



UIT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultetet

## **Kvinnerens opplevelse av å føde langt hjemmefra**

*MED-3950 Masteroppgave – Profesjonsstudiet medisin ved UIT Norges arktiske universitet*

**Ida Karoline Sand Ramberg, MK-12**

*Veileder Birgit Abelsen, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), ISM.*

*Vestresand, juni 2017*



## Forord

Målet med denne oppgaven er å belyse hvordan kvinner opplever det å være nødt til å reise langt hjemme fra for å føde. I og med at jeg er født og oppvokst i distriktet selv er dette noe som har interessert meg allerede før jeg begynte å studere medisin. Da jeg begynte å tenke på masteroppgaven ble det derfor naturlig for meg å ta utgangspunkt i en denne problemstillingen.

Jeg vil til å begynne med takke informantene som stilte opp til intervju og delte sine tanker, følelser og erfaringer med meg. Deres evne til å dele sine opplevelser med meg var viktig for gjennomføringen av oppgaven.

Jeg vil også å takke min veileder Birgit Abelsen som har vært en viktig støttespiller gjennom hele arbeidsprosessen. Hun har hjulpet meg mye med å finne fram til artikler og fagstoff, samt å se gjennom teksten min og forbedre struktur, setninger og formuleringer.

Mens jeg har skrevet oppgaven har jeg bodd hjemme i Lofoten hos familien. De fortjener en takk for å ha holdt ut med en noe stresset student gjennom hele våren 2017. Takk til mamma for ferdiglaget middag nesten hver dag!

Ida Karoline Sand Ramberg

Vestresand, 29.05.17

## Sammendrag

Fødetilbudet i Norge har vært gjennom en stor omveltning de siste tiårene der mange klinikker i distriktene har blitt stengt. Det er senere vist at det kan være trygt å drifte jordmorstyrte fødestuer i distriktene dersom det gjøres adekvat selektering av gravide ut fra risikofaktorer. På den måten kan kvinnen tilbys den beredskapen hun trenger. Er ikke den beredskapen tilgjengelig lokalt må hun reise til et sted der det finnes en fødeavdeling eller en kvinneklinikk. Problemstillingen er: Hvordan oppleves det for kvinner som bor i distriktene, å måtte reise langt for å få føde?

Jeg valgte kvalitativ metode og benyttet meg av semistrukturerte intervjuer for å samle materiale. Fem kvinner ble valgt ut som informanter. De var alle bosatt i Lofoten og hadde født enten i Bodø eller i Tromsø.

Resultatene viser at informantene opplevde stress i forbindelse med at de måtte reise langt hjemmefra for å føde. Avstanden gav blant annet opphav til en rekke praktiske og økonomiske utfordringer. Kvinnene som hadde barn fra før av fortalte at det verste var å forlate barnet hjemme på ubestemt tid. Kvinnene var også opptatt av fars manglende rettigheter i forbindelse med fødsel. Det å være i en større fødeklipp i barsel ble beskrevet som stressende.

Oppgaven konkluderer med at kvinners opplevelse av å føde langt hjemme fra er kompleks og sammensatt. Tryggheten ved å være hjemme faller bort. Det å være selektert som risikoføddende var skremmende, men det føltes trygt for kvinnene å ha tilgang til den høyeste kompetansen dersom de skulle ha behov for det.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>1</b>
<b>1.0 "Det er jo noe med det fineste og verste i verden"</b>	<b>5</b>
1.1 <i>Om valg av tema for oppgaven og problemstillingen</i>	5
1.2 <i>Begrepsavklaring</i>	6
1.3 <i>Oppgavens oppbygging</i>	7
<b>2 Bakgrunn</b>	<b>9</b>
2.1 <i>Verstefallstenkning</i>	9
2.2 <i>Oppgjøret med verstefallstenkningen</i>	10
2.3 <i>Risikoperspektivet</i>	11
2.3.1 <i>Sosial eller medisinsk risikomodell innenfor fødselsomsorgen?</i>	13
2.4 <i>Konsekvenser av sentralisering av fødetilbudet</i>	13
<b>3 Om fødetilbudet i Norge i dag</b>	<b>16</b>
3.1 <i>Fødestuer</i>	17
3.2 <i>Fødeavdelinger</i>	17
3.3 <i>Kvinneklinikker</i>	18
3.4 <i>Fødetilbudet ved Nordlandssykehuset</i>	19
<b>4 Materiale og metode</b>	<b>20</b>
4.1 <i>Gjennomføring av oppgaven</i>	20
4.2 <i>Kvalitativ metode</i>	21
4.2.1 <i>Fenomenologisk perspektiv</i>	23
4.3 <i>Studiens design</i>	23
4.4 <i>Utvalg</i>	24
4.4.1 <i>Rekruttering av informanter</i>	26
4.4.2 <i>Endelig utvalg</i>	27
4.5 <i>Dataproduksjon</i>	28
4.5.1 <i>Utforming av intervjuguide</i>	28
4.5.2 <i>Gjennomføring av semistrukturerte intervju</i>	29
4.5.3 <i>Utstyr/hjelpemidler</i>	30
4.5.4 <i>Transkribering</i>	31
4.6 <i>Analyse</i>	32
4.6.1 <i>Helhetsinntrykk</i>	34
4.6.2 <i>Meningsdannende enheter</i>	34
4.6.3 <i>Trekke ut innholdet i meningsdannende enheter</i>	35
4.6.4 <i>Sammenfatting av betydningen i de meningsdannende enhetene</i>	35
4.7 <i>Etiske aspekter</i>	36
<b>5 Resultater</b>	<b>38</b>
5.1 <i>Risiko</i>	38
5.1.1 <i>Interessekonflikt</i>	40
5.2 <i>"Må man, så må man"</i>	40
5.3 <i>Avstanden</i>	41
5.3.1 <i>Hva om det skjer før vi er reist fra Lofoten?</i>	42
5.4 <i>Savn</i>	42
5.4.1 <i>Savnet etter barn</i>	43
5.4.2 <i>Savn etter hjemmet</i>	44
5.4.3 <i>Familiens savn</i>	44
5.5 <i>Stort og uoversiktlig</i>	45
5.6 <i>Tryggheten i en støttespiller</i>	46
5.6.1 <i>Økonomi</i>	46
5.6.2 <i>Far må ha fri fra jobb</i>	48

5.6.3	Fars rolle i barselstiden	49
5.7	<i>Barseltiden</i>	50
5.7.1	Gravdal og familierom	50
5.7.2	Dele rom	51
5.7.3	"Man følte at man var på et samleband"	52
5.8	<i>Godt å komme hjem</i>	53
<b>6</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>54</b>
6.1	<i>Stress</i>	54
6.1.1	Følelsen av risiko	55
6.1.2	Avstand og savn	55
6.1.3	Forskjellen fra å være hjemme	56
6.1.4	Økonomiske utfordringer	56
6.1.5	Fars rettigheter	58
6.2	<i>Ulike syn på risiko</i>	59
6.3	<i>Motstrategier</i>	60
6.4	<i>Studiens design og metodiske overveielser</i>	62
<b>7</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>64</b>
 <b>Referanseliste</b>		<b>66</b>
 <b>Vedlegg</b>		
1	Godkjenning fra	69
2	Forespørsel om å delta i interv	70
3	Intervjuguide	72
4	Samtykkeskjema	73
 <b>GRADE</b>		
1		74
2		75
3		76
4		78
5		79

## 1.0 "Det er jo noe med det fineste og verste i verden"

Overskriften i denne korte introduksjonen til oppgaven min er et sitat hentet fra materialet jeg har innhentet i forbindelse med denne oppgaven. Og det er så presist! Det å skulle føde et barn er noe veldig mange kvinner får oppleve i løpet av livet. Dette er som regel en helt "normal" hendelse i en hvilken som helst kvinnes liv. Samtidig vil også enhver fødsel berøre mange mennesker rundt kvinnen som skal føde. Forventingene til at fødselen skal foregå i trygge rammer er høye, og her til lands er det nesten utenkelig at mor og barn ikke skal komme friske hjem. I Norge er vi så heldige at vi har et godt helsevesen med faglig dyktige mennesker på jobb slik at det å føde skal være så trygt som overhode mulig.

I innledningsdelen av oppgaven min skal jeg si litt om hvorfor jeg valgte denne oppgaven, presentere problemstillingen og si litt om bakgrunnen for fødselsomsorgen vi har i dag. Videre vil jeg også introdusere leseren for hvordan fødetilbudet i Norge har utviklet seg over de siste tiårene, tidligere forskning rundt kvinners opplevelse av å måtte reise langt for å føde og ulike perspektiv på risiko. Jeg gir også en oversikt over de tre forskjellige nivåene fødeklinikkene i Norge er delt inni, deres beredskap og seleksjonskriteriene som legges til grunn for å bestemme hvilke kvinner som skal føde hvor. Jeg avslutter innledningsdelen med å gjøre kort rede for hvordan fødetilbudet ved Nordlandssykehuset er bygd opp i dag.

### 1.1 Om valg av tema for oppgaven og problemstillingen

Norge er et langstrakt land. Det inneholder alt fra røff natur med spisse topper, dype fjorder, brusende bølger og vidstrakte vidder. Landet strekker seg over hele 13 breddegrader (1) og Finnmark fylke alene har et landareal som er ca. 6000 km<sup>2</sup> større enn hele Danmark (2,3) Likevel har Danmark en befolkning på over 300 000 flere innbyggere enn det er totalt i hele Norge (1,3). Dette sier litt om hvilke utfordringer vi i Norge har på bakgrunn av vår spredte befolkning i forhold til avstander, kommunikasjon og transport .

Sentralisering betyr i følge store norske leksikon *"en samling av en forvaltnings, eller annen virksomhets ledelse, hos én myndighet. Det betyr "mot sentrum"*. (4). Samtidig brukes begrepet i andre sammenhenger også, for eksempel når vi snakker om at en stadig større del av den norske befolkningen bor og arbeider i byen og at det er færre mennesker igjen i spredt bebygde strøk. (5) I følge statistikk fra Statistisk sentralbyrå bidro flyttingen her i Norge til sentralisering av befolkning ved at de "sentrale kommunene" har hatt et flytteoverskudd på 115 000 mennesker siden år 2000, mens de andre, "ikke-sentrale" kommunene igjen har hatt et tilsvarende flyttetap. (6) Altså har ikke tilgangen til bedre teknologi, kommunikasjon og transport ført til at flere vil bo i utkantene – snarer tvert imot. Dermed er det færre og færre mennesker som klorer seg fast på forblåste odder, i bortgjemte viker, høyt til fjells eller på avskårne øyer.

Jeg er født og oppvokst på en av disse små oddene - et lite fiskevær på "yttersia" av Lofoten som heter Vestresand. Jeg hadde en oldemor som var distriktsjordmor her i området og noe av den grunn fattet jeg tidlig i studiet interesse for gynekologi og obstetrikk. Jeg tilbrakte min valgfriperiode på 2. studieår ved fødestuen i Lofoten sammen med gynekolog og jordmødre. Dette ble en givende opplevelse der jeg både møtte kvinner som skulle føde i Lofoten og kvinner som var selektert som risikofødende og derfor var nødt til å reise til Bodø eller Stokmarknes for å føde. I forbindelse med mine interesser og opplevelser ønsker jeg å bruke masteroppgaven min til å sette lys på en problemstilling som jeg allerede begynte å tenke over på 2. året:

*Hvordan oppleves det for kvinner som bor i distriktene, å måtte reise langt for å få føde?*

## 1.2 Begrepsavklaring

I denne oppgaven kommer jeg til å benytte meg av flere begreper. Hva som menes med disse begrepene, skal jeg kort forklare her:

- Et normalt svangerskap brukes som betegnelse på en frisk kvinne som gjennomgår et svangerskap, som gjennomføres uten tilstedeværelse av risikofaktorer eller komplikasjoner underveis.
- Risikosvangerskap betegner svangerskapet til en kvinne som fra tidligere har en eller annen tilstand som gjør at svangerskapet innebærer høyere risiko for henne. Det kan også være et svangerskap der kvinnen opplever komplikasjoner underveis som gjør at risikoen ved svangerskapet øker.
- Normal/lavrisikofødsel betegner fødsler hvor kvinnen har gjennomgått et normalt svangerskap og der fødselen progredierer normalt helt til barnet er født og morkaken er ute. Fødselen gjennomføres uten intervensjoner.
- Høyrisikofødsel er betegnelsen på en fødsel hvor kvinnen har gjennomgått et høyrisikosvangerskap, eller der det har oppstått komplikasjoner underveis i fødselen som har medført høyere risiko for kvinnen og/eller barnet.
- En transportfødsel er fødsel under transport til fødeinstitusjon.
- En hjemmefødsel er en fødsel som foregår hjemme hos kvinnen selv. Den kan være planlagt og den kan være ikke planlagt. De planlagte hjemmefødslene er godt gjennomtenkte og det er ofte jordmor tilstede. En uplanlagt hjemmefødsel skjer uventet for en kvinne som har planlagt å føde på institusjon.

### 1.3 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven min består av 7 kapitler. Første kapittel er en innledning og inneholder bakgrunn for hvorfor jeg har valgt dette tema, problemstilling og begrepsavklaring. I andre kapittel skal jeg fortelle om den teoretiske rammen rundt problemstillingen. Tredje kapittel skal danne en oversikt over hvordan fødetilbudet er utformet i Norge i dag. Jeg forteller der om hvilken beredskap på de forskjellige nivåene av fødeklিনikker skal ha og til slutt litt om fødetilbudet ved Nordlandssykehuset i dag. I fjerde kapittel skal jeg fortelle om valg av forskningsmetode, litt teoretisk bakgrunn for min forskningsmetode og hvordan jeg har anvendt prinsipper fra den til å gjennomføre min forskning. I det femte kapittelet skal jeg presentere resultatene fra analysen og gi et innblikk i kvinnes opplevelse av det å føde langt hjemme fra. Videre i kapittel seks skal jeg sette datamaterialet jeg samlet i intervjuene i sammenheng med problemstillingen og den teoretiske bakgrunnen som er beskrevet i andre kapittel, og



diskutere dette. Kapittel sju er oppgavens siste kapittel og der vil jeg komme med en konklusjon og presentere de viktigste funnene knyttet til problemstillingen. Avslutningsvis vil jeg bruke et delkapittel til å si litt om hva oppgaven kan gi til videre forskning og hva det bør forskes mer på.

## 2 Bakgrunn

Over de siste tiårene på 1900-tallet og frem til i dag har det skjedd en sentralisering av fødselsomsorgen rundt om i Europa. Dette medførte at mange fødeklionikker i distriktene ble lagt ned og at avstandene til nærmeste fødeklionikk økte. Dette gjaldt spesielt for kvinnene som bodde i distriktene. Den samme trenden hadde vi også i Norge. Fra å ha hele 158 fødeinstitusjoner rundt omkring i Norge i 1971 (7), er det i 2017 45 fødeinstitusjoner igjen på landsbasis (8). Denne omorganiseringen av fødselsomsorgen har i størst grad berørt norske kvinner bosatt i distriktene. (7)

### 2.1 Versteffallstenkning

Årsaken til denne sentraliseringen var i bunn og grunn versteffallstenkning (9). Med versteffallstenkning menes det at enhver fødsel innebar høy risiko og at det var vanskelig å forutse eventuelle komplikasjoner som kunne inntreffe i løpet av fødselen. Dette medførte at man anså det som nødvendig at alle fødende kvinner trengte høy beredskap og kompetanse i umiddelbar nærhet under fødsel. (7) Ved de store avdelingene som var lokalisert mer sentralt var det tilgang til høyt spesialisert personale innenfor flere fagfelt og dermed også den høyeste graden av beredskap. På grunn av dette ble sentralisering av alle fødsler sett på som det tryggeste alternativet for en fødende kvinne og hennes barn og mange fødestuer i distriktene ble derfor nedlagt. (9)

I 1996 gav imidlertid WHO ut en veileder for fødselsomsorg ved normale fødsler. Denne anbefaler at en ellers frisk fødende kvinne som har gjennomgått et normalt svangerskap skal tilbys fødselsomsorg så nært sitt hjemsted som mulig. Ut fra denne veilederen ble det her hjemme i Norge i 1997 laget en utredning for faglige krav til fødeinstitusjoner som tar utgangspunkt i anbefalingene fra WHO. Derav foreslås det i rapporten at vi i Norge skal ha en differensiert og desentralisert fødselsomsorg (10). Det å differensiere fødetilbudet innebærer å skille de friske kvinnene med normale svangerskap som er forventet å ha normale fødsler, fra de som har risikofaktorer som kan medføre kompliserte fødsler, og deretter tilpasse graden av fødselsomsorg til det. Et

desentralisert fødetilbud innebærer at fødetilbudet skal være tilgjengelig for alle, uavhengig av hvor de bor (11).

Rapporten foreslo samtidig inndeling av fødeklinikkene i tre nivåer ut fra antall fødsler per år: Kvinneklinikker med over 1500 fødsler hvert år, fødeavdelinger med over 400-500 fødsler hvert år og fødestuer som skulle ha minst 40 fødsler hvert år.

Kvinneklinikkene skulle inneha den høyeste spesialistkompetansen og derav også høyest beredskapsnivå, mens fødestuene skulle være jordmorstyrte enheter uten gynekolog i vakt (10). Beredskapsnivå og seleksjonskriterier skal jeg beskrive nærmere i neste del av oppgaven.

## 2.2 Oppgjøret med verstefallstenkningen

Anbefalingene fra rapporten "Faglige krav til fødeinstitusjoner" ble vedtatt av regjeringen i 2001 (12). Dette medførte et oppgjør med den tidligere verstefallstenkningen og et viktig skifte i debatten om fødetilbudet her til lands. Forskjellene mellom risikoen for komplikasjoner ved de store institusjonene kontra de små, var tilnærmet ikke-eksisterende så fremt adekvat seleksjon ble gjennomført. Videre var det derfor ikke hensiktsmessig å sentralisere alle fødsler til større enheter, da dette ville medført store reiseavstander for tilnærmet alle kvinner (13).

Videre ble det i kunnskapsoversikter utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vist at fødselsomsorg styrt av jordmor økte sjansen for at kvinnen fødte vaginalt uten at det var behov for medisinske inngrep og at en slik fødselsomsorg førte til høyere tilfredsstillelse hos mor (13). Videre ble det også konkludert med at det ikke var mulig å si noe om effekten av jordmorstyrte fødestuer på klinisk utfall sammenlignet med i en vanlig fødeavdeling (10). Dette medførte at verstefallstenkerne ble beroliget, men det bidro også til at det ble dannet fødestuer tilknyttet kvinneklinikkene. Dette for å overføre de positive effektene fra fødestuenes drift til de store fødeklinikkene. Eksempel på dette er ved Universitetssykehuset i Stavanger der de startet "fødeloftet" i 2005 som

et tilbud til friske gravide med normale svangerskap som var selektert som lavrisikofødende (10).

På tross av innstillingen om en desentralisert fødselsomsorg, ble inndelingen mellom de tre nivåene for fødeklinner problematisk. Grunnen til dette var at flere av fødeavdelingene i Norge hadde færre enn 400 fødsler per år, og per definisjon måtte de gjøres om til fødestuer (10). I tillegg til at flere fødeavdelinger ble omgjort til fødestuer fortsatte også antallet fødeinstitusjoner i Norge å synke fra å være 60 i 1997 (13) til 45 i dag (8).

