



# Høgskulen på Vestlandet

## JOR508 - Masteroppgave

JOR508-O-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

|                       |                         |                        |                            |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Startdato:</b>     | 20-04-2021 09:00        | <b>Termin:</b>         | 2021 VÅR                   |
| <b>Slutt dato:</b>    | 07-05-2021 14:00        | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| <b>Eksamensform:</b>  | Masteroppgave           |                        |                            |
| <b>SIS-kode:</b>      | 203 JOR508 1 O 2021 VÅR |                        |                            |
| <b>Intern sensor:</b> | (Anonymisert)           |                        |                            |

### Deltaker

|                     |     |
|---------------------|-----|
| <b>Kandidatnr.:</b> | 417 |
|---------------------|-----|

### Informasjon fra deltaker

|                      |       |
|----------------------|-------|
| <b>Antall ord *:</b> | 10945 |
|----------------------|-------|

Egenerklæring \*: Ja

Inneholder besvarelsen  
konfidensielt  
materiale? Nei

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:** 16  
**Andre medlemmer i gruppen:** 406

Jeg godkjenner uttalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

**Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei



# MASTEROPPGAVE

Hva er viktig for kvinner som har født i Norge? Resultat fra den norske Babies Born Better-surveyen (versjon 1)

What matters to women who have given birth in Norway?  
Results from the Norwegian Babies Born Better survey  
(version 1)

**Kandidatnummer: 406 & 417**

Master i jordmorfag JOR 508

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 07.05.21

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:**

Gjennom prosessen med å planlegge og skrive en masteroppgave har vi oppnådd kunnskaper i forskning og akademisk skriving. Vi har lært mye gjennom å lese så mange kvinners tilbakemeldinger til fødselsomsorgen, innsikt vi vil ta med oss videre i yrkesutøvelsen. Vi er takknemlig til alle kvinner som har delt om sine fødselsopplevelser, «på godt og vondt».

Vi vil gi en stor takk til vår dyktige og tilgjengelige hovedveileder og biveileder som har vært en stor hjelp for oss i prosessen.

Takk til familien som har støttet oss og tilbudt verdifulle tilbakemeldinger i denne prosessen.

Vi håper at denne studien bidrar til å sette søkelys på fødekvinners behov og fremme god fødselsomsorg.

## Sammendrag

**Tittel:** Hva er viktig for kvinner som har født i Norge? Resultatet fra den norske Babies Born Better(B3)surveyen (versjon 1).

**Hensikt:** Å undersøke hva kvinner som har født i Norge mener var det beste med omsorgen de fikk under fødsel, og hvilke endringer er ønsket.

**Problemstilling:** Hva mener kvinner i Norge er det beste og hva ønsker de å endre ved omsorgen de fikk under fødsel?

**Metode:** En kvantitativ innholdsanalyse av dataen fra den norske B3-surveyen (versjon 1). Det ble brukt et kodeverk for å tematisere utsagnene, og deskriptiv analyse ble brukt for å vise forekomst og fordeling av de ulike temaene/ subtemaene.

**Resultat:** De subtemaene som ble nevnt av flest kvinner som det beste, og/eller som noe de ønsket endret, med omsorgen var *fødselsledelse/jordmorstøtte, autonomi, smertelindring og tilstedeværelse/tid*. Blant det kvinnene trakk frem som det beste med omsorgen var også helsepersonellens kompetanse, og rolige personer/omgivelser. Det var mange kvinner som ønsket en endring ved ammehjelp og oppfølging etter fødsel, og rådgivning (før og etter fødsel).

**Konklusjon:** Kvinnene ønsker en fødselshjelper som er tilstedeværende og engasjert/involvert, som gir god informasjon og anerkjenner dem som en aktiv deltaker i egen fødsel. Respekt og medvirkning ble sett på som viktig av kvinnene. Mulighet til ulike typer smertelindring, samt dens virkning og tilgjengelighet, hadde betydning for kvinnene. Funnene fra studien underbygger tidligere forskning.

**Nøkkelord:** Babies Born Better, omsorg i fødsel, fødselsopplevelse, fødekvinners perspektiv, salutogenese, kvantitativ innholdsanalyse

### Abstract

**Title:** What matters to women who have given birth in Norway? Results from the Norwegian Babies Born Better(B3) survey (version 1).

**Aim:** To examine what women who have given birth in Norway, found to be the best care in their maternity care and what kind of changes is desired.

**Research question:** What do women in Norway find to be the best, and what are the desired changes, in their maternity care?

**Method:** A quantitative content analysis of the data from the Norwegian B3 – survey (version 1). A framework was used to categorize the statements, and descriptive analysis was used to present the occurrence and distribution of the different themes/ subthemes.

**Results:** The subthemes that were mentioned by most women as either “the best care” or “desired change” was *Support in labor/ Midwifery care, Autonomy, Pain relief and Presence/Time*. Women also highlighted the staffs’ competency and calm persons/ environment as “the best care”. There were many women who mentioned a desired change when it comes to breastfeeding help and follow up after birth as well as advise/ consultation (before and after birth).

**Conclusion:** Women wants birth assistance by a person that is available and engaged, who provides good information and acknowledges them as an active participant in their own birth. Respect and inclusivity in decision making were viewed to be important for the women. Having the opportunity for different kinds of pain relief, its availability and effectiveness were also found to be important for women during labor and birth. The findings of this study support previous research on this subject.

**Keywords:** Babies Born Better, maternal care, support in labor, womens perspective, birth experience, salutogenesis, quantitative content analysis

## Innhold

|  |    |
|--|----|
| 1 INNLEDNING .....   | 1  |
| 1.1 Bakgrunn .....   | 1  |
| 1.2 Hensikt.....   | 3  |
| 1.3 Problemstilling.....   | 3  |
| 1.4 Oppgavens oppbygning.....  | 3  |
| 2 TEORETISK FORANKRING.....  | 5  |
| 2.1 Fødselsopplevelse .....  | 5  |
| 2.2 Brukermedvirkning.....   | 6  |
| 2.3 Salutogenese .....   | 6  |
| 3 METODE.....  | 9  |
| 3.1 COST-ACTION og Babies Born Better.....                             | 9  |
| 3.2 B3-survey.....   | 9  |
| 3.3 Medisinsk fødselsregister .....                                    | 10 |
| 3.4 Design .....   | 10 |
| 3.5 Datainnsamling.....  | 10 |
| 3.6 Utvalg.....  | 11 |
| 3.6.1 Inklusjonskriteria .....   | 11 |
| 3.6.2 Eksklusjonskriteria.....   | 11 |
| 3.7 Kvantitativ innholdsanalyse.....                                   | 12 |
| 3.8 Kodeprosess og analyse .....                                       | 12 |
| 3.9 Forforståelse.....   | 15 |
| 3.10 Etske hensyn.....   | 15 |
| 4 RESULTAT.....  | 17 |
| 4.1 Studiens utvalg .....  | 17 |
| 4.2 Fødekvinners opplevelse av omsorgen de mottok under fødselen ..... | 18 |
| 4.2.1 Det beste med fødselsomsorgen.....                               | 19 |
| 4.2.2 Ønskede endringer for fødselsomsorgen.....                       | 22 |
| 5 Diskusjon .....  | 25 |
| 5.1 Studiens utvalg .....  | 25 |
| 5.2 Hva opplevde kvinner å være viktig under fødsel .....              | 26 |
| 5.2.1 Fødselsledelse/ jordmorstøtte .....                              | 27 |
| 5.2.2 Autonomi.....  | 28 |
| 5.2.3 Smertelindring.....  | 31 |
| 5.2.4 Tilstedeværelse/tid.....   | 33 |
| 5.3 Metodediskusjon.....   | 34 |

|  |    |
|--|----|
| 5.3.1 Datainnsamling.....  | 34 |
| 5.3.2 Analyse .....  | 38 |
| 6 Konklusjon .....   | 40 |
| Referanser .....   | 41 |
| VEDLEGG 1 – NORSK B3-SURVEY.....                                     | i  |
| VEDLEGG 2 – REVIDERT KODEVERK.....                                   | l  |
| VEDLEGG 3 – Søknad om godkjenning fra UCLan .....                    | a  |
| VEDLEGG 4 – NSD Godkjenning norsk Babies Born Better-prosjektet..... | 1  |
| VEDLEGG 5 – Masterprosjektets godkjenning fra NSD .....              | 1  |

### Oversikt tabeller og figurer:

**Tabell 1:** Forenklet fremstilling av en utvalgt del av kodeverket.

**Tabell 2:** Deltakeres bakgrunnsvariabler sammenlignet med nasjonale data fra 2015 som er hentet fra Medisinsk fødselsregister (MFR).

**Figur 1:** Mirror bar som viser antall kvinner(n=6872) som nevnte de ulike subtemaene som «det beste med omsorgen» (grønne stolper) eller som et område de ønsket en endring innen (gule stolper).

**Figur 2:** De seks subtemaene som ble nevnt av flest kvinner, når de svarte på spørsmålet: «Hva var de tre beste tingene ved omsorgen du fikk under fødselen?»

**Figur 3:** De seks subtemaene som ble nevnt av flest kvinner, når de svarte på spørsmålet: «Hvis du hadde makt til å endre tre ting i omsorgen du fikk, hva ville det vært?»



# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Et mål for jordmorfaglig praksis er å tilby best mulig omsorg, pleie og behandling til fødende kvinner og barselkvinner, og gjennom dette fremme helse, mestring og de fysiologiske fødselsprosessene (International Confederation of Midwives, 2019; Renfrew et al., 2014; WHO, 2018). Globalt sett har det vært et skifte innen fødselsomsorgen, fra å ha et mål som primært omhandlet å hindre dødsfall og fremme overlevelse, til å også inkludere faktorer som trivsel og utvikling (Oladapo et al., 2018). Det er bevis på at en «i tilfelle» kultur, med unødvendige rutineintervensjoner i den normale fødselsprosessen, assosieres med uheldige utfall for mødre, barn og familier (Lindström, Berg, Magistretti, Perez-Botella & Downe, 2017, s. 20). I tillegg er det et lite kostnadseffektivt system som samfunnet ikke kan opprettholde på langsikt (Lindström et al., 2017, s. 20). Renfrew et al. (2014) foreslår et paradigmeskifte fra et patologisk fokus der man identifiserer og behandler sykdom, til et fokus på å gi god og støttende omsorg som styrker kvinnen. God og støttende omsorg innebærer i denne sammenheng bl.a. at den er respektfull og individuelt tilpasset (Renfrew et al., 2014). Verdens helseorganisasjon (WHO) har i nyere tid vektlagt viktigheten av at kvinner får positive fødselsopplevelser, og har publisert anbefalinger for fødselsomsorgen som bygger på en personsentrert filosofi (Oladapo et al., 2018).

Fødsel er en kompleks livshendelse som kan gi både positive og negative psykologiske responser. Studier viser at en positiv fødselsopplevelse styrker mor-barn relasjonen, og øker individets følelse av mestring, selvtillit, livskvalitet og empowerment (Tabaghdehi et al., 2020). Empowerment er en prosess der kvinnen kan ta de riktige avgjørelsene for seg selv og har kontroll over valg, livsstil og aktiviteter som påvirker egen helse (Foyn & Tobiassen, 2017, s. 168; Tabaghdehi et al., 2020). Forskning viser at negative fødselsopplevelser påvirker kvinners mentale helse og fremtidige reproduktive valg (Smarandache, Kim, Bohr & Tamim, 2016), senker fertilitetsraten og øker tidsintervallet mellom fødsler hos den enkelte kvinnen (Gottvall & Waldenström, 2002). I Norge har man sett en jevn nedgang i antall fødsler fra 2008 til 2018 (Helsedirektoratet, 2020, s. 24). Samtidig har gjennomsnittsalderen

for førstegangsfødende økt, fra 28,0 år i 2008, til 29,4 år i 2018 (Helsedirektoratet, 2020, s. 26).

Mange forhold er vist å spille inn på kvinners fødselsopplevelser. En systematisk oversikt fant at faktorer som var viktige for en god fødselsopplevelse var at kvinnen var godt forberedt, fikk god støtte underveis, og at det ble utført minimalt med medisinske intervensjoner (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari & Sarafraz, 2018). Andre faktorer som er vist å fremme en positiv fødselsopplevelse er hjelpsomhet og empati (Takács, Seidlerová, Šulová & Hoskovcová, 2015; Luegmair, Zenzmaier, Oblasser & König – Bachmann, 2018; Skoko et al., 2018) og det å bli behandlet med vennlighet og forståelse (Luegmair et al., 2018; Todd, Ampt & Roberts, 2016; Skoko et al., 2018). Forskning har også vist at individualisert tilpasset omsorg og god informasjon fremmer en positiv fødselsopplevelse (Sosa, Crozier & Stockl, 2018; Takács et al., 2015; Todd et al., 2016; Donate – Manzaneras et al. 2019).

Ifølge WHO er det viktig å vurdere kvinners erfaring med helsehjelp for å kunne forbedre omsorgen som gis (WHO, 2004). I Norge finnes det variasjoner i fødekvinnes tilfredshet med omsorg og oppfølging i fødsels- og barselomsorgen (Folkehelseinstituttet, 2018). For å undersøke brukererfaring fra fødsels- og barselomsorgen i Norge ble PassOpp-rapporten utført i år 2011 og 2016 (Sjetne & Holmboe, 2017). Ifølge PassOpp (2017) hadde mer enn tre av fire kvinner gode erfaringer fra selve fødeavdelingen, mens det kom frem at tilfredsheten var lavere ved barseloppholdet. Det kvinnene var mest fornøyd med var «ivaretagelse av partner ved fødeavdelingen» og «relasjonen til personalet ved fødeavdelingen» (Folkehelseinstituttet, 2018). Det som scoret lavest på tilfredshet var «informasjon om kvinnens helse under barseloppholdet» (Folkehelseinstituttet, 2018).

Babies Born Better(B3)-survey er en spørreundersøkelse som ønsker å kartlegge kvinners fødselsopplevelse. B3-surveyen (versjon 1) samlet i år 2012-2015 inn data fra norske kvinner. Et viktig prinsipp som B3 bygger på er teorien om salutogenese, der prosjektet fokuserer på å fremme velvære og helse hos individer i samfunnet (Babies Born Better, 2020). Tidligere

B3-studier har funnet ulike styrker og svakheter ved fødselsomsorgen i Europa. Den initiale B3-studien fra Tyskland og Østerrike fant at kvinners opplevelse av autonomi og tilgjengelighet til fødselshjelper var de faktorene som var viktigst for fødekvinnene (Weckend, 2015). B3-studien fra Spania viste at det var viktig for kvinner hvordan omsorgen ble gitt og opplevd, og en endring var ønsket når det gjaldt intervensjoner og prosedyrer under fødsel (Benet, Escuriet, Palomar-Ruiz, Ruiz-Berdùn & Leon-Larios, 2020). Den kroatiske B3-studien fant at det viktigste for kvinnene var fødemiljøet og ansattes personlige egenskaper (Raboteg-Šarić, Brajša-Žganec, & Mujkić, 2017). B3-studien fra Østerrike viste at kvinner oftest ønsket en endring angående infrastruktur og ammeveiledning (Luegmair et al., 2018). Blant kvinnene som deltok i den italienske B3-studien ble respektfull, kompetent og kjærlig omsorg løftet frem som viktig, samt et fødemiljø som støttet dette (Skoko et al., 2018). Studien viste også at kvinnene verdsatte omsorg gitt på en måte som gav dem mestringsfølelse og selvtillit.

## 1.2 Hensikt

Vår masteroppgave er en kvantitativ innholdsanalyse av datasettet fra den norske B3-surveyen (versjon 1). Hensikten med studiene er å undersøke hva kvinner som fødte i Norge mente var det beste, og hva de ønsket å endre, ved omsorgen de fikk i fødsel.

## 1.3 Problemstilling

Hva mener kvinner i Norge er det beste og hva ønsker de å endre ved omsorgen de fikk i fødsel?

## 1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler. Første kapittel tar for seg bakgrunnen for studien, samt studiens hensikt og problemstilling. I andre kapittel gjøres det rede for sentrale begreper og studiens teoretiske forankring. Kapittel tre gjør rede for studiens metode og design. I

oppgavens fjerde kapittel presenteres studiens funn og femte kapittel diskuterer funnene i forhold til tidligere forskning og litteratur. Siste kapittel er en konklusjon der studien oppsummeres og studiens implikasjon for praksis og anbefaling for videre forskning ytres.

## 2 TEORETISK FORANKRING

I dette kapitlet forklares begrepene *fødselsopplevelse* og *brukermedvirkning*. Teorien om salutogenese presenteres, da B3 har et salutogent perspektiv gjennom å avvise fokuset på patologi og undersøke faktorer som fremmer positive utfall (Babies Born Better, 2020).

Sentrale begreper innenfor teorien, *opplevelse av sammenheng (OAS)* og *mestring*, beskrives i kontekst av omsorg som gis i fødsel.

### 2.1 Fødselsopplevelse

Fødselsopplevelse er knyttet til kvinners subjektive tolkninger av fødsel og trenger ikke å reflektere faktiske hendelser under fødselen. En kvinne kan ha hatt komplikasjoner under fødselen og likevel ha en positiv opplevelse, blant annet på grunn god ivaretagelse av helsepersonell underveis. På den andre siden kan en kvinne med tilsynelatende normal og ukomplisert fødsel ha en negativ fødselsopplevelse, dersom hun følte seg utrygg og dårlig ivaretatt (Garthus – Niegel, von Soest, Vollrath & Eberhard – Gran, 2013).

*Positiv fødselsopplevelse* defineres av WHO som en erfaring av fødsel der kvinnens forventninger, personlige og sosiokulturelle verdier blir ivaretatt (WHO, 2018). Begrepet innebærer å føde et friskt barn i et klinisk og psykologisk trygt miljø med kontinuerlig praktisk, emosjonell støtte og pleie fra vennlige og teknisk kompetente fødselshjelpere (WHO, 2018). Denne definisjonen er basert på at de aller fleste kvinner ønsker en fysiologisk fødsel, å oppleve mestring og kontroll ved å være involvert i avgjørelser (WHO, 2018). En *negativ fødselsopplevelse* kan ses på som det motsatte av denne definisjonen; Fødselen assosieres med utrygghet og mangel på mestring, respekt eller ivaretagelse (WHO, 2018).

## 2.2 Brukermedvirkning

En personsentrert filosofi innen fødselsomsorgen innebærer å ha søkelys på brukerens preferanse, velvære og tilfredshet med omsorgen. Flere studier har påpeker viktigheten av kvalitetsvurdering innen fødselsomsorgen fra brukerens perspektiv (Redshaw, Savage-McGlynn & Harrison, 2019; Van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham & Fitzmaurice, 2003; Macpherson, Roqué-Sánchez, Legget, Fuertes & Segarra, 2016; Jackson, 2001). Nasjonale føringer og retningslinjer gjeldende for jordmortjenesten sier at brukerens erfaringer og synspunkter skal vektlegges i utforming av tjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 10; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 63). Det er også lovfestet at brukere har rett til medvirkning i utforming av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3 -1) og regionale helseforetak innen svangerskaps- og fødselsomsorgen skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt når det gjelder utforming av planen (Helsedirektoratet, 2010, s. 10).

