



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag

**Fødselsomsorg på dagsorden - En tverrsnittstudie om gravide
førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested, og deres lesevaner av nyhetssaker
om norsk fødselsomsorg**

Anne Grethe Bjørklid og Viktoria Sjøset Bækkelund

Veileder: Eline Skirmisdottir Vik

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2024

Antall ord: 14 873

Forord

I arbeidet med denne masteroppgaven har vi blitt mer kjent med jordmorfaget, oss selv, hverandre og forskningsarbeid. Det har vekslet mellom en enorm entusiasme, til perioder med mye prokrastinering. Forskningsprosessen har gitt oss mersmak med litt bismak mellom slagene. Vi er stolte av det vi har fått til, og det vi har lært, men ser med begeistring frem til å komme ut i verden igjen!

En stor hjertelig takk til alle kvinnene som besvarte vårt spørreskjema. Dere har bekreftet viktigheten i denne studien. Og vår flotte veileder, Eline Skirnisdottir Vik. Din omsorg for oss og ditt engasjement for jordmorfaget, for forskning og for denne studien har hjulpet oss uendelig mye i denne prosessen. Vi vil også rette en takk til Invild Hersoug Nedberg som kom inn som veileder de siste ukene av masterskrivingen.

Tromsø, Mars 2024

Anne Grethe Bjørklid & Viktoria Sjøset Bækkelund

Sammendrag

Tittel: Fødselsomsorg på dagsorden - En tverrsnittstudie om gravide førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested, og deres lesevaner av nyhetssaker om norsk fødselsomsorg.

Hensikt: Å undersøke gravide førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested og ulike faktorer knyttet til mediedekningen av norsk fødselsomsorg.

Metode: Kvantitativ metode med tverrsnittstudie som design. Data ble samlet inn med nettbasert spørreskjema. Facebook ble brukt som rekrutteringsplattform. 498 gravide førstegangsfødende ble inkludert i studien.

Resultat: I overkant av 90 % av de gravide kvinnene i vår studie oppga at de leste nyhetssaker om fødselsomsorgen. En stor andel oppga at nyhetssakene om fødselsomsorgen i Norge i stor grad hadde negativ vinkling. Gravide med tillit til planlagt fødested var sjeldnere bekymret for; om de ville bli ivaretatt, om det skulle være nok personale på vakt, om de ville motta ønsket smertelindring under fødsel, om de måtte klare seg uten jordmor i deler av fødselen og om det ville være en ledig fødestue til dem. Det ses en sammenheng mellom det å ha lav tillit til planlagt fødested og ha et behov for å diskutere nyhetsbildet med jordmor, lege, familie eller venner. Sjansen for at de ønsket å ha med seg en doula under fødselen var også større sammenlignet med gravide som oppga at de hadde tillit til planlagt fødested. Videre fant vi regionale forskjeller mellom gravide i forhold til hvorvidt de hadde tillit til planlagt fødested, og at tilliten var høyest hos kvinner som befant seg i tredje trimester.

Konklusjon: I denne masteroppgaven har vi undersøkt gravide førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested og ulike faktorer knyttet til mediedekningen av norsk fødselsomsorg. Resultatene viser at de gravide førstegangsfødende med lav tillit til planlagt fødested oftere opplever negative nyhetssaker om sitt planlagte fødested, og har økte bekymringer knyttet til ivaretagelsen under fødselen. Det er viktig å være oppmerksom på disse funnene for å kunne forbedre omsorgen for gravide førstegangsfødende i Norge.

Nøkkelord: Tillit, førstegangsfødende, redaksjonelle medier, fødselsomsorg og fødested

Abstract

Title: Maternity Care in Focus: A Cross-Sectional Study of Trust in Planned Birthplace and Media Coverage of Norwegian Maternity Care among Primiparous Pregnant Women.

Purpose: To examine the trust of first-time pregnant women in the planned birthplace and various factors related to the media portrayal of Norwegian maternity care.

Method: Quantitative method with a cross-sectional study design. Data were collected using an online questionnaire. Facebook was used as the recruitment platform. 498 first-time pregnant women were included in the study.

Results: More than 90% of the pregnant first-time mothers in our study reported that they read news articles about maternity care. A large proportion stated that news articles about maternity care in Norway had a negative angle. Pregnant first-time mothers who had trust in their planned birthplace were less likely to worry about whether they would be taken care of, if there would be enough staff on duty, if they would receive preferred pain relief during labor, if they would have to manage without a midwife during parts of the labor, or if they would be an available delivery room for them. There was a correlation between having low trust in the planned birthplace and a need to discuss the news coverage with a midwife, doctor, family, or friends, as well as higher likelihood of wanting to have a doula present during labor compared to pregnant first-time mothers who reported having trust in their planned birthplace. Furthermore, we found regional differences among pregnant first-time mothers in terms of trust in their planned birthplace, and that pregnant women in their third trimester had higher trust than women in their first trimester.

Conclusion: In this master's thesis, we have studied the trust of first-time pregnant women in their planned place of birth and various factors related to media coverage of Norwegian maternity care. The results show that first-time pregnant women with low trust in their planned place of birth are more likely to experience negative news stories about their planned place of birth and have increased concerns about the care during childbirth. It is important to be aware of these findings in order to improve care for first-time pregnant women in Norway.

Key words: Trust, First-time mothers, Maternity Care, Newspapers, Birthplace/Place of Birth

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Redaksjonelle nyhetssaker om norsk fødselsomsorg	3
1.3	Hensikt og forskningsspørsmål	4
2	Teori	5
2.1	Tillit	5
2.2	Quality Maternal Neonatal Care framework	6
2.3	Jordmor.....	7
2.4	Svangerskapsomsorgen	8
2.5	Fødselsomsorgen i Norge	8
3	Metode.....	10
3.1	Studiedesign.....	10
3.2	Utvalg og rekruttering	10
3.3	Pilotstudie	11
3.4	Spørreskjema	11
3.5	Datamaterialet.....	12
3.5.1	Kodebok og koding	12
3.5.2	Datavask	12
3.5.3	Variabler.....	12
3.6	Dataanalyse.....	14
3.6.1	Kji-kvadrattest og signifikansnivå	14
3.7	Forskningsetiske overveielser.....	15
3.7.1	Personvern.....	15
3.7.2	Frivillighet.....	15
3.7.3	Oppbevaring av data.....	15
3.7.4	Nytte og risiko med studiet	16

4	Resultater.....	17
4.1	Karakteristika ved deltakerne	17
4.2	Gravide kvinners nyhetssaker om fødselsomsorgen	20
4.3	Sammenhenger mellom det å ha tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov ..	22
5	Resultatdiskusjon	24
5.1	Gravide førstegangsfødendes lesevaner av nyhetssaker om fødselsomsorgen	24
5.2	Sammenhenger mellom grad av tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov..	26
5.2.1	Bekymringer rundt ivaretagelse	26
5.2.2	Bekymringer tilknyttet ønske om smertestillende.....	28
5.2.3	Behov for å diskutere nyhetssakene	30
5.2.4	Ønske om doula i fødsel.....	31
5.3	Kjennetegn ved gravide førstegangsfødende med lav tillit til planlagt fødested	32
5.3.1	Utdanning	32
5.3.2	Trimester	33
5.3.3	Regionale forskjeller	34
6	Metodediskusjon	36
6.1	Studiedesign.....	36
6.2	Seleksjonsbias.....	36
6.3	Informasjonsbias.....	37
6.4	Konfundering	39
6.5	Vårt utvalg sammenlignet med populasjonen	39
7	Avslutning og konklusjon	41
7.1	Forslag til videre forskning.....	42
7.1.1	Innspill fra noen av deltakerne	42
7.2	Implikasjon for videre praksis	43
	Referanseliste	1
	Vedlegg	11

Vedlegg 1: Rekrutteringsplakat.....	11
Vedlegg 2: Spørreskjema	12
Vedlegg 3: Datahåndteringsplan	17

Tabelliste

Tabell 1: Karakteristika ved deltakerne (n=498).....	18
Tabell 2: Gravides kvinner lesevaner av nyhetssaker om fødselsomsorgen i Norge og planlagt fødested.	21
Tabell 3: Sammenhenger mellom det å ha tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov.	23

Figurliste

Figur 1: Quality Maternal Neonatal Care framework (Figur tatt fra Renfrew et al., 2014 og brukt under Creative Commons CC-BY lisens).....	6
Figur 2: Flytskjema som illustrerer inkludering i studien	17
Figur 3: Sammenheng mellom gravides tillit til planlagt fødested og hvilken helseregion de oppgir at de hører hjemme i (n=498, p-verdi 0,03).....	19
Figur 4: Sammenheng mellom gravides tillit til planlagt fødested og hvilket trimester de var i ved deltakelse (n=498, p-verdi <0,001).	20

1 Innledning

Denne masteroppgaven handler om tillit til planlagt fødested blant gravide førstegangsfødende. Gjennom praksis som jordmorstudenter har vi opplevd at gravide ønsker å snakke om nyhetssaker som omhandler fødselsomsorgen. Vi ble begge oppmerksomme på den hyppige mediedekningen av fødselsomsorgen og lurte på hva dette kunne bety for kvinner uten egenerfaringer fra svangerskap, fødsel og barseltid. Derfor ønsket vi i denne studien å undersøke hvordan og i hvilken grad gravide førstegangsfødende forholdt seg til nyhetssaker om fødselsomsorgen i Norge, og hvilke sammenhenger det var mellom den gravide kvinnens grad av tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov.

1.1 Bakgrunn

I den danske Troværdighedsanalysen fra 2023, oppnådde jordmødre høyest tillit blant de 27 undersøkte faggruppene (Radius CPH, 2023). En rekke studier viser at tillit er en sentral faktor i relasjonen mellom kvinnen og jordmor (Aune et al., 2017; Bringedal & Aune, 2019; Dahlberg et al., 2016; Downe et al., 2007; Hægsgård et al., 2022; Leap et al., 2010; Nilsson et al., 2013; O'Brien et al., 2021; Perriman et al., 2018). Et tillitsfullt forhold mellom kvinnen og jordmor kan oppnås gjennom gode kommunikasjonsevner, faglig kompetanse og ferdigheter hos jordmor (Nilsson et al., 2013). Leap et al. (2010) påpeker at kvinner utvikler tillit til jordmor ved at jordmor deler informasjon og diskuterer valg med dem i graviditet og fødsel. Dette bekreftes av O'Brien et al. (2021) som understreker viktigheten av gjensidig kommunikasjon og informasjonsutveksling for å bygge tillitsfulle relasjoner mellom kvinner og jordmor. Tillit mellom jordmor og kvinnen spiller også en viktig rolle i styrkingen av kvinnens tro på egen fødeevne (Aune et al., 2017). I studien til O'Brien et al. (2021) ble det funnet at jordmødre som hadde tillit til den fysiologiske fødselsprosessen, bidro til at kvinner følte seg støttet og klarte å beholde kontrollen i fødsel. I slutfasen av fødsel ble kontinuitet, en trygg atmosfære og jordmors forståelse og veiledning sett på som viktig for at kvinnen skulle føle trygghet og kontroll (Hægsgård et al., 2022). Samlet sett viser disse studiene at tillit spiller en avgjørende rolle mellom kvinnen og jordmor gjennom graviditet og fødsel. Gjennom god kommunikasjon, faglig kompetanse og støtte kan jordmor bidra til å bygge tillitsfulle relasjoner som styrker kvinnens tro på egen fødeevne (Aune et al., 2017; Nilsson et al., 2013) Jordmor som viser tillit til den normale fødselsprosessen, kan bidra til en trygg fødselsopplevelse (O'Brien et al., 2021).

Det å bli mor for første gang anses som en overgangsfase i livet, og graviditet er gjerne en modningstid med økte psykiske og sosiale utfordringer (Ulvund, 2017). Førstegangsfødende går igjennom en overgang fra å være barnløs kvinne til å bli mor, noe som fører til forandring i identitet og sosial status. En graviditet kan føre til økt sårbarhet, men også mulighet for vekst (Ulvund, 2017). En studie av Lou et al. (2017) fant at gravide i første trimester valgte å holde graviditeten for seg selv, noe som førte til ensomhet rundt bekymringer, gleder og spørsmål knyttet til svangerskapet. Kvinnene beskrev å ha et stort informasjonsbehov som ikke ble dekket siden første svangerskapskonsultasjon var sent i første trimester (Lou et al, 2017). For å dekke informasjonsbehov er det kjent at kvinner tidlig i svangerskapet søker etter informasjon fra alternative kilder enn fra helsepersonellet som har oppfølgingen i svangerskapet (Fleming et al., 2014; Larsson, 2009; Lou et al. 2017). En førstegangsfødende som aldri har opplevd graviditet tidligere, vil gjerne sammenligne sine egne følelsesmessige reaksjoner opp mot erfaringer til andre kvinner, litteratur, helsepersonell og ulike mediekilder (Gutteridge, 2020).

Negativ medieomtale av en virksomhet eller faggruppe kan påvirke personers oppfatning av disse (Radius CPH, 2023). Det er viktig å erkjenne at mediene kan spille en rolle i formingen av kvinners holdning og oppfatning av fødsel (Kay et al., 2019). Stoll et al. (2014) gjorde en studie som undersøkte hvorfor studenter var redd for fødsel, der de fant at de som hadde lært om fødsel i medier hadde en signifikant høyere redselsscore enn de som lærte om fødsel fra flere ulike kilder. Maclean (2014) sin studie undersøkte hvordan fødsel ble representert i britiske medier. Studien fant ut at det var ekskluderende, spennende eller kontroversielle historier som fikk plass i avisen, mens normal fødsel sjeldent ble nevnt. Skrekkhistorier med uheldige utfall ble representert i stor grad (Maclean, 2014). At fødsel blir betegnet som farlig, dramatisk, smertefullt og ukontrollerbar i mediene bekreftes av (Cooper & Godfrey-Isaacs, 2020). Maclean (2014) konkluderer med at det må undersøkes hva kvinner utsettes for av nyhetssaker, og at spørsmål om hva gravide leser bør integreres som en del av svangerskapsoppfølgingen. I tillegg oppfordrer Luce et al. (2016) til mer forskning på hva nyhetssaker i aviser og nettaviser gjør med gravide med tanke på at mediene fremstiller fødsel som urealistisk, voldsomme og dramatiske.

Vi har imidlertid ikke funnet forskning som sier noe om hvordan redaksjonelle medier fremstiller fødselsomsorgen i Norge, om gravide leser slike saker og hvordan gravide forholder seg til det de eventuelt leser.

1.2 Redaksjonelle nyhetssaker om norsk fødselsomsorg

For å danne et bilde av hvilke nyhetssaker som har omhandlet fødestedene i Norge, har vi trukket frem et utvalg artikler som er publisert i norske redaksjonelle medier. Disse nyhetssakene har blant annet bidratt til å vekke interessen for gjennomføringen av denne studien.

I januar 2023 ble det kjent at ABC-enheten ved Oslo Universitetssykehus skulle legges ned, noe som ble godt dekket i redaksjonelle medier som NRK, VG og Dagbladet (Bakken et al., 2023; Farestvedt et al., 2023; Gaarder, 2023). ABC-enheten var en jordmorstyrt fødeenhet spesialisert for naturlige fødsler, og var et tilbud for friske gravide kvinner. Her ble kvinnene tilbudt naturlige hjelpemidler som tilstedeværelse, avspenning, mulighet for vannfødsel og akupunktur som smertelindring (NOU, 2023, s. 147). Begrunnelsen for nedleggelsen var mangel på jordmødre og et behov for kostnadskutt. KrF-leder Olaug Bollestad er sitert i NRKs artikkel med uttalelsen «Galskap! Dette går ikke an. Fødende fortjener bedre enn dette» (Bakken et al., 2023).

Ved inngangen av sommeren 2023 kom blant annet nyheten om at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) måtte stenge tilbudet om tidlig ultralyd til gravide uten risiko, grunnet mangel på ultralydjordmødre (Henriksen & Ballovarre, 2023; Laagstein, 2023). NRK dekket videre en sak om at dette også gjaldt Oslo Universitetssykehus og Stavanger Sykehus (Nordheim, 2023). UNN Tromsø ble mye omtalt i flere redaksjonelle medier da det på en uke kom 39 barn til verden, noe som ble beskrevet som «kaotiske tilstander» (Borgmo & Grønvoll, 2023; Johansen et al., 2023). Til VG fortalte flere kvinner at de ikke fikk hjelp når de ringte på alarmklokken, de lå alene med smerter og fikk ingen smertelindring, samt at det ikke var ledige fødestuer til dem. I artikkelen fortalte kvinnene videre at de var redde og stilte spørsmål om forsvarligheten på avdelingen (Borgmo & Grønvoll, 2023).

I august uttalte lederen i Jordmorforbundet NSF, Hanne Charlotte Schjelderup til NRK at jordmødre står i et «vanvittig arbeidspress» på fødeavdelinger rundt i Norge (Klausen et al., 2023). Hun uttrykte bekymring for at travelheten kan få fatale konsekvenser, spesielt på de store fødeklinikkene som er preget av lav bemanning. Ferieavvikling og fødeavdelinger som har periodevis stengt i sommermånedene øker presset på de som er åpne, som verken har nok bemanning eller sengeplasser til å håndtere dette (Klausen et al., 2023). I september dekket Bergens Tidende en sak om innstramming i epidural-tilbudet på nattestid ved kvinneklinikken på Haukeland universitetssjukehus. Forslaget gikk ut på at epiduralinnleggelse skulle forgå på

tidsbestemte runder i løpet av natten, og kunne føre til at fødende risikerte tre timers ventetid for å få epidural (Bordvik & Pedersen, 2023). Kort tid etter at denne saken ble publisert, kom et motsvar fra klinikkoverlegen ved anestesivdelingen ved sykehuset om at de tilbyr epidural til de fødende som ønsker best mulig smertelindring (Bjørnestad, 2023). I september avdekket NRK nyheten om at flere fødetilbud distriktene i Nord-Norge stod i fare for å forsvinne (Grønning et al., 2023). Helse Nord-sjefen forklarer i et intervju til NRK at nedlegging av akutt- og fødetilbud på enkelte av lokalsykehusene er grunnet mangel på fagfolk og økonomi (Andersen et al., 2023).