### 2.3 Risikoperspektivet

I de to tidligere delkapitlene om verstefallstenkning og sentralisering av fødetilbudet har jeg kort oppsummert hvordan fødetilbudet i Norge, og den vestlige verden, har endret seg over flere tiår. Bakgrunnen for denne endringen er vurdering av risiko eller som tidligere beskrevet; verstefallstenkningen. Risiko og evne til å kontrollere og redusere den er noe vi er veldig opptatte av i dagens samfunn. Bryes og van Teijlingen spør om dette har ført til en overdreven monitorering av befolkningen som bare gjør oss usikre (19).

Parallelt med den enorme utviklingen som foregikk, spesielt i den vestlige verden, på 1900-tallet, økte kunnskapen innenfor de medisinske fagfeltene. Helsevesenet utviklet seg derav også til det bedre, mye på grunn av at vi lærte oss å estimere og håndtere risiko. Risiko defineres av Alaszewski (19) som "sannsynligheten for uønskede og negative konsekvenser av avgjørelser eller handlinger". Altså snakker vi om sannsynlighet for et utfall og om konsekvensen av utfallet. Når vi vet hvor sannsynlig det er om en hendelse inntreffer og hva den eventuelle konsekvensen av den hendelsen kan være er det mulig å ta forhåndsregler som kan redusere, og i beste fall eliminere risiko.

Bryes og van Teiljlingen beskriver utviklingen innenfor fødselsomsorgen i tre faser fra en produksjonsrettet fase, til en fellesskapsfase og videre til forbrukerfasen. I den produksjonsrettede fasen var målet å holde folk i arbeid, og hensikten med helsetjenester, også fødselsomsorgen, var å forhindre at produksjonen ble redusert mer enn ytterst nødvendig. I fellesskapsfasen ble risikoen delt ved at felleskapet delte på utgiftene i forbindelse med fødsel. Forbrukerfasen tok til da helse gradvis ble tatt mer og mer forgitt og brukerne av fødselsomsorgen kunne stille krav til valgfrihet. Disse fasene representerer en overgang mellom en sosial tolkning av risiko, til en medisinsk modell for risikovurdering (19).

Risikobegrepet brukes i uendelig mange sammenhenger, og kan forstås ulikt av forskjellige mennesker. Dersom vi bruker de tre delkapitlene over som eksempel kan vi tenke oss en delt mening: Det argumenteres fra flere hold om at det er tryggest for kvinner å føde på en institusjon med høy beredskap (verste fallstengkning). Dette resulterer i mulige nedleggelse av fødeinstitusjonene i distriktene da alle ikke kan opprettholde samme grad av kompetanse og beredskap. Fra distriktene som rammes av denne nedleggelsen argumenteres det derimot med at noe beredskap er tryggere enn ingen beredskap. Likevel bruker begge sider trygghet som argument (19).

Evaluering av risiko er også i de aller fleste situasjoner avhengig av menneskelige subjektive vurderinger, og den vil derfor aldri bli helt objektiv.

Det er to aspekter ved risikoteori som er viktig innenfor temaet fødsel og utfall av den. Den første er den absolutte risikoen som beregnes ut fra innsamling og analysering av resultater. Den andre er det faktum at kulturen spiller inn på tolkning av risiko og hvor stor risiko som tolereres. Tolererbar risiko kan defineres som "Villigheten til å leve med en risiko mot visse fordeler, og med tro på at risikoen er under kontroll" (19). I det kulturelle perspektivet er det argumentert med at det ved avanserte klinikker vil være mer "normalt" med kompliserte fødsler og at de som evaluerer tilstedeværende risiko,

vil vurdere risikoen til å være høyere enn den vil være for andre og dermed sette i gang intervensjoner.

### 2.3.1 Sosial eller medisinsk risikomodell innenfor fødselsomsorgen?

Den sosiale modellen bygger på at en fødsel er en naturlig og fysiologisk hendelse og at de aller fleste derfor vil ha en normal og trygg fødsel. Den medisinske modellen bygger på at det er risiko forbundet med alle fødsler og ønsker på sin side tett medisinsk monitorering av fødselen for å kunne igangsette intervensjoner så raskt som mulig ved behov (19).

## 2.4 Konsekvenser av sentralisering av fødetilbudet

På tross av reduksjonen i antall fødeinstitusjoner rundt om i Europa har den reduserte tilgjengeligheten kvinner har til fødeinstitusjoner i nærheten av sitt hjem fått lite oppmerksomhet i industrialiserte land (15,16). Det er generelt skrevet lite om kvinners opplevelse av det å være nødt til å reise langt hjemmefra for å føde.

Her i Norge har andelen kvinner som bor mellom en og to time fra sin nærmeste fødeinstitusjonen økt i 18 av 19 fylker fra 2000 til 2010. Dette gjelder avstand både til fødestuer og kvinneklinikker(15). Her er det også viktig å huske på at antallet fødeinstitusjoner ytterligere er redusert med seks, fra 2010 og frem til i dag (8, 15). Risiko for uplanlagte fødsler utenfor institusjon har doblet seg de siste 30 årene før 2010, spesielt i fylker med spredt bosetting. Videre er det verdt å bemerke at også maternal morbiditetsrisiko økte i perioden 2000-09. I 2000 var det ingen signifikant forskjell i maternal morbiditet mellom de forskjellige helseregionene, mens det i 2009 var signifikant høyere maternal morbiditetsrisiko nord, sør og øst i landet sammenlignet med Vestlandet (15).

Nederland er et lite og tett befolket land og kan geografisk sett vanskelig sammenlignes med Norge. Her har nesten 75 prosent av kvinnene under 20 minutter reisetid til

nærmeste fødeklinikk, og bare noen få har mer enn 30 minutter. Likevel er det, for kvinner som føder til termin i Nederland funnet en signifikant sammenheng mellom reisetid fra hjem til fødeklinikk over 20 minutter og økt risiko for fødselsmortalitet og neonatal mortalitet. (16)

I en stor kvalitativ studie gjennomført i rurale strøk i British Columbia i Canada ble det funnet flere aspekter som påvirker kvinners opplevelse av sin fødsel. Antall barn kvinnene hadde fra tidligere var spesielt viktig for dem, fordi det var vanskelig å forlate barna hjemme for å reise til en fødeklinikk langt unna for å føde. Dette brakte med seg en rekke praktiske problemer samtidig som det var belastende å være adskilt fra barna over lengre tid. Avstander og usikkerheten rundt det stresset kvinnene fordi det blant annet alltid var risiko for å føde underveis til sykehuset. Flere av disse kvinnene var også bekymret for å reise hjem med et spedbarn, og mange var også bekymret for været. Det var også økonomisk belastende for en kvinne og hennes familie og reise langt, da blant annet far måtte ha fri fra jobb. Dette gikk selvfølgelig også verst ut over de som hadde få midler fra før av (17).

Flere av kvinnene i den kanadiske studien hadde utviklet sine egne strategier for forhindre overensstemmelser. Dette inkluderte blant annet at de planla at fødselen skulle igangsettes på fødested og at de beregnet starten på svangerskapet til høsten slik at de kunne føde på sommeren. Dette fordi det er lettere å reise om sommeren, fordi det ofte er mye vær og vind om vinteren. Enkelte av deltakerne i studien hadde også benyttet seg av "10-cm strategien" som innebar å være hjemme helt til de var i fødsel slik at de slapp å bli sendt langt av sted til større fødeklinikker. Noen få av informantene planla en hjemmefødsel uten medisinsk personell tilstede (17).

Strategiene som kvinnene fra rurale British Columbia hadde utviklet for å redusere angst og stress i forbindelse med at de ikke hadde tilgang til fødselsomsorg nært sitt bosted er beskrevet som motstand mot sentraliseringen av fødselstilbudet. Motstanden kan forstås å bunne i forskjellige syn på risiko, som beskrevet i forrige delkapittel, der

kvinnene har en mer sosial oppfatning av risiko fordi de i størst grad er påvirket av andre kvinner i lokalsamfunnet, mens den medisinske oppfatningen er en annen. Videre vil det kunne føre til konflikt med de lokale legene, jordmødrene eller sykepleierne som har ansvaret for de lokale helsetjenestene, fordi de ikke føler seg komfortable med å drive fødselsomsorg. Dette på grunn av deres medisinske oppfatning av risiko og at de ikke er godt nok trent til å håndtere fødende kvinner. Kvinners motstrategier har altså ikke ført til et tryggere fødetilbud for kvinnene i distriktet fordi de motsetter seg å reise til et annet sted for å føde og setter derfor seg selv og barnet sitt i fare (17).



### 3 Om fødetilbudet i Norge i dag

Det er som tidligere nevnt tatt et oppgjør med sentraliseringen av fødeinstitusjoner her i Norge. Norge er et naturrikt land med spredt befolkning. Dette gjør at utforming av like tilbud for de som bor i distriktene og de som bor i byene, er vanskelig. Avstander gir utfordringer spesielt når det kommer til tilgang på ressurser, transport og kommunikasjon. Like fremt er helsevesenet bundet til pasient- og brukerrettighetsloven som skal sikre alle i befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet (20).

I Norge i dag er fødselsomsorgen delt inn i tre forskjellige nivåer. Dette er fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker. Tidligere var det krav til volum som avgjorde hvilket beredskapsnivå hver fødeinstitusjon skulle ha (21). I dag er det kvalitetskrav i Helsedirektoratets veileder "Et trygt fødetilbud – Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" som er retningsgivende for hvilket beredskapsnivå de tre nivåene skal inneha (14). Dette innebærer at fødestuene er styrt av jordmødre og ikke har beredskap for operative inngrep eller instrumentell hjelp under fødsel. Fødeavdelingene har full operativ beredskap med spesialist i gynekologi og obstetrikk og anestesi, samt en tilknyttet spesialist i pediatri. Kvinneklinikkene er de største enhetene og har full beredskap, inkludert barneavdeling og tilgang til nyfødttintensivbehandling (21).

Ut fra pasientrettighetsloven §2-4, som omhandler fritt sykehusvalg har kvinner i Norge rett til selv å få bestemme hvor de ønsker å føde (21). Altså kan en kvinne som er selektert til å føde ved en fødestue selv velge å føde ved en større enhet med høyere beredskap. Hun kan derimot ikke velge mer spesialisert behandling enn det hun er henvist for. De regionale helseforetakene har ansvaret for å gi tilbud om fødeplass for alle som er bosatt i regionen (14).

I de neste delkapitlene beskriver jeg nærmere de tre nivåene innenfor dagens fødselsomsorg.

### 3.1 Fødestuer

Fødestuene er et tilbud til friske kvinner som har normale svangerskap. Her er det jordmødre som driver svangerskapsomsorg og selektering i samarbeid med kvinnens fastlege og spesialister innenfor svangerskapsomsorg og fødselsmedisin dersom det er behov for det. Fødestuene er distriktets beredskap og jordmødrene der er tilgjengelig også for de som ikke skal føde ved fødestuen. De gir ved oppfølging gjennom svangerskap eller barseltid og eventuelt som følgetjeneste dersom det er behov for overflytting til fødeavdeling eller kvinneklinikk. (14)

Seleksjonskriterier for å få føde på fødestue, er at kvinnen må være frisk førstegangsfødende eller flergangsfødende. Hun må ha gjennomgått et normalt svangerskap og bære fosteret i hodeleie. Hun må ellers være frisk og ikke ha kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner. Tidligere svangerskap eller fødsler må ha forløpet normalt. I tillegg til dette skal fødselen starte spontan mellom fullgatte svangerskapsuger 36+0 og 41+3 dager. Fødselen er først definert som lavrisiko når riene starter og den forløper normalt frem til barnet er født (14).

### 3.2 Fødeavdelinger

Fødeavdelingene rundt om i Norge har svært ulike størrelser. Derfor varierer også seleksjonskriteriene mellom fødeavdelingene noe ut fra tilgang til andre ressurser som for eksempel barneavdeling. Hver helseregion kan derfor lage egne prosedyrer dersom det er slik at en fødeavdeling innehar kompetanse for noe som i retningslinjene er definert som en kvinneklinikkoppgave (14).

Fødeavdelingene skal ta hånd om kvinner med normale svangerskap og fødsler og kvinner med moderat risiko for komplikasjoner, ut fra avdelingens kompetansenivå. Fødeavdelinger skal samarbeide tett med spesialister ved kvinneklinikken i tvilstilfeller. Fødeavdelingene skal og ved fødsler med risikofaktorer ha gynekolog tilstede i avdeling

og operasjons- og anestesiteam tilstede slik at akutte keisersnitt kan utføres innen 15 minutter (14).

Pasienter som kan føde ved fødeavdelinger som har tilstrekkelig kompetanse inkluderer kvinner med hypertensiv sykdom, mild og moderat preeklampsi, overvektige med BMI mellom 30 og 35, undervektige med BMI under 19, trombofili med moderat risiko, tidligere gjennomgått komplisert svangerskap eller fødsel, de som trenger induksjon av fødsel, kvinner som er omskåret, førstegangsfødende >35 år, svangerskap som er på overtid, kvinner som har kjent mindre liv over flere dager, de som har hatt langvarig vannavgang og ikke har noen klar risiko for infeksjon, kvinner med kostregulert diabetes og pretermin fødsel ned til uke 35+0. (14)

### 3.3 Kvinneklinikker

Kvinneklinikkene er de største fødeklippene vi har. De har tilgang til spesialkompetanse i fødselshjelp som er tilstede hele døgnet. Kvinneklinikkene tar imot alle kvinner med høyrisikosvangerskap, men også friske kvinner med lavrisikosvangerskap. I tillegg til de ressursene som finnes ved en fødeavdeling skal kvinneklinikkene også være tilknyttet nyfødttintensivavdeling og leger med kompetanse innen nyfødttmedisin. Sykehuset der kvinneklinikken ligger skal og ha kompetanse og vaktberedskap innen urologi, gastrokirurgi, endokrinologi og nefrologi (14).

Risikofaktorer for at en kvinne skal selekteres til å føde på kvinneklinikk innebærer insulinkrevende diabetes mellitus, (alvorlig) preeklampsi, foster med påvist utviklingsavvik (spesielt i tilfeller der intervensjon må gjøres kort tid etter fødsel), vekstretardasjon, flerlingsvangerskap eller vaginale tvillingfødsler, vaginale setefødsler, der immunisering har betydning for barnet, alvorlige hjerte-, kar-, lunge- eller nyreskdommer, alvorlige revmatiske sykdommer, kollagenoser hos mor, tidligere født barn med alvorlig GBS-infeksjon, rusmiddelbruk i svangerskap, gravide i LAR-behandling, HIV, tilstander med økt blødningsrisiko og trombofili med stor risiko for trombose. Pasienter med BMI >35 bør også føde ved kvinneklinikker, men dette kan

vurderes i enkelttilfeller alt etter kvinnens andre risikofaktorer og størrelse og kompetanse ved nærmeste fødeavdeling (14).

### 3.4 Fødetilbudet ved Nordlandssykehuset

I og med at jeg har intervjuet kvinner fra Lofoten som har fødestuen ved Nordlandssykehuset Lofoten som sin nærmeste fødeklinikk anser jeg det som relevant å si litt om hvordan fødetilbudet ved Nordlandssykehuset er organisert. Dette på grunn av at det er de regionale helseforetakene som har ansvar for at fødetilbudet til regionens befolkning er sammenhengende og trygt. I Nordlandssykehusets oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan fra mars -2017

Under Nordlandssykehuset hører sykehusene i Bodø, Lofoten og Stokmarknes inn. Ved sykehuset i Lofoten er det en Jordmorstyrt fødestue som har tilknyttet kirurgisk beredskap i form av gynekolog, som er i døgkontinuerlig vakt og skal kunne gjennomføre akutte keisersnitt. Fødestuen i Lofoten var fødeavdeling helt fram til i 1997 da den i et prøveprosjekt over en toårsperiode ble omgjort til fødestue. Samtidig ble det i den forbindelse likevel vedtatt at det skulle være tilgang til gynekolog i kirurgisk beredskap på grunn av Lofotens utsatte geografi og klima. Denne ordningen står fremdeles ved lag i Lofoten på tross av at tilgang til gynekologer er vanskelig (22). Ved sykehuset på Stokmarknes er det fødeavdeling med en tilreisende barnelege tilstede to dager i uka (23). Ved sykehuset i Bodø er det kvinneklinikk med full beredskap slik som det er beskrevet over.

## 4 Materiale og metode

I denne delen av oppgaven skal jeg si mer om hvilken metode jeg har brukt for å nærme meg problemstillingen min. Jeg skal til å begynne med gi en teoretisk beskrivelse av den kvalitative metoden som jeg har valgt. Videre skal jeg presentere hele prosessen fra jeg begynte å skrive på intervjuguiden, til rekruttering av intervjuobjekter, til gjennomføring av intervjuene, transkribering, analyse og tolkning. Jeg vil også ta opp etiske overveielser som er gjort underveis i forskningsarbeidet.

### 4.1 Gjennomføring av oppgaven

Tankene om akkurat denne problemstillingen hadde surret rundt i hodet mitt siden valgfriperioden jeg tilbrakte på fødestuen i Lofoten på 2. studieår. Da jeg skulle skrive masteroppgave var det enkelt å bestemme seg for å se nærmere på akkurat dette. Jeg kontaktet derfor Birgit Abelsen ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin for å høre om hun kunne være behjelpelig med å finne en veileder. Da vi hadde snakket sammen om hva jeg ønsket å undersøke syntes hun prosjektet hørt interessant ut og tilbydde seg å være veileder selv.

Etter at jeg hadde fått veileder, utarbeidet prosjektbeskrivelsen og levert den høsten 2015 syntes jeg selv at jeg var godt i gang med arbeidet som skulle føre til en ferdig masteroppgave. Videre, av personlige årsaker, fikk jeg gjort lite før våren 2017. Altså kom jeg sent i gang med selve gjennomføringen av undersøkelsen og skriving av oppgaven.

Våren 2017 har jeg delt inn arbeidet etter uker:

Uke 12: Jeg startet arbeidet med å skrive invitasjon til å delta i undersøkelsen min, en intervjuguide og et samtykkeskjema. Disse dokumentene ble brukt i søknaden til personvernombudet for forskning, der prosjektet fikk prosjektnummer 53818.

Uke 12-14: Videre satte jeg i gang med å skrive innledning- og materiale og metode- delen av oppgaven, da dette var noe jeg kunne begynne på og ferdigstille så godt det lot

seg gjøre før jeg fikk godkjenning fra personvernombudet til å starte å behandle personopplysninger.

Uke 15: En etterlengta påskeferie

Uke 16: Fikk godkjenning til å starte behandling av personopplysninger tok jeg kontakt helsesøstertjenesten i fire av Lofotkommunene: Vågan, Vestvågøy, Flakstad og Moskenes. Jeg fikk raskt positiv respons og derav også hjelp til å nå kvinner som kunne tenkes å delta i studien. Jeg delte prosjektet på Facebook. Videre fortsatte jeg også arbeidet med innledning og materiale og metodedelen.

Uke 17: Jeg fikk god og hurtig respons på innlegget på Facebook og derav også kontakt med aktuelle deltakere til intervju. Jeg gjorde så en utvelgelse av de jeg ønsket å intervju og avtalte så tid og sted for å møtes.

Uke 18: Gjennomføring av intervjuer og transkribering

Uke 19: Gjennomføring av intervjuer og transkribering. Starter på analyse og oppgaveskriving.