Brukerkunnskap og brukermedvirkning er grunnleggende for kunnskapsbasert praksis (Folkehelseinstituttet, 2015). Helsedirektoratets modell for kvalitetsforbedring sier at for å lykkes med forbedringsarbeid er det avgjørende å involvere brukerne (Folkehelseinstituttet, 2015). Et mål med forbedringsarbeid er å styrke brukeren, og dette kan oppnås gjennom å lytte til brukerens stemme og få frem brukerens mål, opplevde nytte av tjenesten og brukertilfredshet. Brukermedvirkning kan tilføre viktig informasjon om brukeres behov og gi nye perspektiver på tjenestene (Folkehelseinstituttet, 2015).

## 2.3 Salutogenese

Salutogenese er en modell utarbeidet av sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994), og kan omtales som læren om hvilke faktorer som støtter opp under og vedlikeholder helse og velvære (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 36). Han beskrev et kontinuum, hvor helse og uhelse ligger i hver sin ende av skalaen. Mennesker oppholder seg, til enhver tid, på et sted på denne skalaen (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 27). Teorien setter søkelys på individets

kapasitet og indre faktorer som fremmer og opprettholder helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 30). Dette strider med det biomedisinske perspektivet, som tar for seg ekskludering av ytre faktorer for å forebygge sykdom (Royal College of Midwives, 2002). Å ha et salutogenetisk perspektiv innebærer å fremme faktorer som leder til god helse og som gir god livskvalitet (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 30). Innenfor fødselsomsorgen vil dette innebære at majoriteten av fødekvinne sees på som friske, og helsepersonellens oppgave er å støtte og forsterke «enden» av det salutogene kontinuumet (Lindström et al., 2017, s. 25). Et vesentlig WHO-dokument innen helsefremmende arbeid er Ottawa-charteret. Ottawa-charteret beskriver en modell for hvordan helsefremmende arbeid skal fungere (WHO, 1986). Grunnleggende for modellen er menneskerettighetene, salutogene presenteres som veien til helse, og livskvalitet som resultatet av dette (Lindström, Eriksson & Sjøbu, 2015).

Et sentralt begrep innen salutogenese er opplevelse av sammenheng (OAS), som handler om i hvilken grad mennesker opplever at livet er begripelig, håndterbart og meningsfylt (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Begripelighet handler om å sette uforutsigbar stimulus i en forståelig sammenheng. Håndterbarhet involverer forståelsen av hvilke ressurser man har til disposisjon. Meningsfullhet kan forklares ved noe som gir mening og er verdt å bruke krefter på. Høy tilstedeværelse av disse komponentene viser en sterk OAS. Dette er forbundet med større forutsetninger for å håndtere uventede livshendelser og samtidig bevare god helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 41). Sterk OAS assosieres også med lavere forekomst av angst, depresjon, utbrenthet og håpløshet (Lindström et al., 2017, s. 21). Det er vist at kvinner med en sterk OAS har mindre komplikasjoner i fødsel, håndterer opplevelsen av hastekeisersnitt bedre og har en lavere forekomst av posttraumatisk symptom (Lindström et al., 2017, s. 22). Høy OAS er også assosiert med økt suksess med amming (Thomson & Dykes, 2011), lavere forekomst av postpartumdepresjon og generelt høyere tilfredshet etter fødsel (Lindström et al., 2017, s. 23). Disse kvinnene opplever også å være mer i kontroll under fødselen, har mindre negativ persepsjon av smerte, høyere selvtillit, og selvsikkerhet i foreldrerollen (Lindström et al., 2017, s. 23). Lindström & Eriksson (2011) beskriver OAS som en livslang utviklingsprosess, der individet er en aktiv deltaker. Fødsel er en stor begivenhet i en kvinnes liv, med stort potensiale til å påvirke hennes OAS (Lindström et al., 2017, s. 24).

Mestring er et sentralt begrep innen salutogenese og omhandler tilgjengelige ressurser, og anlegg til å dra nytte av disse (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39-41). En person med sterk OAS vil i møte med stressfaktorer lettere kunne kartlegge og forstå omfanget (begripeligheten), bruke sine ressurser (håndterbarhet) og oppleve meningsfullhet ved utfordringen. På denne måten bidrar en sterk OAS til mestring. Dersom stressfaktorer forekommer hos en person med svak OAS, vil derimot lettere fortvilelse og forsvarsmekanismer kunne opptre og virke hemmende for personen (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 50-53). Dersom jordmødre har et helsefremmende perspektiv vil dette bidra til at gravide og fødekvinne utvikler sin indre styrke og finner mestringsstrategier (Dahlberg et al., 2016).



## 3 METODE

I dette kapitlet presenteres studiens utspring fra, og tilknytning til, de internasjonale prosjektene COST-ACTION og Babies Born Better (B3). Informasjon gis om den norske B3-surveyen (versjon 1), som var åpen mellom år 2012 og 2015, da dataen fra denne surveyen ble tatt i bruk i studien. Medisinsk fødselsregister og dens formål blir beskrevet, samt hvordan data fra registeret ble tatt i bruk i studien. Videre blir studiens design, datainnsamling og utvalg presentert. Kvantitativ innholdsanalyse blir forklart, før studiens kodeprosess og analyse beskrives. Til slutt gis det en kort beskrivelse av forforståelse, og etiske hensyn.

### 3.1 COST-ACTION og Babies Born Better

Denne studien er en del av et større internasjonalt prosjekt, Babies Born Better (B3), som hadde sin opprinnelse i forskningsnettverket COST Action IS09077. Aksjonen var EU-finansiert og hadde som formål å fremme vitenskapsbasert kunnskap og praksis, for å forbedre fødselsomsorgen. Etter at aksjonen ble avsluttet ble B3 et uavhengig prosjekt. Et formål B3 har er å undersøke kvinners erfaring med fødselsomsorgen i europeiske land (Babies Born Better, 2015). Ved bruk av en survey ønsker B3 å undersøke fødekvinners opplevelse med fødselsomsorgen og løfte frem hva som er god praksis. Surveyen ble utarbeidet av koordineringsgrupper fra ulike land, og er oversatt til 26 ulike språk. Koordineringsgruppene besto blant annet av akademikere, klinikere og aktivister (Babies Born Better, 2020).

### 3.2 B3-survey

B3-surveyen (se vedlegg 1) ble oversatt til norsk av B3-koordinatorene i Norge. B3-surveyen ble lagt ut som en anonym internettsurvey via SurveyMonkey® ([www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)), som er globalt ledende innen programvare for spørreundersøkelser. Link og annonsering av surveyen ble delt på ulike sosiale medieplattformer. Surveyen innledet med et infoskriv angående prosjektet, samtykketillatelse og datahåndtering, samt kontaktinformasjon til prosjektansvarlige. Spørreskjemaet hadde 12 spørsmål angående demografi, fødested, og

detaljer om deres siste svangerskap og fødsel; fire åpne spørsmål som undersøkte kvinnenes erfaring med fødselsomsorgen; to flervalgsspørsmål som kartla fødenivået ved siste fødsel og hvilke yrkesgrupper som gav fødselshjelpen.

### 3.3 Medisinsk fødselsregister

Medisinsk fødselsregister (MFR) er et helseregister over alle fødslene i Norge. Alle fødeinstitusjoner i Norge er pliktig til å melde fødsler til MFR (Folkehelseinstituttet, 2012). Opplysningene som meldes inn, skal gi kunnskap og informasjon om helseproblem hos mor og barn i sammenheng med svangerskap og fødsel samt opplysninger om medfødde misdannelser. Registerets formål er å bidra til å avklare årsaker og konsekvenser av helseproblemer i svangerskap og fødsel i tillegg til å overvåke forekomsten av medfødte misdannelser hos barn (Folkehelseinstituttet, 2012).

### 3.4 Design

For å besvare problemstillingen har vi valgt et tverrsnittstudiedesign, med kvantitativ innholdsanalyse som metode. Studiedesignet gir et «øyeblikksbilde» og er gunstig i forskning hvor formålet er å beskrive status av et fenomen (Polit & Beck, 2017, s. 168). Bildet beskriver forekomsten av fødekvinnens erfaringer og peker på positive og negative aspekter ved fødselsomsorgen. Tverrsnittstudie er en studiedesign som tidligere B3-studier har brukt (Luegmair et al., 2018; Raboteg-Šarić et al., 2017; Benet et al., 2020; Skoko, 2018).

### 3.5 Datainnsamling

Studien har brukt datasettet fra den norske B3-surveyen (versjon 1). Delene av datasettet som ble benyttet i denne studien inneholdt bakgrunnsvariablene alder, paritet, fødenivå, involverte yrkesgrupper under fødsel, og om kvinnen var født i eller tilflyttet Norge. Studien tok i bruk dataen fra spørsmål 15: «Hva var de tre beste tingene ved omsorgen du fikk under

fødselen? Skriv det du synes var aller best først» og spørsmål 16: «Hvis du hadde makt til å endre tre ting i omsorgen du fikk, hva ville det vært? Skriv det viktigste først».

Studien hentet ut opplysninger fra statistikkbanken i MFR, for bruk til sammenligning av den norske fødepopulasjonen og studiens utvalg. Dataene som ble hentet var fra år 2015. I statistikkbankens standardstatistikk ble det hentet ut data om «mors alder», «paritet», samt «fødte og fødsler per institusjon». Fra statistikkbankens institusjonsstatistikk ble det hentet data om «mors fødeland».

### 3.6 Utvalg

Antall deltakere i studien var 6872. Deltakerne hadde født i Norge og besvart den elektroniske B3-surveyen. Kvinner fra alle fødenivå, med ulik paritet og fødselsmetode deltok. Kvinner fra og med 16 år ble inkludert.

#### 3.6.1 Inklusjonskriteria

Inklusjonskriteriene var å ha besvart surveyen mellom 2012-2015, og besvart surveyen senest fem år etter sist fødsel. Kvinnene måtte ha besvart spørsmål 15 og/eller spørsmål 16. Besvarelsene måtte være skrevet på skandinavisk, engelsk, tysk eller spansk. Kvinner som hadde hatt en dødfødsel ble inkludert.

#### 3.6.2 Eksklusjonskriteria

Besvarelser som var fylt ut på et annet språk enn de ovenfornevnte ble ekskludert. Surveyen ekskluderte kvinner som ved tidspunktet for besvarelse hadde født for mer enn fem år siden. Kvinner som hadde abort før uke 23 ble ekskludert.

### 3.7 Kvantitativ innholdsanalyse

En kvantitativ innholdsanalyse søker å systematisk kategorisere deler av tekst slik at det kan bli analysert og konklusjon kan bli tatt om innholdet i teksten. Sentral i innholdsanalyse er en kodeprosess som innebærer å plassere en enhet til riktig forutbestemt kode, ved hjelp av et kodeverk (Rose, Spinks & Canhot, 2015, s. 1). Et kodeverk forsøker å dele innhold inn i kategorier og/eller nivåer (Neuendorf, 2017, s. 131). Bruk av tema og subtema er en annen type oppbygging av et kodeverk. Tema og subtema defineres og det bestemmes hvilket innhold som hører til under disse. Ved utvikling av disse er det gunstig at temaene og subtemaene er gjensidig utelukkende og definisjonen av disse er utfyllende (Neuendorf, 2017, s. 131). I et kodeverk har alle subtemaene en tilhørende kode. Ved analyse blir det gitt en kode til den teksten som passer best under de forskjellige subtemaene. En kvantitativ innholdsanalyse er ikke rent kvantitativ da analysemetoden inneholder kvalitative aspekter (Rose et al., 2015 s. 1). En innholdsanalyse av tekst vil innebære en kvalitativ tolkning av manifest eller latent innhold. Manifest tolkning brukes for å beskrive det som er konkret og synlig i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). En latent tolkning av tekst betyr å tolke «mellom linjene» og forstå meningen som ligger bak den faktiske teksten (Rose et al., 2015, s. 1 - 2). I tillegg er det kvalitative vurderinger som gjøres når man legger til subtemaer til kodeverket. Høy reproduserbarhet, også kalt for høy inter-koderelabilitet ses på som et minimum standard innenfor innholdsanalysemetode. Dette innebærer at forskere i en studie har en felles forståelse for kodeverket og bruken av den (Weber, 1990, s. 17).

### 3.8 Kodeprosess og analyse

Vi fikk tilgang til datamaterialet fra den norske B3-surveyen (n=6907). Totalt ble 28 deltakere ekskludert på bakgrunn av språk. To besvarelser ble ekskludert da det var tydelig at samme deltakers svar var duplisert (identiske svar på alle spørsmål). Fem deltakere ble ekskludert da de verken hadde svart på spørsmål 15 eller spørsmål 16.

Gjennom en kvantitativ innholdsanalyse ble svarene (utsagnene) på spørsmål 15 og 16 tolket og plassert i subtemaer. Dette ble gjort deduktivt ved bruk av et kodeverk. Kodeverket (Weckend, 2015) som ble brukt er utarbeidet for å kode data fra B3-surveyer. Dette kodeverket ble oversatt til norsk av de norske B3-koordinatorene, og inneholder overordnede temaer med tilhørende subtemaer. Hvert subtema hadde en tilhørende kode. Utsagnene ble tolket og tildelt en kode som reflekterte meningsinnholdet. Kodene besto av fire sifre, der det første tallet reflekterte temaet (1-5). Siste tallet representerte om utsagnet handlet om det beste med omsorgen (1) eller noe kvinnene ønsket å endre (2). Temaene i kodeverket var: *relasjoner, følelser, atmosfærer og holdninger (tema 1); spesifikke intervensjoner og scenarier (tema 2); involverte aktører (tema 3); rammer, omgivelser og organisering (tema 4); og generelle tilbakemeldinger (tema 5)*. I tabell 1 presenteres en forenklet fremstilling av kodeverkets første tema, med tilhørende subtemaer. Se vedlegg 2 for fullstendig kodeverk.

| Tabell 1. Forenklet fremstilling av en utvalgt del av kodeverket. |   |  |
|---|---|--|
| Tema 1: Relasjoner, følelser, atmosfære og holdninger             |   |  |
| Kode + subtema  | Positiv forstand  | Negativ forstand   |
| 101_<br>Tilstedeværelse/tid                                       | 1011: Tilgjengelighet, oppmerksomhet, en til en, tilstede, tid, rask hjelp                      | 1012: Travelt, bedre tid, ikke alene, mer kontakt, mer tilgjengelig, mer til stede           |
| 102_<br>Autonomi  | 1021: Respekt, individuell, medvirkning, fulgte mine ønsker, bli tatt på alvor                  | 1022: Å ikke bli trodd, miste kontroll, ikke bli hørt, mer respekt, overkjørt                |
| 103_<br>Trygghet  | 1031: Trygghet, trygg, sikkerhet, sikker  | 1032: Usikker, utrygg, kaotisk,  |
| 104_<br>Kompetanse/tillit   | 1041: Implisert trygghet, kompetent, å være i gode hender, dyktig                               | 1042: Uerfaren, kunnskapsmangel, avdekke tidligere, kvalitetssikring                         |
| 105_<br>Normal fødsel   | 1051: Tiltro til normal fødsel, fødekroppen, fødeevner  | 1052: Ikke bevart det normale, lyttet til intuisjon, stress over fremgang                    |
| 106_<br>Fødselsledelse/<br>jordmorstøtte                          | 1061: Veiledning, oppmuntring, bekreftelse, informasjon, støtte, god kommunikasjon og engasjert | 1062: Lite bekreftende ord, bedre kommunikasjon, mer veiledning, mer informasjon, mer støtte |
| 107_<br>Empati  | 1071: Empatisk, kjærlig, forståelse, varm, omsorgsfull, forsiktig, medfølelse                   | 1072: Lite forståelsesfull, empatisk, fordommer, kald, usensitiv                             |
| 108_<br>Ro og fred  | 1081: Rolig, ro, tålmodig, avslappet, stillhet, fredelig, beroligende, mørkt                    | 1082: Stresset, urolig, travel, bråkete, hektisk, tidspress                                  |
| 109_<br>Hyggelig atmosfære  | 1091: Hyggelig, vennlig, grei, trivelig, koselig, god stemning, velkommen                       | 1092: Uhyggelig, uhøflig, ikke velkommen, frekk  |
| 110_<br>Uforstyrret/privat  | 1101: Lite innblanding, i fred, alene, uforstyrret, intimt, privat, bluferdighet                | 1102: Mer privat, mer intimitet, for mange folk, forstyrrelser                               |
| 111_<br>Generell omsorg   | 1111: Omsorg, oppfølging, ivaretakelse, hjelp, pleie, service                                   | 1112: Bedre omsorg, oppfølging, ivaretakelse, hjelp  |

For eksempel ble utsagnet «At jordmor var varm og virkelig brydde seg» tolket til å være en skildring av empati, og tildelt koden for subtemaet «empati». Fortløpende i kodeprosessen ble behov for justering av kodeverket vurdert. Dette ble vurdert å være nødvendig i tilfeller der data ikke kunne plasseres i det opprinnelige kodeverket. Der det var hensiktsmessig ble subtemaer endret eller tillagt flere eksempler på utsagn som inngikk i subtemaet (vedlegg 2).

To personer kodet datasettet. I starten av prosessen kodet forskerne utsagn i felleskap, for å sikre en mest mulig lik forståelse av kodeverket. Da forskerne opplevde å ha en god felles forståelse av kodeverket, fortsatte de kodeprosessen hver for seg. Utsagn som var utfordrende å plassere i et subtema ble gitt en midlertidig kode, og senere diskutert i felleskap. Utsagn som forskerne i felleskap ikke klarte å plassere i et subtema, ble drøftet med en tredjeperson (veileder for masterprosjektet og norsk B3-koordinator). Hver deltaker hadde svart opp til tre utsagn per spørsmål. Maksimalt seks koder kunne bli tildelt utsagnene til spørsmål 15, og seks koder til utsagnene på spørsmål 16. Dersom utsagnene kunne tolkes til å handle om flere enn seks subtemaer, ble det deltakeren nevnte først prioritert. En deltaker fikk ikke den samme koden flere ganger.

Etter endt kodeprosess ble 100 deltakere tilfeldig valgt for en kontroll. Ved bruk av SPSS ble det generert 100 tilfeldige deltakere fra datasettet. Disse deltakernes utsagn, og kodene som var tilgitt utsagnene, ble gjennomgått (for spørsmål 15 og 16). Denne gjennomgangen ble gjort for å sikre at riktig kode hadde blitt tildelt. I hovedsak handlet kontrollen om å oppdage forekomsten av skrivefeil. Dersom det ble funnet en skrivefeil, ble 10 nye utsagn tillagt gjennomgangen. Totalt ble 110 deltakere kontrollert og en skrivefeil oppdaget. Senere ble skrivefeil (ikke-eksisterende koder) oppdaget ved bruk av deskriptive tabeller i SPSS.

Ved bruk av programmet SPSS ble det kodede materialet analysert deskriptivt for å vise forekomst og fordeling av subtemaer. Det ble regnet ut hvor mange prosent av kvinnene som nevnte de hyppigst forekommende subtemaene. Det ble valgt å ikke analysere

svarrekkefølgen av utsagnene selv om spørsmålene oppgav «skriv det viktigste først». Grunnen til dette var spørsmål om hvor reel rangeringen var hos kvinnene, der det kan tenkes at mange kvinner skrev det de kom på først på første utsagn.

