – Storbyuniversitetet ha tilgang til personopplysningene. Vi minner om at dersom masterstudenter skal ha tilgang til datamaterialet må oppgavene meldes til personvernombudet.

NSD forutsetter at personopplysningene behandles i tråd med personvernforordningens krav og institusjonens retningslinjer for informasjonssikkerhet.

6. Databehandler

I følge meldingen er datamaterialet samlet inn av UCLAN, og regnes som databehandler i prosjektet. NSD forutsetter at prosjektansvarlig avklarer bruk av databehandler med Høgskulen på Vestlandet, som har ansvar for at bruk av databehandler skjer i samsvar med personvernforordningen art. 28. Høgskulen på Vestlandet skal bl.a. foreta en risikovurdering og inngå skriftlig avtale med databehandleren før denne behandler personopplysninger.

7. Varighet

Ifølge meldeskjema skal personopplysninger behandles frem til 31.12.2022. Opplysninger som kan knyttes til en enkeltperson skal da slettes/anonymiseres.

Høgskulen på Vestlandet må kunne dokumentere at datamaterialet er anonymisert.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan bli identifisert. Det gjøres ved å:

- Slette navn, fødselsnummer/andre ID-nummer, adresse, telefonnummer, epostadresse, IP-adresse og andre nettidifikatorer
- Slette eller grovkategorisere alder, bosted, arbeidssted, institusjon, diagnose, lokaliseringsdata og andre bakgrunnsopplysninger

Høgskulen på Vestlandet må kunne dokumentere at datamaterialet er anonymisert.

Meld fra om endringer

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD via Min side. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

Informasjon om behandlingen publiseres på Min side, Meldingsarkivet og nettsider

Alle relevante saksopplysninger og dokumenter er tilgjengelig:

- via Min side for forskere, veiledere og studenter
- via Meldingsarkivet for ansatte med internkontrolloppgaver ved Høgskulen på Vestlandet.

NSD tar kontakt om status for behandling av personopplysninger

Etter avtale med Høgskulen på Vestlandet vil NSD følge opp behandlingen av personopplysninger underveis og ved planlagt avslutning.

Vi sender da en skriftlig henvendelse til prosjektansvarlig og ber om skriftlig svar på status for behandling av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt ved spørsmål. Vi ønsker lykke til med behandlingen av personopplysninger.

Med vennlig hilsen


Marianne Høgetveit Møyren
seksjonsleder


Håkon Jørgen Tranvåg
rådgiver

.....
Lovhenvisninger

NSDs vurdering er at den planlagte behandlingen av personopplysninger:

- er regulert av personopplysningsloven, jf. § 2.
- oppfyller prinsippene i personvernforordningen om:
 - lovlighet, rettferdighet og åpenhet jf. art. 5.1 a)
 - formålsbegrensning jf. art. 5.1 b)
 - dataminimering jf. art. 5.1 c)
 - lagringsbegrensning jf. art. 5.1 e).
- kan finne sted med hjemmel i personvernforordningen art. 6.1 e), art. 9.2 j) jf. personopplysningsloven §§ 8 og 9

NSD legger til grunn at institusjonen også sørger for at behandlingen gjennomføres i samsvar med personvernforordningen:

- art. 5.1 d) og art. 5.1. f) og art. 32 om sikkerhet
- art. 26-29 ved felles behandlingsansvar med andre institusjoner eller bruk av databehandler

Vedlegg 4



22nd January 2014

Soo Downe and Marie-Claire Balaam
School of Health
University of Central Lancashire

Dear Soo & Marie-Claire

Re: BuSH Ethics Committee Application
Unique Reference Number: BuSH 222

The BuSH ethics committee has granted approval of your proposal application 'EU-B3 (European Babies Born Better) Survey (Mother's survey)'. Please note that approval is granted up to the end of project date or for 5 years, whichever is the longer. This is on the assumption that the project does not significantly change, in which case, you should check whether further ethical clearance is required

We shall e-mail you a copy of the end-of-project report form to complete within a month of the anticipated date of project completion you specified on your application form. This should be completed, within 3 months, to complete the ethics governance procedures or, alternatively, an amended end-of-project date forwarded to roffice@uclan.ac.uk quoting your unique reference number.