De overnevnte artiklene er kun et utdrag av nyhetsartikler om fødselsomsorgen i Norge, og belyser på ingen måte det totale nyhetsbildet. Allikevel var tilsvarende artikler noe av det forskerteamet lot seg inspirere av ved utarbeiding av denne studien. Vi vil også trekke frem at lederne for Barseloppørret, en organisasjon som jobber for bedring av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg har skrevet et debattinnlegg på nettavisen.no hvor de kritiserer den norske pressens dekning av saker knyttet til deres kjerneområder. De hevder journalistikken innenfor disse feltene er preget av uttalelser av personer i maktposisjoner og at dekningen er unyansert (Rist et al., 2023). Avslutningsvis er nyhetsinteressen blant nordmenn er stor, og kun én prosent oppgir at de ikke leser nyheter i det hele tatt (Medietilsynet, 2023). Medietilsynets rapporter viser til at Norge er at av landene med høyest tillit til nyheter og at tilliten til redaktørstyrte medier er stabilt høy. Videre er de mest anvendte nyhetskildene NRK, VG, TV 2, Dagbladet og Aftenposten (Medietilsynet, 2023).

1.3 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å undersøke gravide førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested og ulike faktorer knyttet til mediedekningen av norsk fødselsomsorg, sammenhenger mellom den gravides kvinnens grad av tillit til planlagt fødested og behov, og om det er noen kjennetegn med den gravide førstegangsfødende med lav tillit til planlagt fødested.

For å besvare hensikten med studien er følgende forskningsspørsmål utformet:

- Hvordan og i hvilken grad forholder gravide førstegangsfødende seg til nyhetssaker om fødselsomsorgen i Norge?
- Hvilke sammenhenger finner vi mellom den gravide kvinnens grad av tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov?
- Hva kjennetegner den gravide med lav tillit til planlagt fødested?

2 Teori

I dette kapittelet presenteres teoretisk rammeverk for studien. Teorien tar utgangspunkt i tillit, Quality Maternal Neonatal Care framework, jordmor og fødselsomsorgen i Norge.

2.1 Tillit

Tillit kan defineres som en bevisst forventning rettet mot at andre mennesker eller institusjoner vil handle på en ærlig, forutsigbar og positiv måte (Haugseth & Conradsen, 2023). Tillit betraktes videre som et sentralt og grunnleggende sosialt fenomen både i samfunnsstrukturen og i personlige interaksjoner (Haugseth & Conradsen, 2023). Norge er et land med høye nivåer av sosial tillit i befolkningen, som blant annet kommer til uttrykk i innbyggerundersøkelsen fra 2021 (DFØ, 2023). Dette kan skyldes av det norske samfunnet bygger på prinsippet om likeverd for alle borgere og er en velferdsstat som fremmer rettferdighet og sosial likhet. Tillit kan skilles mellom tillit til konkrete personer, generalisert tillit til andre i samfunnet, eller institusjonell tillit til for eksempel helsevesenet (Haugseth & Conradsen, 2023). På individnivå kan tillit være en forventning til at andre vil oppføre seg ærlig, til tross for at mangelen på viten eller kontroll. Tillit til en person kan være basert på personerfaringer, felles verdier eller anerkjennelse av deres kompetanse og integritet. Når det gjelder institusjonell tillit, som for eksempel tilliten til helsevesenet, kan det ofte være begrenset kunnskap om hvordan avgjørelser blir tatt eller hvordan styringen av institusjonen foregår. Mange viser likevel stor tillit ved å dele personopplysninger eller ved å bruke deres tjenester på forskjellige måter (Haugseth & Conradsen, 2023). I 2021 oppga fire av fem nordmenn at de hadde stor grad eller full tillit til norsk helsevesen (Sikt, 2023).

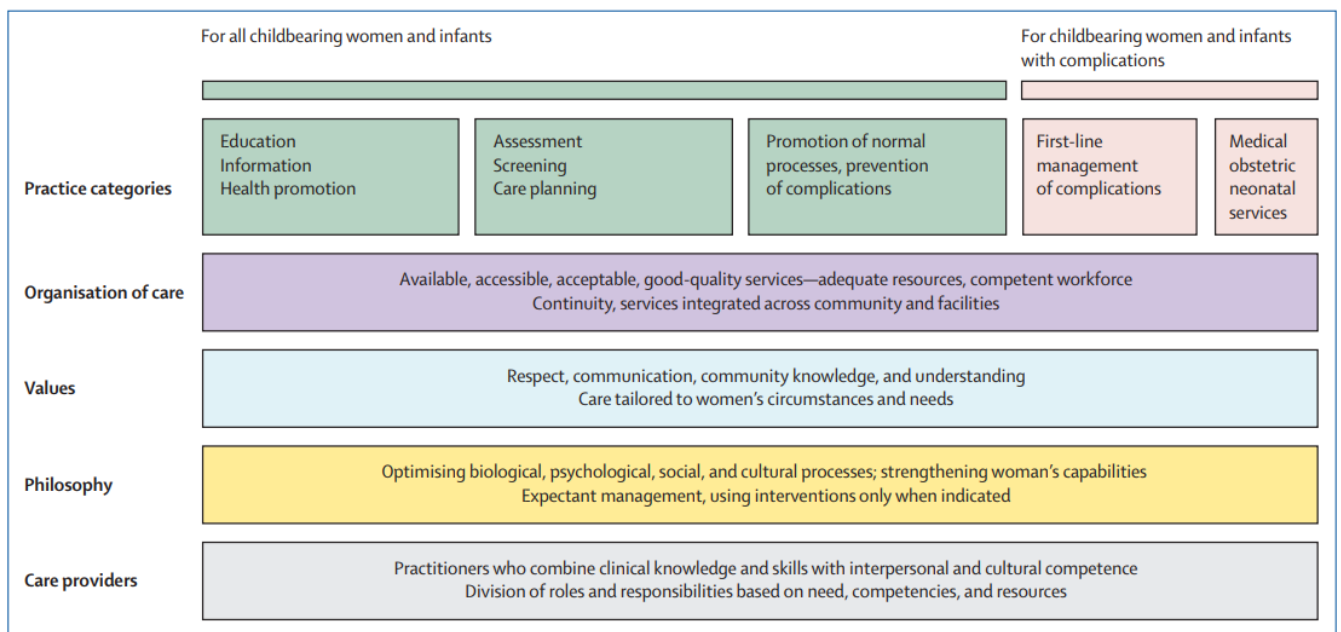
Ifølge den norske filosofen John Elster (f.1930), innebærer tillit å senke en persons forsvarsmurer eller avstå fra å ta forholdsregler overfor en samarbeidspartner (Grimen, 2009). Den britiske sosiologen Anthony Giddens (f.1938) ser tillit knyttet til kunnskap. Han argumenterer for at mennesker tar sjansen på å stole på andre basert på det de vet om dem, til tross for ufullstendig kunnskap (Haugseth & Conradsen, 2023). Den tyske sosiologen Niklas Luhmann (f.1927) hevder at personer som stoler på hverandre samarbeider bedre, er mer risikovillige, tolerante, kreative og tilfredse enn andre (Grimen, 2009). Hvis grupper eller individer mister troen på at andre mennesker, institusjoner eller politiske systemer ikke handler i tråd med allmennhetens interesser, kan dette beskrives som mistillit (Haugseth & Conradsen, 2023). Videre skriver Haugseth & Conradsen (2023) at mistillit kan oppstå som

følge av personlige erfaringer eller opplevd urettferdighet, samt eksponering for motstridende budskap i mediene.

2.2 Quality Maternal Neonatal Care framework

Quality Maternal Neonatal Care framework (QMNC-rammeverk) er et rammeverk for kvalitet i svangerskap-, fødsels- og barselomsorgen. Rammeverket ble utviklet av det vitenskapelige tidsskriftet “The Lancet “. Hensikten bak utviklingen til rammeverket var å sørge for at svangerskap, fødsel- og barselomsorg utøves likeverdig globalt, og inkluderer individuell tilpasset omsorg i enhver situasjon. Rammeverkets anbefalinger er ment å være relevant for alle som trenger det, samt kunne brukes av de som gir omsorg eller utøver tjenester for gravide og nybakte mødre (Renfrew et al., 2014). Videre sikter rammeverket mot en bevisstgjøring av ferdigheter, holdninger og atferd hos fødselshjelpere og at tverrfaglig samarbeid fremmes ved å fokusere mindre på de ulike rollene (Renfrew et al., 2014).

Figur 1 viser rammeverket som en fremvisning av hva kvalitet i profesjonell omsorg er. I tillegg inkluderer det tekniske dimensjoner i hva som skal gjøres; hvor, hvordan og av hvem omsorgen skal gis i enhver kontekst. Rammeverket viser viktigheten av å lenke omsorg og tjenestetilbud på alle nivåer sammen gjennom kontinuitet i omsorg og omsorgsgiver (Renfrew et al., 2014).



Figur 1:Quality Maternal Neonatal Care framework (Figur tatt fra Renfrew et al., 2014 og brukt under Creative Commons CC-BY lisens).

Den jordmorfaglige tilnærmingen står sentralt i rammeverkets anbefalinger. Fordi jordmorvirksomhetens tjenester og handlinger blir utøvet av personer med ulik faglig kompetanse og bakgrunn rundt om i verden, benyttes en definisjon av jordmorfaglig tilnærming som en pakke av omsorg som trengs for å identifisere viktige aspekter av pleien uavhengig av hvem omsorgsgiveren er (Renfrew et al., 2014). Kvalitet i den jordmorfaglige tilnærmingen beskrives som at utøver er kyndig, arbeider kunnskapsbasert og yter medfølende og omtenkstom omsorg til kvinner og hennes familie. Videre innebærer den jordmorfaglige tilnærmingen å legge til rette for; fysiologiske, biologiske, psykologiske, kulturelle og sosiale prosesser knyttet til reproduksjon og tidlig livsfase. Dette kan være; forebygging og håndtering av komplikasjoner, samarbeide med og henvise til andre profesjoner ved behov, samt vise respekt for kvinners individuelle omstendigheter og synspunkter. I tillegg vil jordmorfaglig tilnærming være å arbeide i partnerskap med hver enkelt kvinne for å styrke hennes evne til å ta vare på seg selv og sin familie. Konteksten tilnærmingen omslutter strekker seg fra før svangerskapets start, underveis i svangerskapet, i fødsel og de første ukene etter fødsel (Renfrew et al., 2014).

Vår intensjon med å se til QMNC-rammeverket i diskusjonen av studiens resultater, er tanken om at tillit til fødested, fødselsomsorg og kvalitet er noe å jobbe mot. Videre tenker vi at tillit til systemet, og tjenestene hvor jordmødre jobber er viktig i alle ledd for de førstegangsfødende. Gravide førstegangsfødende er fremtidige brukere av fødselstjenestene, en kartlegging av elementer knyttet til grad av tillit til fødestedet, kan tenkes å si noe om forventet tilbud.

2.3 Jordmor

Jordmor er ifølge ICM (2017) en person med unike kunnskaper, ferdigheter og faglige holdninger for grunnleggende jordmorpraksis. Jordmor jobber i partnerskap med kvinner og respekterer hver enkeltes individuelle behov og forutsetninger. En jordmor skal også fremme normal fødsel, samarbeide med annet helsepersonell etter behov for å gi helhetlig omsorg, samt fremme kvinners egne evner til å ivareta seg selv og sine familier (ICM, 2017). I Norge er jordmor en beskyttet tittel som krever autorisasjon (Blix & Henriksen, 2023). Jordmødre kan blant annet jobbe i kommunale helsetjenester, spesialisthelsetjenesten og i private virksomheter (Blix & Henriksen, 2023). Å delta i utviklingen av en helsefremmende politikk som kommer til gode for mangfoldet av gravide kvinner, familier og fremtidige foreldre er også den del av jordmorrollen (ICM, 2017).

2.4 Svangerskapsomsorgen

Jordmødre i svangerskapsomsorgen bør følge den nasjonale retningslinjen for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2018). Målsetningen med svangerskapsomsorgen er å bidra til en helsefremmende livsstil for kvinner og reduksjon av barne- og mødredødelighet (Helsedirektoratet, 2018). Oppfølgingen for gravide med et normalt svangerskap foregår enten hos jordmor, fastlege eller i en kombinasjon av disse. Basis oppfølging består av ni konsultasjoner som inkluderer tidlig ultralyd og ordinær ultralyd (Helsedirektoratet, 2018, kap. 2). At gravide tilbys to ultralydundersøkelser er derimot ganske nytt. Våren 2020 ble det gjort endringer i Bioteknologiloven, som førte til utvidet tilbud av standard oppfølging av gravide. Nytt av lovendringen var at alle gravide i første trimester skulle bli tilbudt tidlig ultralyd, som en del av det offentlige tilbudet (Stortinget, 2020). Dette er en ultralydundersøkelse som gjøres i svangerskapsuke 11-14, hvor hensikten er å avdekke om fosteret har alvorlig skade eller sykdom (Oslo universitetssykehus HF, 2022). Gravide som ønsker dette, blir henvist til nærmeste poliklinikk eller sykehus (Helsedirektoratet, 2021a), hvor undersøkelsen utføres som oftest av en videreutdannet jordmor innenfor ultralyddiagnostikk (Oslo universitetssykehus HF, 2022). De gravide kvinnene som benytter helsetjenester er ivaretatt av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), hvor det fremkommer at individuelle forutsetninger skal tas høyde for når informasjon blir gitt av helsepersonell. Dette kan være faktorer som alder, erfaring, modenhet og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Kvinner som har sterke bekymringer knyttet til fødsel bør i tillegg tilbys ekstra konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2018, kap. 2). Fødselsomsorgen som gis til kvinner bør tilpasses hvert enkelt individ, og bør inngå i et helhetlig forløp sammen med svangerskaps- og barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2024).

2.5 Fødselsomsorgen i Norge

Spesialisthelsetjenesten i Norge er tilknyttet fire regionale helseforetak (RHF), eid av staten (Regjeringen, 2023). Helseforetakene omfatter alle offentlige virksomheter tilknyttet disse tjenestene i definerte geografiske regioner. De regionale helseforetakene består igjen av helseforetak (HF) som omfatter enten ett eller flere sykehus (Braut, 2024). Landets fødselstilbud inngår som del av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2024).

I Norge er det 17 kvinneklinikker, 22 fødeavdelinger og 9 fødestuer (Blix, 2024). Friske kvinner uten risikofaktorer kan velge å føde ved alle typer institusjonsnivå, mens det

anbefales at kvinner med risikofaktorer eller komplikasjoner føder på fødeavdeling eller kvinneklinikk (Blix, 2024). Den differensierte fødselsomsorgen i Norge innebærer at kvinnene skal kunne ta del i valg av fødested (Blix, 2024). Valg av fødested er noe gravide kvinner gjør i samråd med den hun har svangerskapsoppfølging med. Hvor kvinnen er anbefalt å føde vil avhenge av hvor hun er bosatt, om hun er frisk eller har økt risiko for komplikasjoner i svangerskap eller fødsel (Helsenorge, 2023a). Professor i jordmorfag Ellen Blix (2024) bemerker at ikke alle kvinner har en reell mulighet å velge fødested, da flere kvinner bor på steder hvor det bare eksisterer ett fødetilbud.

Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud» fra 2010, er nylig bitt fornyet, og ble 4. mars 2024 erstattet av «Nasjonale faglige retningslinjer for fødselsomsorgen» (Helsedirektoratet, 2024). Helsedirektoratets (2020) rapport «Endring i fødepopulasjonen og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem» har vært vesentlig for utarbeidingen av de nye retningslinjene. Resultatene fra gjennomgangen viser at perioden 2008-2018 er preget av en nedgang i antall fødsler, og viser i tillegg til en økt kompleksitet i fødepopulasjonen. Det fremkommer et behov for økt bemanning, ressurser og kompetanse, spesielt ved kvinneklinikkene (Helsedirektoratet, 2020). Dette støttes av Helsepersonelloven (1999, §16) hvor det fremkommer at organiseringen til virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres på en slik måte at helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter. Nytt av de nye nasjonale retningslinjene er blant annet oppdaterte anbefalte rutiner for jordmor bemanning, i tillegg beskrives hjemmefødsel som et fødetilbud som kan gis til fødende som har lav risiko for komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2024).

3 Metode

3.1 Studiedesign

For å besvare studiens hensikt ble kvantitativ metode benyttet med tverrsnittstudie som design. Tverrsnittstudie er egnet når man ønsker å samle inn standardisert informasjon fra mange deltakere innenfor en kort tidsramme (Bjørndal & Hofoss, 2004). Hensikten med denne studien var å undersøke gravide førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested og ulike faktorer knyttet til mediedekningen av norsk fødselsomsorg. Det var nødvendig med et studiedesign som egnet seg til kartlegging og samtidig kunne se på sammenhenger mellom flere variabler i samme studie. Tverrsnittstudie er hensiktsmessig når en vil kartlegge og undersøke sammenhenger mellom flere variabler (Jacobsen, 2021). For datainnsamling ble et elektronisk spørreskjema benyttet.