Uke 20-22: Analyse og oppgaveskriving.

Uke 23: Ferdigstilling av oppgave og innlevering 7. Juni.

Prosjektet er utført utelukkende av meg selv, men med god støtte og veiledning fra Birgit Abelsen. Vi har gjennom arbeidsprosessen for det meste kommunisert via mail, men også hatt skypemøter.

## 4.2 Kvalitativ metode

Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode fordi jeg i min studie ønsker å belyse kvinners følelser, tanker og opplevelser rundt det å måtte føde langt unna hjemlassen sin. Dette er et komplekst og sammensatt tema som har et stort menneskelig. For å få frem et helhetlig bilde av kvinnens opplevelse er det derfor viktig å høre hele historien før man kan danne seg et bilde av den.

Kvalitative metoder er en samling med vitenskapelige forskningsstrategier som bygger på teorier om menneskers erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). De setter et helhetlig bilde av det som skal studeres høyt, og er derfor den foretrukne metoden når vi ønsker å vite mer om menneskers tanker, forventninger, motiver, holdninger, opplevelser, verdier og samhandlinger. Målet vi arbeider mot innenfor den kvalitative forskningen er i mye større grad forståelse enn det å lete etter en forklaring (24 s. 26).

Dette står i kontrast til de kvantitative metodene som vi er langt mer vant til å forholde oss til i den medisinske forskningen. De kvantitative metodene bygger på tall som materiale og er av den grunn gode til å si noe om alt som kan måles eller graderes, samtidig som de sier lite om komplekse menneskelige aspekter (24, kap. 2). Derfor er det viktig å huske på at både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming er nødvendig for å danne beredere forståelse av det man ønsker å forske på. Årsaken til det er at kvalitativ forskning stiller andre spørsmål og dermed kan belyse dypere og mer menneskelige og sosiale aspekter av et fenomenet enn de kvalitative og omvendt (26, s. 22-23).

De kvalitative metodene innebærer, på samme måte som de kvantitative, en systematisk innsamling, organisering og fortolkning av materiale. Det som skiller dem er at materialet i kvalitative studier som regel finnes i form av tekst utskrevet fra samtaler eller observasjon (25). Av den grunn er de kvalitative metodene en bedre tilnærming til å lage beskrivelser og analyser av kompleksiteten i forskjellige trekk, egenskaper eller kvaliteter ved det fenomenet som skal studeres (24, kap.2).

De kvalitative metodene er på bakgrunn av dette gode for å studere fenomener som er lite studert tidligere (24, s.28) og de brukes også for å utdype resultater fra kvalitative studier eller som forstudie før man gjennomfører en kvantitativ studie (24, s.29-31).

#### 4.2.1 Fenomenologisk perspektiv

I min tilnærming og analyse av mitt forskningsmaterialet har jeg valgt å forsøke å benytte meg av et fenomenologisk perspektiv. Det å ha et fenomenologisk perspektiv betyr å tolke materialet vi får frem i studien slik det fremstår fra den enkelte deltakers perspektiv. Da er det viktigste for analysen de erfaringene, tankene og følelsene hver deltaker kan fortelle om i intervjuet (24, s.45). Dette vil altså si at vi i fenomenologien går ut fra at virkeligheten er akkurat slik menneskene oppfatter den (26 s. 21). Gjennom analysen vil jeg derfor anta at virkeligheten er slik deltakeren beskriver den og derfra forsøke å selv danne en forståelse for at det finnes en dypere mening i deltakerens erfaringer. I fenomenologien er det derfor viktig at forskeren, altså jeg, er åpen for alle tanker, følelser og opplevelser deltakeren forteller om og sette mine egne meninger og forståelser til siden.(28, s.40).

#### 4.3 Studiens design

I min undersøkelse blant kvinner som var selekter til å føde ved større fødeenheter, valgte jeg å bruke semistrukturerte individuelle intervjuer, eller dybdeintervjuer som de også kalles. Årsaken til dette var at jeg i størst mulig grad ønsket at informanten skulle fortelle så fritt som mulig om sine erfaringer, tanker og følelser rundt tema, men at jeg samtidig ønsket å få med deltakerens refleksjoner rundt spørsmålene i intervjuguiden. (24, s.129).

Dybdeintervjuene bygger på et fenomenologisk perspektiv der målet er å forstå fødsels erfaringen slik informanten gjør det. Med åpne spørsmål gitt ut fra intervjuguiden og oppfølgingsspørsmål var det også mulig for meg som intervjuer å styre samtalen i noen grad, samtidig som jeg kunne følge opp tema som ikke var planlagte og som informanten tok opp i løpet av samtalen (26, s. 105-109). I og med at jeg valgte å gjøre individuelle intervjuer var målet at jeg skal få en dypere og mer sammensatt forståelse av hva informantene tenkte og følte rundt problemstillingen. For å få til dette var målet at jeg som intervjuer, sammen med informanten, skal bygge opp en tillit som skal gjøre at informanten følte seg tryggere og derav også friere til å snakke



om temaer som hun muligens ikke ville tatt opp dersom intervjuet hadde blitt gjennomført i andre settinger, som for eksempel i en gruppe (28, s. 98).

Dette var en prosess som krevde god forberedelse, nøye gjennomføring og strukturert etterarbeid. Dette er beskrevet nærmere under de neste delene av kapittelet. 4.4 Utvalg og 4.5 Innsamling av data

#### 4.4 Utvalg

I søken etter empiriske data gjennom kvalitative studier, er det viktig å huske på at utvalget vi inkluderer i studien avgjør hvilke sider av problemstillingen vi kan si noe om. I alle typer studier ønsker vi at det vi får vite om saken skal kunne overføres til andre sammenhenger, og ikke bare være representativt for akkurat det utvalget vi har studert. Målet er likevel ikke at beskrivelsene, betegnelsene og de teoretiske modellene som utarbeides skal kunne overføres til befolkningsnivå, men at de er dannet på grunnlag av at utvalget, og dets erfaringer, er tilstrekkelig differensiert (24, s. 55).

For å få til dette har jeg valgt å sette sammen et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er rett og slett et utvalg av deltakere som er satt sammen ut fra et mål om at forskningsmaterialet har best mulig potensiale for å belyse problemstillingen som tas opp (24, s. 56). Ut fra dette har jeg, i samarbeid med min veileder, satt sammen inklusjonskriterier for utvalget mitt som følger:

- Kvinnen må ha en fødestue som sin lokale fødeinstitusjon.
- Kvinnen må ha vært selektert til å føde på større fødeklinner som fødeavdeling/kvinneklinnk og ha født der.
- Kvinnen må være bosatt så langt fra fødeavdeling/kvinneklinnk at hun har måttet reise dit 1 uke før forventet termin.
- Kvinnen må ha født på fødeavdeling/kvinneklinnk det siste året.

Årsaken til at jeg har valgt å bruke kvinner med en fødestue som sin lokale fødeinstitusjon, er at jeg i utgangpunktet valgte å rekruttere deltakere i Lofoten. Fødetilbudet i Lofoten er, som tidligere nevnt, en forsterket fødestue ved Nordlandssykehuset Lofoten lokalisert på Gravdal. Årsaken til at jeg valgte å rekruttere deltakere i Lofoten handler i stor grad om at jeg har oppholdt meg hjemme i Lofoten mens jeg har gjennomført intervjuene og oppgaveskrivingen, men også om geografi og klima. Nærmeste fødeavdeling er på Stokmarknes og nærmeste kvinneklinikk i Bodø. Til disse to stedene er det langt å reise for kvinner i Lofoten, samtidig som det med jevne mellomrom er mye vær og vind, spesielt om vinteren. Dette henger da også sammen med punkt tre, om at kvinnen må ha reist til og deretter oppholdt seg i nærheten av sin fødeklinikk 1 uke før forventet termin og blitt der til de har født.

Jeg har videre valgt kvinner som har vært selektert til å føde på en større fødeklinikk enn fødestue, for å utelukke de kvinnene som selv velger å reise til en større fødeklinikk for å føde, da jeg ønsker å vite mer om opplevelsen for de kvinnene som ikke hadde et annet alternativ enn å reise.

Til slutt har jeg satt som kriterium at kvinnen skal ha født i løpet av det siste året for at opplevelsen av tiden før fødsel, selve fødselen og tiden etter fødsel skal være relativt friskt i minne.

I min prosjektbeskrivelse ble det sakt at jeg ønsket å inkludere 5-8 kvinner. I en kvalitativ studie er det ikke alltid størrelsen på det inkluderte utvalget som har noe å si da et stort homogent utvalg ikke alltid vil kunne tilføre ny kunnskap. I tillegg til det, kan mange informanter føre til en overfladisk og uoversiktlig analyse fordi det blir for mye materiale for forskeren å sette seg inn i og ha oversikt over. Et lite, variert strategisk utvalg vil derfor kunne gi bedre materiale enn et stort (24, s. 59-61). Samtidig er også sannsynligheten for at man klarer å oppnå et optimalt utvalg av passende størrelse høyere dersom analysearbeidet starter så raskt man har innhentet materiale fra de første deltakerne, uten at man har satt en bestemt begrensning på antall deltakere (24, s. 63).

#### 4.4.1 Rekruttering av informanter

For å rekruttere deltakere til min studie valgte jeg å ta kontakt med Helsestasjonen i Lofotkommunene Vågan, Vestvågøy, Flakstad og Moskenes. I Norge er det kommunehelsetjenesten, via helsestasjonene, som er ansvarlige for barselomsorgen, der alle barn skal gjennom 6-ukerskontroll, 3-månederskontroll, 6-månederskontroll og 1-årskontroll i løpet av det første leveåret (27). Jeg spurte så om det var mulighet for om helsesøster, eventuelt lege, kunne dele ut et dokument med forespørsel om å delta i studien min med telefonnummeret mitt og e-postadressen min på. Dersom kvinnen ønsket mer informasjon om prosjektet, eller ønsket å delta i intervju, ble de bedt om å ta kontakt med meg. Videre fikk de som meldte seg som interessert i å være med i prosjektet tilsendt intervjuguide. Tilslutt avtalte jeg tid og sted for intervju med de kvinnene som bestemte seg for å delta. Både dokumentet med forespørsel om å delta i studien og intervjuguiden ligger vedlagt i oppgaven min (Vedlegg 2 og Vedlegg 3).

Videre har jeg også benyttet meg av Facebook for å komme i kontakt med kvinner. Dette har jeg gjort ved å publisere en kort informasjonstekst om oppgaven i Facebookgruppen kjøp og salg i Lofoten, for å nå ut til så mange mulige deltakere som mulig. Som vedlegg til innlegget på Facebook brukte jeg det samme informasjonsskrivet som ble delt ut på helsestasjonene. De som fikk informasjon via Facebook fikk også muligheten til å sende meg mail eller ringe meg for mer informasjon, få tilsendt intervjuguide og eventuelt avtale tid og sted på tilsvarende måte som de som fikk informasjon på Helsestasjonen.

Jeg har oppholdt meg i Lofoten mens jeg har gjennomført disse intervjuene og derav vært fri til å møte kvinnene der de ønsket. Jeg har også gjennomført intervjuene når det har passet for deltakerne.

#### 4.4.2 Endelig utvalg

Etter at jeg publiserte studien på Facebook fikk jeg raskt kontakt med 19 kvinner som ønsket å bidra til studien. Ikke alle disse kvinnene oppfylte de fire kriteriene jeg hadde satt for deltakelse, der de fleste hadde født for 2-5 år siden. Derfor ble inklusjonskriteriene forandret noe på, og kriteriet om at kvinnene skulle ha født det siste året fjernet. Fire av de fem kvinnene som jeg endte opp med å intervju hadde født to barn, og hadde ut fra det sammenligningsgrunnlag når det kom til svangerskap, fødsel og barselstid. Tabellen under viser oversikt over deltakerne med fiktive navn, seleksjonsårsak, hvor og når de har født og antall barn.

**Tabell 1 – Oversikt over informanter**

<b>Deltaker</b>	<b>Seleksjonsårsak</b>	<b>Fødested</b>	<b>Fødsel</b>	<b>Antall barn</b>
"Gerd"	Svangerskapsforgiftning i første svangerskap, tidligere keisersnitt	Bodø	Normal fødsel, 2017	2
"Frigg"	Prematur fødsel med keisersnitt i første svangerskap	Tromsø	Normal fødsel, 2016	1
"Frøya"	Første barn hadde lav fødselsvekt. Mulig lav fødselsvekt på andre og.	Bodø	Normal fødsel, 2016	2
"Eir"	Tidligere akutt keisersnitt.	Tromsø	Vakuüm. Ruptur av livmor og eggleder postpartum, 2015.	2

"Idunn"	Seteleie	Bodø	Barnet satt fast, men kom til slutt naturlig. 2014.	1
---------	----------	------	-----------------------------------------------------	---

Navnene som er brukt i oversikten over informanter er fiktive og inspirert av kvinnelige Norrøne Guder. Idunn er kjærlighetsgud, Eir er gudinne for legemiddelkunsten, Frigg er kjærlighets- og skjebnegudinne og Frøya og Gerd er fruktbarhetsgudinner.

#### 4.5 Dataproduksjon

I denne delen av oppgaven presenterer jeg hvordan jeg arbeidet med å skrive en intervjuguide og om gjennomføring av intervjuene.

##### 4.5.1 Utforming av intervjuguide

Intervjuguiden er viktig når det kommer til kvalitative intervjuer. Den representerer en plan for de temaene vi skal gjennom i løpet av intervjuet. Jeg har valgt å bruke en form for "elv-med-sidestrømmer-modellen" når jeg utformet mitt intervju (28, s. 100-102). Hovedmålet med intervjuet er å få vite mer om hvordan det var for en kvinne å måtte forlate hjemmet for å reise langt for å føde. Dette er altså hovedspørsmålet mitt, og også starten på den "store elven". Videre har jeg inkludert spørsmål rundt dette tema som inkluderer "mindre sideelver" i forhold til tema. Eksempel på disse spørsmålene er: hvilke tanker kvinnen har om å være selektert som risikofødende? Praktiske problemstillinger kvinnen opplevde i forbindelse med at hun måtte reise bort fra hjemmet sitt? Erfaringer hun har gjort seg underveis, mer om oppfølging i løpet av graviditet og i fødsel? Resten av spørsmålene ligger som vedlegg til masteroppgaven min (Vedlegg 3).

#### 4.5.2 Gjennomføring av semistrukturerte intervju

Intervjuene ble gjennomført der informanten ønsket å møtes. Jeg la vekt på at det skulle være et rolig sted, der intervjuet kunne foregå uten forstyrrelser. I tillegg til det sa jeg også til informanten før de bestemte seg for hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet, at jeg syntes det var viktig at det var en plass der de følte seg trygge og avslappede nok til å snakke så åpent som mulig. Dette resulterte i at fire av intervjuene ble gjennomført i informantens hjem, og et på et offentlig bibliotek. Jeg ba også alltid informanten på forhånd tenke gjennom spørsmålene i intervjuguiden og se om det var andre tema de selv syntes var viktige å ta med (26, kap. 3).

Etter planen skulle hvert intervju vare i rundt en time. Dette ble ikke fulgt til punkt og prikke da noen hadde mer på hjertet enn andre. I følge Tjora (26, kap. 3), er det i semistrukturerte dybdeintervjuer også viktig å skape tillit mellom forsker og informant. Det kan gjøres ved å la informanten gjøre digresjoner underveis som kan være med på å gjøre informanten mer trygg og fortrolig med intervjusituasjonen.

For å forberede meg til arbeidet med å intervjuer leste jeg bøkene *Det kvalitative forskningsintervju* av Steinar Kvale og Svend Brinkmann og *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* av Aksel Tjora

Før hvert intervju ble alle informantene bedt om å signere et samtykkeskjema (Vedlegg 4).

Jeg valgte å alltid starte med noen generelle oppvarmingsspørsmål om kvinnen selv som ikke krevde så mye gjennomtenkning, som dermed kunne bidra til å ufarliggjøre hele situasjonen med intervjuet. Jeg lot henne snakke fritt ut fra det jeg spurte om og var nøye med å bekrefte at jeg lyttet til det hun sa og fulgte gjerne opp med flere spørsmål. Dette for å forsøke å skape en avslappet stemning, tillit og en bedre tilknytning mellom oss (26, kapittel 3).

Jeg fortsatte så med refleksjonsspørsmål rundt temaet. Disse ble utformet som åpne spørsmål for å la kvinnene fortelle så fritt som mulig rundt spørsmålenes tema. Dette førte til en del digresjoner fra det opprinnelige tema, og da var det godt å ha intervjuguiden å støtte seg til for å ta opp tråden igjen. Likevel var det umulig å følge intervjuguiden slik den var satt opp, og rekkefølgen på spørsmålene ble tilpasset hver enkelt samtale. Jeg var også på forhånd forberedt på at jeg muligens måtte omformulere spørsmålene i intervjuguiden for å lettere få deltakeren til å snakke fritt. Dette ble gjort uten at jeg endret hensikten med spørsmålene. Underveis i samtalene ble det også behov for oppfølgingsspørsmål, da deltakerne kom med poenger som jeg syntes det var interessant å høre mer om, gjerne i forbindelse med digresjoner. Jeg benyttet meg også av korte "pauser" etter at kvinnen hadde fortalt noe, for å se om hun selv kom videre i temaet uten at jeg kom med oppfølgingsspørsmål (26, kapittel 3).

Jeg avsluttet alltid intervjuet med å spørre om det var noe mer informanten ønsket å fortelle om tema som jeg ikke hadde spurt om eller som ikke hadde kommet frem i samtalen. I avslutning av en samtale er det viktig å ta oppmerksomhet bort fra spørsmålene som er reflektert over i hoveddelen av intervjuet (26, kapittel 3). Dette ble gjort med å snakke litt om prosjektet generelt og ved å fortelle litt om hvordan jeg skal bruke intervjuene i oppgaven min. Jeg takket alltid for hjelpen etter intervjuene og spurte med det samme om jeg kunne ta kontakt dersom jeg hadde flere spørsmål.

Etter at intervjuet var over noterte jeg meg alltid ting jeg hadde lagt merke til underveis i intervjuet som ikke er lett å få med på lydopptaker. Dette kunne være alt fra opplevelsen av tilliten mellom meg og deltakeren, atmosfæren under intervjuet og lignende (29, s. 188).

#### 4.5.3 Utstyr/hjelpemidler

Ved gjennomføring av intervjuene har jeg benyttet meg av taleopptaker. Denne har blitt oppbevart i en boks bare jeg har nøkkel til, i en safe i bygningen jeg har arbeidet med

oppgaven. Safen er det bare jeg og min mor som har kode til. Derav er det bare jeg som har tilgang til lydopptakene av intervjuene. Etter at jeg har skrevet ut samtalene i tekstformat har lydopptakene blitt slettet fortløpende.

#### 4.5.4 Transkribering

I følge Kvale og Brinkmann er det å transkribere å transformere et materiale fra en form til en annen (29, s. 187). Siden materialet i den kvalitative forskningen er basert på tekst, er det derfor nødvendig å omforme rådata, som er selve samtalen mellom deltaker og intervjuer, til tekst slik at det blir tilgjengelig for analyse. Undervis i transkriberingen er det også viktig å huske på at lydopptaket fra samtalen ikke gir et fullstendig bilde av den meningsutvekslingen som foregikk i selve intervjuet. Eksempler på dette er den nonverbale interaksjonen mellom deltakeren og intervjueren som blikkontakt, bevegelser og stemningen i rommet (24, s.75-77).