Yours sincerely

Gill Thomson
Vice Chair
BuSH Ethics Committee

NB - Ethical approval is contingent on any health and safety checklists having been completed, and necessary approvals as a result of gained.

Vedlegg 5

Babies Born Better Research Proposal Form

This form is to be completed by applicants wishing to use existing data from the Babies Born Better User survey. If you have any questions about this form then please email Marie-clare Balaam: MBalaam@uclan.ac.uk.

Project Title:	Women's perspective of what needs to be changed in childbirth care, a qualitative content analysis.
Start Date:	13.08.2018
End Date:	31.12.2019

Applicant(s)

Principal Applicant	Name:	Kandidat nr 403
	Position:	student
	Affiliation:	Master i Jordmorfag. Høgskulen på Vestlandet
	Email:	xxxxxx
	Telephone:	xxxxxx
	Address:	xx
		xxx
Norway		

Co-Applications	Name(s):	Kandidat nummer 425
		Kandidat nummer 448

Ethics Approval & Research Quality

Has the project been peer reviewed?

Yes

If yes, what organisation has reviewed your proposal?

Western Norway University of Applied Sciences (HVL)/ Oslo Metropolitan University

Does the study have ethical approval from your institution's review board/ local ethics committee?

No

If yes, please append a copy of the approval with this application.

If no, explain why not:

The dataset will be cleared of most variables and made anonymous by the Norwegian coordinators for Babies Born Better. For this reason, there is no requirements to make an individual application to the local ethics committee.

Funding (if not specified above):

Has funding been sought for this research proposal? *

No

What is the deadline for application to the funder?

* Please note that applications for funding must be reviewed prior to submission to a funding body and should be received at least two weeks before the deadline for submission

Data set requested

The Babies Born Better User Survey data set is very large, covers a number of years and contains information in multiple languages:

1. Global data set
2. European data set
3. Data from specific country/countries or language/languages

Please indicate what data set you would like to access and which years:

3. Data from Norway in the period 2014-2015. Language: Norwegian, Nordic or English. From women who gave birth at term, in AHUS, Ullevål, Haukeland, Stavanger and St.Olav hospital. Both primipara and multipara.

If the request concerns national data, has the research proposal been discussed with the country coordinator?

Yes

Please give details:

Tine Eri Schau and Anne Britt Vika Nilsen

Justification

Please state the rationale for using the Babies Born Better User Survey data for your research (maximum 300 words).

We want to explore what woman who have given birth in large obstetric units in Norway wants to change in the maternity care. To use patient-reported feedback in maternity care, may be useful empowering future women in labour and birth. Babies Born Better survey have explored what women who have given birth needs. We would like to participate in the B3-survey by analysing these questions.

Scientific Outline

Please provide a 1-2 page outline of your proposal highlighting the specific requirements of the project for the use of the Babies Born Better data sets specified above. Please ensure you include the following sections in this outline: aims, hypotheses, proposed data analysis and outcome measures.

The aim of this study is to explore women's experiences of maternity care and to understand what women wants to change with the care they got in large obstetric units in Norway. Based on these descriptions we want to search for potential for improvements of the quality of maternity care.

We want to compare primi- and multiparas in the analysis.

We will analyse those who gave birth at term, gestational age 37-42weeks. Women who received care from a midwife, or a midwife and a doctor if the answers can relate to both professions.

For our project, we want to focus on women's self-reported negative views of the care they received during their own birth at a large Norwegian Obstetric Unit. We wil use Qualitative content analysis by Granheim and Lundman (2003, 2017).

Agreement

Please sign and date this research proposal agreement.

Name:	Hovedveileder x
Signature:	
Date:	16.08.2018

Please send the completed form and supporting documents to:

MBalaam@uclan.ac.uk

Important Information: By signing this form, you agree to allow us to publish a summary of this research proposal form on our website, if your proposal is approved. We also reserve the right to make available analyses on our website or in correspondence to journals that have not been included in submitted papers.