3.2 Utvalg og rekruttering

Populasjonen vi ønsket å undersøke var gravide førstegangsfødende i Norge. Kvinnene måtte være over 18 år og beherske norsk skriftspråk. Utvalget vårt ble rekruttert med selvutvelgelse. Dette betyr at kvinnene som passet inklusjonskriteriene bestemte selv om de ønsket å delta (Jacobsen, 2021). Det var anonymt og frivillig å delta i studien. Hensikten med denne studien var å studere gravide førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested mot ulike faktorer. Vi valgte derfor å dele utvalget i to undergrupper: Gravide førstegangsfødende med tillit til planlagt fødested og gravide førstegangsfødende med lav tillit til planlagt fødested.

Rekrutteringsprosessen startet et par uker før publisering og pågikk samtidig som spørreskjemaet var åpent. Det ble laget et flygeblad der hensikten var; å være et blikkfang, komme med kortfattet informasjon om studiet, om forskerne, samt om hvordan delta. Rekruttering av deltakerne foregikk på det sosiale mediet Facebook. Facebook ble valgt da det daglig brukes av henholdsvis 85% av kvinner i Norge (Ipsos, 2023a). Vi søkte etter termingrupper på Facebook, både lokale og nasjonale, hvor medlemmene oppga å ha termin mellom november 2023 og august 2024. Vi fant 41 termingrupper, som hadde varierende antall deltakere, fra 8- 1400 medlemmer. Vi kontaktet administratorer for godkjenning av publisering i gruppene. Enkelte av administratorene mottok vi ingen respons fra, selv etter purring. Vi endte opp med å publisere lenke til spørreskjema i 28 termingrupper. I tillegg til dette delte vi rekrutteringsplakat og lenke til spørreskjema på våre private Facebook profiler. Innleggene ble delt offentlig slik at det var mulighet for større utstrekning og mulig å deles videre av andre. For å opprettholde interessen for spørreskjemaet ble søndagene avholdt til

rekruttering og/eller purring. Vårt spørreskjema var tilgjengelig via lenke og QR-kode, og krevde ingen innlogging for å bli besvart. Deltagelse krevde internettilgang.

3.3 Pilotstudie

Det ble gjennomført en pilotstudie i perioden 08.10.23-18.10.23. Målet med pilotstudie var å teste gjennomførbarhet og gjøre eventuelle forbedringer av spørreskjema (Skovlund & Bretthauer, 2007). Vi inviterte kvinner i vår vennekrets, familie og en medstudent til å delta. Det var viktig for oss at deltakerne på pilotstudie hadde ulik bakgrunn. Vi mottok respons fra 18 deltakere på pilotstudien. Vi oppfordret deltakerne til å blant annet se på setningsoppbygging på spørsmål og svar, om de opplevde å finne svarkategorier som de passet i, og i tillegg legge merke til teknisk utforming. Vi ønsket også tilbakemelding på tidsbruk, for å kunne forespeile hvor omfattende spørreundersøkelsen var før publisering. Kvinnene i pilotstudien hadde mulighet til å legge inn en kommentar etter hver av de tre delene i spørreskjemaet. På spørsmålet om doula fikk vi bekreftet at begrepsavklaringen var forståelig. Svar på pilotstudien gjorde oss oppmerksom på at et spørsmål feilaktig var lagt inn som flervalgssvar, videre ble et par grammatiske feil påpekt. Spørsmålet som hadde med feil blitt lagt inn med flervalgssvar ble endret til enkelt svar, og skrivefeilene ble rettet. Vi fikk ni kommentarer på at skjemaet fremsto som forståelig og velformulert. Det tok deltakerne i underkant av fem minutter å besvare pilotstudien.

3.4 Spørreskjema

Spørreskjema for datainnsamling var åpent i perioden 06.11.2023-04.12.23, totalt 4 uker. Spørreskjemaet var utformet på Universitetet i Oslo sin plattform, Nettskjema. Dette er et verktøy for utforming av spørreskjema og sikker datainnsamling (UiO, 2010). Spørreskjemaet ble utarbeidet av forskerne bak studien da vi ikke fant validerte spørreskjema som egnet seg for å besvare hensikten med dette studiet. Spørsmålene om utdanning og arbeidssituasjon var delvis inspirert av Kunnskapscenteret (2012) sitt spørreskjema «Brukererfaringer med svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen»

Vårt spørreskjema besto av totalt 23 spørsmål, som var inndelt i tre ulike deler. En innledende del om deltakernes bakgrunn, del to omhandlet deltakernes lesevaner knyttet til nyhetssaker som omhandler fødselsomsorgen. Siste del av spørreskjemaet bestod av påstander om forventninger, bekymringer og behov opp mot planlagt fødested. Spørreskjemaet bestod av lukkede svaralternativer, hvor deltakerne kun hadde anledning til å besvare innenfor de forhåndsdefinerte rammene (Jacobsen, 2015). Det var obligatorisk besvarelse på 22 av 23

spørsmål. Siden spørsmålene var obligatoriske, valgte vi å ha svaralternativ «annet» for at deltakerne ikke skulle oppleve at de ble tvunget til å velge et svaralternativ de ikke var enig i. Avslutningsvis hadde vi et åpent spørsmål som ikke var obligatorisk. Hensikten med å ha med et åpent spørsmål var å fange opp deltakernes synspunkter, samt fungere som en plattform hvor deltakerne kunne uttrykke seg eller tilføye noe utover de fastsatte svaralternativene som spørreskjemaet for øvrig besto av (Jacobsen, 2015).

3.5 Datamaterialet

3.5.1 Kodebok og koding

For å kunne analysere innsamlet datamateriale ble det aktivert en kodebok i nettskjema. Vi valgte å ha automatisk utfylling av kodeboken hvor nettskjema.no ga standardnavn til variablene (Universitetet i Oslo, 2013). Hvert spørsmål i spørreskjemaet fikk sitt eget variabelnavn og svaralternativene fikk tallverdier (Bjørndal & Hofoss, 2004). Kodeboken og datamaterialet ble overført til statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics version 29.0.

3.5.2 Datavask

Bias kan forekomme i klinisk epidemiologisk forskning, til tross for nøye planlagt studiedesign, gjennomføring og forsøk på å unngå ulike typer bias gjennom forebyggende strategier. Hensikten med datavask er å identifisere og korrigere eventuelle feil, eller i det minste minimere feilenes påvirkning på studiens resultater (Van den Broeck et al., 2005). Når kodeboken og datamaterialet var overført til statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics, ble materialet kontrollert for eventuelle feil eller mangler. Vårt datamateriale inneholdt ingen ekstremverdier, da verdiene var forhåndsbestemt. Data som ble fjernet fra datasettet var de som ikke oppfylte inklusjonskriteriet og svarte «annet» på spørsmål 12. I resultatkapittelet er det et flytskjema som viser denne prosessen (Figur 2). Dataen fra det åpne spørsmålet ble ikke overført til SPSS da det ikke var egnet for statistiske analyser. Alternativt kunne disse dataene vært analysert med en kvalitativ tilnærming.

3.5.3 Variabler

Hvert enkelt spørsmål som er utarbeidet i spørreskjemaet utgjør hver sin variabel, mens svaralternativene er verdier på variablene (Jacobsen, 2021). I denne studien er det innhentet variabler på nominal- og ordinalnivå. Verdier på nominalt målenivå har ingen bestemt orden eller rangering (Tuft, 2018). Med nominale variablers kategorier kan en ikke trekke andre konklusjoner enn at de er forskjellige (Bjørndal & Hofoss, 2004). Eksempel på nominalt

målenivå i vår studie er helseregion. Variablene under ordinal målenivå er variabler som har en kategorisk skala som indikerer rangering, men det finnes ingen fastlåste intervaller mellom verdiene på skalaen (Tuft, 2018). Dette betyr at man kan se hvilken verdi som er høyere eller lavere, men forskjellene mellom verdiene er ikke konstante (Bjørndal & Hofoss, 2004). Eksempelvis brukes ordinal målenivå i vår undersøkelse på følgende påstand: «*Jeg er bekymret for at det ikke er ledig fødestue når jeg går i fødsel*». Deltakeren måtte ta stilling utfra skalaen: I liten grad, I noe grad, I stor grad, I svært stor grad og annet. Graden av enighet er økende, men vi har ingen grunnlag til å si hvor stort intervallet er fra den ene verdien til den andre (Tuft, 2018).

For fullstendig oversikt av alle variablene se Vedlegg 1. Til dataanalyse ble 19 av 22 variabler som egnet seg til statistisk analyse benyttet. Bakgrunnsvariablene våre inkluderer trimester (ikke gravid, 1. trimester, 2. trimester, 3. trimester), helseregion (Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst), aldersgrupper (18-24, 25-29, 30-34, 35-39, ≥ 40 år), utdanning (grunnskole og/eller videregående, høgskole/universitet 1-4 år, høgskole/universitet over 4 år, annet) og arbeidssituasjon (permisjon, yrkesaktiv, under utdanning, hjemmearbeidende, arbeidsledig, diverse stønad, annet). På spørsmålet om arbeidssituasjon, var det mulig å krysse av flere svaralternativ siden det er mulig å tilhøre flere av kategoriene samtidig. På variabelen om aldersgrupper ble svarkategoriene «35-39 år» og «40 år eller eldre» slått sammen til «35 år og eldre» grunnet få enheter på svarkategori «40 år eller eldre».

Andre variabler studien innhenter er: om den gravide førstegangsfødende leser nyhetssaker som omhandler fødselsomsorgen i Norge (ja, nei), hvilken vinkling de gravide opplever mest av i nyhetsartiklene de har lest om fødselsomsorgen og om sitt planlagte fødested (positiv, nøytral, negativ, annet), hvor grundig leser den gravide nyhetssaker som omhandler planlagt fødested (hele artikkelen, deler av artikkelen, det varierer, primært overskrifter, har ikke lest nyhetssaker om mitt fødested, annet).

Videre benyttet vi likert-skala (i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad, annet) på følgende variabler: om den gravide hadde tillit til planlagt fødested, om de gravide var bekymret for å ikke bli ivaretatt, om det var nok personale på fødeavdelingen, om de skulle få ønsket smertelindring, om de var forberedt på å være uten jordmor under fødselen, om det var ledig fødestue, om de ønsket å føde på et sted med positiv medieomtale, om de hadde behov for å snakke med jordmor eller lege om nyhetssaker, om de hadde behov for å snakke med familie/venner om nyhetssaker.

For å kunne utføre statistiske analyser på variablene med svarkategorier som hadde rangordning med fire graderinger og annet, ble de omkodet til ja, nei og annet. På variabelen om tillit ble graderingen endret til lav tillit, tillit og annet. På spørsmålet om hvor grundig deltakerne leste nyhetssaker om eget fødested ble svarkategoriene endret til hele artikkelen, det varierer, har ikke sett nyhetssaker om mitt planlagte fødested og annet. Siste variabel i studien var om den gravide ønsker å ha med doula i fødselen. Her ble svarkategoriene endret fra fem til tre: ja, nei og annet. Svaralternativet «annet» ble ikke sett på som et nøytralt standpunkt i denne studien. Derfor ble «annet» omkodet til en manglende verdi før dataanalyse av materialet som presenteres i tabell 2 og 3. Dette er årsaken til at antall deltakere varierer på hvert spørsmål.

3.6 Dataanalyse

Alle statistiske analyser ble utført i statistikkprogrammet SPSS. Da vi startet arbeidet med dataanalyse i SPSS valgte vi først å se på frekvensfordelingen på hver variabel. Dette betyr at vi så på hvordan verdiene fordelte seg på hver variabel (Tuft, 2018). Som nevnt i avsnittet om «utvalg og rekruttering» har vi delt utvalget i to undergrupper. Ved analyse ønsket vi å se hvordan andelene fordelte seg mellom gruppene lav tillit og tillit. Derfor valgte vi å gjøre krystabulering og presentere resultatene i krystabeller (Thrane, 2018). Fordelingen i tabellene vises som tall og prosent.

3.6.1 Kji-kvadrattest og signifikansnivå

For å studere forskjellen mellom utvalgsgruppene tillit og lav tillit, hadde vi behov for en statistisk test for å se om forskjellen på gruppene var signifikante. For å se om det var en forskjell valgte vi å gjennomføre kji-kvadrattest i krystabellene (Bjørndal & Hofoss, 2004). Ved kji-kvadrattest testes det om fordelingene i kolonnene i tabellen er like. En annen måte å beskrive dette på er at en gjør en hypotesetest hvor nullhypotesen er at det ikke er forskjell mellom gruppene, og den alternative hypotesen er at det foreligger en forskjell (Thrane, 2018). I vår studie kan et eksempel på en nullhypotese(H_0) være: de med tillit og lav tillit leser nyhetssaker om planlagt fødested like grundig. Den alternative hypotesen(H_1) vil være: De med lav tillit leser nyhetssaker om planlagt fødested grundigere enn de med tillit. Kji-kvadrattesten vil teste nullhypotesen, og resultatet av testen vil vise om forskjellen er en tilfeldig variasjon eller om det foreligger en signifikant ulikhet mellom gruppene (Thrane, 2018). Resultatet av kji-kvadrattest gir en signifikansverdi som gir et beslutningsgrunnlag til å

beholde eller forkaste nullhypotesen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Signifikansnivået som blir satt i en studie viser den maksimale risikoen en er villig til å ta for at nullhypotesen forkastes når den er sann (Thrane, 2018). Når signifikansverdien er under signifikansnivået, beholdes den alternative hypotesen og nullhypotesen kan forkastes (Bjørndal & Hofoss, 2004). I våre analyser er p-verdiens signifikansnivå satt til 0,05.

3.7 Forskningsetiske overveielser

3.7.1 Personvern

Når prosjektskissen og utkastet til spørreskjemaet var utformet, vurderte vi om prosjektet var meldepliktig til Sikt og REK. Studien inneholder ingen variabler som kan identifisere deltakerne og forskerteamet har ingen sporingsdata som kan kobles til hver enkelt deltaker. Studien behandler heller ingen personopplysninger og baserer seg på anonymitet. Det ble derfor i samråd med veileder vurdert til at studien ikke var meldepliktig til Sikt (Sikt, u.å). Studien var heller ikke fremleggelsespliktig til REK siden den ikke hadde til hensikt å innhente ny kunnskap om sykdom og helse (Carlsen et al., 2021).

3.7.2 Frivillighet

Det var frivillig å delta i studiet, noe som er et viktig prinsipp innen forskning (Jacobsen, 2021). Deltakerne ble informert om frivillighet, hva studien ville undersøke og at de ved å svare på spørreundersøkelsen samtykket til deltakelse, samt at det ikke var mulig å trekke deltakelsen etter innsendt svar.

3.7.3 Oppbevaring av data

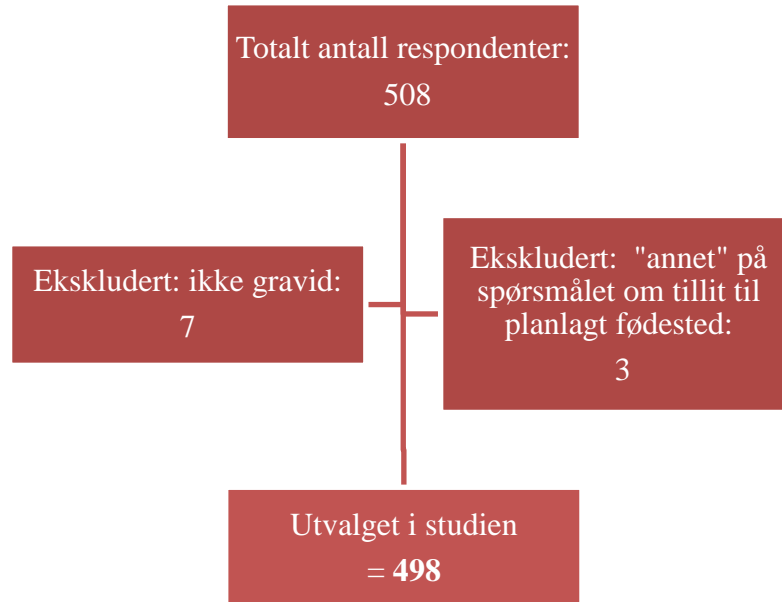
All forskningsdata i denne studien er håndtert i henhold til UiTs forskningsdataportal sin anmodning for sikker lagring, innsamling og bearbeiding (UiT, 2023). Siden forskningsdataene er upublisert arbeid vil den klassifiseres som gul/intern utfra UiTs retningslinje for klassifisering (UiT, 2019). Dette betyr at informasjonen skal ha en viss beskyttelse, men kan deles med eksterne og interne med kontrollerte tilgangsrettigheter. Innsynet i forskningsdataene har vært begrenset til å kun være tilgjengelig for forskerteamet og veileder. Vi har brukt skytjenesten Office 365 og SharePoint som lagringsområde. Det er viktig å presisere at private lisenser og utstyr ikke har vært benyttet til behandling eller oppbevaring av forskningsdata (UiT, 2023).

3.7.4 Nytte og risiko med studiet

I Forskningshåndboken (2021) presiseres det at i forsvarlige forskningsprosjekt bør det gjøres en nytte-risiko-vurdering av prosjektet. Videre må det konkluderes med at det er et rimelig forhold mellom nytte og risiko, før noen bes om å samtykke til å delta (Carlsen et al., 2021). Etter gjennomført pilotstudie av spørreskjemaet fikk vi ingen tilbakemeldinger på at innholdet var støtende eller belastende å svare på. Dette ga oss en indikasjon på at studien inneholdt lav risiko å delta i. Vi kunne likevel ikke si på forhånd om dette gjaldt det endelige utvalget på studien. Kontaktinformasjon til forskerteamet var tilgjengelig på rekrutteringsplakat og i informasjon som ble presentert før deltakerne gikk inn på spørreskjemaet.

4 Resultater

Det var 508 respondenter som hadde svart på spørreundersøkelsen når datainnsamlingen ble avsluttet 04.desember.2023. Det endelige utvalget omfattet 498 kvinner.