Transkriberingen i seg selv krever en del bearbeiding av materialet, og noen aspekter av den opprinnelige samtalen, som for eksempel sosiale interaksjoner som stemmeleie og pauser, vil i verste fall kunne gå tapt. Filtringen som også skjer i transkriberingsprosessen kan og føre til at meningene i den opprinnelige samtalen kan endre seg eller forsvinne dersom vi ikke er nøye underveis. Derfor er det viktig å forsøke å ivareta innholdet i det opprinnelige intervjuet så lojalt som mulig (24, s.75-77).

Det finnes ingen universale regler for transkriberingsprosessen, noe som gjerne gjør den vanskelig. Man må velge om man skal ha en skriftspråkstil eller talespråkstil, man må velge hvordan man bruker tegnsetting, og hvor stor dimensjon av det "muntlige" man skal ha med. Hvor nøye transkripsjonen skal gjøres avhenger og av hva den skal brukes til. I mitt tilfellet, der målet er å fange opp erfaringer i form av historier samt følelser, tanker og holdninger, er ikke hensikten med den transkriberte teksten å utføre en detaljert språklig analyse. Derfor er jeg ikke avhengig av å få med alle språklige detaljer som for eksempel hvor lenge en person drar på et ord, hvilken tonehøyde det var i eller



hvor lang tid det går fra spørsmål til svar (29, s. 189-191). Jeg har i min transkribering også valgt å bruke bokmål.

I min transkribering har jeg forholdt meg til mitt valg av en fenomenologisk tilnærming og derfor forsøkt å la tekstmaterialet så godt som mulig være så likt de opprinnelige samtalene som mulig. Jeg har selv gjennomført transkriberingen. Dette har jeg gjort så tidlig som mulig etter hvert intervju, og helst samme dag. Denne tilnærmingen til transkribering er ifølge Malterud lur i og med at det var jeg som var tilstede under intervjuet og dermed har oversikt over hele samtalen. Det vil si at jeg også hadde med meg det nonverbale, og dermed var i stand til å blant annet avklare uklare momenter i lydopptaket. Det å selv gjennomføre transkriberingen gav meg også et tidlig og nært forhold til datamaterialet, samtidig som jeg også fikk reflektert over samtalen og muligens fikk sett den fra flere sider. Dette var med på å sette i gang tankeprosessen tidlig i forhold til analysen (24 s. 78).

#### 4.6 Analyse

Å analysere betyr, i følge Kvale og Brinkmann, å dele noe opp i biter eller elementer (29, s. 201). Målet med analysen er å bruke rådata til å komme fram til et resultat. Resultatet skal videre gi leseren av det endelige resultatet økt kunnskap om fenomenet det er forsket på, uten at de skal være nødt til å gå gjennom hele materialet som er generert i prosessen (26, s. 174). For å få til dette må man aller først starte med å organisere, tolke og sammenfatte materialet som er utarbeidet, noe som kan gjøres ved å dele det opp i mindre segmenter (24, s. 91).

Noe av disse analyseprosessene har jeg selv startet allerede da jeg transkriberte råmaterialet over til tekst. Videre har jeg brukt problemstillingen min til å lete etter mønster og kjennetegn i materialet som kan identifiseres og gjenfortelles. For å gjøre dette har jeg tilstrebet en kritisk refleksjon over materialet, samtidig som jeg alltid hadde min rolle i forhold til materialet jeg analyserte i bakhodet (24, s. 91).

Siden jeg har intervjuet flere kvinner blir min analyse tverrgående. Det går ut på at informasjonen fra alle deltakerne i intervjuene mine skal sammenfattes (24, s.94). Jeg har som nybegynner i den kvalitative forskningen, i tråd med Malteruds anbefalinger (24, s. 95), valgt å benytte meg av en allerede utarbeidet analyseprosedyre.

Før jeg satte i gang prosessen med intervjuene leste jeg en del om hvilken analysemetode jeg hadde tenkt å benytte meg av (24,26,28,29). Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann som mener valg av analysemetode har innvirkning på forberedelsene til selve intervjuet, samtidig som det kan være med på å sette i gang analyseprosessen tidligere (29, s. 198). I og med at jeg ønsker å arbeide frem beskrivelser, passer Malteruds metode; *systemisk tekstkondensering* til min analyse (24, s. 94). Denne metoden går ut på dekontekstualisering og rekontekstualisering. Dette betyr at jeg først skal dekontekstualisere ved å finne fram til deler av materialet som har samme emne. Rekontekstualisering ved å forsikre meg om at de delene jeg hentet ut fremdeles henger sammen med det opprinnelige materialet det er hentet fra (24, s.93).

Da jeg hadde transkribert ut alle intervjuene hadde jeg omentrent 75 sider sammenhengende tekst. Videre var målet å ta utgangspunkt i problemstillingen min, som favner ganske bredt, og finne fram til tema uttrykt fra deltakerne i intervjuene.

Jeg skal videre presentere systemisk tekstkondensering i fire trinn i de neste delkapitlene. Gjennom analysen har jeg ikke kunne følge disse trinnene slavisk, men har vært nødt til å hoppe litt mellom. Videre er det verdt å merke at Malterud (24, s. 110) foreslår å gjennomføre et lite antall intervjuer først, for å så å gjennomføre en systematisk tekstkondensering, før man så gjennomfører de resterende intervjuene. Dette for at analyseprosessen skal bli en dynamisk prosess der materialet gjennomgås flere ganger slik at forskeren skal oppdage når ny data ikke tilfører noe nytt. Dette kalles også at materialet blir mettet. Dette har ikke jeg gjort, da jeg har arbeidet under noe tidspress.

#### 4.6.1 Helhetsinntrykk

Første trinn i analysen gikk ut på å bli kjent med datamaterialet mitt fra et fugleperspektiv. Dette for å danne et helhetlig inntrykk av all informasjonen som er gitt, ikke for å starte systematisering av materialet. I dette arbeidet fokuserte jeg på å se informasjonen som er gitt akkurat slik den ble fremstilt av kvinnene som deltok i intervjuene. Etter at jeg hadde lest hele materialet satte jeg, ut fra mitt helhetsinntrykk, opp noen foreløpige temaer som omfattet forskjellige aspekter ved det å være nødt til å føde langt hjemmefra (24, s. 98-100).

Disse temaene ble satt etter første trinn: Avstand, savn, usikkerhet, ventetid, selektering og risiko, reise, trygghet, praktiske utfordringer, stress, økonomi og tilpasning.

#### 4.6.2 Meningsdannende enheter

I andre trinn er det viktig å ha med seg temaene fra første trinn, da andre trinn innebærer å organisere materialet ved å skille mellom relevant og irrelevant tekst. De relevante delene av materialet er meningsbærende enheter, og de inneholder kunnskap om temaene som ble valgt ut i første trinn (24, s. 100-101).

Samtidig som jeg fant fram til meningsbærende enheter, utførte jeg også koding. Kodingen går ut på å klassifisere de meningsbærende enheter, altså å skille dem fra hverandre. Dette er viktig fordi jeg senere skal være i stand til å indentifisere og samle de bitene av teksten som har noe til felles. I dette arbeidet oppdaget jeg også at noen av temaene går inn i hverandre og det kan være koder som passer inn i flere temaer. På grunn av dette ble listen med temaer noe redigert underveis. Her var det viktig å være fleksibel for å få med alle de meningsbærende enhetene og kodene (24, s. 100-104).

Kodegrupper jeg arbeidet meg frem til var: Avstand, far, ventetid på fødested, opphold på føden, tilpasning.

#### 4.6.3 Trekke ut innholdet i meningsdannende enheter

Tredje trinn går ut på å trekke ut kunnskapen som er kodet og klassifisert i andre trinn. Dette ble gjort ved å samle de enhetene med tekst som hadde samme kode og deretter samle og kondensere innholdet. Dette går i prinsippet ut på å gjøre innholdet innenfor hver kode kortere og mer konkret. Underveis i dette arbeidet var det behov for å dele opp materialet ytterligere ettersom bitene inneholdt tekst med forskjellige nyanser. Disse nyansene ble til subgrupper. Innholdet i subgruppene skal også kondenseres til en kortere meningsbærende tekst, samtidig som vi skal ta vare på gullsiter. Gullsitatene skal være en illustrasjon av kondensatet. I dette trinnet blir materialet som er sortert som irrelevant lagt til side (24, s. 104-107).

Eksempel på subgrupper jeg har bestemt meg å arbeide videre med: Savn, usikkerhet, ventetid, fars rettigheter, økonomi.

Eksempel på kondensat fra subgruppen savn:

”For Gerd var det å forlate sin 3,5 år gamle sønn hjemme det verste. Hun beskriver det som helt grusomt, og hun gråt flere dager. Hun skulle også ønske det var mulighet for å ha sønnen med seg til Bodø. Sønnen hadde sjeldent barnevakt og de var derfor bekymret for hvordan han skulle reagere på det.”

Eksempel på gullsitat fra kondensat:

*”Det var egentlig mest det at det var trist å reise fra ham og ikke vite når jeg skulle komme hjem til ham. Skulle jeg være borte i fire dager eller skulle jeg være borte fra ham i tre uker?”*

#### 4.6.4 Sammenfatting av betydningen i de meningsdannende enhetene

Det siste trinnet i analysen går ut på å sette sammen de bitene med kondensert tekst vi har utarbeidet fra det opprinnelige materialet. Dette gjorde jeg ved at jeg benyttet meg av de endelige kodegruppene til å gjennomgå forskjellige aspekter rundt problemstillingen. Disse aspektene presenteres videre i resultat og analysedelen av oppgaven min. Et annet viktig aspekt med det siste trinnet er rekontekstualisering. Dette ble gjennomført ved å gå tilbake til det opprinnelige materialet for å se om de kondenserte tekstene fra kodegruppene stemmer overens med det opprinnelige

materialet. Dette ble gjort ved å lete etter data som motsa den tekstbiten jeg hadde analysert meg frem til (24, s. 107-111).

#### 4.7 Ethiske aspekter

Noe av det aller første jeg gjorde da jeg startet arbeidet med denne oppgaven var å melde prosjektet til personvernombudet for forskning - Norsk senter for forskningsdata, NSD. Jeg ventet med å rekruttere deltakere til intervjuene til jeg fikk tilbakemelding fra personvernombudet som fant at behandlingen av personopplysninger var meldepliktige og at min behandling tilfredsstillte kravene i personopplysningsloven (Vedlegg 1).

Jeg har tatt utgangspunkt i at alle deler av forskningen jeg har drevet inneholder en rekke etiske spørsmål (29, s. 80). Dette innebærer at jeg i hvert trinn av min undersøkelse har vært nødt til å ta stilling til etiske og moralske problemstillinger. Jeg presenterer noen av de viktigste aspektene i de neste avsnittene.

I dokumentet jeg utarbeidet med forespørsel om å delta i undersøkelsen var jeg nøye på å bruke et allment språk som skulle være forståelig for alle, samt å informere om frivillig deltakelse. Her ble det også opplyst om at jeg skulle benytte meg av lydopptaker.

Gjennom min rekruttering av deltakere til intervjuene mine har jeg vært nødt til å behandle enkelte personopplysninger om deltakerne. Jeg har utelukkende bare skrevet ned de opplysningene som er avgjørende for mitt prosjekt. Disse opplysningene har gjennom prosjektet vært oppbevart i et passordbeskyttet dokument på min private Macbook. Dette dokumentet skal slettes etter at oppgaven er avsluttet (28, s. 25) .

For at alle deltakerne skulle være i stand til å gi et informert samtykke til å delta i intervjuet innledet jeg alltid intervjuene med å fortelle om prosjektet, hva

intervjudataene skal brukes til og at alle opplysninger som vil kunne virke identifiserende skulle bli anonymisert. I tillegg til dette hadde deltakeren på forhånd lest både forespørselsnotatet om deltakelse og intervjuguiden (28, s. 26). Dersom deltakeren ikke hadde flere spørsmål og fremdeles ønsket å delta i studien ble det signert et samtykkeskjema før intervjuet startet.

I oppgaven min har jeg valgt å ivareta deltakernes anonymitet ved å gi alle kvinnene som stilte til intervju fiktive navn, som beskrevet under delkapittel 3.4.2 *Endelig utvalg*. De fiktive navnene er tilfeldig valgt, og hvilken kvinne som har fått hvilket navn er også tilfeldig. Kvinnene som deltok i intervjuene ble også informert om dette før vi startet intervjuene. Dette for å holde forskningsmaterialet konfidensielt slik at ingen kan identifisere deltakerne ut fra teksten som publiseres (28, s. 28-29).

Under selve intervjuene var jeg oppmerksom på å plassere diktafonen slik at den ikke skulle påvirke intervjuet. Jeg opplyste likevel også deltakeren om når jeg skrudde den på, og når den ble skrudd av.

## 5 Resultater

I dette kapitlet av oppgaven min vil jeg presentere de resultatene jeg har kommet fram til ut fra datamaterialet jeg har samlet inn og analysert. I de påfølgende delkapitlene vil jeg presentere resultatene ved hjelp av kodene og subgruppene jeg kom fram til i analysen. De vil bestå av en innledende beskrivelse av kvinnenenes opplevelser også bruker jeg sitater for å illustrere mine beskrivelser.

### 5.1 Risiko

Siden alle kvinnene i min studie har vært selektert som risikoføddende har dette også preget deres opplevelse av svangerskapet og det å reise langt for å føde. Hvordan hver enkelt av dem beskrev hvordan de opplevde risikoen, var forskjellig.

*"Jeg var ikke veldig bekymret fordi jeg tror det spørs hvilken grunn man har for å bli selektert som risiko. Jeg hadde ikke risiko for svangerskapsforgiftning eller slike alvorlige ting [...]. For det hadde vært noe helt annet å ligge i Bodø på et hotellrom å lure på om jeg kom til å bli alvorlig syk eller at barnet skulle bli syk. Da frykter man jo mye mer enn jeg gjorde" – Frøya*

Flere av informantene forteller om at de syntes det føltes skremmende å være selektert som risikoføddende. Det førte med seg en usikkerhet i svangerskapet som gjorde at de brukte tid på å bekymre seg for potensielle farer både gjennom hele svangerskapet og for selve fødselen:

*"Og jeg tror nesten min følelse av risikoen var verre enn den faktiske risikoen altså. Man lever seg inn i det og går og vet at jeg er farlig og jeg er en prosent. Herremann, hun ene sa til meg at dersom du har hatt keisersnitt så er det 4% sannsynlighet for ett eller annet, og men så har jo du også hatt en prematur fødsel, så der er det 4% til. Og da var vi allerede på 8% prosent, skjønner du – man blir jo helt tøvetete i hode av hvor farlig jeg plutselig var. Så man følte seg jo alvorlig syk, selv om jeg jo ikke var det i det hele tatt." – Frigg*

Sitatet over beskriver noe kort oppsummert hvordan følelsene rundt det å være risiko kunne virke vanskelige på kvinnene både gjennom svangerskapet og frem mot fødsel. Kvinnene fortalte om hvordan det å være selektert som risikofødende og vite at avstanden til kompetansen det ble sakt deres fødsel krevde ikke fantes i nærområdet opplevdes belastende. Det var bekymringer som:

*”Det er jo skremmende å tenke på at man ikke vet om det kommer til å gå bra. I alle fall når man er i Lofoten og det er uvær og man ikke vet om man kommer seg av gåre.” – Idunn*

Alle kvinnene jeg snakket med har likevel uttrykt at de føler trygghet i det at det finnes noe kompetanse tilgjengelig i nærheten. På fødestuen på Gravdal har de som tidligere nevnt døgnkontinuerlig gynekolog i vakt og beredskap for å kunne gjennomføre akutte keisersnitt. Dette tilbudet er et resultat av vår sårbare geografi med lange avstander og mye vær. Frigg og Eir fødte på sommeren, og begge opplevde usikkerhet i forhold til det at de var selektert som risikofødende og at fødestuen på Gravdal skulle sommerstenges. Eir fødte et år før Frigg og unngikk derfor også stengning av fødestuen, mens Frigg fødte det første året de stengte fødestuen for sommeren. Dette opplevde hun som veldig skremmende:

*”I graviditeten, det preget meg. Jeg ble redd, veldig redd og gikk nesten å lette etter symptomer slik at jeg kunne komme meg her fra så fort som mulig siden jeg viste at de skulle stenge her. Så man blir redd.” – Frigg*

Det medførte en del bekymring gjennom svangerskapet som kvinnene selv mener kunne vært unngått dersom avstanden til tilstrekkelig kompetanse var kortere og fokuset på risiko ikke hadde vært så utpreget som den var.

*”Ja, det med risiko tror jeg bare er et skyggespill for å spille på følelsene til oss damene slik at vi skal være redd for det naturlige som skal i gang.” – Frigg*



### 5.1.1 Interessekonflikt

Frøya var til kontroll hos en vikarierende gynekolog fra Bodø i forbindelse med selektering. Gynekologen fra Bodø mente at barnet var lite av vekst og at Frøya derfor burde føde i Bodø. Jordmødrene på Gravdal var ikke enige i dette og hevdet at det ikke var noen form for risiko. Frøya opplevde dette som en interessekonflikt – ville muligens jordmødrene på Gravdal ha henne der på grunn av statistikk? Ville kanskje gynekologen fra Bodø ha henne i Bodø for å øke statistikken der?

Dette kommer jeg tilbake til i diskusjonsdelen.

### 5.2 "Må man, så må man"

Alle fem kvinnene jeg snakket med hadde et ønske å om kunne føde i nærheten av hjemmet sitt. Overskriften gjenspeiler en frase brukt av flere av kvinnene – må man reise av sted for å føde så må man.

*"Og det vil nok uansett kanskje bestandig føles tryggest å være nærmest hjemme. Men, ja, må man så man." –Eir*

Denne holdningen beskriver også hvordan disse kvinnene tilpasser seg til å være selektert som risikoføddende og derav var nødt til å reise langt av sted. De forteller om hvordan de forberedte seg til å reise og hva de fokuserte på når de valgte hvor de ville føde. Enkelte av deltakerne valgte fødested etter at de var blitt selektert for at de skulle kunne være så nært deler av familien sin som mulig:

*"Jeg skulle reise 10 dager før tiden. Siden [det første barnet] kom til termin så kunne neste også komme tidlig. Da bestemte vi oss for å reise til Tromsø fordi søsteren min bor der. Jeg tenkte at dersom jeg ble gående å trø rundt eller å sitte alene, og først gruer meg litt for fødsel, også skal man sitte på et sykehus hotell eller på et sykehus alene og ikke tenke på*

*noe annet enn den fødselen, så gruver man seg jo kanskje litt mer [...]. Så da var vi både [mannen min], [sønnen min] og jeg der oppe for å vente på å få [barn nummer to]” – Eir.*

Samtidig som de tilpasset seg hadde de også et ønske om at kompetansen som fantes tilgjengelig ved de større klinkene kunne vært tilgjengelig i Lofoten

*”Men så skulle jeg jo helst ønske at Tromsø var her da!” – Frigg*

### 5.3 Avstanden

Avstanden mellom fødested og hjemmet ble utfordrende for flere av kvinnene på forskjellige måter. Praktiske utfordringer står gjerne i kø når man skal ute å reise. For kvinnene som hadde barn fra tidligere var det viktigste å finne barnevakt for barnet som måtte være igjen hjemme. Heldigvis var det familie som kunne stille opp.