### 3.9 Forforståelse

Forforståelse handler om erfaringer og forutsetninger som en person har med seg, bevisst eller ubevisst (Malterud, 2018, s. 44 - 45). Dette innebærer også faglige perspektiver og teoretisk referanseramme (Malterud, 2018, s. 44 - 45). Vår bakgrunn som jordmorstudenter danner et grunnlag for tolkning av kvinnenes utsagn og vil påvirke studien og dens funn.

### 3.10 Etiske hensyn

Helseforskningsloven tar utgangspunkt i at menneskerettigheter og menneskeverd er grunnleggende føringer innenfor medisinsk og helsefaglig forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Ifølge Helseforskningsloven (2008, § 5-2) er deltakernes velferd og integritet viktigere enn vitenskapens og samfunnets interesser. Tilgang til en del personlige og medisinske opplysninger er ikke nødvendigvis krenking av deltakernes velferd og integritet. Ifølge helseforskningsloven er hovedregelen ved deltagelse for medisinsk og helsefaglig forskning informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke. Kravet er knyttet opp til etiske vurderinger om selvbestemmelsesrett, menneskeverd og personlig integritet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Deltakelse på surveyen var frivillig. Deltakerne ble skriftlig informert om samtykke til bruk av dataen til forskning ved å svare på surveyen, at dataen kunne bli anvendt til de angitte formålene, og svarene ville forbli anonyme. Dersom deltakerne ønsket å avslutte undersøkelsen (og dermed tilbaketrekke samtykket) kunne det gjøres ved å lukke internettfanen. Da undersøkelsen var anonym var det ikke mulig å trekke samtykke tilbake etter svarene var sendt inn på siste side.

Krav om at forskning skal vurderes av en uavhengig etisk komite er nedfelt i moderne forskningsetikk (Lie, Svendsen & Gamlund, 2015, s. 245). Det ble søkt om etisk godkjenning for prosjektet fra eiere av datasettet, University of Central Lancashire (UCLan) i Storbritannia (vedlegg 3). Studien ble etisk godkjent per e-post 5. september 2020, av styringskomiteen ved UCLan. Denne etiske godkjenningen er tilstrekkelig for studiens formål, det var derfor ikke nødvendig å søke etisk godkjenning fra den lokale etiske komite. De norske B3 koordinatorene har tidligere søkt hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) for bruk av B3 dataene (vedlegg 4). I godkjenningen gjorde NSD oppmerksom om at dersom fremtidige masteroppgaver ønsker å ta i bruk B3 dataene, skulle prosjektene individuelt meldes til NSD. Prosjektet ble meldt til NSD, på grunnlag av indirekte identifiserbare personopplysninger i datamaterialet (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Etter godkjenning fra NSD (vedlegg 5) og UCLan ble det norske B3-datasettet tilgjengelig for forskerne. Dataen var tilgjengelig via Høgskolen på Vestlandet (HVL) sin forskningsserver. Arbeid med koding og analyse av dataen ble gjort på serveren. Det var kun forfatterne av denne studien, samt veileder for prosjektet, som hadde tilgang til datamaterialet via forskningsserveren. Håndtering av dataen ble gjort ut ifra HVL sine «retningslinjer for vern og utveksling av personopplysninger og helseforskningsdata» (Høgskolen på Vestlandet, 2020).



## 4 RESULTAT

Dette kapitlet presenterer funn fra studiens kvantitative innholdsanalyse av datasettet fra den norske B3-surveyen (versjon 1). Først presenteres karakteristikkk for utvalget og nasjonale statistikkdata fra medisinsk fødselsregister (MFR). Deretter fremstilles hva deltakerne synes var det beste med fødselsomsorgen, og hvilke endringer de ønsket, satt i kontekst av kodeverket brukt i den kvantitative innholdsanalysen. Fordelingen av subtemaene illustreres i tekst og figurer, og de hyppigste forekommende subtemaene presenteres ytterligere gjennom utsagn og innholdsbeskrivelse.

### 4.1 Studiens utvalg

Gjennomsnittsalderen for deltakere i studien var 31,1 år (SD 5,2) og alder var normalfordelt.

Tabell 2. Deltakeres bakgrunnsvariabler sammenlignet med nasjonale data fra 2015 som er hentet fra Medisinsk fødselsregister (MFR).

|  | Studieutvalg |          | MFR (2015) |          |
|--|--------------|----------|------------|----------|
|  | n= 6872      | (%)      | n=58928    | (%)      |
| <b>Sosiodemografi</b>                  |              |          |            |          |
| <b>Maternell alder</b>                 |              |          |            |          |
| Gjennomsnitt                           | 31,1         | SD = 5,2 | 30,6       | SD = 5,1 |
| <19                                    | 20           | 0,3      | 762        | 1,3      |
| 20-24                                  | 685          | 10,0     | 7208       | 12,2     |
| 25-29                                  | 1964         | 28,6     | 19333      | 32,8     |
| 30-34                                  | 2487         | 36,2     | 19717      | 33,5     |
| 35-39                                  | 1311         | 19,1     | 9813       | 16,7     |
| >40                                    | 402          | 5,8      | 2095       | 3,5      |
| Missing                                | 3            | 0,04=0   |            |          |
| <b>Innvandring</b>                     |              |          |            |          |
| Flyttet til landet                     | 550          | 8,0      | 17928*     | 30,0     |
| Født her                               | 6322         | 92,0     | 42008*     | 70,0     |
| Missing                                | 0            |          | 0          |          |
| <b>Obstetrisk karakteristik</b>        |              |          |            |          |
| <b>Parietet</b>                        |              |          |            |          |
| Nullipara                              | 3160         | 46,0     | 25176      | 42,7     |
| Multipara                              | 3712         | 54,0     | 33752      | 57,3     |
| <b>Yrkesgrupper involvert i fødsel</b> |              |          |            |          |
| Jordmor                                | 4913         | 71,5     | -          |          |
| Jordmor & lege                         | 1563         | 22,7     | -          |          |
| Annet                                  | 394          | 5,8      | -          |          |
| Missing                                | 2            | 0,03=0   | -          |          |
| <b>Fødenivå</b>                        |              |          |            |          |
| Fødeavdeling                           | 5919         | 86,1     | 54575      | 92,6     |
| Fødestue tilknyttet sykehus            | 636          | 9,3      | 3506^      | 6,0      |
| Planlagt hjemmefødsel                  | 142          | 2,1      | 169        | 0,3      |
| Frittstående fødestue                  | 91           | 1,3      | 294        | 0,5      |
| Født før ankomst (FFA)                 | 78           | 1,1      | 309^^      | 0,5      |
| Annet                                  | 4            | 0,06=0   | 75^^^      | 0,1      |
| Missing                                | 2            | 0,03=0   | 0          |          |

\* n = 59932

^ Kontaktet aktuelle fødeinstitusjonene for å få fødselstall til de tilknyttede fødestuene.

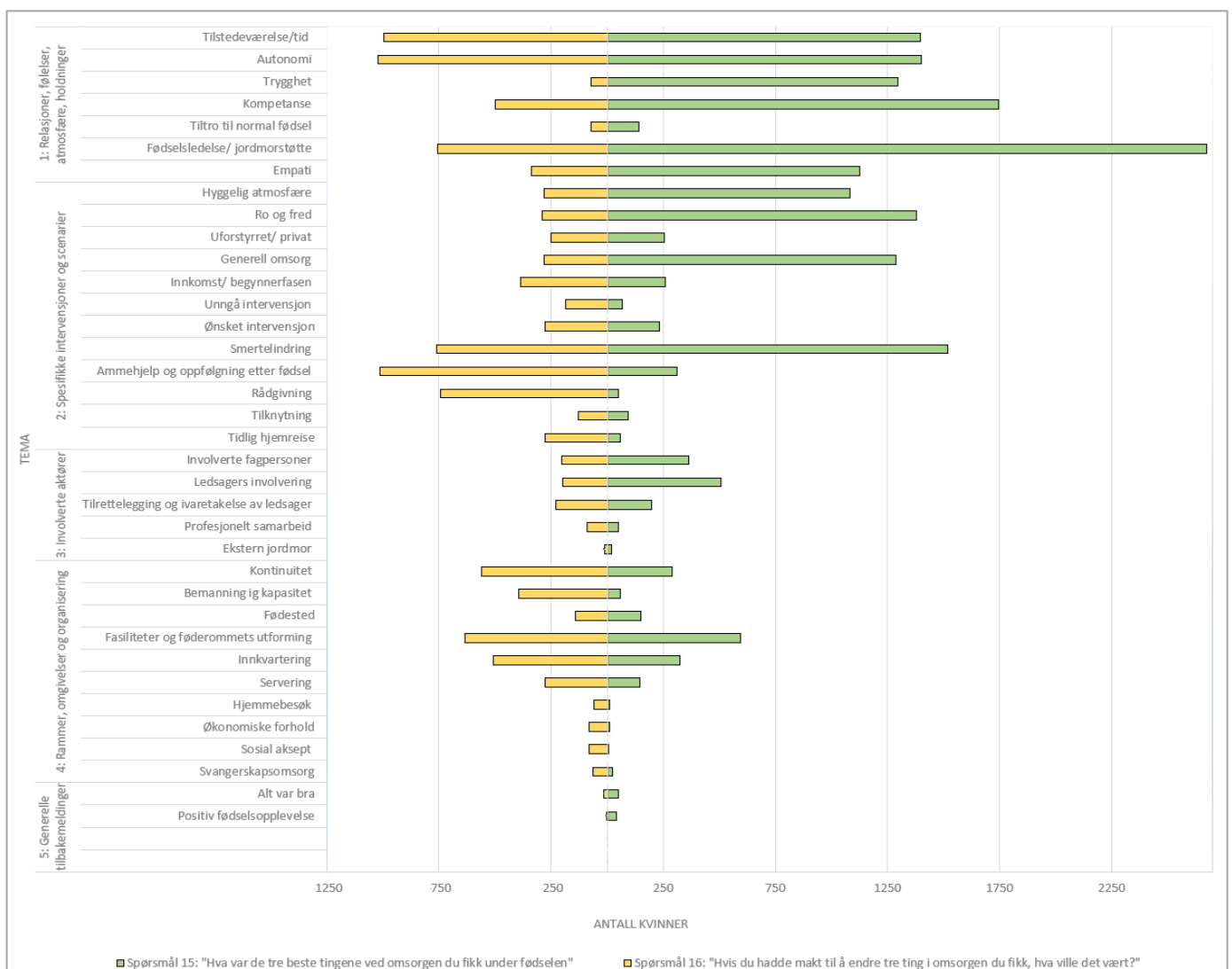
^^ Slått sammen data fra "ikke planlagt hjemmefødsel" og "under transport"

^^^ Slått sammen data "annet" og "nedlagt institusjon" fra MFR i tillegg til data som regnes som annet etter å ha henvendt oss til de ulike institusjonene eller undersøkt på nettet.

Flertallet av kvinnene (92,0 %) var selv født i Norge. De fleste deltakerne (71,5 %) rapporterte kun jordmor som fødselshjelper, og noen av kvinnene (22,7 %) rapporterte en kombinasjon av jordmor og lege. Majoriteten av deltakerne (86,1 %) fødte ved en fødeavdeling. Fødestuer tilknyttet sykehus var representert av 9,3% av kvinnene, og planlagte hjemmefødsler var representert av 2,1% av kvinnene. Alle fødesteder som var i drift i 2015 i Norge var representert i studien.

#### 4.2 Fødekvinneres opplevelse av omsorgen de mottok under fødselen

Totalt 31 412 koder ble tildelt kvinnenes utsagn. Det ble gitt 19 223 koder til utsagn tilhørende spørsmål 15 og 12 189 koder til utsagn tilhørende spørsmål 16.

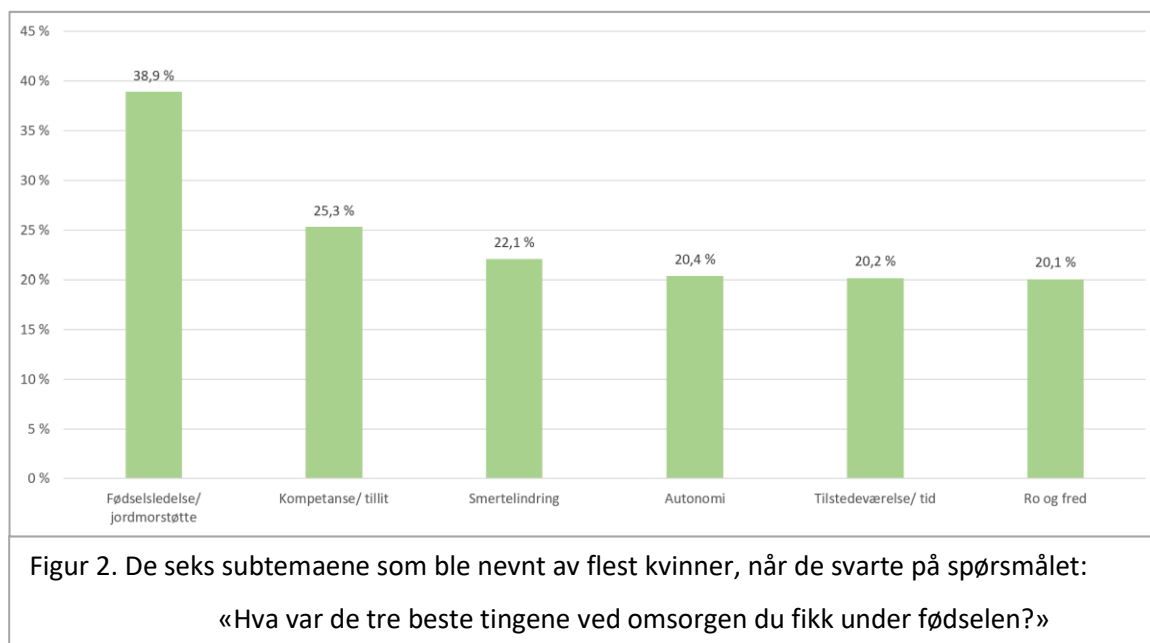


Figur 1. Mirror bar som viser antall kvinner(n=6872) som nevnte de ulike subtemaene som «det beste med omsorgen» (grønne stolper) eller som et område de ønsket en endring innen (gule stolper).

Per deltaker ble det gjennomsnittlig gitt 2,8 koder på spørsmål 15 («det beste med omsorgen»), og 1,8 koder for spørsmål 16 (hva de ønsket endret). Flere kvinner svarte blankt på spørsmål 16 enn på spørsmål 15. De kodene som var brukt hyppigest handlet om *fødselsledelse/jordmorstøtte*, *autonomi*, *tilstedeværelse/tid* og *smertelindring*.

#### 4.2.1 Det beste med fødselsomsorgen

Fem av de seks hyppigest nevnte subtemaene var relatert til relasjoner, følelser, atmosfære og holdninger.



Det flest av deltakerne (38,9 %) trakk frem som det beste med omsorgen de fikk under fødselen var relatert til subtemaet *fødselsledelse/jordmorstøtte*. I hovedsak handlet disse utsagnene om ledelse, støtte og veiledning gitt av jordmødre. Det kunne også handle om støtte/ledelse gitt av jordmorstudenter, leger, barnepleiere, ambulanspersonell eller sykepleiere. Utsagnene handlet ofte om god informasjon, veiledning, støtte og motivering under fødselen. Kvinnene fortalte om jordmødre som motiverte og roste, hjalp dem å fokusere, slappe av og veiledet dem i pusteteknikker. En kvinne sa «At jordmor tok over og rettleidet når jeg mistet kontroll», en annen uttrykte «Psykisk støtte fra jordmor (åpen

kommunikasjon om hvor langt jeg var på vei, dette klarer du osv.)» og en annen sa «Jordmor satte seg ved siden av meg og så meg inn i øynene – hun sa dette klarer du helt rolig».

Det subtemaet som nest flest kvinner nevnte var *kompetanse/tillit* (25,3 %). Utsagn innen dette subtemaet handlet om personalets (ofte jordmors) erfaring, faglige kompetanse, effektivitet, riktige beslutninger og rask handlingskraft i akutte situasjoner. En kvinne sa «Raskt på operasjonsbordet da behov for hastekeisersnitt ble oppdaget» og en annen skrev «At de umiddelbart forsto at jeg var i (styrt)fødsel, og tryggheten jeg følte ved hvordan de håndterte situasjonen». Ord som «profesjonelle», «kompetente», og «dyktige» var gjengående i mange av utsagnene. En del kvinner uttrykte implisitt å føle seg trygg, ved å beskrive at de hadde tillit til, stolte på, eller verdsatte fødselshjelpers erfaring. En av dem skrev: «Virket som alle hadde stålkontroll». Andre uttrykte eksplisitt å føle seg trygg på grunn av fødselshjelpers kompetanse. En kvinne uttrykte dette: «Følte meg hele tiden trygg for de som jobbet der var så flinke».

Smertelindring ble løftet frem av 22,1 % av kvinnene som det beste med omsorgen de mottok under fødselen. Utsagn kodet som *smertelindring* omhandlet både medikamentell smertelindring og ikke-medikamentell smertelindring. Hyppigst nevnt blant medikamentell smertelindring var epidural og lystgass, og blant ikke-medikamentell smertelindring var badekar, massasje, varmekpakninger og akupunktur ofte nevnt. Noen kvinner nevnte smertelindring som en viktig faktor for å klare å slappe av og gjenvinne kontroll. En av dem skrev at «Å få tid til å komme til hektene før utdrivningsfasen, ved hjelp av epidural», og en annen kvinne uttrykte «Epidural så jeg greide å hente meg inn igjen». Noen kvinner satte pris på tilbudet og tilgangen til ulik smertelindring, uavhengig av om de fikk god effekt av den eller ikke.

Av kvinnene var det 20,4 % som mente at det beste med omsorgen de fikk under fødselen var opplevelsen av autonomi. Subtemaet *autonomi* inkluderte utsagn om en opplevelse av å

ha kontroll og medvirkning i fødselsforløpet. En kvinne uttrykte: «Fikk bestemme selv og gjøre som kroppen fortalte meg». En annen skrev: «Jeg følte meg hørt da jeg sa at jeg ønsket epidural og lystgass, (da forrige fødsel var tøff), jeg rakk riktignok ikke å få det fordi fødselen var så godt i gang, men det viktigste var at de tok på alvor hva jeg trengte». Kvinnene uttrykte begeistring over å bli hørt, trodd på og respektert, og mange understrekte viktigheten av at fødebrevet deres ble lest. En kvinne svarte: «Jordmor leste fødebrev og møtte oss utifra det, respekterte oss og SÅ oss i det hele». I noen tilfeller ble *autonomi* kodet i forbindelse med innkomst, da kvinnene uttrykte en lettelse for å bli hørt og trodd på. En kvinne svarte at hun «Ble tatt seriøst og var velkommen da jeg trodde fødselen var i gang», og en annen skrev «Ble hørt på! Fikk bl.a selv bestemme at jeg ble værende (vurderte hjemsendelse – og da hadde jeg nok født i en bil!)».