Figur 2: Flytskjema som illustrerer inkludering i studien

4.1 Karakteristika ved deltakerne

Karakteristikk ved deltakerne er presentert i Tabell 1 (n=498). I samsvar med studiens inklusjonskriterier var alle deltakerne over 18 år, og den mest representerte gruppen var kvinner i alderen 25-29 år (44,2%). Flertallet befant seg i tredje trimester (55,6%) og hørte hjemme i helseregion Sør-Øst (45,0%). Omtrent en fjerdedel hadde utdanning på grunnskole eller videregående nivå som høyeste fullførte utdanning (24,7%). Majoriteten var yrkesaktive (66,9%), og en betydelig andel mottok stønad i form av svangerskapsenger, sykemelding, uføretrygd, arbeidsavklaringspenger eller lignende (42,8%).

Vi fant ingen tydelig sammenheng mellom de ulike aldersgruppene og tillit til planlagt fødested (p-verdi 0,15), derimot ses en forskjell i tillit mellom trimestrene (p-verdi <0,001), helseregionene (p-verdi 0,03) og utdanningsnivå (p-verdi 0,03).

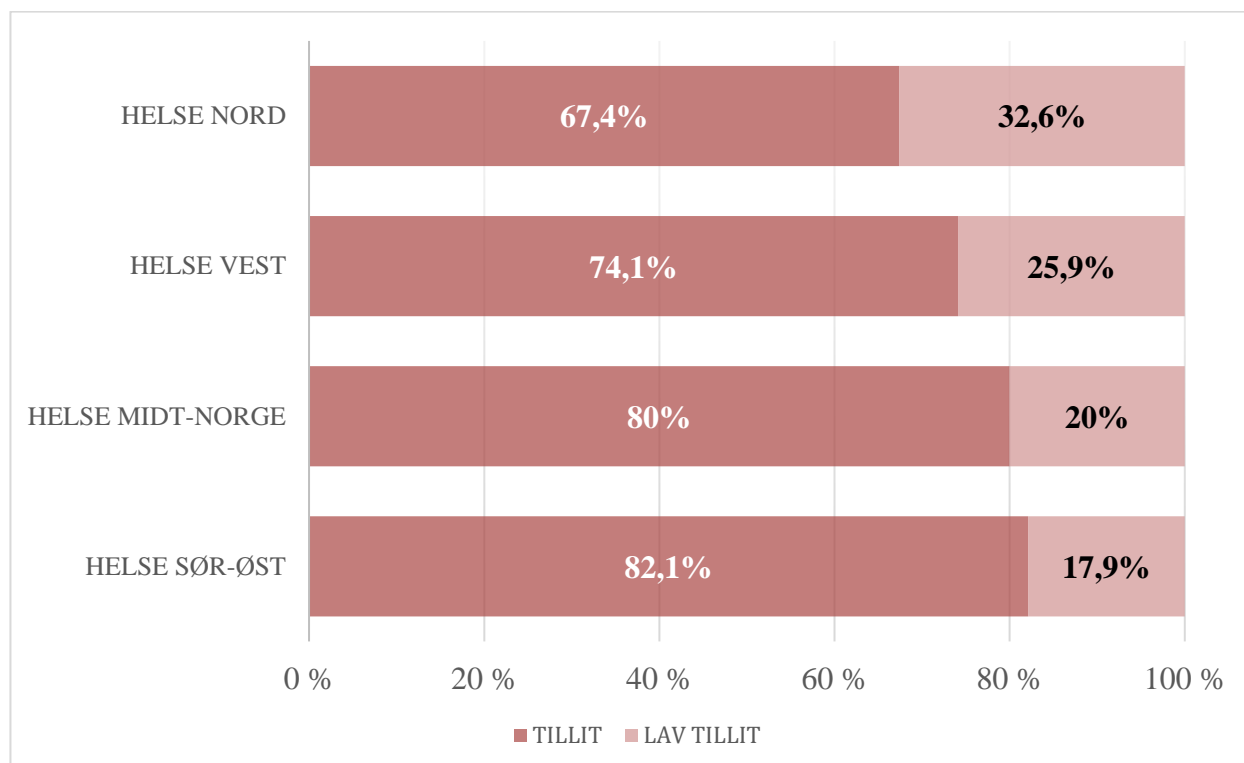
Tabell 1: Karakteristika ved deltakerne (n=498)

		Tillit	Lav tillit	
Variabel	Verdi	n (%)	n (%)	p-verdi
Aldersgrupper	18-24 år	51 (10,4)	23 (4,6)	0,15
	25-29 år	169 (33,9)	51 (10,2)	
	30-34 år	122 (24,5)	26 (5,2)	
	35 år og eldre	44 (8,8)	14 (2,4)	
Trimester	Første trimester	51 (10,2)	38 (7,6)	<0,001
	Andre trimester	99 (19,9)	33 (6,6)	
	Tredje trimester	236 (47,4)	41 (8,2)	
Helseregion	Helseregion Nord	58 (11,6)	28 (5,6)	0,03
	Helseregion Midt-Norge	64 (12,9)	16 (3,2)	
	Helseregion Vest	80 (16,1)	28 (5,6)	
	Helseregion Sør-Øst	184 (36,9)	40 (8,0)	
Utdanning	Grunnskole og/eller videregående	84 (16,9)	39 (7,8)	0,03
	Høgskole/universitet 1-4 år	163 (32,7)	35 (7,0)	
	Høgskole/universitet over 4 år	135 (27,1)	37 (7,4)	
	Annet	4 (0,8)	1 (0,2)	
Arbeidssituasjon^a	Permisjon	23 (4,6)	5 (1,0)	
	Yrkesaktiv	269 (54,0)	64 (12,9)	
	Under utdanning	31 (6,2)	15 (3,0)	
	Hjemmearbeidende	2 (0,4)	3 (0,6)	
	Arbeidsledig	6 (1,2)	2 (0,4)	
	Diverse stønad ^b	159 (31,9)	54 (10,8)	
	Annet	3 (0,6)	2 (0,4)	

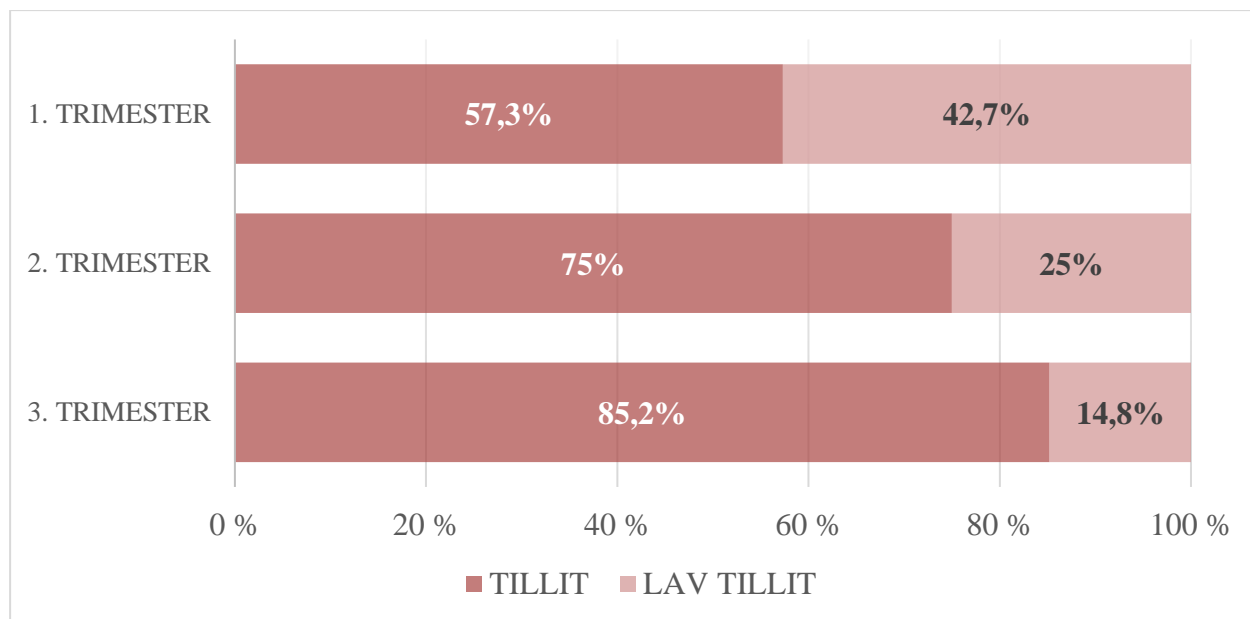
^aDeltakerne kunne krysse av flere svaralternativ. Den totale prosenten overstiger derfor 100%.

^b Svangerskapsenger, sykemelding, uføretrygdet, arbeidsavklaringsenger eller lignende.

Figur 3 viser at det er en sammenheng mellom den gravide kvinnens helseregion og hennes tillit til planlagt fødested (p-verdi 0,03). Gravide tilknyttet Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge rapporterte høyere tillit (henholdsvis 82,1% og 80,0%) sammenlignet med lavere tillit blant gravide i Helse Vest og Helse Nord (henholdsvis 74,1% og 67,4%). Figur 4 viser at det var en sammenheng mellom kvinnens tillit til planlagt fødested og hvilket trimester hun befant seg i da hun svarte på undersøkelsen. Tilliten var lavest blant kvinner som befant seg i første trimester og høyest blant de som var i tredje trimester (p-verdi <0,001).



Figur 3:Sammenheng mellom gravides tillit til planlagt fødested og hvilken helseregion de oppgir at de hører hjemme i (n=498, p-verdi 0,03).



Figur 4: Sammenheng mellom gravides tillit til planlagt fødested og hvilket trimester de var i ved deltakelse (n=498, p-verdi <0,001).

4.2 Gravide kvinners nyhetssaker om fødselsomsorgen

Tabell 2 viser deltakernes medievaner i forhold til nyhetssaker om fødselsomsorgen i Norge. De fleste oppga at de leste slike nyhetssaker (90,4%). Majoriteten (85,8%) oppga at de opplevde at de fleste nyhetssakene om fødselsomsorgen i Norge hadde en negativ vinkling. Rundt halvparten leste hele nyhetssaken dersom den omhandlet deres planlagte fødested, mens 30,2% svarte at de ikke hadde sett nyhetssaker om sitt planlagte fødested. Når nyhetssakene omhandlet planlagte fødested opplevde nesten 60,0% mest negativ vinkling, 22,2% nøytral vinkling og 17,9% positiv vinkling på nyhetssakene.

Vi fant ingen tydelig sammenheng mellom det å ha tillit til planlagt fødested og lesing av nyhetssaker om norsk fødselsomsorg (p-verdi 0,24) eller opplevde medievinklinger (p-verdi 0,20). Gravide som oppga å ha tillit til planlagt fødested leste sjeldnere hele nyhetssaken om planlagt fødested (47,9% vs. 60,7%, p-verdi 0,04), og de opplevde oftere at vinklingen i media var positiv (23,7% vs. 2,4%, p-verdi <0,001).

Tabell 2: Gravides kvinner lesevaner av nyhetssaker om fødselsomsorgen i Norge og planlagt fødested.

		Tillit	Lav tillit	
Variabel	Verdi	n (%)	n (%)	p-verdi
Leser du nyhetssaker i media som omhandler fødselsomsorgen i Norge? n=498	Ja	352 (70,7)	98 (19,7)	0,24
	Nei	34 (6,8)	14 (2,8)	
Hvilken vinkling opplever du det er mest av i artiklene du har lest om fødselsomsorgen? n=464	Positiv vinkling	8 (1,7)	1 (0,2)	0,20
	Nøytral vinkling	39 (8,4)	18 (3,9)	
	Negativ vinkling	310 (66,8)	88 (19,0)	
Hvor grundig leser du nyhetssaker som omhandler ditt planlagte fødested? n=496	Hele artikkelen	184 (37,1)	68 (13,7)	0,04
	Det varierer	74 (14,9)	20 (4,03)	
	Har ikke sett nyhetssaker	126 (25,4)	24 (4,8)	
Hvilken vinkling opplever du det er mest av i artiklene du har lest om ditt planlagte fødested? n= 297	Positiv vinkling	51 (17,2)	2 (0,7)	<0,001
	Nøytral vinkling	54 (18,2)	12 (4,0)	
	Negativ vinkling	110 (37,0)	68 (22,9)	

4.3 Sammenhenger mellom det å ha tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov

Tabell 3 viser sammenhengen mellom den gravide kvinnens tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov. Sammenlignet med kvinner med lav tillit til planlagt fødested, var kvinner med tillit sjeldnere bekymret for følgende aspekter knyttet til fødselen; å bli ivaretatt under fødselen (p-verdi $<0,001$), nok personale (p-verdi $<0,001$), å ikke få ønsket smertelindring (p-verdi $<0,001$), å være uten jordmor under fødselen (p-verdi $0,01$) eller om det vil være ledig fødestue (p-verdi $<0,001$). Våre analyser viste ingen tydelig sammenheng mellom tillit og ønske om et fødested med positiv medieomtale. Gravide med tillit til planlagt fødested hadde sjeldnere behov for å diskutere nyhetssaker med jordmor/lege eller familie/venner (p-verdier $<0,001$ og $0,01$) sammenlignet med gravide med lav tillit til planlagt fødested. Gravide med tillit til planlagt fødested ønsket sjeldnere å ha med seg en doula under fødselen (p-verdi $<0,001$) sammenlignet med gravide med lav tillit til planlagt fødested.

Tabell 3: Sammenhenger mellom det å ha tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov.

Variabel	Verdi	Tillit	Lav tillit	P-verdi
		n (%)	n (%)	
Bekymret for å ikke bli ivaretatt n= 497	Ja	75 (15,1)	88 (17,7)	<0,001
	Nei	310 (62,4)	24 (4,8)	
Bekymret for om det er nok personale på vakt når jeg skal føde n= 496	Ja	140 (28,2)	85 (17,1)	<0,001
	Nei	245 (49,4)	26 (5,2)	
Bekymret for å ikke få ønsket smertelindring n= 492	Ja	121 (24,6)	74 (15,0)	<0,001
	Nei	263 (53,5)	34 (6,9)	
Har forberedt seg på å være uten jordmor i perioder av fødselen n= 493	Ja	67 (13,6)	32 (6,5)	0,01
	Nei	315 (63,9)	79 (16,0)	
Er bekymret for om det er ledig fødestue når jeg går i fødsel n= 495	Ja	84 (17,0)	55 (11,1)	<0,001
	Nei	300 (60,6)	56 (11,3)	
Ønsker å føde på et fødested hvor det har vært positiv medieomtale n=457	Ja	321 (70,2)	97 (21,2)	0,99
	Nei	30 (6,6)	9 (2,0)	
Har behov for å snakke med jordmor eller lege om nyhetssakene n=485	Ja	13 (2,7)	21 (4,3)	<0,001
	Nei	364 (75,1)	87 (17,9)	
Har behov for å snakke med familie/venner om nyhetssakene n=490	Ja	76 (15,5)	35 (7,1)	0,01
	Nei	305 (62,2)	74 (15,1)	
Ønsker å ha med seg doula n=489	Ja	5 (1,0)	17 (3,5)	<0,001
	Nei	378 (77,3)	89 (18,2)	

5 Resultatdiskusjon

I overkant av 90 % av de gravide førstegangsfødende i vår studie oppga at de leste nyhetssaker om fødselsomsorgen. En stor andel oppga at nyhetssakene om fødselsomsorgen i Norge i stor grad hadde negativ vinkling. Gravide med tillit til planlagt fødested var sjeldnere bekymret for; om de ville bli ivaretatt, om det skulle være nok personale på vakt, om de ville motta ønsket smertelindring under fødsel, om de måtte klare seg uten jordmor i deler av fødselen eller om det ville være en ledig fødestue til dem. Det ses en sammenheng mellom det å ha lav tillit til planlagt fødested og ha et behov for å diskutere nyhetsbildet med jordmor, lege, familie eller venner. Sjansen for at de ønsket å ha med seg en doula under fødselen var også større sammenlignet med gravide som oppga at de hadde tillit til planlagt fødested. Videre fant vi regionale forskjeller mellom gravide i forhold til hvorvidt de hadde tillit til planlagt fødested, og at tilliten var høyest hos kvinner som befant seg i tredje trimester.

5.1 Gravide førstegangsfødendes lesevaner av nyhetssaker om fødselsomsorgen

I vår studie oppga ni av ti gravide førstegangsfødende at de leser nyhetssaker om fødselsomsorgen i Norge. Dette er ikke overraskende, da livssituasjon, interesser og demografi gjerne forklarer et individs medievaner (Moe et al., 2019). Videre blir en gjerne eksponert for nyhetssaker gjennom flere mediekkanaler, også uten å oppsøke disse aktivt (Moe et al., 2019). Dette samsvarer også med våre funn som viser at gravide leser nyhetssaker om fødselsomsorgen uavhengig av andre faktorer, som tillit til planlagt fødested. At nyhetssaker om svangerskap- og fødselsomsorgen dukker opp uten at gravide selv gjør aktive søk, eksempelvis gjennom sosiale medier, kan for noen oppleves som positivt (Lupton, 2016). Samtidig kan det oppleves negativt, fordi selv om nyhetssakene er interessante, kan mengden oppleves overveldende og enkelte ønsker derfor å skjerme seg (Moe et al., 2019). Et søk gjort 06.01.2024 i mediearkivet Atekst (Retriever Norge) med søkeordene «fødsel AND graviditet» ga 922 treff, mens søkeordet «fødselsomsorg» ga 573 treff på publiserte nyhetssaker i Norge i 2023. Dette kan vise at graviditet, fødsel og fødselsomsorg er hyppig omtalt i tradisjonelle medier. Jordmødre er i posisjon til å snakke med den gravide om hva den gravide eksponeres for gjennom media (Maclean, 2014). Dermed kan jordmor i svangerskapsomsorgen hjelpe den gravide til å håndtere eventuelle bekymringer og gi kunnskapsbasert informasjon som kan

bidra til å fremme den gravides mulighet for brukermedvirkning i omsorgen (Maclean, 2014). Vi fant at en stor andel av kvinnene oppga at nyhetssakene om fødselsomsorgen i Norge i stor grad hadde negativ vinkling, og en sammenheng mellom det å ha lav tillit til planlagt fødested og behovet for å diskutere nyhetsbildet med blant annet jordmor og lege. Maclean (2014) oppfordrer helsepersonell som jobber med gravide i svangerskapsomsorgen til å undersøke hva de leser av nyhetssaker om graviditet og fødsel. For å bedre forstå hvilken betydning gravides medievaner har for graviditet og fødsel, bør fremtidige studier av ulike design inkludere en bredde av perspektiv, inkludert perspektivene til gravide, helsepersonell og journalister.