*”Vi hadde ordnet med barnevakt. Foreldrene mine er jo pensjonister. Vi var jo veldig heldige slik, de var fri og kunne komme oppover for å passe. Vi hadde noen venner her i bygda som var ”bakvakt” dersom det skulle skje noe tidligere. Men så reiste de bort og da kom foreldrene min opp hit ca. 2 uker før termin. De var her ganske lenge, over 3 uker.” –*

Frøya

De som hadde barn fra før, la vekt på at det var godt å kjenne at de hadde familie som kunne stille opp slik at de slapp å bekymre seg for om barnet hadde det bra eller ikke. Videre ønsket gjerne far å være litt lenger hjemme i og med at han ikke egentlig var nødt til å være på fødestedet i så lang tid. Dette også for å avlaste barnevakten, eller fordi han var i besøk hos familie. Det at far var langt unna føltes usikkert for kvinnene som nå var høygravide og noenlunde klare til å føde.

*”For den ene helgen da jeg var der alene, så tenkte jeg mye på: ”hva om det skjer nå?” Det er jo ikke sikkert at han rekker over.” – Frøya*

*”Jeg dro til Tromsø 10 dager før slik som det som var anbefalt og tenkte at jeg skulle nå i alle fall være kommet fram dersom det skulle skje noe. For jeg var litt på ham og sa at dersom fødselen skulle starte tidligere så må du bare hive deg i bilen og komme. Jeg nekter å føde barnet alene. Det husker jeg, det tenkte jeg jo på selv hvor nært han egentlig var [Ca. 3,5 time i bil] og at han hadde full mulighet til å dra når som helst, for det var også et usikkerhetsmoment. Jeg kjente jo virkelig at jeg slappet mer av etter at de var kommet til Tromsø og vi var alle samlet.” – Eir*

#### 5.3.1 Hva om det skjer før vi er reist fra Lofoten?

For noen av kvinnene følte det utrygt at deres fødeinstitusjon var langt unna underveis i svangerskapet. Siden de viste at de var selektert som risikofødende og gikk å kjente på at det følte skremmende var det også skummelt å vite at dersom fødselen skulle starte tidligere enn ventet så hadde de vært nødt til å sendes akutt fra Lofoten til Bodø. De bekymret seg også for hva som hadde skjedd dersom barnet hadde kommet til i Lofoten.

*”Det var mer det at jeg var bekymret for at fødselen skulle starte hjemme og rekker jeg å reise over fjorden før fødselen var over liksom? Man vet jo aldri.” – Gerd*

*”Det var slik i 9 måneder at jeg følte jeg holdte pusten før vi reiste til Tromsø. Da vi kom til Tromsø var det 50 kg av skuldrene fordi jeg var en risiko og da var jeg der jeg skulle være.”*

– Frigg

#### 5.4 Savn

Alle deltakerne i studien forteller om at de følte på et savn rundt det å være nødt til å forlate hjemmene sine og være langt borte fra venner og familie.

#### 5.4.1 Savnet etter barn

Savnet var imidlertid verst for de kvinnene som hadde barn fra tidligere. De kjente på at det var tungt og forlate barnet hjemme og at de også brukte mye tid på å tenke på den lille som var hjemme.

*"Det var helt grusomt. Ehm, jeg tror jeg satt og gråt en uke i forveien fordi jeg gruet meg så mye [...]. Det var virkelig fælt å reise fra ham. Jeg skulle ønske jeg kunne hatt ham med meg, og det skulle samboeren min også ønske."* – Gerd

Det gjorde ikke savnet særlig mye bedre at kvinnene ikke viste på forhånd hvor lenge de skulle være borte fra barnet sitt. Dette skapte mye usikkerhet, flere av kvinnene som hadde barn fra før la vekt på at usikkerheten rundt dette gjorde dem urolige og at savnet da ble sterkere.

*"Men det var veldig tungt å dra. Hun var jo bare 2,5 år og vi hadde aldri vært borte fra henne, også skulle vi plutselig være bort i flere uker på ubestemt tid. Det var det som var tungt ja. Det var ikke noe gøy."* – Frøya

Oppe i denne usikkerheten var det også en av kvinnene som hadde håpet på at de kunne sette i gang fødselen tidligere istedenfor at hun måtte gå 12 dager på overtid. Hun hadde hatt keisersnitt tidligere og hadde derfor et lite håp om at de ikke skulle la henne gå så mange dager over termin:

*"Jeg var jo på planlegging av fødsel i uke 36. Da spurte jeg om de tok hensyn til om vi hadde barn hjemme, men det gjorde de ikke [...]. Jeg tenkte kanskje at i og med at jeg hadde keisersnitt sist så håpet jeg at de ikke skulle la meg gå så lenge som 12 dager over for at*

*det kunne bli press på arret, men nei, det gjorde de ikke. Jeg måtte gå til det startet av seg selv, eller eventuelt dag 12 over. Så de tok ikke hensyn til at det var barn hjemme.” – Gerd*

#### 5.4.2 Savn etter hjemmet

Kvinnene som ikke hadde barn kjente også på savn, men da på en annen måte. Det var savn etter resten av familien, sine egne omgivelser, sin egen seng og sin egen mat. Frøya opplevde at hun fikk dårligere appetitt av å være langt hjemmefra fordi hun ikke kunne spise sin vante mat:

*”Jeg vil jo ikke egentlig være på et hotell og våkne i en hotellseng og spise hotellmat og. Det er sånn, ja, det gikk greit de første dagene også begynte det med at jeg fikk dårligere appetitt og det var ikke så godt å spise hotellmat hver eneste dag. Og det er jo slikt som ikke er optimalt før en fødsel tenker jeg og. At man ikke får det vante som man liker og at man ikke får den maten man liker å spise som gir deg appetitt.” – Frøya*

Andre kjente på hvordan det å være langt fra hjemmet sitt gjorde det vanskeligere å takle smerter. En av kvinnene hadde født på Gravdal første gang og hadde i forbindelse med det hatt muligheten til å være hjemme hos seg selv helt til hun måtte reise til fødestuen. Da kunne hun ligge i badekaret hjemme å slappe av, isteden for å være langt hjemme fra.

*”Så jeg var bare hjemme, og lå til og med i badekaret og alt før vi dro på sykehuset og fikk sluppet skikkelig av. Det å være i sine egne omgivelser er jo viktig i forbindelse med å takle smerte.” - Eir*

#### 5.4.3 Familiens savn

Savnet og usikkerheten som førte med det gjaldt jo også andre veien. Familien savnet kvinnene som skulle føde og syntes det var rart og skummelt at de skulle være så langt

unna. Dette kunne også oppleves vanskelig for kvinnen som skulle føde. Friggs familie hadde allerede opplevd at hun og mannen hadde vært gjennom en vanskelig tid etter hennes første fødsel, og når avstanden var stor og usikkerheten likeså var det bare en ting å gjøre:

*”Mamma og lillesøster sto på døren i Tromsø dagen etter fødselen etter å ha kjørt hele natten fra Lofoten. Da hadde de vært veldig spent. Jeg hadde ringt og fortalt at fødselen var startet så da hadde de kastet seg rett i pakkingen og ordnet seg fri for å komme oppover. De var veldig spent. Og jeg tror jo at det lå mye nerver hos de også. De var veldig glad for å få komme å se. Så var de der i tre timer, også dro de tilbake. Jeg tror egentlig det var litt ”check, alt er i orden, nå kan vi dra”. Og de hadde fått snakket med meg og jeg hadde fått snakket med dem og det syntes jeg var kjempegodt, også var det hadebra og det var greit. De hadde vært innom med sin trygghetsånd.” – Frigg*

## 5.5 Stort og uoversiktlig

De større fødeklinikkene kan fort oppleves store og uoversiktlige. Dette kan føre til en ekstra usikkerhet og mer stress i forbindelse med fødsel og barseltid for kvinner som allerede har opplevd stress i forbindelse med avstander, reising, savn og praktiske utfordringer.

*”Det var alt for stort der borte, det var alt for mange folk. Det kom 8 unger til den samme dagen/natten. Så det var veldig mye som skjedde, og jeg følte at man ble bare tilsett av og til dersom man ringte på. Men det følte litt som at de prøvde å få deg unna.” – Idunn*

Når man allerede er på en stor plass så føles det greit å få en omvisning for å vite hvor ting er. Når man allerede er i en stresset situasjon og på toppen av det hele må lete etter hvor man skal parkere bilen eller hvor man skal gå så gir det også en usikkerhet.

*”Siden jeg skulle til Tromsø, så fikk jeg bare en sånn halvveis omvisning da jeg var på min første kontroll der oppe, og da var det nå ikke så veldig lenge til hun skulle komme ut. Men det var jo så, jeg viste jo ikke helt hvor vi skulle og hvordan det så ut, og det kan jo høres banalt ut, men alle de tingene betyr jo noe, at man vet hva som skal foregå. For det så jeg jo også når vi kom dit, vi viste ikke helt hvor vi skulle gå og hvor vi skulle parkere og alt slikt.”*

– Eir

## 5.6 Tryggheten i en støttespiller

Alle fem informantene i min studie uttrykte et sterkt behov for å ha mannen sin sammen med seg under fødselen. Mange uttrykte at de ikke følte seg trygg på å føde alene og det å ha en hånd å holde i og noen som man kjente godt gjorde hele situasjonen rundt fødselen lettere for dem.

*”Gud trøste meg rett, dersom jeg hadde vært nødt til å være der alene som risikofødende. For far har jo ingen krav i dette her, så jeg kunne i prinsippet ha vært helt alene. Det hadde vært både skummelt og veldig ensomt.”* – Frigg

*”Jeg hadde ikke lyst til å være alene. Det følte utrygt, og ikke kjente jeg noen.”* – Idunn

Videre vil jeg i to delkapitler beskrive utfordringer parrene hadde i forbindelse med det at far skulle kunne være med på ventetid og fødsel.

### 5.6.1 Økonomi

Informantene forteller om at det ble dyrt for dem som familie å betale for å ha mannen med seg under fødselen. Siden far juridisk sett ikke er ansett som medisinsk nødvendig blir ikke hans opphold på fødested dekt på samme måte som kvinnens blir. Kvinnene oppgir forskjellige priser på hotell opphold, alt fra 200 kr til 400 kroner natten, da inkludert frokost. Det blir poengtert at selv om dette i utgangpunktet ikke er så veldig

dyrt så kan det bli dyrt i lengden da det også tilkommer utgifter i forbindelse med mat og reise.

*"Det er veldig mye økonomi, og det er mye av det vi sitter igjen med. Vi er veldig takknemlige for fantastisk oppfølging, men det har kostet mange penger. Det på tross av at Helse-Norge skal være gratis i den forstand. Mannen min har ikke vært medisinsk nødvendig, men vi har vært risiko og vi har gått å vist at vi var risiko og da er det fint å være to." - Frigg*

*"Men det er jo noe med det å kunne være sammen [...]. Så jeg skulle virkelig ønsket at det hadde vært en ordning som gjorde at man fikk dekt alt. Han er jo like mye med på det som jeg er." - Gerd*

Flere av kvinnene har valgt å bo hos familie eller venner i nærheten av fødestedet for å spare penger og uttrykker derav takknemlighet for hvor heldige de har vært som har hatt muligheten til det. En av kvinnene uttrykte også at hun og mannen på forhånd sparte opp penger fordi de viste at det kom til å bli dyrt dersom de var nødt til å være lenge hjemmefra.

*"Gudfaren til sønnen vår bodde enda i Bodø slik at samboeren min fikk bo hos ham. På den måten sparte vi penger på hotell, for det var ikke så billig." - Gerd*

*"Vi hadde spart opp og lagt unna penger fordi vi tidlig viste hvordan ståa var. Da skulle vi i alle fall ha en konto å ta av. Også var det jo det med familien. Hvis vi ikke hadde hatt dem så hadde det blitt veldig mye dyrere [...]. Hadde det ikke vært for det så hadde ikke han kunnet være med meg i det hele tatt. Da hadde jeg vært nødt til å sitte alene i Bodø den tiden det tok. Og det er jo det verste for de som bor her, det er at man er nødt til å reise alene.." - Idunn*



Det blir tydelig uttrykt at det er enighet blant kvinnene om at det er urettferdig at de som allerede har det vanskelig økonomisk også skal stille svakest i en så sårbar situasjon som en fødsel.

*”At det er økonomi som skal styre om man kan ha med seg noen eller ikke, det er jo ille. Det er jo ikke akkurat slik at man velger å reise en annet sted, det er jo noe helt annet dersom jeg selv hadde valgt et annet sted selv om jeg hadde hatt mulighet til å være på Gravdal. Da må man jo ta det valget og følgene med det. Men når man ikke får lov til å være i nærheten av hjemmet så må man i alle fall få lov til å ha med seg noen”. – Eir*

#### 5.6.2 Far må ha fri fra jobb

Kvinnene forteller om utfordringer i forbindelse med at far må ha fri fra jobb for å kunne være sammen med dem å vente på at fødselen skal starte. Alle blivende fedre som arbeider i offentlig sektor har krav på 10 dager barselpermisjon i forbindelse med fødsel. Disse ti dagene ble for enkelte av kvinnene i studien brukt opp på ventingen før fødselen startet. Dette er et gode fedre som arbeider i det private næringsliv eller er selvstendig næringsdrivende ikke har, og de var derfor nød til å finne alternative løsninger på problemet.

*”Vi planla det selv, og tok ferie 2 uker før termin. Det gjorde Øystein sammen med meg. Så da reiste vi oppover og var der på pasienthotellet [...]. Men så kom jo ikke [barnet] til termin, han kom jo en uke etter termin. Og [mannen min] hadde jo bare tre uker ferie. Og han er selvstendig næringsdrivende, så han er ikke en av dem som har den her 10 dager permisjon i forbindelse med fødsel [...]. Så da hadde det i så fall blitt ulønnet dersom han skulle være der lenger” – Frigg*

*”Jeg gikk jo ut i permisjon, og han hadde jo ferie først i 3 uker også skulle han ha 2 uker permisjon, så vi hadde jo planlagt å ha god tid sammen med babyen. Men hun kom jo ikke*

*før 13 dager over tiden så han hadde jo brukt opp alt. For jeg tror at permisjonen hans startet ca. da jeg hadde termin, også gikk jo de 14 dagene.” – Eir*

*”Ja, heldigvis skulle jeg til å si, så var han syk på den tiden. Så han var sykemeldt i forbindelse med det.” – Idunn*

Dette viser hvordan de tre kvinnenes menn løste floken med jobb. Både Frigg og Eir legger vekt på hvor glad de var for at de skulle føde på sommeren slik at det passet inn med ferieavvikling på arbeidsplassen. Eir fødte 13 dager på overtid, så på tross av at mannen hadde tre uker ferie og to uker barselpermisjon så var det så vidt han rakk fødselen før han måtte reise hjem til Lofoten.

### 5.6.3 Fars rolle i barselstiden

Det ble underveis tydelig at far hadde begrenset mulighet til å tilbringe tid sammen med mor og barn etter fødselen. Ut fra det jeg tidligere i dette kapitlet har skrevet om hvordan far var en viktig trygghet for mor i en allerede utfordrende situasjon, ble ikke opplevelsen lettere for mor når hun ikke kunne ha far hos seg etter fødselen.

*”Men første gangen var jeg ikke forberedt på at [mannen min] ikke skulle få lov til å være der. Han var jo der under fødselen, også måtte han gå. Ingen av oss viste det, vi var ikke forberedt på det at han ikke fikk være sammen med den nyfødte og meg da. Men i Bodø hadde de ikke familierom og det var ikke plass. Det var liksom at når fødselen var over så måtte han dra. Og det syntes jeg var kjempevanskelig.” – Frøya*

*”Også fikk ikke samboeren min være sammen med meg heller, så han ble sendt på hotell når kvelden kom. Så er det de teite reglene om at det er hviletid midt på dagen, og da ble han også sendt ut, så han fikk ikke være sammen med oss. Da tok vi bare barnet med oss og gikk og satte oss i kafeteriaen, fordi jeg ikke ville være alene. Og han ville ikke reise fra oss*

*heller så. (Ida: Hva følte du når han måtte gå?) Jeg begynte å gråte og ble veldig lei meg. Jeg hadde ikke lyst til å være alene. Det føltes utrygt og ikke kjente jeg noen. Og det var andres barn som lå å gråt også var jeg førstegangsmor så jeg viste ikke helt heller hva jeg skulle gjøre med ungen dersom hun begynte å gråte. Nei, det var ikke noe artig.” – Idunn*

Kvinnene viser likevel forståelse for at de var innlagt på sykehus og at det er vanskelig å ha plass til at alle skal ha mulighet til å ha med seg partneren sin.

## 5.7 Barseltiden

Nesten alle kvinnene i min studie hadde opplevd å ligge på de store fødeklinikkene der de hadde født i barsel og å ligge på fødestuen på Gravdal i barsel. Barseloppholdet på Gravdal var enten ved en tidligere fødsel på Gravdal eller fordi de selv har tatt initiativ til å bli flyttet til Gravdal etter fødsel på en større fødeklinikk. Dette fordi de ønsket å komme nærmere hjemmet og familien sin. De beskriver store forskjeller mellom det å tilbringe barseltiden på en liten klinikk i forhold til en stor en. Disse kvinnene opplevde en trygghet i den rolige atmosfæren ved fødestuen på Gravdal der og forteller at de slappet mye bedre av der enn det de gjorde i barseltiden på en større fødeklinikk. Dette fordi jordmødrene og barnepleierne virket å ha bedre tid til å hjelpe til å vise hvordan ting skulle gjøres og slikt.

### 5.7.1 Gravdal og familierom

Alle de som hadde vært på Gravdal i barseltiden var veldig positive til det at far hadde muligheten til å være sammen med dem hele døgnet gjennom. Dette skapte en nærhet hos dem som familie og en trygghet for kvinnene selv fordi de slapp å være alene i en situasjon de var usikker på.

*”Vi var jo noen dager på Gravdal med første og det var jo mye bedre å være der. Vi fikk være på samme rom som familie også hadde vi jo veldig god tid til å vise oss og vi var jo helt grønne og hadde ingen erfaringer med barn og babyer i det hele tatt, så å vise oss*

*hvordan vi skulle bade barnet og alt sånn der. Det var veldig godt, jeg følte meg veldig trygg da jeg dro hjem derfra.” – Frøya*

*”Men skulle absolutt ha foretrukket å være på en mindre fødestue med familierom etterpå, som ikke har slikt voldsomt sykehuspreg. For man får ikke et særlig forhold til føden, og 4 timer etter fødsel så dro vi tilbake på sykehuset.” – Frigg*

Det ble også lagt vekt på at kvinnene følte seg mer sett og bedre ivaretatt fordi pleierne på fødestuen på Gravdal hadde god tid til å snakke med dem og høre om deres tanker og følelser. Dette bidro til at kvinnene, etter oppholdet på Gravdal i barsel, følte seg tryggere på sine nye roller som mødre.

#### 5.7.2 Dele rom

De fleste hadde i forbindelse med barseltid på en større klinikk opplevd å dele rom med andre kvinner som nettopp hadde født. Dette opplevdes som både slitsomt og stressende. Det gav ikke den samme muligheten for å slappe av som de hadde den tiden de var i barsel på Gravdal og hadde familierom.