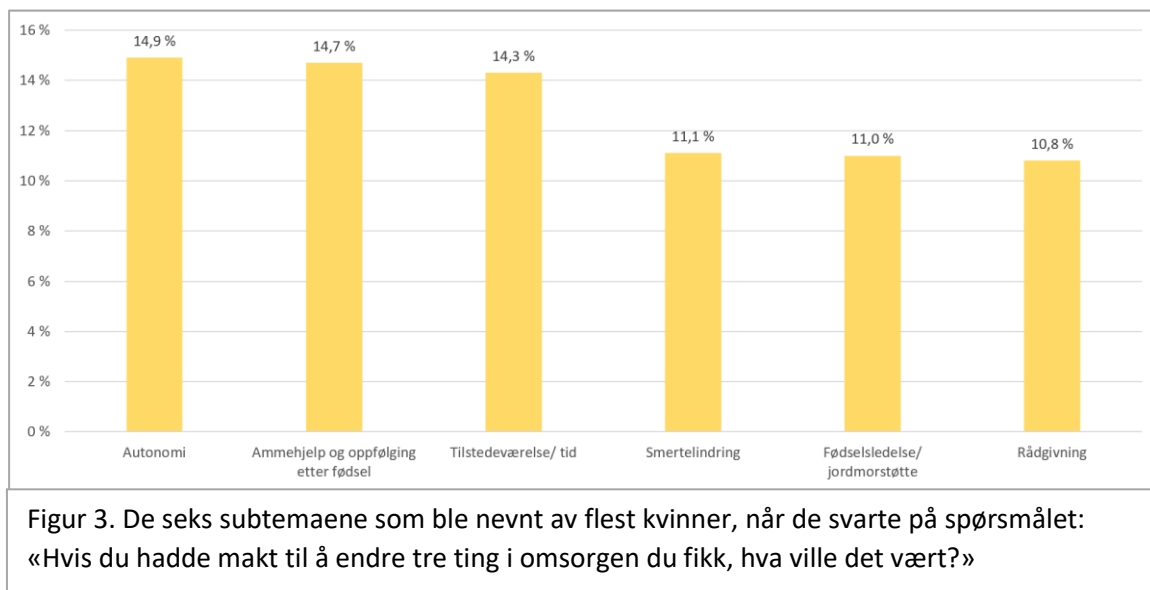
Subtemaet *tilstedeværelse/tid* ble av 20,2 % av deltakerne løftet frem som det beste med omsorgen de fikk under fødselen. Dette subtemaet handlet om den tiden jordmor eller andre tilbragte sammen med kvinnen. Det kunne dreie seg om opplevd tilgjengelighet, tett oppfølging, å ikke være alene, eller om tilstedeværende/oppmerksomme fødselshjelpere. En kvinne sa at det beste med omsorgen hun fikk under fødselen var at «Jordmor var tilstede nesten hele tiden og utover dette tilgjengelig nesten umiddelbart når jeg ønsket det. Følte meg trygg og godt ivaretatt under hele oppholdet». En annen kvinne uttrykte: «At jordmor ikke måtte pendle mellom flere fødsler», og en tredje svarte: «At jordmor innså at jeg var avhengig av å ha øyekontakt med henne. Fikk panikk om jeg ikke så henne eller hun skulle gjøre noe som tilsa at hun måtte forlate meg. Dette skjønnte hun og å hun forlot meg aldri».

Blant deltakerne mente 20,1 % at rolige og fredelige personer og omgivelser var det beste med omsorgen de mottok under fødselen. Subtemaet *ro og fred* handlet om omsorgsgivere som var tålmodige, hadde en rolig eller mild fremtoning, og en avslappende eller beroligende holdning. To kvinner uttrykte: «At de snakket rolig til oss», og «De stresset meg ikke». Kvinnene fortalte også om fødselshjelperes påvirkning. En kvinne svarte «Helsepersonalet beholdt roen og holdt meg rolig, tross en dramatisk situasjon». Det kunne

også dreie seg om et rolig, stille og avslappende miljø, samt fravær av stressende eller forstyrrende faktorer. Ulike kvinner uttrykte «Rolig og trygg atmosfære. Dempet belysning, rolige ansatte til tross for at det var hektisk pga mange fødsler samtidig» og «Rolig stemning(dempet belysning, musikk, ikke stress/mas eller mye folk)».

#### 4.2.2 Ønskede endringer for fødselsomsorgen

Når det gjelder hva deltakerne ønsket å endre ved omsorgen de fikk, var det en jevnere fordeling over subtemaene som ble nevnt av flest kvinner.



Det flest kvinner (14,9 %) hadde ønsket å endre ved omsorgen de fikk handlet om autonomi. Utsagn innen subtemaet *autonomi* kunne beskrive opplevelser av å ikke bli anerkjent som aktiv deltaker i egen fødsel eller manglende respekt for kvinnens ønsker. Kvinner uttrykte: «Hørt hva jeg sa at jeg sa det kom til å gå fort, sånn at jeg kunne få smertelindring før det var for sent», «La mor være med å bestemme i forløpet. Ikke bli behandlet som en ku på samleband på vei til slakting» og «No wrestling for power/ control! The midwife needs to let the mother be in charge if she's able to». Særlig kom det frem i utsagnene at kvinnene ikke følte seg hørt, trodd på og tatt på alvor. Noen beskrev en opplevelse av å bli krenket. En kvinne uttrykte: «At jordmødrene himlet med øynene og ikke tok meg alvorlig de jeg kom inn i rullestol. Fødselen var godt i gang, men de sjekket meg ikke før etter en halvtime. 15

min senere var hun ute» og en annen skrev: «Gi meg som førstegangsfødende mer følelsen til å bli tatt på alvor(rask fødsel, men ikke «gehør»)).

Det nest flest kvinner (14,7 %) ønsket å endre ved omsorgen de mottok handlet om amnehjelp eller oppfølging etter fødsel. Utsagn innen subtemaet *ammehjelp og oppfølging etter fødsel* handlet om ammeveiledning og ulike former for støtte, praktisk hjelp og veiledning under barseloppholdet. Bedre kompetanse, mer tid til eller kontinuitet i ammeveiledningen ble uttrykt av mange kvinner. En kvinne skrev: «Være tilstede og hjelpe mor med hvordan amme, når det er vanskelig». Noen ønsket også å endre hva de opplevde som ammepress, som beskrevet av en kvinne: «Ikke pushe amming hele tida.. heller hjelpe med flaske». Kvinner ønsket også generelt bedre oppfølging av seg selv og barnet, og noen uttrykte et ønske om mer hjelp eller avlastning. Noen uttrykte ønske om «Mer hjelp når barnet skrek om natten slik at mot også kunne sove» og «Få en skikkelig samtale om fødselen, helst med den samme jordmoren som var tilst[ede]».

Det var 14,3 % av kvinnene som ønsket seg en endring relatert til subtemaet *tilstedeværelse/tid*. Ofte handlet ønskene om mer tilsyn, tettere oppfølging eller større tilgjengelighet til fødselshjelper. En del nevnte også at de hadde ønsket seg mer tilstedeværende og oppmerksomme fødselshjelpere, og behov om å ikke være alene under fødselen sin. Kvinner skrev: «At jordmor skulle [ha] vært der mens det stod på. Hun var telefonvakt og telefonen ringte stadig», «Skulle hatt litt tettere oppfølging de første timene etter igangsetting siden mannen min ikke hadde kommet. Følte meg litt aleine og blei stressa» og «Bedre tid, meget travel avdeling ansatte løp som gale hele dagen».

Av deltakerne var det 11, 1 % som ønsket seg en bedre eller annerledes smertelindring eller smertelindringstilbud. Mange av disse ønskede endringene var generelle utsagn med ord som «smertestillende», «mer smertelindring» eller «epidural». Utsagn handlet ofte om et ønske om flere valgmuligheter av medikamentell smertelindring, tilgang til badekar, eller om raskere tilgang til eller bedre effekt av smertelindringen. En del av kvinnene uttrykte skuffelse over at det ikke var tilgjengelig lystgass på fødestedet.

En del av deltakerne (11,0 %) ønsket seg en endring i fødselsledelsen/jordmorstøtten de hadde fått under fødselen. Ønsket om mer eller bedre støtte/ledelse under fødselen inkluderte fysiske, psykiske og emosjonelle forhold. Gjengående ønsker handlet om tydeligere eller bedre kommunikasjon, informasjon og råd under fødselen. En kvinne skrev: «Bedre veiledning på hva som skal skje/skjer og hvorfor», en annen uttrykte «Mer motiverende/pushe mer mot fødselsønsker, når en begynner å gi opp/er sliten». Mange ønsket også mer forslag til gode aktiviteter, avslappende/behagelige stillinger eller stillinger for å fremme fødselsprogresjon. En kvinne skrev: «Veiledning på hvordan jeg kunne ta kontroll over meg selv – i dette mer konkret hvordan jeg skulle slappe av på de rette plassene». En annen kvinne ønsket: «Mer hands on coaching fra jordmor under fødsel».

En del av kvinnene (10,8 %) nevnte subtemaet *rådgivning* som et område de ønsket en forbedring innen. Dette subtemaet innebar råd, forklaringer og informasjon i svangerskapsomsorgen og i barseltiden. Mange ønsket seg mer og bedre informasjon i svangerskapet, blant annet om hva de kunne forvente om den forestående fødselen. En kvinne fortalte: «Bedre informasjon om hva det ville si å bli igangsatt i forkant. Jeg gikk 1,5 døgn etter at vannet gikk før jeg ble igangsatt. Mye unødvendig bekymring i de timene». En annen kvinne uttrykte «Jeg hadde en veldig god fødselsopplevelse, men jeg kunne trenge mer informasjon om smertene jeg kunne vente meg». I tillegg ønsket en del kvinner informasjon om hva de kunne forvente i tiden fremover, både med dem selv og barnet. En av deltakerne skulle ha ønsket seg «At jordmødrene/ sykehuset/ legene gir alle mødre informasjon om barseltårer og fødselsdepresjon». Utsagn som gjaldt utreisesamtaler, tilhørte også dette subtemaet. En kvinne ønsket seg «Bedre informasjon når det gjelder hjemreise etter svangerskapsforgiftning, hadde 7 jordmødre med forskjellige beskjeder på en og samme formiddag».



## 5 Diskusjon

Først i dette kapitlet sammenlignes studiens utvalg med den generelle fødepopulasjonen, ved bruk av data fra medisinsk fødselsregister (MFR). Deretter presenteres studiens fire hovedfunn, som reflekterer hva kvinner opplever som viktig i omsorgen som gis under fødsel. Funnene diskuteres i lys av tidligere forskning og aktuell litteratur. Til slutt i kapitlet viser metodediskusjonen styrker og svakheter ved datainnsamlingsmetoden som ble brukt i B3-surveyen, og ved studiens analyse.

### 5.1 Studiens utvalg

Basert på alder og paritet vurderes utvalget å være rimelig representativt for den nasjonale fødepopulasjonen. Nasjonale data fra MFR viste at gjennomsnittsalderen for fødende i 2015 var 30,3 år (Medisinsk fødselsregister, 2021b). Studiens utvalg hadde en gjennomsnittsalder på 31,1 år. Nasjonalt var 42,7% førstegangsfødende og 57,3 % flergangsfødende (Medisinsk fødselsregister, 2021d), sammenlignet med studiens utvalg der 46 % av kvinnene var førstegangsfødende og 54 % var flergangsfødende.

Innvandrerkvinner var underrepresentert i studien. Kun 8 % av studiens deltakere var innvandrerkvinner, til forskjell fra nasjonale tall der 30 % av fødende var innvandrerkvinner (Medisinsk fødselsregister, 2021c). Innvandrerkvinner og etniske minoriteter er ofte underrepresentert i forskning (Jakobsen & Spilker, 2020). Årsaker til dette kan være at forskere mangler nettverk og kjennskap til ulike minoritetsgrupper, samt at brukere kan ha mistillit til, eller mangle kunnskap om forskning (Jakobsen & Spilker, 2020).

I lys av fødenivå vurderes utvalget å være delvis representativt. I 2015 fødte de fleste kvinner (94 %) ved en fødeavdeling (Medisinsk fødselsregister, 2021a), mens det blant studiens deltakere var 86,2% som fødte ved en fødeavdeling. Fødende ved frittstående fødestuer var representert av 1,3 % av studiens deltakere, mens det nasjonalt kun var 0,5 %

av kvinner som fødte ved frittstående fødestuer (Medisinsk fødselsregister, 2021a). Kvinner som fødte ved mindre institusjoner og fødestuer deltok i større grad på surveyen, og flere gir i utsagnene uttrykk for sin bekymring om nedstenging av sin lokale fødeinstitusjon (gjaldt både tilknyttede fødeavdelinger og frittstående fødestuer). I utvalget var det 2,1 % av kvinnene som hadde en planlagt hjemmefødsel, mens nasjonale tall viser at det var kun 0,3 % av fødekvinne som hadde en planlagt hjemmefødsel i Norge i 2015 (Medisinsk fødselsregister, 2021a). At planlagte hjemmefødsler er overrepresentert i studieutvalget har man sett forekomme i tidligere B3-studier (Luegmair et al. 2018; Skoko, 2018). Den spanske og den østeriske B3-studiene foreslår at årsaken til dette kan være at kvinnene ønsker å formidle om hjemmefødselstilbudet da kvinnene har hatt gode opplevelser av å føde hjemme (Luegmair et al. 2018; Skoko, 2018). Det kan virke som dette er tilfellet i denne studien også.

Hjemmefødsler forekommer sjeldent i Norge, og det kan tenkes at disse kvinnene ønsker å formidle sin gode opplevelse og bidra til at flere kvinner kan velge en hjemmefødsel. At det ikke er gode økonomiske støtteordninger for hjemmefødsler kan også bidra til at kvinnene i større grad deltar på surveyer, med håp om at deres stemme vil føre til et bedre tilbud for hjemmefødsler. Adelen av kvinner som fødte før ankomst til fødested (FFA) var blant deltakerne 1,1 %, mens det nasjonalt var kun 0,5 %. En årsak til at kvinner som FFA var overrepresentert i studien kan være at de har et behov for å dele sine erfaringer, og synliggjøre utfordringen med raske fødsler. Skirnisdottir, Haukeland & Dahl (2016) løfter i sin studie frem at det å erfare FFA oppleves dramatisk, og kvinnene og deres familie har behov for støtte etter opplevelsen. Det er få som får tilbud om rådgivning/samtale i etterkant, og det kan derfor tenkes at kvinnene har behov for å fortelle om sin opplevelse i etterkant og derav har en høyere representativitet i studier (Skirnisdottir, Haukeland & Dahl, 2016).

## 5.2 Hva opplevde kvinner å være viktig under fødsel

Kvinnens opplevelse av fødsel er kompleks og lite målbar, og mange faktorer spiller inn på hva som fremmer eller begrenser gode opplevelser av fødsel. Studien fant at kvinner som

hadde født i Norge oftest beskrev disse områdene ved omsorgen de hadde fått: *fødselsledelse/jordmorstøtte, autonomi, smertelindring og tilstedeværelse/tid*. Subtemaene som omhandlet disse områdene ble beskrevet av mange kvinner, både som det som ble erfart som det beste med omsorgen, og i forbindelse med ønskede endringer. Disse områdene tolkes derfor til å være viktige for kvinner som føder i Norge.

### 5.2.1 Fødselsledelse/ jordmorstøtte

Ledelse og støtte fra fødselshjelper er viktig for kvinner som føder i Norge. Ulike former for fødselsledelse og jordmorstøtte var det flest av kvinnene i studien (38,9 %) løftet frem som det beste med omsorgen de mottok under fødselen. Av kvinnene i studien var det 11,0 % som ønsket seg mer eller bedre *fødselsledelse/jordmorstøtte*. Dette kan sees å være et bredt og flerdimensjonalt begrep. I denne studien ble begrepet brukt om partnerskapet mellom kvinnen og fødselshjelperen/jordmoren, der kommunikasjon, motivasjon, veiledning, støtte, og informasjon sto sentralt. En systematisk oversiktsstudie viste at kvaliteten på relasjonen mellom fødekvinne og fødselshjelper og støtten som ble gitt, hadde innvirkning på kvinners tilfredshet med fødselen (Hodnett, 2002). Studiene som var med i oversikten så på viktige aspekter ved relasjonen, som for eksempel informasjon, kommunikasjon, og kvinnens følelse av å være involvert i avgjørelser og fritt kunne ytre seg. Kvaliteten av støtten ble også funnet å påvirke kvinners evne til å mestre stress under fødselen (Hodnett, 2002). Studier viser at god informasjon fremmer positive opplevelser av fødsel (Todd et al., 2016; Takacs et al., 2015), og begrense følelser av frykt (Donate – Manzaneras et al. 2019). Informasjon om hva som hva som foregår er sentral for kvinners opplevelse av kontroll og trygghet (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012).

Jordmors motivering, tilstedeværelse, og fysisk og psykisk støtte av fødekvinnen vil styrke kvinnens kapasitet til å møte utfordringer i fødselen (Mathias, Davis & Ferguson, 2021). Med dette legger jordmor til rette for å øke kvinnens håndterbarhet av situasjonen, noe som ifølge den salutogene modellen fremmer mestring (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 39-41). Gjennom å støtte kvinnen til å oppleve større håndterbarhet, mening og forståelse under

fødselen, kan jordmor øke kvinnens opplevelse av sammenheng (OAS) (Lindström et al., 2017, s. 24). Dette kan styrke kvinnen, gjennom at høyere OAS fremmer opplevelse av mestring, og styrker evnen til å møte motgang, stress og utfordringer (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 50-53). Ved å ha dette helsefremmende perspektivet kan jordmødre fremme fødekvinnens utvikling av indre styrke og mestringsstrategier (Dahlberg et al., 2016). Mathias et al. (2021) fant at fødekvinne ofte gjenkjenner mangel på kunnskap og selvtillit, og forstår når de har behov for mer informasjon og støtte; Kvinnene føler seg trygge på å dele hvordan de mestrer situasjonen når de føler at jordmødre er genuint interessert i deres helse og velvære. Studien peker på at motiverende ord fra jordmødre oppfattes som deres tro på fødekvinnens evne til å håndtere situasjonen (Mathias et al., 2021).

At fødselsledelse/jordmorstøtte tolkes som viktig for kvinner under fødsel kan skyldes at god informasjon, veiledning og støtte fremmer trygghet, tillit og kvinnenes tro på seg selv. Behovet for veiledning, støtte og motivering av kvinnen forstås å være essensielt, da fødsel er en uforutsigbar og ukjent begivenhet for den enkelte kvinne. Fødsel er en kritisk og sårbar periode i en kvinnes liv og fødselsledelse/jordmorstøtte er nødvendig for ivaretagelsen av fødekvinnen og for å fremme en god opplevelse av fødsel.