Fire av fem kvinner i vår studie opplevde at det var mest negativ vinkling på nyhetssakene som omhandlet fødselsomsorgen i Norge. Våre funn støttes av flere (Bick, 2010; Hundley et al., 2019; Luce et al., 2016) som beskriver at nyhetssaker om fødsel i hovedsak fokuserer på risiko, dramatik og urealistiske historier, mens normal fødsel sjeldent blir nevnt. Videre fant vi ingen sammenheng mellom vinkling på nyhetssakene om fødselsomsorgen generelt, og tillitsgraden kvinnene hadde til sitt planlagte fødested. Medias fremstilling av fødsel kan imidlertid skape frykt hos kvinner allerede før de blir gravide (Stoll et al., 2014). Unge, fertile kvinnelige studenter som får sin kunnskap om fødsel gjennom media skårer gjerne høyere på frykt knyttet til fødsel, sammenlignet med fertile kvinner som ikke er gravide som får informasjon om fødsel gjennom flere ulike kilder, som venner og familie (Stoll et al., 2014). Den samme studien rapporterer at fertile som får sin kunnskap om fødsel gjennom media gjerne refererer til fødsel som risikabelt, uttrykker ønske om epidural og foretrekker keisersnitt framfor vaginal fødsel (Stoll et al., 2014). Negativ medieomtale om fødsel kan påvirke kvinner, noe som understreker behovet for mer kunnskap om hvordan og om det er mulig å fremme et mer nyansert bilde av fødsel i norske medier. Behovet for å nyansere nyhetsbildet av fødselsomsorgen støttes av Hundley et al. (2019), som foreslår at ansvaret deles mellom journalister og jordmødre. Pressen på sin side skal ivareta viktige forhold som informasjon, samfunnskritikk og debatt (Norsk Presseforbund, 2021). På den andre siden har jordmødre ansvar for helserådgivning og undervisning, ikke bare for kvinner og familiene, men også for samfunnet som helhet (ICM, 2017).

I vår studie fant vi at kvinner med tillit til planlagt fødested hadde en tendens til å oppfatte vinklingen på nyhetssakene som positiv og leste sjeldnere nyhetssakene grundig. Tillit til helsepersonell har vist seg for å være viktig for brukernes tilfredshet med behandling og bedre livskvalitet (Birkhauer et al., 2017). En annen studie fant at kvinner som har tillit til

helsepersonell under fødselen, føler seg trygge og kan gi slipp på kontrollen under fødselsprosessen, med tillit til at helsepersonellet har kompetanse til å sikre trygghet for både henne og barnet (Vedeler et al., 2022). Påfølgende viser vår studie at kvinner med lav tillit til sitt planlagte fødested opplevde nyhetssakene mer negativt og leste disse grundigere. Tidligere studier har vist at manglende tillit til personalet på fødeavdelingen kan være en medvirkende årsak til fødselsangst hos noen gravide Saisto og Halmesmäki (2003). Det er også blitt uttrykket bekymringer for at medias fremstilling av fødsel kan bidra til økt fødselsangst blant kvinner (Hundley et al., 2015; Neucom & Prandl, 2022). Økt frykt og angst under graviditeten har vært knyttet til en rekke ugunstige utfall som preterm fødsel, vansker med tilknytningen mellom mor og barn, og postpartum depresjon (Gutteridge & Richens, 2020). I andre studier har frykt og angst blitt assosiert med lengre fødselsforløp, vanskeligere forløsninger og behov for akutt keisersnitt (Laursen et al., 2009), samt økt risiko for posttraumatisk stresslidelse i ettertid av fødselen (Ayers et al., 2016). Framtidig forskning kan undersøke hvordan medias fremstilling av fødsel påvirker kvinnenens opplevelse av tillit og angst i forbindelse med fødselen. Dette kan bidra til å adressere faktorer som kan påvirke fødselsopplevelsen og utfallet for mor og barn.

5.2 Sammenhenger mellom grad av tillit til planlagt fødested, bekymringer og behov

5.2.1 Bekymringer rundt ivaretagelse

Funnene i vår studie viser at kvinner som oppga lav tillit til planlagt fødested hadde flere bekymringer knyttet til ivaretagelse i fødselsomsorgen. Kvinnene med lav tillit oppga oftere å være bekymret for om de ville bli ivaretatt på planlagt fødested, enn de med høy tillit til fødestedet. Kvinner har evolusjonære behov for å involvere andre mennesker i fødselen, hvor behovene baseres på økt emosjonell aktivitet og søken om fysisk sikkerhet (Rosenberg & Trevathan, 2002). På verdensbasis anses Norge som et av de tryggeste stedene å føde barn (Laine, 2023), og forskning viser at kvinner har et behov for å føle seg trygg i fødsel (Werner-Bierwisch et al., 2018). Sikkerhet blir ofte sett på som en medisinsk risikovurdering, hvor det som anses som trygt, ofte er en profesjonell beslutning (Kirkham, 2000). Videre viser studien til Vedeler et al. (2022) at kvinner i Norge ønsker fødselsomsorg som omfatter mer enn den medisinske sikkerheten, og vektlegger omsorg som ivaretar de psykologiske aspektene. Denne typen ivaretagelse er omfattet i QMNC-rammeverket og i internasjonale yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, hvor det oppfordres til emosjonell og psykologisk omsorg for kvinner i fødsel (ICM, 2017; Renfrew et al., 2014). Thomson & Feeley (2019) hevder

inngangsporten til ivaretagelse av kvinners behov i fødsel er gjennom «tillit». Det er nødvendig at kvinnene stoler på de som er til stede, både på deres erfaringer og omsorgsevne (Thomson & Feeley, 2019). Et tillitsbasert forhold mellom kvinne og omsorgsperson krever en setting som tilrettelegger for at kvinne føler seg trygge og ivaretatt (Thomson & Feeley, 2019). Å føle seg trygg nok til å «gi slipp» på kontrollen viser forholdet mellom trygghet og tillit (Kirkham, 2000). Trygghetsskapende faktorer for gravide og fødende kan være både individuelle og komplekse (Vedeler et al., 2022; Werner-Bierwisch et al., 2018). Allikevel trekkes støtte, tilstedeværelse og et tillitsfullt forhold med en omsorgsfull jordmor frem som viktige elementer for en trygg ivaretagelse (Werner-Bierwisch et al., 2018).

Tilstedeværelse opp mot en trygg ivaretagelse er interessant, noe som leder til studiens neste funn. I denne studien fant vi at kvinner med lav tillit hadde større bekymring for om det var nok personale på vakt og om det var ledig fødestue til dem. En forutsetning for å yte forsvarlig helsehjelp med lavt antall av samtidighetskonflikter og uønskede hendelser, er tilstrekkelig bemanning på fødeenhetene (Helsedirektoratet, 2022b). Underbemanning har blitt beskrevet som situasjoner som fører til dårlig pleie (Vedeler et al., 2022), og kan lede til redusert pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2024). NAV estimerte i 2021 at det manglet om lag 132 jordmødre, selv om det noe usikkerhet rundt estimatet indikerer det at behovet for jordmødre ikke er tilfredsstillt (Helsedirektoratet, 2021b, kap. 4.2). Veilederen «Et trygt fødetilbud» av (Helsedirektoratet, 2010) anbefaler at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fødsel og som er sammen med kvinnen til fødselen er over, noe også NICE (2023) anbefaler. Videre oppgir flesteparten av Norges fødeenheter at de i stor grad oppnår den nasjonale anbefalingen (Bjerga et al., 2019). Tall fra Jordmorundersøkelsen 2022 viser at 60% av de spurte jordmødrene opplever at det «som oftest» er nok jordmorressurser på sitt arbeidssted for å tilby en-til-en i fødsel. Oppimot ni av ti av de spurte jordmødrene i samme undersøkelse svarte at det hender at de samtidig som de har omsorg for kvinner i aktiv fødsel også er ansvarlige for andre kvinner på avdelingen. Undersøkelsen viser også til at jordmødre har ansvar for mer enn en fødende av gangen (Jordmorforbundet NSF referert i Helmers & Reppen, 2022).

Vår studie fant at kvinner med lav tillit forberedte seg i større grad på å måtte klare seg uten jordmor i perioder av fødselen. En Cochrane-oversikt viser at kontinuerlig støtte i fødsel kan assosieres med blant annet positiv effekt på kvinners fødselsopplevelse, øker sannsynligheten for spontan vaginal fødsel og at det er mindre behov for administrering av medisinsk smertestillende (Bohren et al., 2017). At ikke jordmødre kan forsikre kvinner kontinuerlig

tilstedeværelse, og kan ende med å forlate kvinner i fødsel ble i Lundgren (2010) sin studie opplevd som manglende støtte. Jordmors fysiske og mentale tilstedeværelse var viktig for kvinnene i Dahlberg et al. (2016) sin studie, da de oppga jordmors tilstedeværelse som nødvendig for at deres individuelle behov skulle bli oppfattet og respondert til. I tilfellene hvor jordmor var fraværende på fødestua økte engstelsen hos kvinne og partner, samt påvirket tillitsforholdet mellom den fødende og jordmoren negativt (Ross-Davie et al., 2014). Jordmødre i Norge uttrykker et ønske om mer tid til å være sammen med kvinner i fødsel, men mangelen på ressurser og bemanning vanskeliggjør ytelsen av kvinnesentrert omsorg (Aune et al., 2014; Lukasse & Henriksen, 2019). Jordmødre i Aune et al. (2014) sin studie etterlyste ledere, fødselsleger og jordmødre som stod frem som forkjempere for kontinuerlig tilstedeværelse og støtte i fødsel.

I lys av dette avsnittets presenterte funnene kan en trolig anta at kvinnene med lav tillit til fødestedet har gjort seg opp en formening om at bemanningen på fødestedet kan være uforutsigbar. Dette strider med fødselsomsorgens mål om forutsigbarhet og at det skal sikres et likeverdig tilbud til alle fødende (Helsedirektoratet, 2010). Med utgangspunkt i Haugseth og Conradsen (2023) sin beskrivelse av at tillit er knyttet til at institusjoner og personer vil handle forutsigbart, stemmer dette overens med at kvinnene med lavere tillit har bekymringer knyttet til ivaretagelse av personell og kapasitet. Den mye debatterte mangelen på jordmødre, som har vært godt dekket i redaksjonelle medier, kan muligens ha vært med på å gi kvinnene de overnevnte bekymringene. Det vil kreve mer forskning for å kunne belyse hvorfor kvinner med lav tillit til fødested er bekymret for ivaretagelsen på fødestedet. I fremtiden kan det tenkes å være viktig å iverksette tiltak som kan bidra til mer forutsigbarhet knyttet til bemanningen på fødestedet, rekruteringsløsninger og se om det finnes løsninger hvor støttepersonell kan bistå jordmødre.

5.2.2 Bekymringer tilknyttet ønske om smertestillende

I denne studien fant vi at de med lav tillit til planlagt fødested var mer bekymret for ikke å få ønsket smertelindring i fødsel. I følge WHO (2018) er det bekreftet at kvinner setter pris på noen form for smertelindring i fødsel, og ønsker å ha flere valgmuligheter. Videre viser flere studier at gravide ønsker å ta del i valg gjennom fødsel og graviditet (Boyle et al., 2016; Gibbins & Thomson, 2001; O'Brien et al., 2021). Kvinnene i O'Brien et al. (2021) sin studie antydte at tillit til jordmor og systemet var en del av grunnlaget for å kunne ta informerte valg rundt fødsel. Det er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) at pasienter skal

få anledning til medvirkning i valg av tilgjengelige behandlingsmetoder. En litteraturstudie påpeker at det er viktig å forstå hva pasientene forventer i samhandlingen med helsepersonell, samt hvilken involvering pasienten ønsker i beslutninger (Janzen et al., 2006). En litteraturstudie fant at en rekke kvinner allerede i graviditeten har et ønske om epidural som smertelindrende i fødsel, mens for andre oppstår dette ønsket underveis i fødselen (Thomson et al., 2019). Smerteopplevelsen i fødsel er individuell, og kan avhenge av forventninger, fødselsforløpet og opplevelser en har hatt tidligere (Helsenorge, 2022b; Lally et al., 2008; Lally et al., 2014). Kvinner oppfordres til å lage en plan før de går i fødsel, på hva slags smertelindring de ønsker seg, men også forberede seg på å være fleksibel ovenfor endringer i planen (Helsenorge, 2022b). For noen kvinner i Lally et al. (2014) sin studie ble prosessen med å skrive en fødselsplan sett på som et positivt grep for å tenke gjennom deres valg, og uttrykke deres ønske. Andre mente at ved å lage en slik plan kunne oppfattes som mistillit ovenfor helsepersonell, og at det var bedre å overlate beslutningsprosessen til dem (Lally et al., 2014). I situasjoner hvor en pasient har valget mellom flere tilgjengelige behandlingsalternativer, og pasientens personlige prioriteringer er viktige, vil samvalg være aktuelt (Helsenorge, 2022a). Når det gjelder samvalg i fødsel viser en engelsk studie at majoriteten av kvinnene var fornøyd med opplevelsen av dette (Annandale et al., 2022). Allikevel når det gjaldt å ta valg under pressende omstendigheter, særlig vedrørende smertelindring, var tilfredsheten vedrørende samvalg lavere (Annandale et al., 2022). Slike situasjoner var ofte relatert til at jordmødre unngikk medisinsk smertelindring i visse stadier av fødselen (Annandale et al., 2022). QMNC- rammeverket bygger på at jordmorfaget handler om respekt for kvinners individuelle synspunkter og jobber i partnerskap sammen med kvinnen (Renfrew et al., 2014). I en nylig publisert australsk studie opplevde flesteparten av kvinnene at sitt ønske om smerteslindring i fødsel ble enten utsatt eller aldri møtt (Sutton et al., 2023). WHO (2018) sin anbefaling rettet mot en positiv fødselsopplevelse er at kvinnen blir møtt på hennes preferanser når det gjelder smertelindring i fødsel, enten de er medikamentelle eller ikke. Kvinnene med tillit til fødestedet i vår studie var mindre bekymret for om ønsket om smertelindring i fødsel ville innfris. Dette er interessant å trekke opp mot Greene og Ramos (2021) sin forskning hvor de fant at pasienter med sterk tillit til helsepersonell, beskrev at helsepersonellet var involvert i å løse deres helsebekymringer, noe en kan tenke seg at smerte i fødsel kan være.

Det er likevel ikke sikkert at ønske om smertelindring i fødsel direkte henger sammen med at kvinnene vil ønske å delta i beslutningstakingen. Videre forskning bør se på årsaken til

hvorfor kvinnene er bekymret for å ikke motta ønsket smertelindring, og hva det gjør med dem. Det ville vært interessant å sett om det finnes faktorer som gjør at kvinner ikke får ta del valg av smertestillende i fødsel.

5.2.3 Behov for å diskutere nyhetssakene

Vi fant at det å ha lav tillit til planlagt fødested var assosiert med et behov for å diskutere nyhetsbildet med jordmor, lege, familie eller venner. En kvalitativ metasyntese fant liknende funn, hvor det å prate om sine bekymringer med andre mennesker, samt å motta støtte fra familie og venner lettet kvinners frykt tilknyttet fødsel (Wigert et al., 2020). En systematisk metaanalyse fant at lav sosial støtte viser til signifikante assosiasjoner for depresjon, angst og selvskading under svangerskapet (Bedaso et al., 2021). Videre ble det i Melender og Lauri (2001) sin studie oppgitt at det å snakke med helsepersonell, var en mestringsstrategi i graviditet i tilfeller hvor følelsen av trygghet ble truet. Etter oppståtte bekymringer relatert til svangerskapsinformasjon på nett, opplevde flere kvinner et behov for å kontakte helsevesenet (Bjelke et al., 2016). I tillegg til å initiere til samtale med helsepersonell, håndterte mange kvinner bekymringer ved å snakke med venner og familie (Bjelke et al., 2016). Allikevel fant Sayakhot og Carolan-Olah (2016) i sin litteraturstudie at de fleste gravide ikke tar opp saker de har lest på nett med helsepersonell. Kvinner oppgir at svangerskapsrelatert informasjon mottatt i konsultasjoner oppleves som generelle, og ikke tilpasset deres individuelle behov (Lagan et al., 2011). En brukerundersøkelse viste at gravide kvinner i stor grad opplevde åpenhet for å stille spørsmål i konsultasjoner hos jordmor, men ikke i like stor grad hos fastlegen (Kunnskapscenteret, 2013). Kvinnene i Lagan et al. (2011) sin studie lot være å ta opp spørsmål eller problemer de satt inne med, ofte på grunn av for lite tid på svangerskapskonsultasjonene. Greene og Ramos (2021) sin studie fant at pasienter som hadde tillit til sin omsorgsgiver rapporterte at sannsynligheten for at de delte mer personlig informasjon var større, og at de jevnlig ville besøke helsepersonell. Om lag en av tre av de gravide kvinnene i Bjelke et al. (2016) sin studie ventet med å ta opp bekymringer til neste konsultasjon med jordmor, mens nesten ni prosent oppga at de kontaktet jordmor mellom avtalene (Bjelke, et al, 2016). Blant kvinnene i Melender og Lauri (2001) sin studie var jordmor det helsepersonellet de snakket med i de fleste tilfellene. Det var videre forventet at jordmoren kunne håndtere problemet, gi emosjonell støtte, og informasjon (Melender & Lauri, 2001). Forskningen til Geene & Ramos (2021) fant at pasientene vektla omsorgsgivers kommunikasjon, omsorg og kompetanse som viktige elementer i å bygge tillit til helsepersonell. Det var avgjørende at helsepersonell lyttet og kunne gi dem detaljerte

forklaringer. Videre var det høyt verdsatt å få omfattende informasjon da det bidro til forståelse av deres tilstand og tilnærmingen til omsorgen som ble gitt (Geene & Ramos, 2021). I QMNC- rammeverket fremkommer viktigheten av at omsorgsgivere skal være tilgjengelige, og identifisere kvinner som har behov for ytterligere oppfølging (Renfrew et al., 2014). Videre viser forskning at tid til å bygge tillit er avgjørende for at gravide kvinner åpner opp og kommuniserer hvordan de har det (Baker et al., 2020; Browne et al., 2014). Helsedirektoratet påpeker videre at det er viktig at helsepersonell har evne til å identifisere alminnelige spørsmål fra gravide og fange opp signaler på at kvinnen har behov for mer støtte (Helsedirektoratet, 2022a).