*”Ja, vi var vel 3 stykker på et rom. Man får ikke tid til å bearbeide og tenke selv fordi det er så mange inntrykk. Følte ikke man kunne ha besøk eller noe.” – Idunn*

*”Andre gangen kom jeg på rom med ei som var mer høylitt. Hun hadde med seg noen, så jeg var litt sånn, nei, jeg vet ikke helt. Det var vel kanskje litt at jeg hadde så lyst til å dra hjem og, jeg vet ikke helt. Følte meg litt forstyrret, og hadde bare lyst til å få litt ro og fred.”*

– Frøya

Det ble også poengtert av noen av kvinnene at det også kunne være hyggelig å dele rom med en annen kvinne etter fødsel.

### 5.7.3 "Man følte at man var på et samleband"

Alle som hadde vært i barsel på de store klinikkene beskriver i varierende grad et stressende miljø. Dette følte som om at de som arbeidet der hadde veldig mye å gjøre og egentlig ikke hadde tid til å rekke over alt det de skulle.

*"I Bodø var det jo slik at jeg følte meg medisinsk trygg, men jeg følte at de hadde veldig dårlig tid. De fløy jo rundt som piska skinn de stakkars barnepleierne. Så det var litt sån, nesten dårlig samvittighet for å dra i den snora og be om hjelp." – Frøya*

*"Man føler jo at man er et nummer i rekken, noen skal inn og noen skal ut. Ikke for det, de er jo veldig flink og når de først er kommet inn til deg så er de jo omsorgsfulle, men det føles jo litt som at de mest bare har vært å stukket hode innenfor døren for å sjekke at det er puls, også går de videre.. haha!" – Eir*

*"I Bodø var det mer tvang for der var det om å gjøre å få ting i orden så raskt som mulig for å kunne sende videre eller hjem. Det virket i alle fall slik." – Idunn*

Kvinnene forteller også om hele vakter der det ikke var noen innom dem for å høre hvordan de hadde det. Alle kvinnene viser tydelig forståelse for at det antagelig er mye som skjer og at pleierne på avdelingen hadde mye å gjøre, og dette medførte at de kviet seg for å ringe på til pleierne for å be om hjelp.

*"Vi ville ikke føle oss så mye til bry. Nei, så det gjorde vi ikke. Men når de kom innom så kunne vi spørre spørsmål." – Gerd*

På tross av at miljøet var travelt og at det i noen situasjoner kunne virke som om at det menneskelige aspektet oppe i det hele ble litt avglemt forteller kvinnene om at de

medisinsk sett følte seg trygge på de store klinikkene fordi de der hadde tilgang til den høyeste graden av kompetanse dersom det skulle oppstå komplikasjoner underveis.

## 5.8 Godt å komme hjem

Alle kvinnene forteller også om lettelse i forbindelse med det å komme hjem. De fleste hadde vært lenge borte fra hjemmet, barn og familien. De forteller om at det følte seg mer avslappet når de var kommet hjem og kunne være i sine egne omgivelser og de kunne senke skuldrene fordi det hele var over.

*”Jeg tror aldri det har føltet så godt å komme hjem i hele mitt liv. Jeg husker jeg sa det til [mannen min]: Se så fint vi har det!! Så det var veldig rart å komme hjem etter å ha vært borte i 4 uker. Da kunne jeg få legge [barnet] der hun skulle sove og bare få være hjemme i min egen seng, min egen mat og alt var mitt eget. Ja, det var veldig godt.” – Eir*

*”Da vi kom til Gravdal var det mer kjent og vi hadde flere folk rundt oss dersom det skulle ha skjedd noe og vi fikk mye mer besøk. Når vi kom helt hjem var det veldig godt å få lov til å gjøre ting på sin egen måte, sove i sin egen seng og lære seg ting i sitt eget tempo” –*

Idunn

## 6 Diskusjon

Resultatene jeg presenterte i kapittel 5 gir informasjon om mange forskjellige opplevelser, tanker og følelser rundt at kvinner må forlate hjemmene sine for å reise langt for å føde. Alle kvinnene fortalte om at det i varierende grad var belastende og stressende å reise hjemme fra for å føde. I dette kapitlet vil jeg drøfte resultatene jeg har kommet fram til i forhold til eksisterende kunnskap og tidligere forskning. Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg gjøre en kort diskusjon rundt studiens design.

### 6.1 Stress

I følge store norske leksikon betyr betegnelsen "stress" påkjenning eller belastning. Det er et vidt begrep som referer til både fysiologiske og psykiske prosesser i kroppen vår, samtidig som det også kan brukes for å si noe om vår evne til å mobilisere i en stresset situasjon. Stress finnes i forskjellige former og effekten det har på oss som mennesker avhenger både av typen, styrken og varigheten av det. Milde former for stress kan virke stimulerende og gi oss en positiv reaksjon, mens lange perioder med stress kan disponere for både psykiske og fysiske plager (30).

Det er tidligere gjort mye forskning som hevder at stress i svangerskapet gir økt risiko for komplikasjoner for mor og barn i forbindelse med fødsel. Dette inkluderer blant annet at fødselen starter før termin, at mor får svangerskapsrelatert hypertensjon, og lav fødselsvekt hos barnet. (31) I følge Kornelsen, Stroll og Gezybowski (32) kan mangel på tilgang til fødeklinner for kvinner bosatt i distriktene føre til økt opplevelse av stress og angst i forbindelse med fødsel. De fant at kvinner som hadde mer enn én time reisetid til nærmeste fødeklinikk, hadde 7,4 ganger så høy risiko for å oppleve stress sammenlignet med kvinner som hadde tilgang til lokal fødselsomsorg (32).

Selyes stressmodell beskriver tre faser for hvordan kroppen reagerer når den utsettes for stress. Dette er alarmfasen, motstand eller tilpasningsfasen og utmattelsesfasen. I alarmfasen aktiveres kroppen for å takle stresset, i motstandsfasen går kroppen inn i mindre grad av stress som kan opprettholdes over lengre tid. Dersom denne typen

stress opprettholdes over tid vil det kunne føre til at ressursene blir oppbrukt og vi blir utmattet. I modellen finnes det også mestringsstrategier (30). Flere av de er brukt av kvinnene i min studie.

Flere av kvinnene beskriver hvordan de mentalt forberedte seg på hva de kom til å oppleve underveis i ventetid og under fødsel. De forsøkte å forutse hva som kunne skje og klarte med det å kontrollere stresset og dermed også redusere innvirkningen det hadde på dem. Andre kvinner benyttet seg av distraksjon i form av å holde seg opptatt med andre ting for å ta tankene bort fra fødselen som skulle komme. Begge disse teknikkene beskrives også i Selyes stressmodell (30).

#### 6.1.1 Følelsen av risiko

Kvinnene jeg har snakket med i min studie hadde alle tilgang til lokal føde- og barselomsorg i form av fødestuen på Gravdal. De var også klar over at det der var mulighet for akutte keisersnitt dersom det er behov for det. Samtidig var mine informanter selektert som risikofødende. Dette beskriver flere av dem som skremmende, da de ikke hadde tilgang til den kompetansen de viste de muligens hadde behov for i fødsel i nærheten av hjemmene sine. Dette medførte at de gjennom svangerskapet bekymret seg for hva som ville skje dersom fødselen skulle starte før de hadde reist til stedet de skulle føde på. Bekymringene rundt dette gikk også veldig mye på Lofotens utsatte geografi og klima. Avstandene er store og været kan være lunefullt, også på sommeren. Denne kombinasjonen av redsel og bekymring ble en belastning for kvinnene som følte på avstanden til sitt fødested som stressende.

#### 6.1.2 Avstand og savn

Stress i forbindelse med å forlate Lofoten for å reise en annen plass for å føde var størst for de kvinnene som hadde barn fra tidligere. De beskriver det som veldig trist og vanskelig å forlate barnet sitt hjemme for å reise bort på ubestemt tid. En av kvinnene løste dette med å velge fødested der søsteren bodde for å kunne ha muligheten til å ha med seg barnet. Kvinnene som reiste fra barna sine hjemme, sa at de følte seg trygg på at



barna hadde det fint sammen med "barnevakten", som oftest var besteforeldre, men at savnet gnagde dem. Dette medførte også bekymring i forhold til at det skulle skje noe hjemme eller at barnet savnet dem. Tilsvarende beskrivelser er også gjort av Kornelsen og Grzybowski (17,33). Kvinnene i deres studier forteller også om stress og engstelse i forbindelse med at de måtte reise fra barna sine i en lengre tidsperiode, og for noen av disse kanadiske kvinnene resulterte det i depresjon. Eir, en av mine informanter, forteller også at hun tror at kvinner kan være mer utsatt for fødselsdepresjon i forbindelse med å reise bort fra familien for å føde, men poengterer at hun ikke opplevde det selv.

#### 6.1.3 Forskjellen fra å være hjemme

Noen av informantene snakket også om hvordan de trodde at det var lettere å takle smerter i trygge og kjente omgivelser. En av informantene fortalte om hvordan det å kunne slappe av hjemme helt fremt til man var nødt til å reise til fødestedet føltes trygt og godt og at hun derfor ikke kjente på stresset på samme måte som når hun og mannen ikke kunne være i sine egne omgivelser.

En av informantene fortalte om hvordan hun fikk redusert appetitt fordi hun ikke kunne være hjemme i sine egne omgivelser og spise den typen maten hun likte best. Hun ble videre bekymret for om at hun skulle få i seg for lite mat og ikke klare å komme seg gjennom den belastningen en fødsel er. Dette ble også en stressfaktor for henne. Det samme problemet er også beskrevet av Kornelsen og Grzybowski (33) der en av deres informanten faktisk gikk ned i vekt fordi hun ikke klarte å spise nok mat mens hun var på stedet hun skulle føde og ventet på at fødselen skulle starte.

#### 6.1.4 Økonomiske utfordringer

En annen stressfaktor for kvinnene jeg snakket med var det økonomiske aspektet ved å reise bort. Kvinnene selv fikk dekt både opphold og reise. Samtidig uttrykte alle informantene behov for å ha partneren sin med seg på fødestedet. Partneren kjentes som en veldig viktig støtte i den utfordrende situasjonen en fødsel var. Derfor var viktig

for dem å ha partneren der gjennom ventetiden før fødsel også, slik at de slapp å bekymre seg for om han skulle rekke fram for å være med på fødselen. For far ble det raskt dyrt å være sammen med mor i tiden før fødselen startet. Dette fordi at far ikke får dekt oppholdet på fødestedet på samme måte som mor. Prisene var forskjellig mellom Tromsø og Bodø. Jeg bruker Friggs fødsel som eksempel. Hun og mannen var i Tromsø i nesten tre uker før fødselen startet. Dette ble til sammen ca. 20 dager. For oppholdet på pasienthotellet, måtte mannen betale 400 kroner per dag. Dette ble til sammen 8000 kroner, og i tillegg kommer økte matutgifter i forbindelse med oppholdet. Det poengteres at matutgiftene kunne vært redusert dersom det hadde vært tilgang til kjøkken slik at det var mulighet for å lage mat selv.

De samme økonomiske utfordringene beskrives også av kvinner i Canada og Australia (17,33,34). En av de kanadiske kvinnene fortaler om at hun synes det er urettferdig at kvinner fra distriktene skal pålegges større kostnader når de allerede tillegges mye mer stress enn kvinner som bor mer sentralt og nærmere fødestedet sitt (33). I Australia fortelles det også om hvordan kostnadene pålegges familiene heller enn det offentlige (34).

For å unngå store kostnader har noen av kvinnene i mitt materiale valgt fødested ut fra at de hadde familie på stedet. Eir forteller om hvordan de valgte å reise til Tromsø fordi de da kunne bo hos søsteren hennes, og Idunn fortalte om hvor heldige de var som hadde familie utenfor Bodø og kunne bo hos dem. En av kvinnene fortalte også om hvordan de sparte opp penger fordi de viste at de var nødt til å reise til Bodø.

Flere av kvinnene fortalte at dersom de ikke hadde vært godt økonomisk stilt, hadde stresset i forbindelse med fødsel økt fordi de muligens ville blitt frarøvet sin fødselspartner og derav også tryggheten sin. De forteller også om hvor mye tyngre de ser for seg at det hadde vært å være på fødestedet alene i ventetiden før fødsel. En av dem poengterte at hun antagelig hadde fått fødselsangst dersom hun hadde vært nødt til å være der alene.

### 6.1.5 Fars rettigheter

Dette punktet henger tett sammen med punkt 6.1.4. Årsaken til mange av informantenes bekymringer rundt økonomi er hotell-regningen til far. De fleste av informantene deler synet på dette, og mente far, på lik linje med mor, bør få dekt opphold på fødested fordi de selv ikke har valgt å reise til et annet sted for å føde. De poengterer at far muligens ikke er medisinsk nødvendig, men at han gjør mye for deres opplevelse av trygghet i en ellers vanskelig situasjon.

Videre har far rett på 10 dager med barselpermisjon i forbindelse med fødsel dersom han arbeider i offentlig sektor. Dette faller bort hos fedre som arbeider i privat sektor eller er selvstendige næringsdrivende. Disse fedrene må ta ut ferie eller permisjon uten lønn, eller de må vente med å komme til fødestedet til fødselen er i gang. Dette gir, i tillegg til utgifter til hotell og mat, tapte arbeidsinntekter for familien. Dette beskrives også av kvinnene fra rurale Canada (17).

For de fedrene som var så heldige å ha barselpermisjonen, gikk den som regel bort i ventingen. Barselpermisjonen for fedre skal i utgangspunktet tas ut etter at barnet er født for at far skal ha tid sammen med familien for å lære barnet å kjenne. For fedre som bor i nærheten av sin fødeklinikk vil denne barselpermisjonen kunne tas ut når barnet fødes. Fedre som må reise langt i forbindelse med fødsel mister denne viktige muligheten til å tilbringe tid med mor og barn fordi han har brukt disse dagene på å vente på at fødselen skal starte.

Kvinnene var veldig opptatte av hvor få rettigheter far har når det kommer til fødsel, der noen av problemene er beskrevet i disse to delkapitlene, og flere i resultatdelen. De la vekt på at de selv ikke har valgt å reise bort for å føde og at det derfor opplevdes urettferdig at det skal være lettere for de som bor i nærheten av fødeinstitusjonen å få ha med seg far.

## 6.2 Ulike syn på risiko

Gjennom samtalene jeg har hatt med mine fem informanter kommer det frem ulike syn på risiko. Noen av kvinnene støttet seg klart og tydelig til en sosial risikomodell som beskrevet i kapittel 2. Dette ved at de mente at risiko er noe de blir forespeilet og at den risikoen de tillegges ved å selekteres som risikoføddende, er mer belastende enn den reelle risikoen slik de selv oppfattet den. De oppfattet en fødsel som en naturlig del av livet, kvinner har klart det i alle århundrer, så hvorfor skal ikke vi klare det i dag?

Tolkning av risiko er individuell. Den avhenger av hvilken opplæring du har fått, hvilke erfaringer du har gjort deg og hvilket miljø du vanker i. En lege eller en jordmor som stort sett bare ser høyrisikogravide vil gjerne se risikofaktorer, der en lege eller en jordmor, som for det meste møter friske gravide med normale svangerskap, ser de samme faktorene som en naturlig del av svangerskapet og ikke som risiko (30).

I dette delkapitlet ønsker jeg å ta opp en problemstilling Frøya tok opp i intervjuet og som ble presentert i delkapittel 5.1.1. Kort gjengitt opplevde hun at gynekologen fra Bodø var uenig med jordmødrene på Gravdal om hun skulle selekteres som risikoføddende eller ikke. Hun opplevde dette som en interessekonflikt – ville muligens jordmødrene på Gravdal ha henne der på grunn av statistikk? Ville kanskje gynekologen fra Bodø ha fødselen hennes i Bodø for å øke statistikken der?

Jeg tenker at vi kan se på denne situasjonen på en annen måte, nemlig tolket i forhold til forskjeller mellom legens og jordmødrenes syn på risiko. Kanskje gynekologen, som ser flere risikoføddende i sin jobb i Bodø og er med på flere kompliserte fødsler, tolket funnene på en annen måte enn jordmødrene, som i større grad forholder seg til normalføddende kvinner?

Dersom vi ser for oss en slik situasjon vil gynekologen her representere en medisinsk risikomodell, mens jordmødrene representerer en sosial risikomodell. (30) Fokuset på

risiko har resultert i at vi har utviklet metoder for å vite hva som er risiko og hva som er normalt og det har gitt oss en tryggere fødselsomsorg. I følge Stahl og Hundley (30) er det likevel ikke alltid slik at risikofaktorer fører til økt forekomst av uønskede hendelser som gir dårlige resultater. Dette betyr at kvinner med risikofaktorer ofte gjennomgår normale svangerskap og normale fødsler.

### 6.3 Motstrategier

I både den kanadiske og den australske studien jeg har referert til gjennom denne diskusjonsdelen av oppgaven (17,34), kommer det frem at kvinnene fra rurale strøk hadde utviklet forskjellige motstrategier for å slippe å reise bort for å føde. Flere av disse strategiene innebar en økt medisinsk risiko for kvinnen selv, og inkluderte blant annet en 10-cm-strategi og planlagte intervensjoner. Kvinnene i Canada planla også unnfangelsestidspunkt. 10-cm-strategien ble benyttet av kvinner fra rurale strøk der fødetilbudet hadde blitt nedlagt i både Canada og Australia (17,34). Den går ut på at kvinnen ventet hjemme hos seg selv til hun var sikker på at hun var kommet så langt i fødselen at hun viste at det ikke var mulighet for å bli sendt videre til en fødeklinikk før fødselen var over. På denne måten sikret kvinnene at de fikk føde barna sine lokalt. Planlagte intervensjoner gikk ut på at kvinnene ba om å få induisert fødselen før tiden slik at de slapp å være på fødestedet i lang tid (17). Planlegging av unnfangelse var mest utbredt i Canada da kvinnene ønsket å føde på sommeren på grunn av utfordrende værforhold om vinteren (17).

Alle informantene i min studie fortalte om hvordan de var glad for å vite at de var i nærheten av høy kompetanse innenfor både fødselsmedisin og nyfødtdmedisin i forbindelse med sin fødsel. Dette fordi de viste at deres svangerskap og fødsel var forbundet med høyere risiko for komplikasjoner. Dermed hadde ingen av kvinnene jeg intervjuet benyttet seg av slike motstrategier som det de kanadiske og australske kvinnene gjorde (17,34).

Dette kan muligens ha sammenheng med at kvinnene i studiene fra Canada og Australia var nødt til å reise til fødestedet ca. 4 uker før termindato (17,34). Dette innebar et mye lengre opphold på fødested enn det de norske kvinnene måtte gjennom. De aller fleste norske kvinnene blir anbefalt å reise sju dager før termin. Dersom de tidligere har født til termin eller før termin anbefales det å reise 10 dager før. Selv om dette kan være lenge nok å være på fødestedet, er det ganske mye kortere enn det de må i Canada og Australia.