### 5.2.2 Autonomi

Respekt og medbestemmelse er viktig for kvinner som føder i Norge. Den endringen flest kvinner i studien (14,9 %) ønsket seg ved omsorgen de fikk i fødsel handlet om autonomi. Disse kvinnene hadde opplevelser av å ikke bli respektert, hørt, hadde ønsker som ikke ble ivare tatt og opplevde krenkelse. Det var også mange kvinner i studien (20,4 %) som oppgav at det beste med omsorgen de fikk var at de ble behandlet med verdighet, fikk ha medvirkning og opplevde å bli tatt på alvor. Tidligere studier underbygger at medbestemmelse og respekt var viktige faktorer for kvinner som har født (Benet et al. 2020; Hodnett, 2002). Renfrew et al. (2014) beskrev at kvinner ønsket jordmoromsorg gitt på en respektfull måte, av personal som ikke var krenkende eller ufølsomme, og at omsorgen måtte tilpasses den enkelte og dens behov (Renfrew et al., 2014, s. 1132). Respekt for

kvinner individuelle situasjoner og meninger, og det å jobbe sammen med kvinner for å styrke deres mestring, defineres som kjerneverdier i jordmoromsorg (Renfrew et al., 2014, s. 1130). WHO trekker frem at respektfull omsorg for kvinner er viktig for å fremme en positiv fødselsopplevelse (Oladapo et al., 2018).

En studie som undersøkte ulike teoretiske modeller for jordmoromsorg, fant at relasjonen mellom jordmor og fødekvinne var sentralt (Eri et al., 2020). Nærliggende til en gjensidig jordmor-fødekvinne-relasjon var individbasert omsorg, der delt beslutningstaking, relasjon og empowerment var viktig. Viktige verdier i modellene var å løfte kvinners autonomi og inkludere henne i omsorgen. En av disse modellene beskrev kvinnens deltakelse i fødselsprosessen å være grunnleggende for en gjensidig relasjon mellom fødekvinne og jordmoren (Berg et al., 2012). Å være deltakende handlet om å være involvert i fødselsprosessen, ha en fortløpende dialog med jordmoren, samt en jordmor som lyttet til kvinnen, gav henne informasjon om fødselsprogresjonen, og støttet henne til å være ansvarlig og ta egne valg. Ved mangel på deltakelse, opplevde kvinner å ikke være i kontakt med fødselen følelsesmessig, og hadde en følelse av å ikke ha født selv (Berg et al., 2012).

En studie som analyserte data fra den norske B3-surveyen (versjon 2) fant at det å bli respektert, sett og hørt som et unikt individ skapte et partnerskap mellom kvinnen og jordmoren når avgjørelser skulle bli tatt (Vedeler, Nilsen, Blix, Downe & Eri, 2020). Det var viktig for kvinnene å ha en påvirkning og medbestemmelse i saker som gjaldt henne og barnet. Dersom fødselshjelperne var lydhøre og anerkjente kvinnens ønsker, kunne det fremme kvinnens opplevelse av å bli behandlet som et unikt individ. Kvinner uttrykte å føle på sårbarhet når dette manglet. Studien viste at respektfull omsorg innebar mer enn fravær av respektløs og dårlig behandling (Vedeler et al., 2020).

At fødekvinne har medvirkning i egen omsorg fremmer hennes trygghet og empowerment, noe som igjen bidrar til at kvinnene tar en mer aktiv rolle i sin egen fødsel (Donate –

Mazanaras et al., 2019). I «midwifery model of woman-centred childbirth care» (MiMo) beskrives personbasert og ikke-autoritær omsorg som kjernen i jordmorsomsorg (Berg et al., 2012). Modellen vektlegger viktigheten av at jordmor styrker den enkelte kvinnes ressurser og hennes opplevelse av sammenheng (OAS).

En kvalitativ innholdsanalyse fra Australia undersøkte sammenhengen mellom OAS og kvinners opplevelse av fødsel (Ferguson & Davis, 2019). Kvinner med høy OAS hadde mer realistiske forventninger til fødsel, enn kvinner med lav OAS. Kvinner med lav OAS viste mindre grad av forståelse, ved å se fødselen som en uforutsigbar, tilfeldig og ukontrollerbar prosess. Mange av kvinnene med lav OAS hadde naturlig fødsel som et mål, og uttrykte konseptene «håp» og «hell» som mekanismer for å oppnå målet. Kvinner med lav OAS så på fødselen som et mål, istedenfor en prosess. Kvinner med sterk OAS så derimot på barnet som målet, og så fødselen som en prosess for å nå målet. De var mindre emosjonelt investert i fødselsprosessen, og hadde en innstilling om å «ta ting som det kommer». Studien foreslår en endring, fra å se kvinner som «sterke fødende» til «sterke mødre», med hensikt om å styrke kvinners OAS.

Medbestemmelse og respekt er grunnleggende mellommenneskelige prinsipper, og en kunne tenke seg at kvinner tar det som en selvfølge at de blir møtt med det. Et overraskende funn fra analysen var at dette subtemaet var nevnt av såpass mange som det beste med omsorgen og som noe mange ønsket en endring innen. Dette kan gjenspeile kvinners forventninger til fødselsomsorgen. Kvinnene er usikre på hvor mye de kan velge og bestemme under fødsel; Det er en sjelden eller ny opplevelse, og de blir positivt overrasket når dette overgår deres forventninger. På den andre siden ønsker kvinner mer autonomi når deres behov og forventning ikke ble møtt. For å fremme at kvinner får en positiv opplevelse av fødsel må jordmødre sikre at kvinner behandles med respekt og får ha medbestemmelse i egen fødsel.

### 5.2.3 Smertelindring

Lindring av fødselssmerter er en viktig del av omsorgen som gis til kvinner i fødsel. Dette ble nevnt av mange kvinner i studien (22,1 %) som det beste med omsorgen de fikk. De fleste av disse kvinnene nevnte smertelindring som det beste uten å utdype hvorfor smertelindringen var positivt. Kvinner i studien (11,1%) ønsket bedre kvalitet, raskere tilgang til eller et bredere tilbud av ulike typer smertelindring. I studien ble epidural, lystgass og badekar nevnt av mange, samt massasje, varmepakninger og akupunktur.

Funn fra en systematisk oversikt underbygger at kvinner ønsker tilgang til effektiv smertelindring (Lally, Thomson, MacPhail & Exley, 2014). Studien fant stor variasjon i kvinners preferanse av smertelindring. En studie, som undersøkte faktorer som påvirket fødselsopplevelsen hos førstegangsfødende, fant at fødselssmerte påvirket kvinners evne til å gå inn i dem selv og «jobbe med kroppen» (Nilsson, Thorsell, Wahn & Ekström, 2013). Kvinnene oppgav at ikke-medikamentell smertelindring var avslappende og komfortabel i begynnelsen av fødselen, og at epidural ga en lettelse når smerten ga seg. Enkelte syntes det var et nederlag å måtte ta i bruk epidural da det ikke svarte til deres egne forventninger, uavhengig av om smertelindringen var god eller ikke (Nilsson et al., 2013).

På den andre siden viste en systematisk oversikt (Hodnett, 2002), som undersøkte sammenhengen mellom smerte, smertelindring og kvinners tilfredshet med fødsel, at smerte og smertelindring i liten grad påvirket kvinnes tilfredshet med fødsel. Et unntak var dersom forventninger om smertelindring ikke ble møtt. Studien fant at andre faktorer, som fødselshjelpers holdninger og oppførsel, i større grad påvirket kvinnes tilfredshet (Hodnett, 2002).

Studier har beskrevet at kvinner ser fødsel som en utfordrende erfaring, samtidig som den gir en mestringsfølelse fra å håndtere fødselssmerten (Leap & Anderson, 2008, s. 31). For mange kvinner fører mestringsfølelsen til en mer positiv fødselsopplevelse (Leap & Anderson, 2008, s. 40). Mestring er nært knyttet til et individs opplevelse av sammenheng (OAS), og studier viser at kvinner med en sterk OAS vil erfare fødselssmerten mindre

negativt (Lindström et al., 2017, s. 23). Jordmorstøtte som fremmer mestring av fødselssmerte, og tilgang til ulike metoder for smertelindring, identifiseres av kvinner som viktig for deres opplevelse av fødsel (Leap & Anderson, 2008, s. 40).

Grunnen til at smertelindring er så verdsatt, kan bunne i kvinners ønske om å beholde kontroll under fødsel (Leap & Anderson, 2008, s. 40). Det å miste kontrollen har blitt beskrevet som det verste som kan skje for en fødekvinne og nesten verre enn å dø (Leap & Anderson, 2008, s. 40). I en svensk kvalitativ studie beskrev førstegangsfødende tap av kontroll som verre enn fødselssmerte (Nilsson et al., 2013). Kvinner beskrev smertelindring som en måte å gjenvinne seg selv på, og dermed gjenvinne kontroll (Nilsson et al., 2013). En kvalitativ studie, som så på måter å veilede kvinner til å ta avgjørelser om smertelindring, fant at gravide har ulike syn på hvordan medikamentell smertelindring kan forsterke eller forminske deres følelse av kontroll under fødselen (Lally et al., 2014). Grunner til at kvinnene følte det kunne forminske deres følelse av kontroll handlet om å ikke kunne kjenne hva som foregikk når smertene ble fjernet. Medikamentell smertelindring ble sett på av andre kvinner som et middel som gav dem tilbake kontroll, eller forhindret at de mistet kontroll over seg selv på grunn av smertene. Kvinner i studien som fikk epidural så ikke redusert mobilitet som tap av kontroll (Lally et al., 2014).

Relasjonen mellom fødsel, fødselsopplevelse, fødselssmerter og smertelindring er kompleks. En systematisk oversikt som undersøkte kvinners forventning til, og opplevelse av smerte og smertelindring i fødsel, fant at den opplevde fødselssmerten var ulik hva de forventet (Lally et al., 2014). Oversikten presenterte en studie som viste at kvinner som forventet den verste tenkelige smerten, endte opp med å ha en smertefull og negativ opplevelse, i motsetning til kvinner som hadde et mer optimistisk syn (Waldenström, Hildingson, Rubertsson & Rådestad, 2004). Dette viser at et individs forventning til fødselssmerte, former opplevelsen av smerte. For å fremme kvinners tilfredshet med valg av smertelindring, må fødselshjelpere identifisere deres forventninger, verdier, preferanser og øke deres kunnskap om smertelindring (Lally et al., 2014). Fødselshjelpere må kunne tilby ulike typer smertelindring



og hjelpe kvinnen i å velge smertelindring som passer henne og som imøtekommer hennes forventninger.

#### 5.2.4 Tilstedeværelse/tid

Fødselshjelpers tilstedeværelse og tilgjengelighet er viktige for kvinner i fødsel. Mange av kvinnene i studien (20,2 %) løftet frem tiden sammen med, tett oppfølging av, og oppmerksomheten og tilgjengeligheten til fødselshjelper som det beste med omsorgen de fikk i fødsel. En del av kvinnene (14,3 %) ønsket hyppigere tilsyn, mer fysisk tilstedeværelse, raskere hjelp, og følelsen av ikke å være forlatt til seg selv.

En etnografisk studie, som undersøkte en-til-en jordmorsomsorg, fant at tilgjengelighet var en av komponentene som er nødvendig for å dekke fødekvinnerns behov (Sosa, Crozier & Stockl, 2018). Studien understreker kvinners ulike behov for jordmors tilstedeværelse, og viktigheten av at jordmødre klarer å tilrettelegge omsorgen. Takacs et al. (2015) viste også at tilgjengelighet var en faktor som påvirket kvinners vurdering av omsorgen de fikk under fødselsoppholdet (Takacs et al., 2015).

En systematisk oversiktstudie fant at kvinner verdsetter og drar fordel av kontinuerlig støtte og tilstedeværelse av en omsorgsperson under fødsel (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthber, 2017). Fordelene innebar en økt sannsynlighet for spontan vaginal fødsel, større tilfredshet med fødselen, kortere fødselsforløp, og en redusert bruk av smertelindring og forekomst av keisersnitt. Funnene omhandlet kontinuerlig støtte fra en person med trening innen fødselshjelp, og som ikke var et medlem av kvinnens nettverk. Støttende fødselsomsorg (som forutsetter tilstedeværelse og tilgjengelighet) ble vist å fremme kvinnens følelse av kontroll, tillit til egen styrke og deres evne til å føde (Bohren et al., 2017). Dette kan fremme positive fødselsopplevelser (Bohren et al., 2017).

En studie fra Sverige og Island identifiserte tilstedeværelse og tilgjengelighet som to av fire hovedkomponenter for å skape en gjensidig relasjon mellom jordmor og fødekvinne (Berg et al., 2012). Essensielt for møtet mellom fødselshjelper og fødekvinne var tilstedeværelse. Jordmors fysiske og mentale tilstedeværelse fremmer en tillitsfull relasjon med kvinnen, gjennom at hun støtter og veileder kvinnen på hennes egne premisser. Tilgjengelighet ble beskrevet som at jordmoren var tilstede, åpen og aksepterende, og at hun gav individbasert omsorg (Berg et al., 2012). En norsk tematisk innholdsanalyse, som undersøkte hva kvinner opplever som viktige aspekter ved omsorg under fødsel, fant at kvinner følte seg sett og støttet når jordmor var emosjonelt tilgjengelig og fysisk tilstedeværende (Vedeler, 2020). Emosjonell tilstedeværelse innebar at jordmor var oppmerksomhet og tok hensyn til kvinnenes behov (Vedeler, 2020).

En annen svensk studie fant at førstegangsfødende beskrev jordmor og partners tilstedeværelse som en god form for støtte, og som en hjelp til å mestre fødselen (Nilsson et al., 2013). Kvinnene følte inadekvat støtte når jordmoren ikke var tilstede, eller om jordmoren ikke var tilgjengelig når hun ba om hjelp. Dersom kvinnene følte seg forlatt over en lengre periode og ikke visste hva som skjedde videre, satt de igjen med en følelse av fortvilelse (Nilsson et al., 2013). Fødselshjelpers tilstedeværelse er viktig for at kvinner får positive tilbakemeldinger, støttende omsorg og opplevd anerkjennelse. Dette er sentrale aspekter som kan styrke kvinnens følelse av mestring.

## 5.3 Metodediskusjon

### 5.3.1 Datainnsamling

Bruk av internettsurvey som datainnsamlingsmetode er en styrke for studien. Ved å være en internettsurvey, var studien kostnadseffektiv, samlet inn data fra mange deltakere og fra et bredt geografisk område. Ifølge statistisk sentralbyrået (SSB) er norske kvinner i fertil alder mye på nett og sosiale medier. Over 90 % (2019) av kvinner mellom 16 og 44 år, bruker sosiale medier daglig eller nesten daglig (Statistisk sentralbyrå, 2020). Å kunne svare

elektronisk er en faktor som påvirker responsfrekvensen positivt (Boynton, 2004, s. 1373). Ved bruk av elektronisk datainnsamling unngår man feil som kan skje i innføring av dataen til databasen ved at rådataen lagres i en database slik deltakerne har besvart studien. Fordi resultatene lagres direkte i en datafil går datainnsamlingen raskere (Eberhard – Gran, 2017, s. 58).

Spørsmålene i B3-surveyen var korte og språket var enkelt skrevet. Dette er en styrke, da det begrenser feiltolkning og dermed feilbesvarelser (Boynton, Wood & Greenhalgh, 2004, s. 1433). Surveyen var relativt rask å gjennomføre, noe som bidrar til at flere fullfører undersøkelsen. Gjennom å bruke spørreskjema som innsamlingsmetode sikrer studien også et standardisert oppsett. Deltakerne svarer på de samme spørsmålene og svarene blir sendt inn på lik måte. Dette øker spørreskjemaets reliabilitet (Boynton & Greenhalgh, 2004, s. 1313).

En svakhet ved studien var at det ikke var mulig for deltakerne å gå tilbake til tidligere spørsmål, for å rette opp eller endre på det de hadde skrevet. Deltakerne måtte besvare alle spørsmål i surveyen, for å kunne fullføre spørreundersøkelsen. En faktor som kan påvirke deltakelse og respons på spørreundersøkelser er at forsker er tilgjengelig for evt. spørsmål ved besvarelse (Boynton, 2004, s. 1379). Fordi B3 ble utført via internett, og det dermed ikke var noen forsker tilgjengelig under besvarelsen, kan dette sees på som en svakhet. Kontaktinformasjon til en av forskerne var likevel tilgjengelig i B3 skrevet dersom deltakerne hadde spørsmål.

En svakhet ved den engelske og den norske B3-surveyen er at det ikke ble gjennomført en dokumentert pilot. I utviklingen av det norske spørreskjemaet ble det gjennomført en type kartlegging. Spørreskjemaet ble sendt til kvinner som hadde født og som var i kontakt med norske B3-koordinatorer. Hensikten var å undersøke om spørsmålene i surveyen var forståelige. Ved den initiale B3-surveyen ble det heller ikke gjennomført en strukturert pilot

(Weckend, 2015). Istedenfor ble spørreskjemaet revidert etter en tidlig analyse av data fra forskjellige land. Endringer av språklig, kulturell og teknisk karakter ble gjort på bakgrunn av den tidlige analysen (Weckend, 2015, s. 21 - 22).

En annen svakhet ved datainnsamlingen er at spørreskjemaet som ble tatt i bruk ikke var validert. Et validert spørreskjema vil måle det den påstår å måle og kan spare forskere tid og ressurser ved å ta i bruk et allerede eksisterende spørreskjema (Boynton & Greenhalgh, 2004, s. 1313.). Reliable spørreskjema vil alltid gi konsekvente svar, selv når den utføres av ulike forskere. Ulikheter i svarene forekommer da på grunn av variasjon i utvalget, og ikke på grunn av ukonsekvent forståelse av spørsmål hos deltakere eller hvordan resultatene tolkes av forskjellige forskere (Boynton & Greenhalgh, 2004, s. 1313.). Det virket som studiedeltakernes forståelse av spørsmål 15 og 16 varierte. Spørsmål 15 spurte etter det beste med omsorgen de fikk «under fødselen». Det kom frem i svarene at noen kvinner tolket spørsmålet til å handle om kun fødselen som en adskilt hendelse, mens andre tolket det til å også handle om omsorg mottatt under svangerskapet og i barseltiden. En kvinne sa «Har ingenting å bemerke når det kommer til selve fødselen. Merket mer til «stresset» på barsel. Merket på jordmødrene at det var mye å gjøre, de nevnte dette også. Mer ro på barsel er vel noe jeg kunne tenkt meg». Kvinnenes svar på studien tyder på at kvinner ser på fødsel og barseltiden som et kontinuum, og ikke som adskilte hendelser. Vedeler et al. (2020) peker på kvinners oppfatning av svangerskap, fødsel og barseltid, som en sammenhengende helhetlig hendelse (Vedeler, 2020).

Det kom også frem at deltakerne hadde varierende forståelse av ordet «omsorg», og at de hadde ulike assosiasjoner knyttet til begrepet. Behandling virker å være et nærliggende begrep til omsorg for noen kvinner. En kvinne skrev «Går ikke direkte på omsorg, men jeg ønsket virkelig mer smertelindring. Fikk ingenting og det har jeg aldri fått med de to andre heller». Noen kvinner, men ikke alle, vil regne ordet omsorg å innebære for eksempel intervensjoner, smertelindring, mattilbud, personals personlighetstrekk og fasiliteter.

Funnene fra denne studien må dermed forstås i sammenheng med at kvinner har ulik forståelse av begrepet omsorg.