Diskusjonen ovenfor kan vise til at de gravide kvinnene med lav tillit til fødested trolig har et behov for å snakke med noen de har tillit til. Forskning bør se på om kvinner opplever å ha noen å snakke når behov for samtaler oppstår. Hvordan ønsker kvinner å bli fulgt opp når behovet for en samtale oppstår, med tanke på helsepersonells tilgjengelighet. Forskning på dette vil tenkes å kunne gi innsikt i hvordan målrettede programmer for sosial støtte kan fungere for å fremme helse blant gravide kvinner.

5.2.4 Ønske om doula i fødsel

I vår studie fant vi at det var flere av de med lav tillit til planlagt fødested som ønsket å ha med en doula under fødselen, enn de med tillit til fødestedet. Dette støttes av Grimen (2009), som påpeker at; tillit er knyttet til redusert behov for forholdsregler. Selv om begrepet doula ikke er klart definert eller en beskyttet yrkestittel, beskrives doulaen ofte til å innta en omsorgsrolle med en tendens mot det profesjonelle (Lundgren, 2010). Ifølge Norsk Doulaforening er en doula en profesjonell og erfaren fødselsledsager uten medisinsk ansvar, som gir emosjonell, fysisk, informativ og praktisk støtte til den gravide/fødende og partneren (Doulaforening, u.å). I tillegg til å ha medisinsk ansvar, utdannes jordmødre i Norge for å gi den typen støtte som doulaer kan tilby (Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmødre, 2023), noe som harmonerer med de gravidens behov beskrevet i QMNC-rammeverket (Renfrew et al., 2014). Videre verdsetter kvinner som føder i Norge kontinuitet i omsorgen, noe fødende gjerne vil ha mer av (Vedeler et al., 2022). Selv om vi ikke kan fastslå med sikkerhet om kvinnene i vår studie ønsket en doula på grunn av frykt for manglende støtte eller kontinuitet i omsorgen, observerte vi at kvinner med lav tillit til planlagt fødested også bekymret seg for å være uten jordmor i deler av fødselen. Det er begrenset kunnskap om hvilke kvinner som ønsker å inkludere en doula, men fra et helsevesenperspektiv blir doula

ofte foreslått for kvinner assosiert med ulike sårbarhetsfaktorer, for eksempel tilhørighet til en minoritet eller å være alenemor (Khaw et al., 2022; McLeish & Redshaw, 2019). Å engasjere en doula beskrives som en investering paret selv må betale, og prisene varierer basert på doulaens erfaring og kompetanse (Doulaforening, u.å). Selv med et universelt helsevesen i Norge, der offentlig svangerskaps- og fødselsomsorg er tilgjengelig og gratis for alle (Helsenorge, 2023b), tilbys allikevel doulatjenester noen steder til sårbare kvinner med innvandrerbakgrunn, begrenset nettverk og kort botid i Norge (Erga-Johansen & Bondas, 2023). Vår studie antyder at ytterligere forskning er nødvendig for en bedre forståelse av hva som kjennetegner kvinner som ønsker å ha med en doula under fødselen, mulige helsefordeler ved å ha med en doula, og årsakene til hvorfor en doula er viktig for enkelte kvinner. Denne kunnskapen kunne muligens gi innsikt i om ønsket om å ha med seg en doula egentlig fungerer som en indikator for andre behov, som behov for tilstedeværelse og kontinuitet, noe bredden av gravide i verden trenger (Renfrew et al., 2014) og etterlyses av kvinner i Norge (Vedeler et al., 2022).

5.3 Kjennetegn ved gravide førstegangsfødende med lav tillit til planlagt fødested

5.3.1 Utdanning

Gravide førstegangsfødende med grunnskole eller videregående utdanning oppga oftere å ha lavere tillit til fødestedet. Selv om fødested ikke direkte kan assosieres til offentlig forvaltning eller myndigheter, er det allikevel interessant at det i Innbyggerundersøkelsen 2021 fremkommer liknende funn; ved lavere utdanning hadde personer også lavere tillit til disse instansene (DFØ, 2023). Av kvinnene med tillit til fødestedet hadde flest høyere utdanning. Europeisk forskning peker til at personer med høyere utdanning og god økonomi både har færre helseproblemer og lever lenger enn andre (Marmot et al., 2012). Videre skårer personer med høyere utdanning lavere på følelse av bekymring og høyere skår knyttet til «fornøydhet i livet» (Skogen et al., 2019). En nylig publisert norsk studie undersøkte kvinners fødselsopplevelse opp mot sosioøkonomisk status, hvor utdanning inngikk som en av indikatorene. Det viste seg at for kvinner med lavere utdanning var det mer sannsynlig å få en negativ fødselsopplevelse (Vedeler et al., 2023). Videre forskning bør undersøke hva det er som gjør at gravide kvinner med lavere utdanning har lavere tillit til fødestedet. Denne kunnskapen kan trolig føre til en bevisstgjøring og bedre ivaretagelse av denne gruppen gravide.

5.3.2 Trimester

To av fem kvinner i første trimester oppga at de hadde lav tillit til planlagt fødested. Forskning viser at kvinner i første trimester beskriver perioden som preget av utrygghet, usikkerhet og bekymringer, og at det melder seg et behov for informasjon (Aune et al., 2021; Lou et al., 2017). Kvinnene i studien til Aune et al. (2021) savnet informasjon fra helsepersonell i starten av graviditeten, mens et udekket informasjonsbehov var særlig til stede før første svangerskapskonsultasjon i Lou et al. (2017) sin studie. Flere av de førstegangsgravide kvinnene i Aune et al. (2021) sin studie var ikke orientert om hvordan oppfølgingen fra den offentlige svangerskapsomsorgen var. I Larsson (2009) sin studie fremkom det at kvinner i første trimester hadde større behov for å søke etter informasjon på internett enn gravide som befant seg i tredje trimester. Dette er interessant opp mot denne studiens funn, hvor en stor del av deltakerne som befant seg i tredje trimester oppga at de hadde tillit til planlagt fødested. Tillit til fødestedet kvinnene planlegger å føde på, går under begrepet institusjonell tillit, som Haugseth og Conradsen (2023) beskriver kan være preget av sparsom kunnskap av hvordan institusjonens styring og avgjørelser foregår. Det er usikkert hva slags erfaringer eller kunnskaper de gravide i kvinnene i vår studie har til fødestedet. En kan allikevel undres over om de gravide i tredje trimester med tiden har blitt mer kjent med tilbudet på fødestedet, eksempelvis etter ultralyder, overtidskontroll og annen oppfølging. Miller og Bear (2019) påpeker at tid er viktig i alle relasjoner når man skal utvikle tillit. For videre forskning kunne det vært interessant å se på om det er slik at tillit til fødestedet utvikler seg over tid gjennom graviditetens trimestere. Litteraturgjennomgangen QMNC-rammeverket bygger på viser til at informasjon, utdanning og kursing er nødvendig for å gjøre kvinnene i stand til selvutvikling (Renfrew et al., 2014). Følgende fremkommer det at kvinner trenger å vite, samt forstå organiseringen av svangerskap- og fødselsomsorgens fasiliteter og tilbud (Renfrew et al., 2014). Haugseth og Conradsen (2023) hevder at å benytte seg av tilbud, uavhengig av hva man vet om dem er et tegn på institusjonell tillit. Tilbudet om tidlig ultralyd for gravide i første trimester har ved flere sykehus vært berørt av midlertidig stans grunnet mangel på personale til å utføre ultralydundersøkelsene (Nordheim, 2023). Flere studier fremhever at ultralydundersøkelsen gir verdifull informasjon om fosterets tilstand, noe som igjen gir trygghet, lettelse og eliminerer bekymringer til de blivende foreldrene (Aune & Möller, 2012; Ekelin et al., 2009; Lou et al., 2017). Videre viser en studie at av de gravide blir ultralydundersøkelsen ansett som den viktigste undersøkelsen i svangerskapet (Øyen & Aune, 2016). Vår studie kan ikke si noe om kvinnene i første trimester er rammet av kutt i tilbudet, allikevel påpeker Haugseth og Conradsen (2023) at tillit et sterkt knyttet til forutsigbarhet, og

at personlige erfaringer og opplevelse av urettferdighet kan lede til mistillit. Vår studie kan ikke si noe mer enn at det er en forskjell mellom trimesterene når det gjelder tillit til fødestedet. Det ville vært interessant å se på for videre forskning om tid, oppfølging i svangerskapsomsorgen eller av fødestedet spiller en rolle for tilliten. Fremtidig forskning kan se på hvordan tap av tilbud til gravide spiller inn på tilliten til fødestedet. Dette ville gitt viktig innsikt i, og en bevisstgjøring på hvilke konsekvenser kutt i tilbud til gravide kan føre til.

5.3.3 Regionale forskjeller

I vår studie fant vi at det var regionale forskjeller på oppgitt tillit til planlagt fødested hos de gravide kvinnene. Dette står i kontrast til en undersøkelse hvor det ikke ble funnet noen signifikante forskjeller knyttet til landsdeler vedrørende den generelle tilliten til helsevesenet (Sikt, 2024). Allikevel viser tall fra Innbyggerundersøkelsen (2021) til en geografisk forskjell knyttet til tillit til offentlig forvaltning, hvor personer som bor på mer sentrale steder har høyere tillit til disse virksomhetene enn personer som bor på mindre sentrale steder (DFØ, u.å.). Samme undersøkelse fant at sosial tillit i landets fylker er ganske like, men at regionale forskjeller forekommer (DFØ, u.å.). Det er vanskelig å si hvorfor nesten 1/3 av kvinnene i Helse Nord oppga lav tillit til fødestedet. Resultater fra Helseatlas viser at i perioden 2015-2017 hadde kvinner stort sett et likeverdig svangerskap og fødselstilbud på tvers av geografiske områder. Når det gjaldt antall fødselsrelaterte komplikasjoner, var antallet slike hendelser meget lavt, og det lot seg ikke finne noen systematiske geografisk variasjoner. Det var allikevel ujevn geografisk variasjon i bruk av keisersnitt, tang og vakuumpompe, klipping under fødsel og epidural (SKDE, 2019).

På landsbasis er det store regionale forskjeller på reisevei til fødeinstitusjoner (Engjom et al., 2014), og tilgjengelighet til fødeinstitusjon oppgis å være en viktig faktor i god fødselsomsorg (Engjom, 2014). Median i kjøretid til kvinners nærmeste fødested varierer fra tre minutter til opp mot sju timer (Haugen & Hove, 2023). QMNC-rammeverket vektlegger at det er viktig at fødselsomsorgen organiseres på en måte hvor den er tilgjengelig (Renfrew et al., 2014), videre anbefaler WHO (1996) at dersom det er medisinsk forsvarlig bør nærhet til hjemmet vektlegges. Å føde på jordmorstyrte enheter ga en trygghet til kvinner i Nørstebø et al. (2023) sin studie, nettopp fordi at dem var lokalisert nærheten til deres hjem, og kort reisevei til fødestedet ble verdsatt. For andre kvinner rettet det seg en utrygghet på grunn av avstanden til nærmeste fødselsenheter dersom det skulle oppstå komplikasjoner i fødselen (Nørstebø et al., 2023). Medias dekning av de regionale helsetilbudenes medisinske forsvarlighet og uttalelser

om mulig konsekvenser ved nedleggelse av fødetilbud, noe blant annet Helse Nord har vært utsatt for (Andersen et al., 2023), kan tenkes å ha preget de gravide. Eksponering for motstridende budskap i media kan føre til mistillit (Haugseth & Conradsen, 2023).

Det ville vært interessant å se om våre funn kunne bekreftes av et annet utvalg gravide eller med flere studier. Dersom tilliten fødestedene i Helse Sør-Øst er høy og i Helse Nord er lav der også, ville det vært spennende å se på hva som forårsaker disse vedvarende forskjellene. Denne innsikten kan tenkes å være viktig for kvalitetsforbedringen i helseforetakene i de ulike regionene, og kunnskapen kan muligens benyttes på tvers av de ulike fødeinstitusjonene for å bidra til en mer lik faglig dokumentert praksis.

6 Metodediskusjon

6.1 Studiedesign

I denne studien ble kvantitativ metode brukt med tverrsnittstudie som design. En styrke ved tverrsnittstudie er evnen til å systematisk kartlegge og undersøke sammenhenger mellom flere variabler innenfor samme studie (Jacobsen, 2021). Vi valgte tverrsnittstudie som forskningsdesign fordi denne typen studie egnet seg til å besvare hensikten med vår studie, samt studiens forskningsspørsmål. Det var 508 kvinner som responderte på spørreskjemaet i løpet av fire uker. Syv kvinner oppfylte ikke studiens inklusjonskriterier, og ytterligere tre ble ekskludert da de besvarte spørsmålet om tillit med «annet». Det endelige utvalget besto av 498 kvinner. En begrensning med tverrsnittstudie er mangelen på mulighet til å observere endringer over tid, eller å fastslå årsak-virkningsforhold (Thrane, 2018). Selv om vi identifiserte en sammenheng mellom variabler som tillit og mediedekning av planlagt fødested, kan vi ikke konkludere med at den ene faktoren forårsaket den andre. Det er derfor vanskelig å fastslå konkrete årsakssammenhenger basert på resultatene (Thrane, 2018).

6.2 Seleksjonsbias

Seleksjonsbias kan oppstå når deltakerne i utvalget ikke er representativ for populasjon (Laake et al., 2007). For å minske sannsynligheten for seleksjonsbias må en tenke nøye gjennom hva studiepopulasjon er og hvordan en rekrutterer utvalget til studien (Veierød & Thelle, 2007). I denne studien ble det benyttet et ikke-sannsynlighetsutvalg med selvutvelgelse, hvor deltakerne selv valgte om de ønsket å delta i studien eller ikke. Selvutvelgelse var et bevisst valg for å ivareta det etiske prinsippet om frivillig deltakelse (Jacobsen, 2015). En ulempe med frivillig deltakelse er at de som velger å takke ja til å delta, ofte skiller seg ut fra de som ikke velger å delta (Staff, 2015). Dette kan derfor føre til seleksjonsbias (Jacobsen, 2015). Med bakgrunn i dette kan vi kun si hva som kjennetegner de deltakerne vi har samlet inn data om, men vi har begrenset kunnskap om forholdet mellom utvalget og populasjon (Tuft, 2018). For å kunne delta måtte kvinnene beherske norsk skriftspråk. Dette kan ha ført til seleksjonsbias siden flere kvinner som er en del av populasjon vi undersøkte ikke behersker dette.

Datainnsamlingen i denne studien var anonym, og kan ikke spores tilbake til hver enkelt deltaker. Det var bevisst å ha variabler som ikke spurte etter personidentifiserende informasjon og ha en datainnsamlingsplattform som ikke lagret deltakernes IP-adresser. Anonymitet sikrer at personlige og sensitive data ikke blir knyttet til enkeltpersoner, og

dermed reduserer risikoen for å kunne indirekte identifisere deltakere (Jacobsen, 2015). En annen fordel med anonymitet er at det kan føre til økt deltakelse, da deltakerne kan føle seg mer komfortable med å delta og gi ærlige svar på spørreskjemaet (Jacobsen, 2021). En svakhet med anonym datainnsamling er at vi ikke kan si med sikkerhet hvem respondentene er. Vi har kun tilgang til svarene de har valgt å gi på spørsmålene våre. Ettersom det ikke var krav om innlogging på nettskjema for deltakelse, kan vi heller ikke garantere at det var ulike deltakere som besvarte spørreskjemaet. Ved at vi benyttet ikke-sannsynlighetsutvalg med selvutvelgelse, og anonym datainnsamling er det risiko for at vi har seleksjonsbias i utvalget vårt, noe som gjør at vi ikke kan generalisere våre funn til populasjon (Jacobsen, 2015). Videre forskning bør inkludere sannsynlighetsutvalg, for å bedre kunne generalisere funnene til en større populasjon.