I Norge har vi også bedre velferdsordninger i forbindelse med svangerskap og fødsel enn det de har i de andre to landene. Alle mødre og fedre kan ta ut mamma- og pappapermisjon, og den totale permisjonstiden i Norge kan vare opp 49 uker dersom mor velger å ha 100 prosent dekningsgrad på opprinnelig lønn. Far er nødt til å ta ut permisjon i minst 10 av disse ukene (35). Dette er annerledes i Canada. På samme måte som i Norge kan fødselspermisjonen vare inntil et år, men dekningsgraden på opprinnelig lønn er 55 prosent, noe som innebærer langt høyere økonomisk risiko for en kvinne og hennes familie (36). I Australia får arbeidstakere opp til 18 uker betalt fødselspermisjon, men da med minstelønn. Dette er uavhengig av hva du arbeidet med før permisjonstiden (37).

En av kvinnene i min studie uttrykte et lite håp om at hun kanskje kunne bli igangsatt tidligere enn 12 dager etter termin. Dette både fordi hun hadde det barn hjemme i Lofoten og fordi hun tidligere hadde gjennomgått keisersnitt og var redd for at arret skulle sprekke. Hun fikk derimot ikke ønske oppfylt fordi fødselen helst skal skje på naturlig måte. Til kontrast gjennomfører de i Canada igangsetting av fødsel før termin på grunn av avstanden (17), og når tilbudet er der, er det lettere å benytte seg av det.

De kvinnene jeg snakket med som hadde født på sommeren uttrykte at de selv følte det var heldig at fødselen skjedde på sommeren. Dette blant annet fordi det gikk ant å kombinere fødselen med sommerferie for partner, men også fordi de slapp unna bekymringer rundt dårlig vær, stengte veier og feil vindretning. De hadde likevel ikke forsøkt å planlegge unnfangelsen slik de kanadiske damene (17).

#### 6.4 Studiens design og metodiske overveielser

Dette er en kvalitativ studie, og materialet som er lagt til grunn er produsert gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer med kvinner som bor i Lofoten, men som hadde født langt hjemme fra, enten i Bodø eller Tromsø.

I forskning settes det store krav til pålitelighet og gyldighet. Påliteligheten, eller reliabiliteten til studien går på troverdighet og hvor vidt en metode undersøker det den er ment å undersøke, og brukes gjerne i forbindelse med spørsmål om en studie kan reproduseres. Gyldighet, eller validitet handler om metoden som er brukt er egnet til å undersøke problemstillingen (29, s. 250).

Fordi jeg i min rolle som forfatter av denne studien alltid har med meg en ryggsekk full av tidligere erfaringer, tanker og meninger er det viktig at jeg legger den til side i møte med materiale. Jeg har i metodedelen forsøkt å gi en så presis som mulig beskrivelse av hvordan jeg har gjennomført innhenting av materiale og hvordan jeg har gjennomført analysen. Jeg har gjennom hele prosessen hatt som mål å lese materiale med åpent sinn, men det vil alltid være vanskelig, spesielt når alle leddene i forskningen utføres av meg alene.

I forskningen er overførbarhet et viktig mål og overførbarheten avhenger av utvalget. (24, s. 55) Mitt utvalg besto av fem kvinner, og er muligens litt lite for å gjenspeile alle sider av problemstillingen. Videre var det likevel positivt for mitt utvalg at det besto av kvinner med relativt stor aldersforskjell og forskjellige yrker og utdanningsnivå. Videre hadde kvinnene forskjellige risikofaktorer og forskjellige utfordringer i forbindelse med fødsel.

Utvalget mitt besto utelukkende av kvinner fra Lofoten. Det finnes mange flere steder i Norge der avstanden fra bosted til nærmeste fødeklinikk er stor, og muligens også større enn det den er for kvinner i Lofoten. Forslag til videre forskning kan være å se på om

kvinner fra andre distriktskommuner i Norge har samme type opplevelser i forbindelse med fødsel. Videre tenker jeg det også er fint å undersøke hvilke tiltak som er mulige å gjøre for å redusere rurale kvinners opplevelse av stress i forbindelse med fødsel å selekteres som risikofødende og dermed måtte reise langt hjemmefra for å føde. Videre tenker jeg at det også er interessant å undersøke tiltak som kan styrke fars rettigheter i forbindelse med fødsel og svangerskap.



## 7 Konklusjon

Jeg har gjennom min forskningsprosess med intervjuer, analyse og drøfting forsøkt å svare så godt som mulig på problemstillingen min.

Etter hvert som jeg har arbeidet med analyse av datamaterialet jeg har samlet inn har jeg erfart at kvinners opplevelser rundt å føde langt unna hjemmene sine er komplekse og sammensatte. Det er mange forskjellige tanker og erfaringer som legges til grunn for den totale opplevelsen av tiden rundt fødselen. For de fleste informantene opplevdes det å være selektert som risikoføddende som skremmende og usikkert. Alle informantene opplevde det imidlertid som trygt å komme til stedet der de skulle føde fordi det fantes dyktige jordmødre, gynekologer og barneleger i umiddelbar nærhet som var trent til å takle alle mulige komplikasjoner som kunne oppstå.

Videre sto likevel andre utfordringer i kø for kvinene når de måtte forlate hus og hjem for å reise langt hjemmefra for å føde. Eksempler er det å få tak i en barnevakt som kan ta vare på barnet som blir igjen hjemme på ubestemt tid, økonomiske utfordringer, planlegging og tilpasning for at far skal kunne være der sammen med dem og savnet etter familien og hjemmene sine. Alle disse tingene, som til og med kan være utfordrende hver for seg, baller gjerne på seg og skaper stress for både kvinnen og hennes familie gjennom svangerskapet og i tiden de tilbringer på fødestedet.

Kvinnene beskriver alle et ønske om å føde lokalt fordi det er lettest for dem. Likevel har de satt pris på at vi i Norge har tilgang til et helsevesen som gjør alt for at en fødsel, som for mange kan virke skremmende, skal foregå i så trygge rammer som mulig. Som nevnt i innledningen: En fødsel er en stor begivenhet i kvinners liv, og forventningene til at den skal skje i trygge rammer er enorme.

Alt i alt er det en rekke faktorer som påvirker kvinners opplevelse av føde langt hjemme fra. Det er mange utfordringer og bekymringer som hver for seg kanskje ikke virker så

avgjørende. Til sammen kan derimot alle faktorene gjøre kvinnen enda mer stresset i en allerede utfordrende situasjon.

## Referanser

1. Thuesen NP, Thorsnæs G, Røvik S. Norge [Internett]. Oslo: Store norske leksikon; Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Norge> (24.03.17)
2. Askheim S. Finnmark [Internett]. Oslo: Store norske leksikon; Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Finnmark> (24.03.17)
3. Pihl, R. Danmark [Internett]. Oslo: Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Danmark> (24.03.17)
4. Hansen, T. Sentralisering [Internett]. Oslo: Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sentralisering> (24.03.17)
5. Langøren A. Sentralisering – årsaker, virkninger og politikk [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/sentralisering-aarsaker-virkninger-og-politikk> (27.03.17)
6. Statistisk sentralbyrå Flytting [internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/flytting> (27.03.17)
7. Schmidt N, Abelsen B, Øyan P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospectiv study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002; 81: 731-7
8. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister (MFR) og Abortregister. Hentet fra: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> (31.03.17)
9. Vold IN, Holt J, Johansen MV, Backe B, Øyan P. Modifisert fødestuedrift – et alternativ for små fødeavdelinger. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 941-5
10. Norges offentlige utredninger. Jodmorstyrte fødestuer – rapport fra kunnskapssenteret. Nr. 16-2006.
11. Andreassen, G. Differensiert fødselsomsorg [Masteroppgave]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; Mai 2013. 77 sider.
12. Innst. S. nr. 300 (2000-2001). Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap. Oslo: Det kongelige Sosial- og helsedepartement; 2001
13. Schmidt N, Abelsen B, Eide B et al. Fødestuer i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 1997;117:823-6
14. Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Helsedirektoratets veileder 12/2010. Oslo: Helsedirektoratet

15. Engjom HM, Morken N-H, Norheim OF et al. Availability and access in modern obstetric care. BJOG 2014; 121:290-299
16. Ravelli ACJ, Jager KJ, de Groot MH et al. Travel time from home til hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. BJOG 2011; 118:457-65
17. Kornelsen J, Grzybowski S. The reality of resistance: the experiences of rural parturient women. Midwifery Womens Helth 2006; 51: 260-265
18. Barclay L, Kornelsen J, Longman J et.al. Reconceptualising risk: Perceptions of risk in rural and remote maternity service planning. Midwifery 2016; 38: 63-70
19. H Bryes HM, van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. Midwifery 2010; 26: 448-496
20. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 1999-07-02 nr 63.
21. Backe B, Øian P, Eide B et al. Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125:606-
22. Nordlandssykehuset: Nasjonal helse- og sykehusplan – Nordlandssykehusets utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder. Bodø: Nordlandssykehuset 2017. Tilgjengelig fra: <https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/SluttrapportNHSP%20020317%203.pdf> (Hentet: 04.04.17)
23. Nordlandssykehuset [internett] Føde- og barselavdeling, Vesterålen, Bodø: Nordlandssykehuset. Tilgjengelig fra: <https://nordlandssykehuset.no/avdelinger/kvinnebarn-klinikk/fode-barsel-vesteralen> (Hentet: 31.03.17)
24. Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring. 3. Utgave. Oslo: Unniversitetsforlaget; 2013. 238 s.
25. Malterud K. Qualitative reasearch: standard, challenges, and guidelines. The Lancet: 2001; 358:483-488
26. Tjora, A. Kvalitative forskningsmetoder: i praksis. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2012. 246 s.
27. Norsk helseinformatikk. Helsestasjon, kontroller [Internett]. Trondheim: Norsk Helseinformatikk AS. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/familie/barn/helsestasjonskontroller-oversikt/> (03.04.17)

28. Thagaard, T. Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode. 2. Utgave. Oslo: Fagbokforlaget; 2013. 244 s.
29. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009. 344 s.
30. Svartdal F, Malt U. Stress [Internett]. Oslo: Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/stress> (hentet 01.06.17)
31. Cardwell M. Stress: Pregnancy Considerations. Obstretical & Gynecological Survey 2013: 66; 119-129.
32. Kornelsen J, Stoll, K, Grzybowski S. Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. Australian Journal of Rural Health 2011: 19; 9-14.
33. Kornelsen J, Grzybowski S. The Cost of Separation – The birth experiences of Women in Isolated and Remote Communities in British Columbia. Canadian Woman Studies Journal: 2005: 24; 75-80.
34. Barclay L, Longman J, Robin S et al. Reconceptualising risk: Perceptions of risiko in rural and remote maternity service planning. Midwifery 2016: 36; 63-70.
35. Arbeids og velferdsetaten. Foreldrepenger [Internett]. Oslo: Nav. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/Person/Familie/Venter+du+barn/foreldrepenger--347653#chapter-3> (Hentet 06.06.17)
36. Puzic S. Canada introduces 18-month parental leave, but what's the catch? [Internett] Canada: BellMedia. Tilgjengelig fra: <http://www.ctvnews.ca/politics/canada-introduces-18-month-parental-leave-but-what-s-the-catch-1.3337772?> (Hentet 06.06.17)
37. Australian Government – Fair Work Ombudsman. Paid parental leave [Internett]. Australia. Tilgjengelig fra: <https://www.fairwork.gov.au/leave/maternity-and-parental-leave/paid-parental-leave> (hentet 06.06.17)

## Vedlegg 1:



Birgit Abelsen  
Institutt for samfunnsmedisin UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 07.04.2017

Vår ref: 53818 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>53818</i>	<i>Kvinnens opplevelse av å føde langt unna hjemmet sitt</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Birgit Abelsen</i>
<i>Student</i>	<i>Ida Karoline Sand Ramberg</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 07.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

## Vedlegg 2

# Forespørsel om å delta i undersøkelse i forbindelse med masteroppgave: Kvinners opplevelse av å føde langt unna hjemmet sitt

---

### Kort om meg

Mitt navn er Ida. Jeg studerer medisin og er nå kommet til mitt 5. år der jeg skal skrive masteroppgave. Jeg er født og oppvokst i Lofoten, og ønsker en dag å flytte hjem og bosette meg her. Jeg har en oldemor som var distriktsjodmor og fattet tidlig i studiet interesse for gynekologi, fødselsmedisin og fødetilbudet i distriktene.

### Bakgrunn og formål

Med bakgrunn i det jeg nå har fortalt om meg selv ønsker jeg å bruke min masteroppgave til å lære mer om hvordan det er å være høygravid og bosatt i distrikt. Jeg er spesielt interessert i å undersøke hvordan kvinner opplever det å være nødt til å forlate hjemmet sin og reise til en annen plass 1 uke før termin og bli der til barnet er født. I den forbindelse ønsker jeg spesielt å høre om kvinners tanker, følelser og opplevelser i forbindelse med dette.

Fødetilbudet i Norge er stadig oppe til diskusjon. Bare i tidsrommet 1971 til 1997 ble antallet fødeinstitusjoner i Norge redusert fra 158 til 60, noe som igjen er noe redusert frem til dag. Dette betyr, for en del kvinner, lengre avstand til stedet hun skal føde. Selektionskriteriene for om kvinner skal føde på fødestue, i fødeavdeling eller på kvinneklinikk er strenge og mange kvinner som bor i distriktene opplever å måtte reise til nærmeste større fødeklinikk i god tid før termin.

Aktuelle problemstillinger prosjektet skal belyse:

- Hvordan opplevelsen av å være selektert som risikoføddende var?
- Hvilke tanker og følelser kjenner kvinner på når de har reist fra hjemmet/familien sin for å føde?
- Hvilke praktiske utfordringer støtte kvinnen og hennes familie på i forbindelse med at de måtte reise til en større fødeinstitusjon for å føde?
- Hvilke erfaringer har kvinner som har født ved større fødeklinikker har gjort seg? Herunder både før, under og etter fødsel.

### Kriterier for å bli inkludert i studien:

- Kvinnen må ha en fødestue som sin lokale fødeinstitusjon.
- Kvinnen må ha vært selektert til å føde på større fødeklinikker som fødeavdeling/kvinneklinikk.

- Kvinnen må være bosatt så langt fra fødeavdeling/kvinneklipp at hun har måttet reise dit 1 uke før forventet termin.
- Kvinnen må ha født på fødeavdeling/kvinneklipp det siste året.

### **Rekruttering av informanter:**

Ved besøk på helsestasjon vil helsesøster/lege spørre kvinner som har født i løpet av det siste året om de kunne tenke seg å delta i studien. I tillegg til dette vil jeg benytte meg av Facebook i den grad at jeg deler bakgrunn, formål og inklusjonskriterier i studien og ber kvinner ta kontakt for å motta mer informasjon dersom de er interesserte i å være med. Dersom de så er interessert kan de ta kontakt med meg og oppgi navn og telefonnummer. Jeg vil så kontakte 5-8 kandidater som skal trekkes tilfeldig fra listen over de som melder seg som interessert i å delta.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Dersom du blir trukket ut i til å delta vil jeg ta kontakt med deg på e-post for å avtale tidspunkt for intervju. Intervjuet kan gjennomføres enten på Skype eller ved at vi møtes ansikt til ansikt. Så langt det går er det å møtes ansikt til å ansikt å foretrekke.

I forkant av intervjuet vil jeg sende deg en intervjuguide slik at du er forberedt på hva jeg kommer til å spørre deg om. Spørsmålene omhandler din bakgrunn, og videre dine erfaringer, tanker og følelser knyttet til tiden før, under og etter fødsel.

Under intervjuene kommer det til å være meg og deg tilstede. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd og så utskrevet på papir i etterkant. Lydbåndet vil så bli slettet og anonymisert.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil bare være jeg som har tilgang til dine personopplysninger. UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig institusjon for opplysningene. I oppgaven min der jeg skal analysere intervjuene, vil det ikke være mulighet for å kjenne igjen enkeltpersoner. Alle personopplysninger vil bli slettet etter at prosjektet er ferdig – senest innen 07.06.2018.

### **Frivillig deltakelse:**

Det er helt frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert.

Dersom det er interessant for deg å være med på dette prosjektet, eller dersom du har spørsmål, er det bare å ta kontakt med meg på telefon/SMS: 99446116 eller på e-post: [ida.karoline.sr@gmail.com](mailto:ida.karoline.sr@gmail.com). Min veileder på masteroppgaven heter Birgit Abelsen og kan nås på mail: [birgit.abelsen@uit.no](mailto:birgit.abelsen@uit.no).

Mvh

Ida Karoline Sand Ramberg



## Vedlegg 3

# Intervjuguide: Kvinners opplevelse av å føde langt unna hjemmet sitt

---

### **Bakgrunn og formål:**

Jeg er, i min masteroppgave, interessert i å undersøke hvordan kvinner opplever det å være nødt til å forlate hjemmet sin for å reise til en annen plass 1 uke før termin og bli der til barnet er født. I den forbindelse ønsker jeg spesielt å høre om kvinners tanker, følelser og opplevelser i forbindelse med dette.

Fødetilbudet i Norge har endret seg mye over de siste 40 årene. Vi har gått fra å ha en generell oppfatning av at enhver fødsel har høy risiko til å være enige om at det er mulig å selektere seg frem til de kvinnene som skal gjennom en "lavrisikofødsel" og de som skal gjennom en "høyrisikofødsel". På den måten selekteres kvinner enten til en fødestue, en fødeavdeling eller en kvinneklinikk, der de forskjellige institusjonene har økende beredskap.

### **Problemstillingene vi skal snakke om i intervjuet omfatter:**

Først skal vi snakke litt om din bakgrunn – alder, antall barn og hvor gammel de er, tidligere fødsler og hvor du fødte da.

Videre går vi inn på det oppgaven skal omhandle:

- Hvordan opplevelsen av å være selektert som risikoføddende var? Her ønsker jeg å snakke om dine tanker og følelser rundt dette.
- Hvilke tanker og følelser kjente du på når du hadde reist fra hjemmet/familien din for å føde?
- Hvilke praktiske utfordringer støtte du og din familie på i forbindelse med at dere måtte reise til en større fødeinstitusjon for å føde?
- Hvilke erfaringer har du som har født ved større fødeklinner gjort deg? Herunder både før, under og etter fødsel.
- Hvordan følte du at du ble ivaretatt underveis i graviditeten, mens du var på plassen du skulle føde, under fødselen og etter fødselen? Her ønsker jeg å høre mer om både det medisinske aspektet og det menneskelige.
- Følte du deg sikker hele veien? Ble spørsmålene dine besvart tilstrekkelig? Var det faktorer som gjorde deg redd eller bekymret? Var det andre faktorer som fikk deg til å føle deg trygg?
- Ellers noe du ønsker å fortelle om som vi ikke har kommet inn på?

Spørsmål rettes til meg på telefon: 99446116, eller på e-post:

[ida.karoline.sr@gmail.com](mailto:ida.karoline.sr@gmail.com). Min veileder heter Birgit Abelsen og kan nås på mail [birgit.abelsen@uit.no](mailto:birgit.abelsen@uit.no). Prosjektets sluttdato er satt til 07.06.18.

Mvh

Ida K. Sand Ramberg

#### Vedlegg 4

### **Samtykkeskjema for deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave: Kvinners opplevelse av å føde langt unna hjemmet sitt**

Jeg samtykker med dette å delta i intervju i forbindelse med undersøkelse til Ida Karoline Sand Rambergs masteroppgave. Jeg har fått informasjon om prosjektet jeg skal være med på og deltar frivillig. Jeg er kjent med at mine personopplysninger vil bli anonymisert i oppgaven slik at det ikke vil være mulig å knytte det jeg sier opp mot meg som person.