En utfordring med B3-studien er at oversettelsen til ulike språk har vært opp til hvert enkelt lands prosjektgruppe. Dette kan føre til ulikheter i innholdet av spørreskjemaene, da en direkte oversettelse av ord/setninger kan være utfordrende. Ved oversettelsesprosessen fra engelsk til norsk, fantes det eksempelvis ikke en direkte oversettelse av ordet «care». Dette førte til at B3-koordinatorer måtte finne en tilsvarende oversettelse som beholder innholdet av ordet. Prosessen angående oversetting av surveyen fra engelsk til norsk er ikke publisert. Ideelt sett burde det blitt foretatt en frem og tilbake oversettelse basert på WHO sine retningslinjer for oversettelse og adaptasjon av et måleinstrument (WHO, 2020). På grunn av ulikheter i oversettelsen av survey og ulik anvendelse av kodeverk hos de ulike B3-studiene, vil det være vanskeligere å sammenligne resultatene på tvers av land.

En svakhet med surveyer som bruker selvrekruttering er at det ikke er tilfeldig hvilke personer som deltar og ikke deltar (Polit & Beck, 2010, s. 276). Selvrekruttering introduserer seleksjonsbias på grunn av preeksisterende ulikheter mellom grupper (Polit & Beck, 2010, s. 224). Seleksjonsbias er den vanligste og mest problematiske trusselen mot studiers interne validitet i ikke-eksperimentelle studier (Polit & Beck, 2010, s. 224). Denne trusselen kan reduseres dersom det samles inn bakgrunnsvariabler som viser at utvalget er representativt (Polit & Beck, 2010, s. 224). I B3-surveyen ble det samlet inn bakgrunnsvariabler, noe som gjorde det mulig å sammenligne deltakergruppen med den norske fødepopulasjonen. Det vil likevel finnes variabler, som det ikke er samlet inn data på, som kan introdusere skjevheter. Dette kan gjøre at funn fra studien ikke er overførbare til den generelle populasjonen.

Elektroniske surveyer kan gi noen utfordringer med hensyn til representativitet og dermed kvalitet (Eberhard – Gran, 2017, s. 58). Bruk av internett er høyest blant personer med høy utdanning og hos den yngre populasjonen (Eberhard – Gran, 2017, s. 58). Utdanningsnivå

hos den enkelte er også en påvirkende faktor for om personen deltar i en spørreundersøkelse (Kvittingen, 2016). Det er også kjent at innvandrere svarer sjeldnere på spørreundersøkelser enn den generelle norske populasjonen (Helsebiblioteket, 2020). Disse faktorene introduserer seleksjonsbias i surveyen ved at deltakere med lavere utdanning, høyere alder og minoriteter kan være underrepresentert.

### 5.3.2 Analyse

En styrke ved studien er at forskerne startet kodeprosessen sammen, og oppnådde seg en felles forståelse av kodeverket. Dette styrker studiens inter-koderelabilitet (reproduserbarhet) (Weber, 1990, s. 17). Reliabilitet innenfor innholdsanalyse handler blant annet om stabilitet og reproduserbarhet (Weber, 1990, s. 17). Stabilitet i kontekst av innholdsanalyse refererer til om kodingen, som utføres av en person, er konsekvent over tid. Inkonsekvent koding fører til ureliable resultat. Inkonsekvenser i koding kan komme av forskjellige faktorer, som for eksempel tvetydighet i koding eller skrivefeil (Weber, 1990, s. 17). Noe som styrker studiens stabilitet, er at det ble utført en kontrollgjennomgang av en del av kodematerialet etter endt kodeprosess.

En svakhet ved innholdsanalysemetoden er at det ofte ikke er mulig for forskerne å vurdere reliabiliteten ved kodeprosessen. Selv om det i studien ble arbeidet ut ifra et kodeverk, spiller den enkelte forskers subjektive vurdering en sentral rolle. Problemer med å vurdere reliabilitet oppstår særlig når forskere er uenig og diskuterer med en tredjeperson av høyere autoritet, eller faglig tyngde. Det vil da det være større risiko for påvirkning av beslutningen i den retning tredjepersonen ønsker (Weber, 1990, s. 17). Bruk av et kodeverk vil medføre visse begrensninger i tolkningen av svar og plasseringen av disse i subtema. Det er også verdt å påpeke at subtemaene ikke er likeverdige. Enkelte subtema er brede og favner flere ting, mens andre subtema er mer snevert definert. Det er derfor ikke overraskende at et subtema som består av flere elementer blir nevnt av flere kvinner. Eksempelvis handlet subtemaet *fødselsledelse/jordmorstøtte* om mange ting, alt fra oppmuntring, veiledning, bekreftelse, til kommunikasjon, ulike former for støtte og informasjon under fødsel. Et mindre omfavnende

subtema var *normal fødsel*, som kun inkluderte utsagn som tydelig beskrev tiltro til normal fødsel, fødekroppen, eller tro på kvinnens evne til å føde.

## 6 Konklusjon

Målet med denne studien var å undersøke fødekvinners perspektiv på hva som er det beste ved fødselsomsorgen i Norge og hvilke endringer kvinnene ønsket. Gjennom en kvantitativ innholdsanalyse av det norske B3-datasettet (versjon 1) fant studien at det viktigste for mange kvinner i fødsel er god veiledning, informasjon, støtte og motivering. Kvinnene løftet også frem respekt, særlig i form av å bli behandlet med respekt og få medvirke i egen fødsel. Mulighet til ulike typer smertelindring, samt dens virkning og tilgjengelighet, hadde betydning for kvinnenens opplevelse av fødselen. Fødselshjelpers fysiske tilstedeværelse og kvinnens opplevelse av tilgjengeligheten til hjelperen ble funnet å være viktig for kvinner. Disse områdene løftes frem av mange kvinner, både som det de synes var det beste med fødselsomsorgen, og som områder det ønskes en endring innen.

Studiens funn bekrefter tidligere forskning om at disse områdene er viktige for kvinner som mottar fødselsomsorg. Resultatet fra denne studien gir verdifull innsikt i fødekvinners perspektiv, og er nyttig for yrkesgrupper som tilbyr fødselsomsorg. Implikasjon av funnene til praksis vil bidra til å fremme gode opplevelser av fødsel og generell helse for kvinner. Videre forskning anbefales å utforske hvilke forhold som fremmer fødekvinners opplevelse av autonomi, og hvilke forhold som fører til at fødekvinner erfarer å ikke bli trodd, hørt eller krenket.



## Referanser

- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Babies Born Better. (hentet 2020). About. Hentet fra <https://www.babiesbornbetter.org/about/>
- Babies Born Better. (2015, 24. august) Management Protocol version 7.
- Benet, M., Escuriet, R., Palomar-Ruiz, L., Ruiz-Berdùn, D. & Leon-Larios, F. (2020). Women's agenda for the improvement of childbirth care: Evaluation of the Babies Born Better survey data set in Spain. *Birth: Issues in perinatal care*, 47, 365- 377. doi: 10.1111/birt.12505
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Library: Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7,1465-1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Boynton, P. M. (2004). Hands-on guide to questionnaire research: Administering, analysing, and reporting your questionnaire. *BMJ*, 328, 1372 – 1375. <https://doi:10.1136/bmj.328.7452.1372>
- Boynton, P. M. & Greenhalgh, T. (2004). Hands-on guide to questionnaire research: Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*, 328, 1312 – 1315. <https://doi:10.1136/bmj.328.7451.1312>
- Boynton, P. M., Wood, G. W. & Greenhalgh, T. (2004). Hands-on guide to questionnaire research: Reaching beyond the white middle classes. *BMJ*, 328, 1433 – 1436. <https://doi:10.1136/bmj.328.7453.1433>

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>

De nasjonale forskningsetiske komiteene .(2009, 31. august). Helseforskningsloven. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helseforskningsloven/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019) Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst). Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>

Donate-Manzanares, M., Rodríguez-Cano, T., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Barrilero-Fernández, E., & Beato-Fernández, L. (2019). Quality of Childbirth Care in Women undergoing Labour: Satisfaction with Care Received and How It Changes over Time. *Journal of clinical medicine*, 8(4), 434. Doi: 10.3390/jcm8040434

Eberhard-Gran, M. (2017). *Spørreskjema som metode: for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E. & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review [journal article]. *European Journal of Midwifery*, 4. <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>

Ferguson, S. & Davis, D. (2019). 'I'm having a baby not a labour': Sense of coherence and women's attitudes towards labour and birth. *Midwifery*, 79, 102529.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102529>

Folkehelseinstituttet. (2015, 20. mai). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet 01. jan. 21 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>

Folkehelseinstituttet. (2018, 08. november). Erfaringer med føde- og barselavdelingene.

Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/erfaringer-med-fode-og-barselavdelingene/>

Folkehelseinstituttet. (2019, 24. april). Medisinsk fødselsregister – føremål og oppgaver.

Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/medisinsk-fodselsregister---helsere/>

Foyn, S. & Tobiassen, L. (2017). Prevensjonsveiledning. I E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka:*

*Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 164- 188). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M.E., Eberhard – Gran, M. (2013). The impact of

subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>

Gottvall, K. & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on

future reproduction? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 254–260. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x>

Helsebiblioteket. (2020, 9. November). Innvandrere og brukermedvirkning. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/brukermedvirkning/innvandrerere-og-brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Hentet fra

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

Helsedirektoratet. (2020 mars). Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/\\_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet— Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (Meld. St.12 (2008 – 2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1>

Hodnett, E.D. (2002). Pain and Women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186, 160 - 172. Doi: 10.1067/mob.2002.121141

Høgskulen på Vestlandet. (2020). Oppbevaring av aktive forskningsdata: Retningslinjer for vern og utveksling av personopplysninger og helseforskningsdata. Hentet fra [https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskingsetikk/304oppbevaringavaktiveforskningsdata\\_v2020.1.pdf](https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskingsetikk/304oppbevaringavaktiveforskningsdata_v2020.1.pdf)

International Confederation of Midwives. (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice. Hentet fra: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

Jackson, S. (2001). Successfully implementing total quality management tools within healthcare: what are the key actions? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(4), 157-163. DOI:10.1108/09526860110392431

Jakobsen, M. D. & Spilker R. S. (2020). Innvandrere og brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten: Hvordan ivareta innvandreernes brukermedvirkning i avgjørelser om egen helse, utforming av tjenester og tjenesteforskning. Hentet fra

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2686533>

- Kvittingen, I. (2016, 30. mai). Det er vanskelig å få innvandrere til å svare på spørreundersøkelser. *Forskning.no* Hentet fra <https://forskning.no/innvandring-sosiale-relasjoner-fritid/det-er-vanskelig-a-fa-innvandrere-til-a-svare-pa-sporreundersokelser/416760>
- Lally, J. E., Thomson, R. G., MacPhail, S. & Exley, C. (2014). Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy Childbirth, 14(6)*. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-6>
- Leap, N. & Anderson, T. (2008). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. I S. Downe(Ed.), *Normal Childbirth: Evidence and debate* (s. 29-46). Churchill Livingston Elsevier.
- Lie, R. K., Svendsen, L. F. H. & Gamlund, E. (2015). *Filosofi og helseforskning* (2. Utg.). Fyllingsdalen: Alvheim & Eide.
- Lindström, B., Berg, M., Magistretti, C. M., Perez-Botella, M. & Downe, S. (2017). The salutogenic approach to maternity care: from theory to practice and research. I S. Church, L. Frith, M.-C. Balaam, M. Berg, V. Smith, C. van der Walt, S. Downe & E. Van Teijlingen(Ed.), *New thinking on improving maternity care: international perspectives* (s. 19-29) London: Pinter & Martin.
- Lindström B. & Eriksson, M. (2011). From health education to healthy learning: Implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of Public Health, 39(6)*, 85-92. doi:10.1177/1403494810393560.
- Lindström, B., Eriksson, M. & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv* (The hitchhiker's guide to salutogenesis). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Luegmair, K., Zenzmaier, C., Oblasser, C. & König – Bachmann, M. (2018). Women's satisfaction with care at the birthplace in Austria: Evaluation of the Babies Born Better

survey national dataset. *Midwifery*, 59, 130 – 140.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.01.003>

Macpherson, I., Roqué-Sánchez, M. V., Legget, F. O., Fuertes, F. & Segarra, I. (2016). A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*, 41, 68-78. doi: 10.1016/j.midw.2016.08.003.

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Mathias, L. A., Davis, D. & Ferguson, S. (2020). Salutogenic qualities of midwifery care: A best-fit framework synthesis. *Women and Birth*, 34, 266 – 277.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>

Medisinsk fødselsregister - statistikkbank (a) (2021). Fødte og fødsler per institusjon, 2015 [Statistikk]. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Medisinsk fødselsregister - statistikkbank (b) (2021). Mors alder, 2015 [Statistikk]. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Medisinsk fødselsregister – statistikkbank (c) (2021). Mors fødeland, 2015 [Statistikk]. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Medisinsk fødselsregister – statistikkbank (d) (2021). Paritet, 2015 [Statistikk]. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Neuendorf, K. (2017) *The Content Analysis Guidebook* (2. Utg.). Los Angeles: Sage publications

Nilsson, L. Thorsell, T. Wahn, E. H. & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First – Time Mothers. *Nursing Research and Practice*. Vol. 2013.

<https://doi.org/10.1155/2013/349124>

- Norsk senter for forskningsdata. (hentet 2020). Fyll ut meldeskjema for personopplysninger. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- Oladapo, O. T., Tunçalp, O., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S. & Gülmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG: An International journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125, 918 – 922. DOI: 10.1111/1471-0528.15237
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Raboteg-Šarić, Z., Brajša-Žganec, A. & Mujkić, A. (2017). Optimising childbirth in Croatia – Mothers' perceptions of the best experience and their suggestions for change. *Central Europe Journal of Paediatrics*, 13(2), 117-129. DOI 10.5457/p2005-114.179
- Redshaw, M., Martin, C. R, Savage-McGlynn, E. & Harrison, S. (2019). Women's experiences of maternity care in England: preliminary development of a standard measure. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 167. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2284-9>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Capbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Declerq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet Journal*, 384, 1129 – 1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Rose, S., Spinks, N. & Canhot, A. I. (2015). *Management Research: Applying the Principles: Quantitative content analysis*. New York: Routledge
- Royal College of Midwives. (2002). What is salutogenesis. Hentet fra <https://www.yumpu.com/en/document/read/4976877/what-is-salutogenesis>

- Sjetne, S. I. & Holmboe, O. (2017). Brukererfaringer med fødsel-og barselomsorgen i 2016. Nasjonale resultater. *PasOpp-rapport nr. 2017:519*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/2017/fodsels-og-barsel/brukerfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2016.-nasjonale-resultater.pdf>
- Skirnisdottir, E., Haukeland G. T., Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, 10 - 15. DOI: 10.1016/j.midw.2016.09.012
- Skoko, E., Ravaldi, C., Vannacci, A., Nespoli, A., Akooji, N., Balaam, M.-C., ... Downe, S. (2018). Findings from the Italian Babies Born Better Survey. *Minerva Ginecologica*, 70(6), 663-675. <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.18.04296-X>
- Smarandache, A., Kim, T. H. M., Bohr, Y. & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(114). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2>
- Sosa, G. A., Crozier, K. E. & Stockl, A. (2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*, 62, 230-239. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.016.
- Statistisk sentralt byrå. (hentet 2020). Bruk av sosiale medier (prosent), etter alder statistikkvariabel, år og kjønn. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11437/tableViewLayout1/>
- Tabaghdehi, A. H., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M. & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233 – 1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N. & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive health*, 15, 73 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>
- Takács, L., Seidlerová, J. M., Šulová, L., & Hoskovcová, S. H. (2015). Social psychological predictors of satisfaction with intrapartum and postpartum care - what matters to



- women in Czech maternity hospitals. *Open medicine*, 10, 119–127.  
<https://doi.org/10.1515/med-2015-0022>
- Thomson, G. & Dykes, F. (2011). Women's sense of coherence related to their infant feeding experience. *Maternal and Child Nutrition* 7(2), 160-174. doi: 10.1111/j.1740-8709.2010.00251.x.
- Todd, A. L., Ampt, A. J., & Roberts, C. L. (2016). "Very Good" Ratings in a Survey of Maternity Care: Kindness and Understanding Matter to Australian Women. *Birth: Issues in perinatal care*, 44, 48 – 57. <https://doi.org/10.1111/birt.12264>
- Van Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie A. M., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: "what is must still be best". *Birth: Issues in perinatal care*, 30(2), 75-82. doi: 10.1046/j.1523-536x.2003.00224.x.
- Vedeler, C., Nilsen, A. B. V., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. (2020). What women emphasise as important aspects of care in childbirth: An online survey study of 8,401 women who have given birth in Norway. *Authorea*. November 23, 2020.  
<https://doi.org/10.22541/au.160613119.96934894/v1>
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Rådestad I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth: Issues in perinatal care*, 31(1), 17-27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x.
- Weber, R. (1990). *Basic Content Analysis*. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412983488.n1>
- Weckend, M. J. (2015). Women's Experiences of Maternity Care in Germany and Austria; The Babies Born Better User Survey. (Master's thesis). University of Central Lancashire, Preston, Lancashire, England.
- WHO. (2004). Making Pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Hentet fra: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241591692/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/en/)
- WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World health organization. Hentet fra

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=F7AFC68E5E130450175F1A58860C1A17?sequence=1>

WHO. (hentet 2020). Process of translation and adaptation of instruments. Hentet fra [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)

WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 29.04.21 fra [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

## VEDLEGG 1 – NORSK B3-SURVEY

### 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](mailto: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](mailto: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)?

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

#### OM BARN 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

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?
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.

## VEDLEGG 2 – REVIDERT KODEVERK

### Norsk rammeverk til B3-survey (temaer og subtemaer) 18.11.2020

#### **Tema 1: Relasjoner, følelser, atmosfære, holdninger**

1. Tilstedeværelse/tid
2. Autonomi
3. Trygghet
4. Kompetanse
5. Tiltro til normal fødsel
6. Fødselsledelse/jordmorstøtte
7. Empati
8. Ro og fred
9. Hyggelig atmosfære
10. Uforstyrret/privat
11. Generell omsorg

#### **Tema 2: Spesifikke intervensjoner og scenarier**

1. Innkomst/begynnerfasen
2. Unngå intervensjoner
3. Ønsket intervensjon
4. Smertelindring
5. Ammehjelp og oppfølging etter fødsel
6. Rådgivning
7. Tilknytning
8. Tidlig hjemreise

#### **Tema 3: Involverte aktører**

1. Involverte fagpersoner
3. Ledsagers involvering
4. Tilrettelegging og ivaretagelse av ledsager
5. Profesjonelt samarbeid
6. Ekstern jordmor

#### **Tema 4: Rammer, omgivelser og organisering**

1. Kontinuitet
2. Bemanning og kapasitet
3. Fødested
4. Fasiliteter og føderommets utforming
5. Innkvartering
6. Servering
7. Hjemmebesøk
8. Økonomiske forhold
9. Sosial aksept
10. Svangerskapsomsorg



**Tema 5: Generelle tilbakemeldinger**

## 1. Alt var bra

**Kommentarer:**

Det gis så mange koder som er nødvendig for å gripe innholdet i utsagnene. Når samme identiske utsagn flere ganger fra en respondent, bare en kode.