For rekruttering ble Facebook brukt som plattform for å nå ut til flest mulig førstegangsfødende. Facebook er en populær plattform hvor hele 82 % av befolkningen i Norge har en profil (Ipsos, 2023b). Det er 85% av kvinner i Norge som bruker sosiale medier daglig (Ipsos, 2023b). Vi fant lokale og nasjonale termingrupper på plattformen, hvor medlemmene hadde termin mellom november 2023 og august 2024. Denne tilnærmingen muliggjorde deltakelse av gravide førstegangsfødende med ulik bakgrunn og med geografisk spredning i landet. Det er imidlertid viktig å erkjenne noen begrensninger med å rekruttere på den valgte måten. Termingrupper på Facebook har ofte klare retningslinjer for medlemskap, men samtidig er de åpne for alle gravide, inkludert de som har født tidligere. I ettertid ser vi at vi burde inkludert et spørsmål i spørreskjemaet om fødselshistorikk, da vi ser at mangelen på et slikt spørsmål kan ha påvirket validiteten av vårt utvalg. Til tross for dette presiserte vi flere ganger, i både rekrutteringsplakat og informasjonsskrivet, at vi ønsket å rekruttere kvinner som var gravide og ventet sitt første barn. Andre noe mer omfattende rekrutteringsmetoder vi med fordel kunne brukt i tillegg var å ta kontakt med helsestasjoner eller jordmødre i kommunene og legekantor for å nå ut til en bredere gruppe av førstegangsfødende.

6.3 Informasjonsbias

Informasjonsbias oppstår ved at feilaktig informasjon blir registret under studien, eller at deltakerne oppgir feil informasjon, bevisst eller ubevisst (Laake et al., 2007). Spørreskjemaet som ble benyttet i denne studien var ikke validert, noe som kan utgjøre en begrensning. Ved utforming av spørreskjemaet søkte vi i ulike databaser etter validerte spørsmål, men fant

ingen som var passende til hensikten med vår studie. Spørsmål om arbeidssituasjon og utdanning var delvis inspirert av validerte spørsmål utarbeidet av Kunnskapssenteret (2012). Ved bruk av egenkomponert spørreskjema med faste spørsmål og faste svaralternativ er det vi som forskere som fortolker den empirien som samles inn, noe som kan føre til informasjonsbias (Jacobsen, 2021). For å styrke validiteten på vårt spørreskjema hadde vi en pilotstudie med 18 deltakere med ulik bakgrunn. Vi fikk tilbakemeldinger på noen grammatiske skrivefeil og at ett spørsmål var lagt inn med flervalgssvar ved en feil. Skrivefeilene ble rettet og spørsmålet med feilaktig flervalgssvar ble endret til enkelt svar. Vi fikk ni tilbakemeldinger om at skjemaet var forståelig og velformulert. Til tross for pilotstudie ser vi i ettertid at vi hadde for mange variabler til å inkludere alle i analysene, noe som gjorde at tre ble utelatt. Vi ser også en utvikling i oss selv som forskere hvor vi i starten hadde stort fokus på kartlegging av medievanene til deltakerne, men nå i sluttfasen skulle ønsket at vi kartla tillitsfenomenet med flere variabler.

En annen årsak til informasjonsbias kan være at deltakerne gir feilaktig informasjon bevisst eller ubevisst (Laake et al., 2007). En styrke med vår studie er vårt fokus på kvinnes nåværende livssituasjon, som reduserer risikoen for hukommelsesbias (Jacobsen, 2021). Spørreskjemaet vårt inneholdt ingen spørsmål om tidligere hendelser eller bekymringer. En svakhet vi oppdaget med nettskjema-plattformen er at deltakerne kunne ubevisst gjøre en feil ved å endre svarkategori hvis de brukte piltaster eller scrolling for å gå til neste spørsmål. Vi kan ikke si med sikkerhet at dette har skjedd for noen deltakere, men hvis studien skulle gjentas burde en annen plattform der dette ikke kan skje bli benyttet.

Informasjonsbias kan også oppstå hvis den som koder og legger inn data gjør en feil (Tuft, 2018). I resultatkapittelet vårt har vi presentert både signifikante og ikke signifikante funn. Dette har vi gjort for å få fram alle aspekter av dataene og ikke bare valgt å fremstille den dataen som støttet våre hypoteser (Jacobsen, 2021). Innsamlet data til denne studien hadde ingen manglende svar da alle variablene som ble brukt til statistisk analyse var obligatoriske. For å unngå at deltakerne skulle ta tvungne standpunkt la vi inn svarkategorien «annet» på spørsmålene (Jacobsen, 2021). Imidlertid ble dette svaralternativet utelatt fra analysene av datamaterialet presentert i tabell to og tre, ettersom at svarkategorien ikke ble sett på som et nøytralt standpunkt. Dette forklarer også variasjonene i antall deltaker på hver variabel.

Som beskrevet i avsnittet variabler under metodekapittelet aktiverte vi kodebok i nettskjema som ble overført til SPSS etter endt datainnsamling. For å kunne utføre ønsket statistisk analyse måtte vi omkode flere variablers svarkategorier. Omkodingen ble kontrollert og gjennomført opptil flere ganger for å sikre nøyaktighet, og en manuell beregning av antall deltakere som ble klassifisert under de reviderte svarkategoriene ble utført av begge forskerne. Det er viktig å påpeke at vi ikke med sikkerhet kan si at deltakerne som har svart på likert-skala kjenner seg igjen i de reviderte svarkategoriene der «i liten grad og i noen grad» ble slått sammen til nei, og «i stor grad og i svært stor grad» ble ja. Ved kvalitativ metode kan en bedre fange opp nyansene og deltakernes perspektiver som kan ha blitt begrenset av de fastsatte kategoriene vi hadde forhåndsdefinert.

6.4 Konfundering

En konfunderende faktor er en tredje variabel som kan påvirke både den eksponerte gruppen og utfallet i en studie (Bjørndal & Hofoss, 2004). I vår forskning refererer det til en faktor som kan forklare den observerte sammenhengen mellom to variabler, for eksempel 1) om en kvinne er bekymret for tilstrekkelig personale på vakt, og 2) hennes tillit til planlagt fødested. En tredje faktor kan være tidligere negative erfaringer med det norske helsevesenet, noe vi ikke har samlet data på i denne studien. Selv om observasjonsstudier ikke kan ta høyde for alle mulige konfunderende faktorer, er det viktig å erkjenne at en observert sammenheng ikke innebærer kausalitet. Til tross for observerte forskjeller mellom kvinner som oppgir at de har tillit til planlagt fødested eller ei, kan vi med vår studie ikke fastslå årsakene til om kvinnen har tillit eller ikke. For å bedre forstå hva som fremmer eller hemmer tillit til planlagt fødested kreves ytterligere studier som tar hensyn til ulike perspektiver, som kvinnens, helsepersonell og medias perspektiver, samt alternative forskningsdesign, som kvalitative studier og intervensjonsstudier.

6.5 Vårt utvalg sammenlignet med populasjonen

I 2022 var det 22 225 kvinner som fikk sitt første barn i Norge, noe som tilsvarer 44,3% av alle som fødte det året (MFR, 2023). Gjennomsnittsalderen for kvinner som fikk sitt første barn i 2022 var ifølge tall fra Medisinsk Fødselsregister 30,2 år (MFR, 2023). Vårt materiale kan ikke si noe om gjennomsnittsalderen på utvalget, allikevel ser vi at aldersgruppen 25-29 år var mest representert med 44,1% av deltakerne. Den nest største aldersgruppe var 30-34 år og kvinner over 35 år utgjorde den minste gruppen.

I vår studie har vi rekruttert kvinner fra hele landet, med den største gruppen av deltakerne oppga å tilhøre Helseregion Sør-Øst. Dette kan forklares med at Helse Sør-Øst har registret flest fødsler de siste ti årene i Norge (FHI, 2024). Helse Nord er høyere representert i vår studie med 17,2 % sammenlignet med åtte prosent i den totale fødepopulasjon i 2022 (Thomsen et al., 2023). De øvrige helseregionene er nokså likt presentert blant studiens deltakere sett opp mot den faktiske populasjon med Helse Midt-Norge 16,3% (13,6% i populasjon) og Helse Vest på 21,7% (21,6% i populasjonen) (Thomsen et al., 2023).

For å sammenligne utvalgets utdanningsnivå og arbeidssituasjon oppimot populasjonen er statistikkbanken til Statistisk sentralbyrå brukt, med gjennomgående tall fra 2022. Her har vi sett på utdanningsnivå for kvinner i Norge mellom 20-39 år i 2022 (Statistisk sentralbyrå, 2023). Kvinner med grunnskole eller videregående skole er lavere representert i vårt utvalg enn den norske populasjonens kvinner i aldersgruppen 20-39 år. I vårt utvalg er høgskole- og universitetsutdanning over fire år sterk overrepresentert med 34,5%, sammenlignet med 17,2% blant kvinnene i Norge mellom 20-39 år (Statistisk sentralbyrå, 2023). Andelen med høgskole- eller universitetsutdanning mellom 1-4 år er tilnærmet lik mellom vårt utvalg og kvinner generelt i Norge mellom 20-39 år (39,1% vs 40,1%) (Statistisk sentralbyrå, 2023). Når det gjelder arbeidssituasjon, var 66,9% av kvinnene i vårt utvalg yrkesaktive. Sammenlignet med tall fra SBB, der 77,6% av kvinner generelt er sysselsatte, er andelen lavere blant kvinnene i vårt utvalg (Statistisk sentralbyrå, 2024). Sammenligningen mellom vårt utvalg og populasjon viser at vi har noen skjevheter i utvalget vårt. På bakgrunn av disse skjevhetene må resultater tolkes med forsiktighet.

7 Avslutning og konklusjon

I denne masteroppgaven har vi undersøkt gravide førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested og ulike faktorer knyttet til mediedekningen av norsk fødselsomsorg. I dette kapitlet vil vi presentere studiens hovedfunn som besvarer problemstillingen og forskningsspørsmålene. For å besvare studiens hensikt ble det brukt en kvantitativ metode, med tverrsnittstudie som design. Data ble innhentet med elektronisk spørreskjema. Utvalget i studien besto av 498 førstegangsfødende kvinner, hvor deres oppgitte grad av tillit til planlagt fødested har vært viktig for analysene videre. I diskusjonen har våre tre forskningsspørsmål blitt drøftet opp mot ulike definisjoner av tillit. I tillegg til aktuell forskning, er QMNC-rammeverket knyttet opp mot eksempler som viser god evidensbasert organisering av tjenester i svangerskap- og fødselsomsorgen.

Våre resultater viser at de fleste gravide førstegangsfødende leste nyhetssaker som omhandler fødselsomsorgen i Norge, hvor vinklingen på disse nyhetssakene ofte ble oppfattet som negative. Når nyhetssakene omhandlet planlagt fødested så vi en forskjell mellom de med tillit og de med lav tillit. Hvorav kvinnene med lav tillit til sitt planlagte fødested leste nyhetssakene grundigere og oppfattet disse som negative. De som oppga tillit til planlagt fødested, opplevde på den andre siden oftere at nyhetssakene hadde en positiv vinkling, og det varierte hvor nøye de leste disse. Disse funnene gir oss et innblikk i hvordan og i hvilken grad de gravide førstegangsfødende forholder seg til nyhetssakene om fødselsomsorgen i Norge.

De gravide førstegangsfødende i vår studie som oppga å ha lav tillit, var mer bekymret for; om de ville bli ivaretatt i fødsel, om det var nok personale eller ledig fødestue, om hun og ledsager måtte klare seg uten jordmor i deler av fødselen, om de fikk ønsket smertelindring. Gravide med tillit til planlagt fødested hadde sjeldnere behov for å diskutere nyhetssakene med omsorgspersoner som jordmor, lege eller familie og venner. Gravide med tillit til planlagt fødested ønsket sjeldnere å ha med seg doula under fødselen, sammenlignet med de gravide med lav tillit til planlagt fødested. I studien har vi sett en sammenheng mellom hvilken tillitsgrad den gravide førstegangsfødende har, og hennes behov og bekymringer.

Vi fant vi en forskjell mellom trimestrene og tillit til planlagt fødested hvor første trimester oftere var preget av lav tillitt. Videre fant vi en forskjell mellom helseregionene, hvor kvinner tilknyttet Helse Nord oftere oppga lav tillit til fødested, dette gjaldt også lavere utdanning hvor vi så en forskjell mellom utdanningsnivåene. I denne studien har vi sett at det er enkelte

sosiodemografiske faktorer som kjennetegner de gravide førstegangsfødende med lav tillit til sitt planlagte fødested.

Samlet sett er det viktig å påpeke at tre av fire av de gravide førstegangsfødende i denne studien oppga at de faktisk hadde tillit til sitt planlagte fødested. Likevel viser våre funn at de med lav tillit til sitt fødested har økte bekymringer for ivaretagelsen når de går i fødsel, noe som kan antyde at det er forbedringspotensial for å kunne styrke omsorgen til gravide førstegangsfødende i Norge.

7.1 Forslag til videre forskning

I arbeidet med denne masteroppgaven har det for oss stadig dukket opp nye synspunkter og dreininger vi kunne tenke oss å se videre på. Kvinners tillit virker til å være mest undersøkt opp mot relasjoner knyttet til jordmødre de møter i svangerskap- og fødselsomsorgen. I diskusjonen av våre resultater er det gjennomgående at det oppfordres til mer forskning.

Når det gjelder nyhetssakers negative fremstilling av fødselsomsorgen kan det tenkes å være nyttig med studier som ser nærmere på kvinnenens opplevelse og konsekvenser av dette. Det vil også være ønskelig med forskning som belyser aspekter rundt hvorfor kvinner med lav tillit til planlagt fødested har bekymringer rundt ivaretagelsen de vil få på fødestedet. For å forstå hvorfor noen kvinner har lav tillit til planlagt fødested, trengs mer forskning med ulike tilnærminger. Dette innebærer eksempelvis både kvalitative studier som intervjuer der en kan utforske individuelle opplevelser og erfaringer, samt kvantitative studier der en kan studere flere faktorer og mønstre enn de vi har studert i denne studien. Faktorer som å sikre seg kontinuitet, å få delta i samvalg, og dekke behovene for å få snakket med omsorgspersoner har blant annet blitt foreslått i diskusjonen som forslag til retninger en kunne studert tillit til fødestedene ytterligere. Det vil også være interessant å se på hva både jordmødre, og andre ansatte i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen mener er viktig for å bygge, styrke og opprettholde tillit til fødestedet.

7.1.1 Innspill fra noen av deltakerne

Denne studiens spørreskjema hadde avslutningsvis av et åpent spørsmål hvor deltakerne hadde mulighet til å komme med sine innspill. At det fremkom så mange som 54 kommentarer, tolker vi som at studiens tema engasjerer. Flere av kommentarene fra deltakerne viste til et ønske om å kunne uttale seg ytterligere om emnet, og flere interessante synspunkter fra kvinnene kom frem. På grunn av studiedesignets begrensninger, har ikke disse blitt

analysert. Vi ønsker likevel å dele noen innspill som viser til noen spennende elementer til videre forskning: Noen oppgir å ha valgt hjemmefødsel da de har negative assosiasjoner til sykehusfødsler etter lesing av nyhetssaker. Andre sier at de bevisst unngår nyhetssaker om fødselsomsorgen fordi de ikke tar risikoen for «å få angst» for å føde etter slik lesing. Det viser seg også at flere av deltakerne er bekymret fordi de har termin på sommeren, hvorav en kvinne skriver at hun planla graviditeten for å ha termin utenom sommermånedene, da de er omtalt som hektiske i flere nyhetssaker. Det ble påpekt av flere at de har tillit til jordmødrene på fødestedet, men at det er organiseringen på disse som svekker tilliten.

7.2 Implikasjon for videre praksis

Denne studien har bekreftet det vi som jordmorstudenter har undret oss over. De fleste gravide førstegangsfødende leser nyhetssaker om norsk fødselsomsorg. Uten at studien har kartlagt eksakte temaer på hva det har blitt skrevet om i nyhetene, oppfattes de hovedsakelig som negativt vinklet av deltakerne i vår studie. Med denne kunnskapen tenker vi det vil være viktig å være oppmerksom på hvordan mediedekningen av fødselsomsorgen i Norge kan påvirke tilliten til fødestedene. Vi tenker at det er flere som bør være oppmerksom på nettopp dette; både kvinnene selv, jordmødre og andre som jobber med gravide. Denne oppmerksomheten kan også være interessant for helseforetak, politikere og ikke minst journalister. Selv om pressen skal publisere faktiske opplysninger, og ved presentasjonen av nyheter vise saklighet og omtanke, skal samfunnskritikk påpekes (Norsk Presseforbund, 2021).

For implikasjon til praksis, tenker vi i samme baner som Hundley et al. (2019) sin forskning, når det gjelder å engasjere seg i nyhetsbildet. Funnene våre kan vise til at det er viktig at jordmødre bør arbeide for å balansere nyhetsbildet med kunnskapsbasert informasjon. Dette for å gi et mer realistisk bilde av fødsel og omsorgen som tilbys på fødestedene. Behovet for å snakke med noen om nyhetssakene kvinnene med lav tillit til fødestedet viste i vår studie, kan anmode om at dette også er nødvendig. Helsedirektoratet (2024) påpeker i neste rekke at omsorgen til de gravide skal tilpasses hver kvinnes individuelle behov. For å innfri behovene for å snakke om nyhetssakene bør de som arbeider med gravide, både i kommunal- og spesialisthelsetjenesten holde seg orientert om det som mediedebatten rundt fødselsomsorgen i Norge handler om. Dette samsvarer med blant annet internasjonale etiske retningslinjer for

jordmødre, hvor det fremkommer at en jordmor skal fremme en helsepolitikk som styrker kvinners helse (ICM, 2017).