Jeg er kjent med at jeg når som helst kan trekke mitt samtykke og at mine personopplysningene i prosjekt da vil bli anonymisert. Dette kan gjøres ved å kontakte Ida på telefon: 99446116, eller på e-post: [ida.karoline.sr@gmail.com](mailto:ida.karoline.sr@gmail.com).

Jeg er også kjent med at intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd for så å bli skrevet ut senere.

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

---

(Deltakers underskrift)


## GRADE 1

<b>Referanse:</b> Engjom HM, Morken N-H, Høydal E, Nordheim OF, Klungsøyr K. Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. [Hentet fra internett] Am J Obstet Gynecol 2017;xxx:xx-xx. Tilgjengelig fra: <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937817304994">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937817304994</a> (06.06.17)		<b>GRADE</b>	
		Dokumentasjonsnivå	2a
		Anbefaling	høy
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<b>Se nærmere på peripartum mortalitet etter fødested og reisetid til obstretiske institusjoner. Hypotesen er at sentralisering reduserer tilgjengeligheten til institusjoner, men reduserer mortaliteten.</b>	<b>Retrospektiv populasjonsbasert kohortstudie.</b> Data fra fødselsregistret i Norge. 648,555 fødsler mellom 1. Jan 1999 – 31. Des 2009. Inklusjonskriterier: fødsel etter $\geq 22$ fullgått svangerskapsuger eller fødselsvekt $\geq 500$ g. Inkludert: 648,555 fødsler mellom 1. Jan 1999 – 31. Des 2009. Fødslene ble linket til mors adresse via folkeregistret. Fødselssted ble kategorisert i: (1) Uplanlagt utenfor institusjon: hjemme, under transport, annen helseinstitusjon uten fødselshjelp tilgjengelig. (2) Ved fødestue eller (3) Ved kvinneklinikk. Reisesoner ble definert som det geografiske området alle kvinnene var estimert til å nå sin nærmeste fødselsinstitusjon innen en gitt tid. De ble delt i tre kategorier: (1) <1 time (2) 1-2 timer (3) >2 timer. Definisjonen på mortalitet i studien: Peripartum mortalitet ble definert som at barnet døde i fødsel eller innen 24 timer etter. Barn som døde intrauterint før fødsel ble ekskludert.	646,898 fødsler hadde reisesoner tilgjengelig. <b>Når mor bodde i rurale områder og hadde lang reisetid til klinikk øke sannsynligheten for uplanlagte fødseler utenfor fødeinstitusjon, ved fødestuer og i lav-volum kvinneklinikker.</b> 9490 kvinner fødte ved fødestuer, og 87% av disse hadde >1 time reisetid til nærmeste kvinneklinikk. 4538 barn med tilgjengelig reisesone ble født uplanlagt utenfor institusjon. 1759 hjemme, 2148 under transport, 121 i tidligere fødeklinikker, 510 på andre steder. Risiko for uplanlagt fødsel utenfor institusjon var 5 ganger høyere i reisesonen 1-2 timer sammenlignet med >1 time, og 7 ganger høyere i reisesonen >2 timer sammenlignet med <1 time. De fleste uplanlagte fødsler utenfor institusjon skjedde lav-risikofødende. Totalt var det 645,063 i 10-årsperioden når man trakk fra fostre som føde før fødsel. <b>Uplanlagte fødsler utenfor institusjon var sterkt assosiert med økt moratlitetsrisiko (crude RR 3,5; 95% CI: 2,5-4,9).</b> Selv om absolutt mortalitet var høyere blant fortidligfødte utenfor institusjon, var den økt for både fortidligfødte og de født til termin.	Denne studien tok med hele populasjonen og hadde derfor god mulighet til å se på sjeldne resultater. De eksponerte individene var representative for en befolkningsgruppe i og med at hele befolkningen var inkludert. Den ikke-eksponerte gruppen ble valgt fra den samme befolkningsgruppen som de eksponerte. Studien var retrospektiv. Eksposisjon og utfall ble målt likt i begge gruppene. Hele belkningen ble fulgt opp. Det er ingen frafall i analysen da den er gjort retrospektivt. Oppfølgingstiden var lang nok til på vise positive og/eller negative utfall. Det er tatt hensyn til kjente kofoundere i studiens design og analyse. Den som vurderte resultatene var blindet for hem som var eksponert og ikke.
<b>Konklusjon</b>			
<b>Uplanlagte fødsler utenfor en institusjon var assosiert med økt peripartum mortalitet og lengre reisevei til obstretiske institusjoner.</b>			
<b>Land</b>			
Norge			
<b>År data innsamling</b>			
1999-2010			

## GRADE 2

<b>Referanse:</b> Kornelsen J, Grzybowski. The Reality of resistance: The experiences of rural parturient Women. American College of Nurse-Midwives 2006; 51: 260-265.		<b>GRADE</b>	
		Dokumentasjonsnivå	III
		Anbefaling	middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<b>Undersøke hvordan stengningen av stadig flere rurale fødeklionikker og andre faktorer har innvirkning på kvinners opplevelse av svangerskap og fødsel.</b>	<b>Kvalitativ studie gjennomført ved bruk av semistrukturerte intervjuer og fokusgrupper.</b>  Fire rurale samfunn ble valgt. Disse skulle ha forskjellig størrelse, forskjellige avstand til sykehus med mulighet for keisersnitt og avstand til større sykehus, forskjell i vanlige transporttilbud på vinteren, forskjell i kulturell og etnisitet Rekrutering av deltakere ble gjort via lokal svangerskapsomsorg og snøballeffekten.	44 kinner ble intervjuet, 6 fødte lokalt, 38 ved et større sykehus. En rekke realiteter på virket kvinnenes opplevelse av svangerskap og fødsel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geografi, reiseavstander og "hva om?": Inkluderer bl.a. logistiske utfordringer, fødsel på vei til planlagt fødested, utfordringer i forhold til vær på vinter.</li> <li>• Ressursene for helsehjelp tilgjengelig lokalt og ved sykehuset de henvistes til:</li> <li>• Antall tidligere barn: Praktiske utfordringer i forhold til barnevakt. Stress rundt savn.</li> <li>• Økonomiske utfordringer.</li> </ul> Dersom disse faktorene gjorde det utfordrende å føde lokalt utviklet kvinnene strategier for å håndtere utfordringene: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektive intervensjoner, igangsetting av fødsel.</li> <li>• Sesongtiming av unnfangelse, fødsel i sommermånedene.</li> <li>• 10-cm strategi: Utsette avreise til sykehus til fødselen er godt i gang slik at de ikke kan sendes bort fra lokalsamfunnet.</li> <li>• Uassisterte hjemmefødsler.</li> </ul>	Formålet med studien er klart formulert. En kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen da studien har som hensikt å beskrive rurale kvinners opplevelse av svangerskap og fødselsomsorgen. Studiedesignet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Utvalget er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen da det er gjort rede for hvem/hva som ble valgt, hvorfor og hvordan de ble valgt. Den valgte metoden er god for å belyse problemstillingen. Det er redegjort for hvilken analysemetode som er brukt, men dette kunne vært beskrevet mer detaljert. Det er i noen grad redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data, som forskerens teoretiske ståsted. Det er gjort rede for konteksten for datainnsamling. Etiske forhold er vurdert. Det kommer klart fram hva som er funnene og dette er diskutert i lys av den opprinnelige problemstillingen. Denne studien er nyttig i forbindelse med min masteroppgave.
Konklusjon	<b>Inklusjonskriterier:</b> Kvinnene måtte ha gjennomgått normal fødsel uten signifikante komplikasjoner i løpet av de siste 18-24 månedene og bo i en av de fire samfunnene nevnt over.		
<b>Nedlegging av lokale svanger-/fødeklionikker i små rurale samfunn er assosiert med at fødende kvinner motsetter seg å bli flyttet til nærmeste fødeklionikk for å føde.</b>	<b>Nøkkelspørsmål:</b> "Fortell om din opplevelse av fødselen?" "Hvilken type svangerskapsomsorg hadde du tilgang til i ditt lokalsamfunn?" "Hvor fornøyd er du med svangerskapsomsorg-tilbudet på ditt hjemsted?" "Hva ville du endret for å gjøre svangerskapsomsorgen på ditt hjemsted bedre?" "Var fødselen "bra"?" "Hva er en trygg førsel?"		
Land	<b>Canada</b>		
År data innsamling	Etisk godkjenning ble gitt fra University of British Xolombia Behavioural Ethics Board. Samtykke ble innhentet hos alle kvinnene.		
2002-2004? Vanskelig å finne.	Intervjuene ble gjennomført av en erfaren distrikts-obstretiker og en sosiolog sammen. Materialet er tolket med en modifisert versjon av Grounded Theory. Dataprogram ble brukt under koding.		

### GRADE 3

Referanse:		GRADE	
Barclay L, Kornelsen J, Longman J et.al. Reconceptualising risk: Perceptions of risk in rural and remote maternity service planning. Midwifery 2016; 38: 63-70		Dokumentasjonsnivå	III
		Anbefaling	middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p><b>Undersøke oppfatning og eksempler på risiko relatert til graviditet og fødsel i rurale og fjerne Australia, og hvordan dette påvirker planlegging av svangerskapstjenester.</b></p>	<p>Kvalitativ studie der data ble samlet inn gjennom forskjellige metoder. 88 semistrukturerte intervju, gruppe intervjuer (n=102), tre fokusgrupper (n=22) og en gruppeinformasjons-samling (n=17). 117 av deltakerne var ansatt i helsetjenesten og 24 var "forbrukere". Materialet ble hentet i fire områder på ni steder i rurale og fjerne Australia som ble ansett å ha for dårlig nivå av tilbud til svangerskaps- og fødselsomsorg.</p>	<p><b>Klinisk risiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Relatert til lokale fødetilbud i rurale Australia</b> – bekymring for at å drive fødetilbud uten tilgang til keisersnitt økte klinisk risiko.</li> <li><b>Mangel på lokalt fødetilbud</b> – Ingen fra rurale fødetilbud uten tilgang til keisersnitt hadde opplevd katastrofiske hendelser. Men det skjedde uplanlagte fødsler uten tilgang til trent personale. Noen kvinner unngår helsesystemet i svangerskapet nå de ikke har tilgang til helsesystemet i svangerskapet for å slippe å forlate hjemstedet.</li> </ul> <p><b>Helsetilbud risiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Politisk risiko:</b> kvinner fra steder uten fødeklipp hadde møtt opp ved den lokale helsestasjonen i sene faser av fødsel for å slippe å bli sendt av gåre. Noen kvinner ville heller føde uten medisinsk personell hjemme istedenfor å reise langt.</li> <li><b>Kollektiv/rettslig risiko:</b> rettslige risiko og forvirring i forhold til informert samtykke og plikt til behandling.</li> <li><b>Økonomisk risiko:</b> Unødvendig bruk av ressurser</li> <li><b>Risiko ved å oppreholde tilbud:</b> Mangel på helsepersonell, mangel på kollegie for helsepersonell. Mangel på helsepersonell gav økt risiko for de lokale.</li> </ul> <p><b>Sosiale risiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Kulturelle risiko:</b> Viktig for urbefolkningen da det er viktig for dem å være født i sitt eget land. Flytting ble sett på som politisk spill. Økte når helsepersonell ikke forsto verdien av kulturen.</li> <li><b>Emosjonelle risiko:</b> Alle beskriver stress og ensomhet i forbindelse med å reise bort i forbindelse med fødsel. Savn.</li> <li><b>Økonomiske risiko:</b> Deltakerne mente at kostnadene ble flyttet fra helsesystemet til privatpersoner når de lokale tjenestene ble nedlagt.</li> </ul>	<p>Formålet med studien er klart formulert. En kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen.</p> <p>Utvalg, innsamling av data og analyse er beskrevet og begrunnet. Utvalget er til en viss grad hensiktsmessig. Jeg mener at de godt kunne ha inkludert flere kvinner som har født i forhold til antall helsepersonell inkludert.</p> <p>Dataene ble samlet inn slik at problemstillingen ble besvart. Det går klart frem hvordan analysen ble gjennomført og fortolkningen er tydelig og rimelig. Det er til en viss grad redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data.</p> <p>Det er gjort forsøk på å underbygge funnene i diskusjonsdelen. De etiske forholdene er vurdert.</p> <p>Hovedfunnene kommer klart fram.</p>
Konklusjon	<p>Data ble analysert: en tidlig induktiv tolkning av data der materialet ble delt inn i risiko ved helsetjeneste-tilbud og sosial risiko.</p>		
<p><b>Stengning av tilbud øker sosial risiko som forverrer klinisk risiko. Analysene viste også at klinisk risiko ble verdsatt høyere enn sosial risiko i avgjørelser rundt planlegging av rurale svangerskapstilbud.</b></p>	 <p>The diagram illustrates 'COMPREHENSIVE RISK' as a central concept. It is divided into two main categories: 'Health Service Risks' and 'Social Risks'. 'Health Service Risks' includes Clinical, Operational, Financial, Legal, and Political. 'Social Risks' includes Cultural, Emotional, and Financial.</p>		
Land			
Australia			
År data innsamling			
2014	<p>Etisk godkjent fra Hunter New England Human research Ethics Committee i tillegg til fra alle fylter.</p>		

## GRADE 4

Referanse:		GRADE	
Kornelsen J, Stoll K, Grzybowski S. Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. The Australian journal of Rural Health 2011: 19; 9-14		Dokumentasjonsnivå	III
		Anbefaling	middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p><b>Sammenligne nivået av stress og angst mellom kvinner som bor i områder som har forskjellig nivå av tilgang til lokal svangerskaps- og fødselsomsorg.</b></p>	<p><b>Tverrsnitts studie.</b></p> <p>52 samfunn i rurale British Columbia med forskjellige nivå av fødselsomsorg. Stedene skulle representere forskjell i størrelse og tilgang til fødetilbud.</p> <p>Deltakere ble rekruttert via 3-personer. 187 kvinnerdeltok, 40 fra områder uten tilgang til fødselsomsorg. Kvinnene som svarte var i 2.-3. Trimester.</p>	<p><b>Responsraten var 27%. Gjennomsnittlig alder var 29 år, 54% var førstegangsfødende.</b></p> <p><b>Kvinner uten tilgang til svangerskaps- og fødselsomsorg opplevde signifikant mer stress og angst enn kvinner som hadde tilgang til omsorg lokalt.</b></p> <p><b>Fødende kvinner som måtte reise mer enn en time for å nå fødeklinikk hadde 7,4 ganger mer sannsynlighet for å oppleve moderat til alvorlig stress sammenlignet med kvinner som hadde tilgang til lokal fødetilbud.</b></p> <p><b>Kvinner med inntekt &lt; \$ 25,000, uten fullført high school, med minst en svangerskapskomplikasjon og kvinner av urbefolkningen opplevde høyere nivå av stress og angst i svangerskap, selv om OR ikke var signifikant.</b></p>	<p><b>Befolkningen utvalget ar hentet fra var klart definert, men svarrate var lav, 27%.</b></p> <p><b>Om utvalget var representativt for befolkningen er usikkert.</b></p> <p><b>Det er i liten grad gjort rede for om respondentene skiller seg fra de som ikke har svart. Dette kan gi bias i form av at kvinnene som ikke svarte kan ha andre synspunkter og holdninger enn de som svarte.</b></p> <p><b>Svarprosenten er lav, 27%.</b></p> <p><b>Datainnsamlingen var standardisert.</b></p> <p><b>Objektive kriterier er benyttet for vurdering av utfallsmålene.</b></p> <p><b>Det er brukt adekvate metoder i dataanalysen.</b></p>
Konklusjon			
<p><b>Mangel på tilgang til lokal fødselsomsorg var sterkt assosiert med stress for rurale fødende kvinner.</b></p>	<p>Spørreskjema var delt i to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del 1: grunnleggende demografiske spørsmål.</li> <li>• RPES (20-dellers skala som måler angst og stress assosiert med distriktsfødsler basert på et stort kvalitativt materiale) og Depression Anxiety Stress Sacale.</li> </ul>		
Land	RPES har svaralternativer delt i 5: fra sterkt uenig til helt enig. 9 av spørsmålene omhandler økonomiske bekymringer og 11 av spørsmålene omhandler stress og angst assosiert med kontinuitet i omsorg, psykososial støtte og å hver kvinnes egne ønsker for fødselen.		
Canada			
År data innsamling			
Ikke oppgitt	Analyse: kalkulering av gjennomsnittlig skår og standardavvik for hvert spørsmål.		

## GRADE 5

Referanse:		GRADE	
Schmidt N, Abelsen B, Øyan P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 2002; 81: 731-737.		Dokumentasjonsnivå	III
		Anbefaling	middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Studien vil rapportere korttidsutfall for mødre og nyfødte for etter alle graviditeter der kvinnene har født ved en fødestue.</p>	<p>Pasientserie</p> <p>Data fra alle fødsler ved fødestuer i Norge mellom 15. Juni 1995 og 14. Juni 1997. Eksklusjonskriterier: Fødende kvinner som kom til fødestuene for å bli undersøkt før transport til sykehus og kvinner som ikke var akseptert for fødsel ved fødestuer.</p> <p>Et spørreskjema med lukkede spørsmål ble besvart etter hver fødsel og 1 uke etter fødsel av jordmoren som var ansvarlig. Datainnsamlingen var anonym.</p> <p>Analysering: Deskriptive statistiske metoder som frekvens distribusjon og måling av sentraliseringstendens og variasjon. Data ble behandlet med SPSS versjon 9.0.</p>	<p>Studien inkluderte 1275 kvinner som startet sin fødsel ved fødestue. 1% av alle fødsler i Norge i denne perioden.</p> <p>Av disse fødte 1217 kvinner ved fødestuen, mens 58 (4,5%) ble overført til sykehus underveis i fødsel. I postpartumperioden ble 57 (4,7%) overføringer av mor og barn gjort.</p> <p>Ni kvinner hadde fødselshjelp med vakuumpompe, 1 kvinne hadde tangforløsning og tre fødte i seteleie.</p> <p>Fire barn hadde Apgarskår &lt;7 etter 5 minutter.</p> <p>Det var to neonatale dødsfall i perioden – begge barna var født med en alvorlig gruppe-B streptokokkinfeksjon.</p>	<p>Studien inkluderte en hel pasientgruppe, så utvalget var tilfeldig. Pasientgruppen var egnet.</p> <p>Selektering av kvinner ble gjort av allemenneleger og jordmødre som hadde trening til det og fulgte nasjonale retningslinjer for fødested.</p> <p>Inklusjonskriteriene var klart definert.</p> <p>Svarprosenten er høy.</p> <p>Alle pasientene gjennomgikk samme stadium.</p> <p>Oppfølgingen kunne muligens ha vart lenger enn 1 uke post-partum. Samtidig er det lite sannsynlig at resultatet hadde endret seg mye.</p> <p>Objektive kriterier ble benyttet for å vurdere endepunktene.</p> <p>Registreringen av data var prospektiv.</p>
Konklusjon			
<p>Jordmødre og allmennleger som arbeider i distriktene kan identifisere lav-risiko-fødende (ca. 35%) av alle gravide kvinner i områdene rundt en fødestue kan trygt føde på en fødestue. Bare 4,5% av de som startet fødselen ved en fødestue måtte flyttes til sykehus underveis i fødsel.</p>			
Land			
Norge			
År data innsamling			
95-97			