*Kode 7777= vanskelig å definere, uforståelig, feil*

9999: missing

8888: vet ikke

Nylig lagt til = **xxxxxx**

**Koding:**

Hver kode består av 4 siffer og bygges opp slik:

Tema: 1-5

Subtema: 01-12

Positiv eller negativ hale: 1 eller 2

1: jeg likte dette

2: jeg savnet/manglet dette

Eksempler: 1011: Tema 1, subtema 01, positiv hale

4102: Tema 4, subtema 10, negativ hale

| <b>Tema 1: Relasjoner, følelser, atmosfære og holdninger. (attitude, atmosphere and feelings)</b> |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Subtema   | Positive og negative begreper  | Forklaringer  | Eksempler  |
| 101_<br><b>Tilstedeværelse/tid</b><br><br>(Time/presence/reliability/approachability)             | 1011<br>Tilgjengelighet, kontinuerlig, oppmerksomhet, en til en, tilstede, tett oppfølging, tett kontakt, nærværende, aldri alene, hyppig tilsyn, hele tiden, god tid, enough time, was here for me, available, listening, quickly there to help, <b>tid, god tid, fokus, rask hjelp</b>   | Den tiden jordmor el andre tilbringer (kvantitet) sammen med kvinnen. | «Alltid noen tilstede»<br>«Å ha jordmor og lege som følger deg hele veien»<br>«Hun var der hele tiden»<br><b>«god oppfølging hele veien»</b><br><b>«Konsentrerte på meg»</b>   |
|   | 1012<br>Travelt, bedre tid, ikke alene, mer kontakt, mer tilgjengelig, mer tilstede, mer nærhet, mer tid, mer oppmerksomhet, mer tilsyn, prioritere en til en omsorg, lang ventetid, More time, more presence, not to be left alone, takes too long, had to wait too long, rare contact, want to see her more often, <b>ventetid</b> |   | «Mer nærhet av jordmor»<br>«Mer tid til pasient»<br>«At jordmor kunne være tilstede hele tiden når jeg følte behovet»<br>«Mer omsorg/ oppmerksomhet/ veiledning før aktiv fødsel»<br>«Bedre kontakt i latens og åpningsfase når en fortsatt er hjemme»<br>«Ikke få beskjed om hvor travelt de har det»<br><b>«Hyppigere tilsyn»</b><br><b>«Tettere oppfølging»</b> |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 102_<br><b>Autonomi</b><br><br>(Self-determination /respect/acceptance/individuality) | 1021<br>Selvbestemmelse, respekt, aksept for egne valg, individuell, medvirkning, fulgte mine ønsker, bli tatt på alvor, anerkjennelse, valgfrihet, bli lyttet til, bli sett/hørt, accepted, personal preference, different options, acknowledged, valued, flexile, individual, free choice, allowed, <b>hensyn, unik, ærlighet, medbestemmelse, frihet</b> |  | “Bestemte alt selv”<br>“Jeg ble ikke behandlet som en syk”<br>«Da ble jeg sett og hørt»<br><b>«Bli lyttet til»</b><br><b>«Lyttet til meg»</b><br><b>«Så mine behov»</b><br><b>«Empowerment»</b>   |
|   | 1022<br>Å bli trodd, mer kontroll, å bli hørt, mer respekt, individuell tilpasning, mer selvbestemmelse, ikke bli overstyrt, useriøst, mer innflytelse, snakke over hodet, Forbiden, prohibited, coerced, persuaded, constrained, urged, paternalism, threatening, standardized, impersonal, <b>overgrep, overkjørt</b>                                     |  | «Mer respekt for mors ønske, f.eks. sen avnavling på ABC»<br>«Bli hørt med en gang»<br>«Mulighet til å selv bestemme fødestilling»<br>«Bli spurt om hva jeg selv ønsker»<br>«At de ikke snakket over hodet mitt»  |
| 103_<br><b>Trygghet</b>   | 1031<br>Trygghet, trygg, sikkerhet, sikker  | Når trygghet/sikkerhet er nevnt eksplisitt | «Trygghet»<br>«Jeg følte meg trygg»<br><b>«betryggende ord»</b><br><b>«Trygge omgivelser»</b>   |
|   | 1032<br>Usikker, utrygg, kaotisk,   |  | «Bedre informasjon, ville gitt økt trygghet»  |
| 104_<br><b>Kompetanse/tillit</b>  | 1041<br>Implisert trygghet, ha god kompetanse, å være i gode hender, ha tillit til, å stole på, dyktig, kompetent, erfaring, kunnskap, ekspertise, utdanning, kyndig, flink, full kontroll, competent, experienced, qualified, clear, precise, <b>effektiv, grundig, rutine, handlekraftig,</b>   | Når tryggheten er implisitt i meningen     | «God og erfaren jordmor hele fødselsforløpet»<br>«Utdannet personale»<br>«Tillit til jordmoren»<br>«De tok godt vare på babyen»<br><b>«Gode rutiner»</b><br><b>«Rask, effektiv jordmor»</b><br><b>«Raske avgjørelser»</b><br><b>«Grundig overvåket»</b> |
|   | 1042<br>Uerfaren, kunnskapsmangel, avdekke tidligere, kvalitetssikring, bedre kompetanse, Unexperienced, chaotic, for no reason, <b>språkforståelse, vikar,</b>   |  | «Jordmor var uerfaren, hadde lite forståelse for forløpet»<br>“Doctors looking at facts of my pregnancy not statistics”<br><b>«...vikar som ikke vet hvor ting er»</b><br><b>«Jordmor som forstår norsk»</b><br><b>«Litt mindre legespråk»</b>          |
| 105_<br><b>Normal fødsel</b>  | 1051<br>Tiltro til normal fødsel, fødekroppen, naturlig prosess,  |  | «Fikk holde fødselen så normal som mulig»   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   | fødeevner, naturlig fødsel, positive view, empowered, beleived in me, <b>avventende, bevegelsesfrihet</b>  |  | «Støtte i at fødsel er en naturlig prosess»<br>«Tillit til mine fødeevner uten tidspress og medbestemmelse»<br>«Tilrettelagt for naturlig fødsel»<br><b>«Føde på min måte, det som er naturlig for meg under fødsel»</b>   |
|   | 1052<br>Bevare det normale, lytte til intuisjon, stress over fremgang  |  | «At de blir fokusert på det normale i en fødsel la kroppen spille på lag med seg selv.»<br>«Få muligheten til å prøve selv før jn og lege tar grep (f.eks. setter drypp)»  |
| 106_<br><b>Fødselsledelse /jordmorstøtte</b><br><br>(Skilled midwifery) | 1061<br>Veiledning, oppmuntring, bekreftelse, fødselsledelse, informasjon, støtte, god kommunikasjon, engasjement, forklaringer, motivasjon, skryt, hjelp til å puste, hjelp under fødsel, <b>bestemt, hjelpende, støttende, samarbeid, lagarbeid, team</b>  | Alt som innbefattes av «fødselsledelse». Utsagn om informasjon inkluderes når det tolkes som veiledning under fødsel | «Gav meg klar beskjed om hva jeg skulle gjøre, puste, trykke osv.»<br>«Hjelp til pusteteknikk»<br>«Informasjon om hva som skjedde underveis»<br>«God støtte»<br>«Veiledning»<br><b>«Støtte»</b><br><b>«Beroligende prat/ ord»</b><br><b>«Oppmuntrende ord»</b><br><b>«Roet meg ned»</b><br><b>«Godt samarbeid»</b> |
|   | 1062<br>Bekreftende ord, bedre kommunikasjon, mer veiledning, mer informasjon, mer støtte, mer omsorg, mer motivasjon, mer autoritet, mer forklaring   |  | «My midwife should not have pulled my baby out of me after her head was born, but calmly waited until the next rush and let me catch her myself”<br>«Noe mer omsorg/ hjelp til smertelindring siste del av fødsel-- forslag stillinger, massasje e.l»<br>«Informasjon før man klippes»                             |
| 107_<br><b>Empati</b>   | 1071<br>Empatisk, kjærlig, dedikert, forståelse, varm, omsorgsfull, forsiktig, medfølelse, personlig, nærhet, medmenneskelighet, Loving, caring, warm, close, intensive, attentive, devoted, committed, warm touch, <b>lydhør, lyttende, hjelpsom, ydmykhet, trøst, omtanke, omtensksom, åpenhet</b> | Knytter seg mest til egenskaper i personen   | «De var veldig forsiktig»<br>«Kjærlig jordmor»<br>«De skjønnte hvor redd jeg var og tok hensyn til det i omsorgen»<br>«Forståelse»<br><b>«Genuin omsorg»</b><br><b>«gode ord»</b><br><b>«Ble holdt i hånda»</b><br><b>«Føle meg sett»</b>  |
|   | 1072<br>Tøff, lite forståelsesfull, mer empatisk, fordommer, kald, uten empati, rough, coarse, sterile,  |  | «Leger uten empati burde blitt henvist til andre deler av yrket hvor man ikke samhandler med pasienter i denne sårbare situasjonen»  |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | filled with bitterness, harsh,<br><b>usensitiv,</b>   |   | «Mer forståelse for ammeproblemer»  |
| 108_<br><b>Ro og fred</b>                        | 1081<br>Rolig, ro, tålmodig, snill, mild, stille, stillhet, fattet, fredelig, beroligende, mørkt, relaxed, waited, gentle, harmonious,<br><b>ingen hastverk</b>   | Egenskaper i person eller knyttet til atmosfære | «Rolige omgivelser selv når det var kritisk»<br>«En rolig og fattet jordmor»<br>«Ro»  |
|  | 1082<br>Stress, travel, bråkete, hektisk skrik, hectic, time pressure, nervousness  |   | «Ble sendt opp og ned fra fødeavdeling til fødeloft.»<br>«Fjernet skrikene fra dama som fødte i naborommet»<br>«Ikke måtte stresse ut av fødestua 2 timer etter fødsel»<br><b>«Ammestress»</b>  |
| 109_<br><b>Hyggelig atmosfære</b><br>Vennlig     | 1091<br>Hyggelig, vennlig, grei, glad, trivelig, utadvendt, godt humør, velkommen, comfortable, nice, great personality, laughing, merry, joyful, warm atmosphere, welcome, feel at ease, open-minded, <b>hyggelig atmosfære/ personer, trivelig, folkeskikk, small talk, sosial, snill, koselig, fleksibilitet</b> | Hyggelig og god atmosfære                       | «Hyggelige jordmødre som var blide og i godt humør»<br>«Vennlige folk»<br><b>«god relasjon til en jordmor»</b><br><b>«gode samtaler»</b><br><b>«samtale»</b><br><b>«Fantastisk»</b><br><b>«Positive ord»</b><br><b>«Følte meg ikke til bry»</b><br><b>«Møte med andre fødande/mammaer»</b><br><b>«Samhold på fellesrom»</b> |
|  | 1092<br>Uvennlig, uhøflig, kald, mer positiv, mer imøtekommende, hyggeligere, ikke velkommen, rude, bleating, bitching, <b>arrogant, frekk</b>  |   | «Stemningen på barselavdelingen bør være mer positiv og imøtekommende»<br>«Hyggeligere!»  |
| 110_<br><b>Uforstyrret / privat</b><br>(Privacy) | 1101<br>Lite innblanding, i fred, alene, uten studenter, uforstyrret, intimt, privat, be left alone, undistured, free, secluded, allowed space, , <b>alenetid, passe innblanding/ oppfølging, bluferdighet</b>  |   | «Jordmødrene lot meg føde i fred»<br>“Since everything was fine with my baby we were left alone”<br>“Lite innblanding”<br>“Kun jordmor og far var tilstede»<br><b>«Fikk fred»</b><br><b>«Uforstyrret under/ etter fødsel»</b>   |
|  | 1102<br>Mer privat, mer intimitet, for mange folk, forstyrrelser, , intrusive, interferred  |   | «For mange leger, sykepleiere og anestesileger»<br>«Ikke studenter»   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 111_<br><b>Generell omsorg</b><br><br>(Care in general)                                      | 1111<br>Omsorg, oppfølging, ivaretagelse, hjelp, pleie, passet godt på, medical care, care, support, help, obstetrics, <b>serviceinnstilt</b> ,  | Når begrepene brukes uten nærmere spesifisering.  | «Oppfølging og omsorg under komplisert fødsel»<br>«Omsorg»<br>«Godt ivaretatt»  |
|  | 1112<br>Bedre omsorg, oppfølging, ivaretagelse, hjelp, Better care   |   | « <b>bedre oppfølging</b> »   |
| <b>Tema 2: Spesifikke intervensjoner og scenarier (specific interventions and scenarios)</b> |  |   |   |
| Subtema  | Positive og negative begreper  | Forklaringer  | Eksempler   |
| 201_<br><b>Innkost/begynnerfasen</b><br><br>(Easy admission)                                 | 2011<br>Få komme inn, sjekke åpning, tidlig, innskrivning, innleggelse, mottagelse, <b>ambulanse</b>   |   | «Ble sjekket åpningen»<br>«Ble skrevet inn selv om jeg hadde liten åpning. Fødselen gikk veldig fort»   |
|  | 2012<br>Vente lenge hjemme, vente på fødestue, tidligere, fortere, raskere, mindre ventetid, få lov til å komme inn, bedre veiledning, bedre kommunikasjon, bli tatt alvorlig                  |   | «Å få komme tidligere inn til sykehuset»<br>«Raskere inn på fødestuen»<br>«At det ikke var ventetid når jeg ankom»  |
| 202_<br><b>Unngå intervensjoner</b><br><br>(Few interventions)                               | 2021<br>Ingen intervensjoner, ikke for medikalisert, ikke press  | Brukes når eksplisitte intervensjoner nevnes, eller intervensjoner som begrep, eller når det er implisitt indikert å unngå intervensjoner i en positiv eller negativ vei. | «Mulighet til å føde uten intervensjoner»<br>“No pressure to take epidural or other painkillers”  |
|  | 2022<br>Færre intervensjoner, ingen intervensjoner, mindre fokus på patologi, færre undersøkelser, klare uten smertelindring, mindre overvåkning, constant monitoring, mindre [intervensjoner] |   | “No belly measurements or late in pregnancy ultrasounds to measure the baby.”<br>“Had US scan at least 3 times during pregnancy: week 12, 20, and before delivery”<br>“Uten epidural” |
| 203_<br><b>Ønsket intervensjon</b>   | 2031<br>Hyppige undersøkelser, mange ul, fornøyd med intervensjoner, sette i gang, ta vannet, få keisersnitt, overvåkning, glad for [intervensjoner], <b>medisin, medikamenter</b>             | Brukes når eksplisitte intervensjoner nevnes, eller intervensjoner som begrep.  | «At de innså at jeg trengte epidural når fødselen trakk ut»<br>«At jeg (til slutt) fikk keisersnitt»<br>«Mellomkjøttet ble oppvarmet og massert v/fødsel»                             |
|  | 2032<br>Mer, raskere, tidligere intervensjoner, flere ultralyd, planlagt keisersnitt   |   | «Ikkje venta så lenge med å ta haste keisersnittet»<br>«Hyppigere overvåkning av fødsel»  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   |  |  | «Grensen for keisersnitt bør være lavere, da med tanke på TREG fødsel»<br>«At vannet ble tatt litt før»  |
| 204_<br><b>Smerte-<br/>lindring</b>                 | 2041<br>Glad for, fikk epidural, tilbud om epidural, lystgass, bedøvelse, akupunktur, i tide, <b>alternativ smertelindring, badekar, dusj, varme, varmeputer, steriltvannspapler</b> | Hvis ønske om mindre eller senere smertelindring brukes kode 202_                    | «Bedøvelse under fødsel»<br>«Akupunktur»<br>«Epidural»<br>«Epidural og smertelindrende i tide»<br><b>«tilgang til smertelindring»</b><br><b>«Tilbyr smertelindring»</b><br><b>«mulighet for epidural ved behov»</b>  |
|   | 2042<br>Mer, tidligere, raskere, bedre smertelindring. Lettere tilgang, tydeligere tilbud  |  | «Ville gjerne hatt lystgass»<br>«Tilbud om smertelindring, ikke måtte mase seg til det»<br>«Tydeligere tilbud om smertestillende tidlig i forløpet»  |
| 205_<br><b>Ammehjelp og oppfølging etter fødsel</b> | 2051<br>Ammehjelp, ammeveiledning, første timene, samtale etter fødsel, mer hjelp på barsel, barnepass, nyfødtavdeling,  | Inkluderer amming, etterfødsels-samtale, generell barsel                             | «Veldig god oppfølging på barselavdeling»<br>«De tok godt vare på babyen»<br>«Praten om amming med en barnepleier. Satt med meg i to timer og viste meg riktig teknikk.»   |
|   | 2052<br>Mer amnehjelp, mer hjelp på barsel, mer veiledning, samtale etter fødsel, bedre ammeopplæring, , mer støtte, bearbeide fødselen, barnestell, mer tid                         |  | «Mer støtte ved ammestart<br>Mindre ammepress»<br>«Bedre samtale om fødselen»<br>«Bedre oppfølging på barselavdeling»<br>«Mer oppfølging etter keisersnitt, hjelp på barsel»<br><b>«Bedre oppfølging på barsel»</b><br><b>«Bedre tiden etter fødsel»</b><br><b>«Avlastning»</b>  |
| 206_<br><b>Rådgivning</b>                           | 2061<br>Råd, forklaring, samtale, <b>informasjon</b>   | Informasjon og rådgivning som ikke oppfattes som veiledning under fødsel (kode 106_) | «Forklaringer på barnets oppdragelse»<br><b>«Utreisesamtale»</b>   |
|   | 2062<br>Mer veiledning, mer informasjon, samtale i forkant, mer kunnskap, dårlige råd  |  | «Mer informasjon om tilbud under fødselen»<br>“More knowledge and education about after birth conditions and problems”<br>«Mer informasjon om hjemmefødsel hos fastlege»<br>«Grundigere opplysninger om hvordan jeg skulle komme meg til sykehuset, siden jeg bor langt i burte» |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|   |   |  | <b>«Bedre informasjon»</b>   |
| 207_<br><b>Tilknytning</b>                          | 2071<br>Være med barnet, hud mot hud, ha barnet hos seg hele tiden, til brystet, rett etter fødsel, nærhet med baby, tid med barnet, stay with child, take up my child by myself, |  | «At jeg fikk barnet til brystet umiddelbart etter fødsel»<br>«Always with my baby»<br>«De ventet med å måle babyen så vi kunne ha hud mot hud som vi hadde bedt om»  |
|   | 2072<br>Adskilt, separated, child was taken away, should stay with mother, bonding should be encouraged   |  | «Gi deg barnet umiddelbart, ikke etter to timer»<br>“To stay with my baby after birth, in the intensive care unit where she was”   |
| 208_<br><b>Tidlig hjemreise</b>                     | 2081<br>Ambulant, dro hjem tidlig, left home early  |  | «Could go home early»  |
|   | 2082<br>Lengre liggetid, ble sendt hjem, stay longer, reise hjem tidligere, lenger barseltid, recover   |  | «Økt liggetid på barsel for de som ønsker»<br>«Reise hjem tidligere (tilrettelagt for det)»<br>«At jeg ikke måtte kjempe for å få være en ekstra natt på barsel fordi jeg selv syntes jeg trengte det, men avdelingsleder ikke syntes det var nødvendig» |
| <b>Tema 3: Involverte aktører (involved actors)</b> |   |  |  |
| <b>Subtema</b>                                      | <b>Positive og negative begreper</b>  | <b>Forklaringer</b>  | <b>Eksempler</b>   |
| 301_<br><b>Involverte fagpersoner</b>               | 3011<br>Jordmor, doktor, barnepleier, student, sykepleier, profesjonelle, jordmoromsorg   | Fagpersoner uten spesifisering. Ikke detaljert beskrivelse av egenskaper, generelle uttalelser om de profesjonelle involverte som gruppe/profesjon | «Profesjonelle folk»<br>«Jordmoren og barnepleieren»   |
|   | 3012<br>En annen jordmor/lege .....   |  | «Ville hatt en annen lege»<br>«Sykepleierne på barsel avdeling»<br>«Tettere oppfølging av lege»<br><b>«jordmor som luktet røyk»</b>  |
| 302_<br><b>Ledsagers involvering</b>                | 3021<br>Partner, mor, søster, venn, tilstede, støtte, ledsager  | Koden brukes når det omhandler ledsagers konkrete involvering.<br>Ledsager nevnes eksplisitt.  | «Støtte fra mannen min»<br>«Samboer tilstede»<br>«   |
|   | 3022<br>Partner, mor, søster, venn, tilstede, støtte, ledsager  |  | <b>«At mannen min kunne budd på rommet sammen med meg og barnet på barsel»</b>   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  |   |   |   |
| 303_<br><b>Tilretteleg-<br/>ging og<br/>ivaretagelse<br/>av ledsager</b>   | 3031<br>Fikk være med, de passet på, la til rette for, ha med mann, inkludere, ivareta, allowed to stay   | Koden brukes hvordan fødestedet la til rette for eller ivaretok ledsagers involvering.                              | «At samboer fikk være med under keisersnittet»<br>«Inkludering av partner»<br>«Partneren min var like viktig som meg»<br>«Jordmødrenes fine ivaretagelse av far»  |
|  | 3032<br>Mann, partner, far, sammen, ivaretagelse, tilrettelegge, deltakelse, inkludere, informasjon, bedre plass, støtte, når som helst, omsorg, oppmerksomhet,   |   | «Mer tilrettelagt for fedre under fødsel»<br>«Mer informasjon til partner»<br>«Bedre støtte til far»<br>«At partner kunne vore med i latensfasen»   |
| 304_<br><b>Profesjonelt samarbeid</b>  | 3041<br>Bra team, samarbeid, enighet, konsistens, kontroll, collaboration, open to suggestions, agreement, consistency  | Brukes også når <b>team</b> nevnes  | «Teamet visste hva de skulle gjøre og utstrålte kontroll i sine handlinger. Styrte fødselen i seteleie.»<br>«Flinke jordmødre og legar som handla raskt då det vart dramatisk i siste del av fødselen»<br><b>«det kom inn ett helt lag når ungen måtte tas med vakum»</b> |
|  | 3042<br>Uenighet, diskusjoner, hørte ikke på hverandre, samsvar, følge opp, forskjellige meninger, rapport, hostility, not listening  |   | «Bedre rutiner/ overlapp mellom sykepleierne»<br>«Avgjørelser følges opp uten stadig nye diskusjoner mellom leger»  |
| 305_<br><b>Ekstern jordmor</b>   | 3051<br>Ekstern jordmor, hadde med egen jordmor, privat jordmor, allowed  |   | “I was allowed to have my husband, doula and private midwife with me at all times.”   |
|  | 3052<br>Foretrakk ekstern jordmor, fikk ikke lov å ha med egen jordmor  |   | --  |
| <b>Tema 4: Rammer, omgivelser og organisering (setting, premises, and catering + financial , legal and societal)</b> |   |   |   |
| <b>Subtema</b>   | <b>Positive og negative begreper</b>  | <b>Forklaringer</b>   | <b>Eksempler</b>  |
| 401_<br><b>Kontinuitet</b>   | 4011<br>Kjent jordmor, samme jordmor, kontakt person, jordmor fra forrige fødsel, kjent fjes, min jordmor, kontinuitet, familiarity with carer, designated contact person, well known, no handover or change of shifts, established relationships | Etterfødselsamtale får denne koden + 205_ hvis det er spesifikt nevnt at det ønskes samme jordmor som under fødsel. | «At min jordmor gjennom hele ssv.skapet tok imot»<br>«Jordmødrene kjente meg og vi kjente henne/de»<br>«Kontinuitet»  |



|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | 4012<br>For mange kontaktpersoner, anonym, ønsket samme jordmor, utskifting, stole på, mye mennesker, fast person, for mange ulike personer, ikke bytte, unngå vaktskiftet, omvisning, too many contact persons, meet carer, become acquainted, anonymous, <b>kontinuitet i informasjon</b> | Utsagn om vaktskifter kodes her hvis meningen er knyttet til kontinuitet. Vis det handler om for få mennesker brukes kode 402_. | «At man skal ha 1-2 faste leger/jordmødre og forholde seg til»<br>«Skulle gjerne hatt samme jordmor under fødsel som ved kontrollene»<br>«At neste jordmor kom inn før den første gikk av vakt»<br>«Fødselssamtale med jordmora som var med på fødselen»<br><b>«Alle forskjellige beskjeder fra person til person som forvirrer»</b> |
| 402_<br><b>Bemanning og kapasitet</b>               | 4021<br>Nok jordmødre, bemanning, doula, sufficient staff, close to my home, second midwife available,  |   | -  |
|   | 4022<br>For lite leger, jordmorbemanning, provide doula, fast ansatt fødselslege, raskere hjelp, flere pleiere, tilgjengelig personale, underbemanning, more midwives, more birth centres, more staff, overcrowding, too far away, <b>fysisk kapasitet</b>                                  |   | «Tilgjengelig anestesipersonallet som var på avd hele tiden; slik at en slapp å vente på dem når en trengte smertestillende»<br>«Flere jordmødre på jobb, slik at jordmor hadde bedre tid»<br><b>«Flere fødestuer»</b>   |
| 403_<br><b>Fødested</b>                             | 4031<br>Vanlig fødeavdeling, ABC, stort sykehus, lite sykehus, et spesifikt fødested nevnt ved navn, hospital, birth centre, at home familiar surroundings, <b>beredskap</b>  | Fødested/tilgjengelighet (stengt/ferie)   | «A non-hospital like environment»<br>«Trygghet om komplikasjoner skulle oppstå mtp et stort sykehus»   |
|   | 4032<br>Føde hjemme, annet sykehus, spesifikt sykehus nevnt ved navn, prefer a different birth setting, transferral during birth  |   | «Føde hjemme»<br>«At jeg kunne fått føde på Kongsberg sykehus (noe jeg ikke kunne fordi jeg hadde vannavgang på over 48 t og det er ikke beredskap for sånt på Kongsberg sykehus)»<br><b>«Det burde være barneklinikk på sykehuset»</b>  |
| 404_<br><b>Fasiliteter og føderommets utforming</b> | 4041<br>Vannfødsel, rent, hjemmepreg, dobbeltseng, behagelig fødestue, stearinlys, bleier, moderne fødestue, stor fødestue, fint rom, musikk, eget bad,   | Utforming, utstyr, badekar, vannfødsel  | «Tilgang til dobbeltseng og badekar på rommet»<br>«Materialer, bleier, mat, pyjamas»<br>«Fine rom»   |
|   | 4042  |   | «Badekar til alle»   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  | Bedre utstyr, nyere utstyr, mindre lys, koseligere rom, bedre stoler, toalett på rommet, bedre senger, bedre fysiske forhold, temperaturen, badekar, hyggeligere rom, renere rom, større rom |   | « <b>Skulle vært tilgjengelig badekar</b> »<br>«Gi dem bedre utstyr Sengene er dårlig for fødende.»<br>«Få toalett på rommet»<br>«Kunne ønske at omgivelsene hadde vært litt mer hjemmekoselige» |
| 405_<br><b>Innkvarter-ing</b>                                      | 4051<br>Rommet i seg selv, eget rom, hotellet, privat rom, overnattingsmuligheter, familierom  | Det å ha enerom, familierom, barselhotell         | «Overnattingsmuligheter i latensfase»<br>«Familierom»<br>«Fikk være i ett rom hele tiden»  |
|  | 4052<br>Enerom på barsel, familierom   |   | «Alle bør få muligheten til familierom etter fødsel!»<br>« <b>Flere familierom» enerom</b> »   |
| 406_<br><b>Servering</b>   | 4061<br>Diett, mat, god mat, alt gratis, tilgang til mat   |   | «Mat og drikke etter fødsel»<br>«Tilgang til mat og drikke»<br>«God mat»   |
|  | 4062<br>Bedre mat, mer allergivennlig, bedre utvalg, servering på rommet, mer tilgang på mat og drikke   |   | «Mer allergivennlige alternativer på maten»<br>«Food to the mother in bed, not the canteen»<br>«Mer tilgang på mat og drikke under fødsel»   |
| 407_<br><b>Hjemmebesøk</b>   | 4071<br>Hjemmebesøk  |   | «Tilpassede hjemmebesøk»   |
|  | 4072<br>Oppfølging etter hjemreise, jordmor hjem, helsestasjon, amnehjelp, jordmorkapasitet  |   | «Automatisk tilbud om amnehjelp når kom hjem»<br>«Tidligere oppfølging etter hjemreise»  |
| 408_<br><b>Økonomiske forhold</b>                                  | 4081<br>Gratis   | Betaling for fødsel, lønn til jordmødre           | «Alt gratis»   |
|  | 4082<br>Bedre lønn, gratis hjemmefødsel, billigere, should be free, extra cost, had to pay   |   | «Bedre lønn til jordmødre»<br>«At hjemmefødsel kunne være gratis»  |
| 409_<br><b>Sosial aksept</b><br><br>(Legal provisions and society) | 4091<br>-  | Sosial aksept, kulturelle normer, lovbestemmelser | -  |
|  | 4092<br>Spesialbehandling, hjemmefødsel, <b>ammepress</b> , <b>ammepropaganda</b>  |   | “That the doctor who initiated the induction didn't say, 'Don't expect any special treatment just because you were planning a homebirth.'”   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <b>«Det skulle ikke vært ammepress»</b>   |
| 410_<br><b>Svanger-<br/>skaps-omsorg</b>                       | 4101<br>Fødselsforberedelse,<br>svangerskapskontroll   | Alle utsagn som har<br>med svangerskapet<br>å gjøre. Kan<br>kombineres med<br>andre koder, for<br>eksempel. 401_ | -   |
|  | 4102<br>Flere kontroller, bedre<br>fødselsforberedelse, annen<br>jordmor, samme jordmor, kurs,<br>oftere sjekk |  | «At man fikk mer tid hos jordmor<br>under graviditet»<br>«Longer childbirth preparation<br>class» |
| <b>Tema 5: Generelle tilbakemeldinger (generell responses)</b> |  |  |   |
| <b>Subtema</b>   | <b>Positive og negative begreper</b>   | <b>Forklaringer</b>  | <b>Eksempler</b>  |
| 501_<br><b>Alt var bra</b><br><b>Alt var dårlig</b>            | 5011<br>Alt var bra, ønsker ingen<br>endringer, <i>quality</i>   |  | «Alt var bra»<br>«Alt var raskt og greit, kom bare<br>inn og fødte.»                              |
|  | 5012<br>Alt var dårlig, forferdelig  |  | Litt upersonleg   |
| 502_<br><b>Fødselopplev<br/>else</b>                           | 5021   |  | «Fødselen var bra, jeg vil ikke<br>endre noe»   |
|  | 5022   |  | --  |

## VEDLEGG 3 – Søknad om godkjenning fra UCLan

### 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](mailto:MBalaam@uclan.ac.uk)

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Project Title:</b> | To explore what women, who delivered their babies in Norway, describe to be the best about their labour and maternity care. |
| <b>Start Date:</b>    | 01.09.2020  |
| <b>End Date:</b>      | 07.05.2021  |

#### Applicant(s)

|                            |                     |   |
|----------------------------|---------------------|---|
| <b>Principal Applicant</b> | <b>Name:</b>        | [REDACTED]                                    |
|                            | <b>Position:</b>    | Student (Midwifery)                           |
|                            | <b>Affiliation:</b> | Western Norway University of Applied Sciences |
|                            | <b>Email:</b>       | [REDACTED]                                    |
|                            | <b>Telephone:</b>   | [REDACTED]                                    |
|                            | <b>Address:</b>     | [REDACTED]                                    |
|                            |                     | [REDACTED] Norway                             |

|                        |                 |            |
|------------------------|-----------------|------------|
| <b>Co-Applications</b> | <b>Name(s):</b> | [REDACTED] |
|                        |                 |            |
|                        |                 |            |

Babies Born Better – The User Survey  
Improving Childbirth Experiences

#### Ethics Approval & Research Quality

Has the project been peer reviewed?

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?

If yes, please append a copy of the approval with this application.  
If no, explain why not:

The ethical approval from UCLan is sufficient for this study. For this reason, there is no requirements to make an individual application to the local ethics committee.

Babies Born Better – The User Survey  
Improving Childbirth Experiences

**Funding (if not specified above):**

Has funding been sought for this research proposal? \*

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

Babies Born Better – The User Survey  
Improving Childbirth Experiences

**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:

Would like to access the data set from Norway from Babies Born Better version 1 (2012 – 2015)

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

Please give details:

**Justification**

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

The data will be used in our master thesis. We wish to explore what the women in Norway finds positive and good in their labor and maternity care. The Norwegians directorate of Health has had several surveys about womens satisfaction of their care in labour and maternity ward in 2011, 2016 and 2017. These surveys show that the women were more satisfied with the care they received in labour compared to the care they received in maternity ward.

The B3 data will help us gain understanding of what is already good, what works and what kind of attitudes healthcare workers should have in order to improve womens satisfaction in this vulnerable period.

Assessing what women find to be the best care will give implications for midwifery practice. It gives an insight to what factors are important for women in order to have a positive labour (and maternity) experience. This study will have a salutogenetic perspective and can be a supplement to other studies that has been previously done with a pathological perspective in this field.

Babies Born Better – The User Survey  
Improving Childbirth Experiences

### 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.

**Background:** According to the Norwegian survey PasOpp (2017) more than 3 out of 4 women had a good experience with the care they received in labour, but are in general less satisfied with the care they received at maternity wards. Previous studies, that examined which factors affect women's labour experience, found many factors contributing to a positive labour experience (and the feeling of being well cared for). These factors are often related to the midwives' attitude and traits, such as being caring, empathetic, supportive, friendly, and giving individualized care. Minimal medical intervention during birth seemed to contribute to a positive childbirth experience.

On the basis of all the factors that affect the birth experience, it will be positive for the development of quality midwifery practice to explore which factors affect women's birth and maternity experience.

**Aims:** To explore what women (who delivered their babies in Norway) finds to be the best about their labour and maternity care by using the Norwegian B3 data (version 1).

**Design:** A cross-sectional study design will be applied. We wish to extract data from the Babies Born Better survey that was conducted in Norway between 2012 and 2015.

**Selection:** The data will be extracted from the Babies Born Better survey as a national sub-dataset and include participants with Norway as the indicated country of residence. Those included must, at the time of completing the survey, have given birth in the last 5 years (2012 – 2015) as the survey indicated. Participants must also have answered the open-ended question regarding best care in labour and be over 16 years old of age.

**Proposed data analysis:** Through a quantitative content analysis the study will sort answers, from the open-ended questions in the survey, into categories/sub-categories. The analysis will be deductive, as it is examining and categorizing data into already determined categories/sub-categories and will include both quantitative and qualitative components. Where data does not fit into any already determined category, inductive work approach will be applied and possibly new categories/sub-categories will be created.

**Outcome measures:** Key-findings from the descriptive data will be presented in tables and text showing the distribution of the answers represented in the different categories/sub-categories. The results will show a percentage in which the different categories/sub-categories were represented by the women's answers. A representation of different background variables' significance on the distribution will also be displayed.

**Ethical consideration:** There are no requirements to apply for an individual application to the local ethics committee as the dataset will be cleared of most variables, and therefore making it hard to identify individuals. The data however will be defined as indirectly identifiable data. For this reason, an application is needed for NSD (Norwegian Centre for Research Data). NSD is a national archive and center for research data. Its mission is secure, open and simple access to research data. Only after approval from NSD (and UCLAN) can we access the B3 data.

### Agreement

Please sign and date this research proposal agreement.

|            |            |
|------------|------------|
| Name:      | [REDACTED] |
| Signature: | [REDACTED] |
| Date:      | 15.08.2020 |

Please send the completed form and supporting documents to:

[MBalsam@udan.ac.uk](mailto:MBalsam@udan.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.

## VEDLEGG 4 – NSD Godkjenning norsk Babies Born Better-prosjektet

Høgskulen på Vestlandet  
[Redacted]  
[Redacted]



Vår dato: 04.09.2018

Vår ref: 605473/HIT/IKH

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 selvrekrutterende.

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 nettidentifikatorer
- 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 Myhren  
seksjonsleder

  
Håkon Jørgen Tranvåg  
rådgiver

.....  
**Lovhenvisninger**

NSD's 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 5 – Masterprosjektets godkjenning fra NSD

Melding 08.10.2020 14:14

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 956034 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt behandlingen gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 08.10.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**BAKGRUNN** Babies Born Better er verdensomspennende survey som drives av University of Central Lancashire. Anne Britt Vika Nilsen ved HVL står som prosjektansvarlig for den norske delen av studien som ble vurdert av NSD i september 2018 (ref: 60547). Studentprosjektet ønsker å analysere dataene fra surveyen. Formålet til studentprosjektet sammenfaller med formålet til den overordnede studien.

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, samt særlige kategorier av personopplysninger helseforhold frem til 31.12.2021.

**LOVLIG GRUNNLAG** Studentprosjektet vil analysere dataene som forvaltes av den norske delen av prosjektet. Studentene har fått innvilget tilgang fra dataeierne ved UCL. NSD vurderer at samfunnets interesse i at behandlingen finner sted klart overstiger ulempene for den registrerte. Prosjektet har et klart definert vitenskapelig formål, og studentenes videre bruk av dataene vil etter NSD sin vurdering ikke øke personvernulempen nevneverdig. Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger med grunnlag i at oppgaven er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning.

Behandlingen har hjemmelsgrunnlag i personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e), jf. art. 6 nr. 3 bokstav b), jf. art. 9 nr. 2 bokstav j), jf. personopplysningsloven §§ 8 og 9.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a) - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenelige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19). Utvalget mottok informasjon om og samtykket til deltagelse når spørreundersøkelsen ble sendt ut. Opprinnelig informasjonsskriv beskriver blant annet formålet med prosjektet og hvor de registrerte skal henvende seg ved spørsmål. Informasjonen er likevel ikke tilstrekkelig til å oppfylle alle kravene etter forordningen. NSD vurderer at de vil være uforholdsmessig vanskelig å gi oppdatert informasjon, sett opp mot nytten de registrerte vil ha av denne informasjonen. På dette grunnlag unntas det fra informasjonsplikten etter art. 14 nr. 5 b). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)