Studiens funn kan videre tenkes å være viktig for tjenestetilbudet tilknyttet landets fødesteder, dette med tanke på de bekymringene gravide kvinnene i studien hadde rundt ivaretagelse på fødestedet. De nye nasjonale retningslinjene i Norsk fødselsomsorg påpeker viktigheten av gode rutiner for å ha god nok jordmorbemanning, dette for kunne gi forsvarlig fødselshjelp til kvinnene, samt unngå samtidighetskonflikter og uønskede hendelser (Helsedirektoratet, 2024). Dette gir håp om at organiseringen på fødestedene vil bedre seg, og imøtekomme behovene til de gravide førstegangsfødende og redusere de bekymringene deltagerne i vår studie har uttrykket i deres besvarelse. Innsikten vår studie har gitt kan også være viktig for de ulike helseforetakene i landet, da den peker på ulikheter tilknyttet helseregionene. Dette fordi helsetjenestene i Norge skal tilbys som et helhetlig svangerskaps- fødsels- og barseltilbud som legger vekt på samarbeid mellom de ulike aktørene (Helsedirektoratet, 2024).

Referanseliste

- Andersen, B., Lysvold, S. S. & Martinsen, M. W. (2023, 29.09.2023). Toppsjefen i Helse Nord mener de er nødt til å kutte føde- og akutttilbud. *NRK*.
<https://www.nrk.no/nordland/toppsjefen-i-helse-nord-marit-lind-mener-de-er-nodt-til-a-kutte-fode--og-akutttilbud-1.16575697>
- Annandale, E., Baston, H., Beynon-Jones, S., Brierley-Jones, L., Brodrick, A., Chappell, P., Green, J., Jackson, C., Land, V. & Stacey, T. (2022). Shared decision-making during childbirth in maternity units: the VIP mixed-methods study. *Health and Social Care Delivery Research*, 10(36). <https://doi.org/10.3310/FPFP4621>
- Aune, I., Amundsen, H. H. & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>
- Aune, I., Engh, H. & Skibenes, O. T. (2021). Gravide kvinners ønske om privat ultralydundersøkelse i første trimester. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (83047), e-83047. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.83047>
- Aune, I., Hoston, M. A., Kolshus, N. J. & Larsen, C. E. G. (2017). Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery*, 50, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.020>
- Aune, I. & Möller, A. (2012). 'I want a choice, but I don't want to decide'—A qualitative study of pregnant women's experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies. *Midwifery*, 28(1), 14-23. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.015>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol. Med*, 46(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Baker, N., Gillman, L. & Coxon, K. (2020). Assessing mental health during pregnancy: An exploratory qualitative study of midwives' perceptions. *Midwifery*, 86, 102690-102690. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102690>
- Bakken, J. D., Nilsen, N. T. R. & Manbari, Z. (2023, 24.01.23). ABC-klinikken i Oslo legges ned: – Folk er fryktelig lei seg. *NRK*. <https://www.nrk.no/osloogviken/abc-klinikken-ved-ulleval-sykehus-i-oslo-legges-ned-1.16268805>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W. & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*, 18(1), 1-162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Bick, D. (2010). Media portrayal of birth and the consequences of misinformation. *Midwifery*, 26(2), 147-148. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.002>
- Birkhauer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One*, 12(2), e0170988-e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Bjelke, M., Martinsson, A.-K., Lendahls, L. & Oscarsson, M. (2016). Using the Internet as a source of information during pregnancy — A descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*, 40, 187-191. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.020>
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utgave. utg.). Gyldendal akademisk.
- Bjørnstad, E. (2023, 29.09.2023). Vi tilbyr epidural til alle fødende som ønsker det. *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/nQxVPL/haukeland-overlege-vi-tilbyr-epidural-til-alle-foedende-som-oensker-det>

- Blix, E. (2024, 03.04.2024). *fødselsomsorg i Norge*. Store medisinske leksikon. Hentet 10.02.2024 fra https://sml.sn.no/f%C3%B8dselsomsorg_i_Norge
- Blix, E. & Henriksen, L. (2023, 16.02.2023). *jordmor*. Store medisinske leksikon. Hentet 01.02.2024 fra <https://sml.sn.no/jordmor>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), CD003766-CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bordvik, M. & Pedersen, K. (2023, 28.09.2023). Kvinneklinikken strammer inn epidural-bruk på nattetid. *Bergens Tidende*. <https://www.bt.no/helse/i/vejEd4/kk-strammer-inn-paa-bruk-av-epidural-under-foedssel>
- Borgmo, J. S. & Grønvoll, E. (2023, 14.08.2023). Kaos på fødestua: - Jeg var kjemperedd. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/5BlO86/slik-opplevde-de-kaoset-paa-foedestua-jeg-var-kjemperedd>
- Boyle, S., Thomas, H. & Brooks, F. (2016). Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 32, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.001>
- Braut, G. S. (2024, 07.02.2024). *regionalt helseforetak*. Hentet 20.02.2024 fra
- Bringedal, H. & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 77, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Browne, J., O'Brien, M., Taylor, J., Bowman, R. & Davis, D. (2014). 'You've got it within you': The political act of keeping a wellness focus in the antenatal time. *Midwifery*, 30(4), 420-426. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.04.003>
- Carlsen, K. C. L., Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, A. G., Jacobsen, A. F. & Omenaas, E. (2021). *Forskningshåndboken: Fra idé til publikasjon* (9.utgave. utg.). Oslo universitetssykehus i samarbeid med Haukeland universitetssykehus.
- Cooper, T. & Godfrey-Isaacs, L. (2020). Gathering Storm -Birth in the Media. I K. Gutteridge (Red.), *Understanding Anxiety, Worry and Fear in Childbearing: A resource for Midwives and Clinicians* (s. 75-92). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sex Reprod Healthc*, 7, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- DFØ. (2023, 9.10.2023). *Tillit*. Hentet 30.01.2024 fra <https://dfo.no/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2021/tillit>
- DFØ. (u.å). *Innbyggerundersøkelsen 2021*. Hentet 25.02.2024 fra <https://dfo.no/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2021>
- Doulaforening, N. (u.å). *Hva er en doula?* Hentet 08.02.2024 fra <https://www.norskdoulaforening.no/>
- Downe, S., Simpson, L. & Trafford, K. (2007). Expert intrapartum maternity care: a meta-synthesis. *J Adv Nurs*, 57(2), 127-140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04079.x>
- Ekelin, M., Crang Svalenius, E., Larsson, A. K., Nyberg, P., Maršál, K. & Dykes, A. K. (2009). Parental expectations, experiences and reactions, sense of coherence and grade of anxiety related to routine ultrasound examination with normal findings during pregnancy. *Prenat. Diagn*, 29(10), 952-959. <https://doi.org/10.1002/pd.2324>
- Engjom, H. M. (2014, 29.04.2014). Sentralisering og fødetilbud. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 134:825. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0341>

- Engjom, H. M., Morken, N. H., Norheim, O. F. & Klungsøyr, K. (2014). Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population - based study. *BJOG*, 121(3), 290-299. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12510>
- Erga-Johansen, H. & Bondas, T. (2023). Multicultural doula care from the perspectives of immigrant women in Norway: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*, 35, 100827-100827. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100827>
- Farestvedt, I. B., Stoksvik, M. & Matre, J. (2023, 25.01.2023). ABC-klinikken legges ned: - Galskap. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/rldgLA/tillitsvalgt-abc-enheten-legges-ned>
- FHI. (2024, 22.02.2024). *Økning i fødsler i 2023*. Hentet 01.03.2024 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2024/okning-i-fodsler-i-2023/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmødre. (2023). *Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmødre* (FOR-2023-06-05-822). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2023-06-05-822>
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Greene, J. & Ramos, C. (2021). A Mixed Methods Examination of Health Care Provider Behaviors That Build Patients' Trust. *Patient Educ Couns*, 104(5), 1222-1228. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.003>
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit* (Bd. 30). Universitetsforl.
- Grønning, T., Antonsen, Ø., Skoglund, K. A., Føleide, A., Bendixen, A. & Andersen, B. (2023, 21.09.2023). Flere fødetilbud kan forsvinne: Høygravide Ingeborg blir stresset av tanken. NRK. https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/helse-nord-omorganiserer_-kan-legge-ned-flere-fodestuer-1.16566088
- Gutteridge, K. (2020). Understanding Fear, Physiology and Finding an Explanation of How the Mind Influences Us During Childbearing. I K. Gutteridge (Red.), *Understanding Anxiety, Worry and Fear in Childbearing : Resource for Midwives and Clinicians* (s. 31-50). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Gutteridge, K. & Richens, Y. (2020). Who's Afraid of the Big Bad Birth`: Childbirth Trauma, Fear and Tokophobia. I K. Gutteridge (Red.), *Understanding Anxiety, Worry and Fear in Childbearing: A resource for Midwives and Clinicians* (s. 121-143). Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- Gaarder, J. (2023, 26.01.2023). Jordmødre opprørt over nedleggelse. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/nyheter/jordmodre-opprort-over-nedleggelse/78325846>
- Haugen, S. M. & Hove, I. H. (2023, 13.03.2023). *Hvor lang tid tar det å kjøre til nærmeste fødested?* Statistisk Sentralbyrå. Hentet 01.11.2023 fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten/artikler/hvor-lang-tid-tar-det-a-kjore-til-naermeste-fodested>
- Haugseth, J. F. & Conradsen, S. (2023, 24.12.2023). *tillit*. Store norske leksikon. Hentet 16.01.2024 fra <https://snl.no/tillit>
- Helmers, A.-K. B. & Reppen, N. K. (2022). Jordmødre får ansvar for mer enn én fødende om gangen. *Sykepleien*, (05.05.). <https://sykepleien.no/2022/05/jordmodre-far-ansvar-mer-enn-en-fodende-om-gangen>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.
- Helsedirektoratet. (2018, 04.03.2024). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 05.03.2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem* (IS-2895). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://kudos.dfo.no/dokument/8281/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for->

[bemanning-og-finansieringssystem-rapport-oversendt-til-helse-og-omsorgsdepartementet-mars-2020](#)

- Helsedirektoratet. (2021a, 05.04.2024). *Henvis til "tidlig ultralyd"*. Hentet 10.02.2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/bioteknologi/fosterdiagnostikk/informasjon-om-fosterdiagnostikk-til-helsepersonell-i-svangerskapsomsorgen-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/tidlig-ultralyd-svangerskapsuke-11-0--13-6-/forste-konsultasjon/henvis-til-tidlig-ultralyd>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Tilgang på og behov for jordmødre*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre>
- Helsedirektoratet. (2022a, 04.10.2022). *Differensiering og seleksjon av fødetilbud*. Hentet 15.02.2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast/differensiering-og-seleksjon-av-fodetilbud#jordmodre-og-leger-bor-selektere-gravide-til-fodeniva-i-trad-med-seleksjonskriteriene-og-i-tillegg-vurdere-individuelle-faktorer-og-behov-som-har-betydning-for-en-trygg-og-sikker-fodselhjelp-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2022b, 04.10.2022). *Fødeinstitusjoner bør bemannes med et tilstrekkelig antall jordmødre slik at hver enkelt fødende har jordmorhjelp tilgjengelig til enhver tid*. Hentet 13.02.2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast/bemanningsnorm-for-jordmodre-i-fodeinstitusjoner/fodeinstitusjoner-bor-bemannes-med-et-tilstrekkelig-antall-jordmodre-slik-at-hver-enkelt-fodende-har-jordmorhjelp-tilgjengelig-til-enhver-tid#6957971d-bd68-4d8d-96ac-1a73e1158a9f-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2024, 04.03.2024). *Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 04.03.2024 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen#referere>
- Helsenorge. (2022a, 21.09.2022). *Hva er samvalg?* Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/samvalg/hva-er-samvalg/>
- Helsenorge. (2022b, 30.04.2022). *Smertelindring ved fødsel*. Hentet 26.02.2024 fra <https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/smertelindring-ved-fodsel>
- Helsenorge. (2023a, 30.01.2023). *Fødeplass og fødetilbud - slik får du det*. Hentet 07.10.2023 fra <https://www.helsenorge.no/fodsel/fodested/>
- Helsenorge. (2023b, 03.10.2023). *Helsehjelp i Norge*. Hentet 11.02.2024 fra <https://www.helsenorge.no/helsehjelp/#graviditet-prevensjon-og-abort>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Henriksen, L. & Ballovarre, E. K. (2023). *Ultralyd ved UNN – oppgavedeling i feil retning. itromso*. <https://www.itromso.no/meninger/i/dwK2OX/ultralyd-ved-unn-oppgavedeling-i-feil-retning>
- Hundley, V. A., Luce, A., van Teijlingen, E. R. & Edlund, S. (2019). *Changing the narrative around childbirth: whose responsibility is it? Evidence based midwifery*, 17(2), 47-52.
- Häggsgård, C., Nilsson, C., Teleman, P., Rubertsson, C. & Edqvist, M. (2022). *Women's experiences of the second stage of labour. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 35(5), e464-e470. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.11.005>
- ICM. (2017). *Core Document. International Definition of the Midwife*. International Confederation of Midwives. Hentet 05.09.2023 fra https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf

- Ipsos. (2023a). *Sosiale media Tracker Q3 '23*. IPSOS.
<https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2023-10/Ipsos%20SoMe-tracker%20Q3%202023.pdf>
- Ipsos. (2023b, 05.02.2024). *Sosiale media Tracker Q4'23*. IPSOS. Hentet 07.02.24 fra
<https://www.ipsos.com/nb-no/ipsos-some-tracker-q423>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Janzen, J. A., Silvius, J., Jacobs, S., Slaughter, S., Dalziel, W. & Drummond, N. (2006). What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. *Health Expect*, 9(1), 37-48. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00363.x>
- Johansen, E., Kråkenes, C. & Rostad, I. L. (2023, 30.08.2023). Fødekaos på sommeren: Slik vil de unngå kollaps. *NRK*. https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/kaos-pa-fodeavdeling-pa-unn_-vurderer-a-stenge-flere-fodestuer-1.16534786
- Kay, L., Hundley, V. & Tsekulova, N. (2019). Media representation of childbirth. I S. Downe & S. Byrom (Red.), *Squaring the circle : normal birth research, theory and practice in a technological age* (s. 130-140).
- Khaw, S. M.-L., Zahroh, R. I., O'Rourke, K., Dearnley, R. E., Homer, C. & Bohren, M. A. (2022). Community-based doula for migrant and refugee women: a mixed-method systematic review and narrative synthesis. *BMJ global health*, 7(7), e009098.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009098>
- Kirkham, M. (2000). *The Midwife-mother relationship*. MacMillan.
- Klausen, D. H., Kråkenes, C., Hansen, P. & Ellingsen, R. (2023, 16.08.2023). Barsedødsfall granskes: Jordmødre har fryktet «vanvittig arbeidspress» på fødeavdelingene. *NRK*.
https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/barn-dode-under-fodsels-_jordmodre-forteller-om-vanvittig-arbeidspress-pa-fodeavdelingene-i-norge-1.16516743
- Kunnskapssenteret. (2012, 27.05.2015). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Til kvinne og til partner, på norsk og på engelsk*. FHI.no. Hentet 17.09.2023 fra
<https://www.fhi.no/kk/bruker erfaringer/sporreskjemabanken/bruker erfaringer-med-svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen.-til-kvinne-o/?fbclid=IwAR32NofJp6PVKrYcRWPauFZO2GC1VAE0INrr91UDmJcn5ZBXFv5Y3Ffjk>
- Kunnskapssenteret. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater* (Rapport Nr 4 – 2013).
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/bruker erfaringer-med-svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen>
- Lagan, B. M., Sinclair, M. & Kernohan, W. G. (2011). What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth*, 38(4), 336-345.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x>
- Laine, K. (2023, 22.06.2023). *Tryggeste sted å få barn- stadig redusert forekomst av fosterdød*. Hentet 01.02.2024 fra <https://www.fhi.no/meldinger/tryggeste-sted-a-fa-barn--stadig-reduisert-forekomst-av-fosterdod/>
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S. & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*, 6(1), 7-7. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>
- Lally, J. E., Thomson, R. G., MacPhail, S. & Exley, C. (2014). Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain

- relief in labour. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 6-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-6>
- Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25(1), 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.010>
- Laursen, M., Johansen, C. & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 116(10), 1350-1355. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x>
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S. & Huber, U. (2010). Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care. *J Midwifery Womens Health*, 55(3), 234-242. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.001>
- Lou, S., Frumer, M., Schlütter, M. M., Petersen, O. B., Vogel, I. & Nielsen, C. P. (2017). Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. *Health Expect*, 20(6), 1320-1329. <https://doi.org/10.1111/hex.12572>
- Luce, A., Cash, M., Hundley, V., Cheyne, H., van Teijlingen, E. & Angell, C. (2016). "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 40-40. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0827-x>
- Lukasse, M. & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice environment: A mixed methods study. *Nurs Open*, 6(4), 1559-1570. <https://doi.org/10.1002/nop2.358>
- Lundgren, I. (2010). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.05.002>
- Lupton, D. (2016). The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 171-171. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0971-3>
- Laagstein, K. (2023, 14.06.2023). Får ikke kvalifisert personell: Kutter tidlig ultralyd. *TV2*. <https://www.tv2.no/direkte/jpybz/siste-nytt/6489a57751a4063a7c23a347/far-ikke-kvalifisert-personell-kutter-tidlig-ultralyd>
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S. & Veierød, M. B. (2007). Epidemiologisk og klinisk forskning. I *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 33-44). Gyldendal Akademisk.
- Maclean, E. (2014). What to expect when you're expecting? Representations of birth in British newspapers. *British journal of midwifery*, 22(8). <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/research/what-to-expect-when-youre-expecting-representations-of-birth-in-british-newspapers?fbclid=IwAR1FTTM9W0eV-3fuzEVL5goZe0FKoLfdYWcfkEBwvxKP8IZf520tgmBHJEo>
- Marmot, M. P. S., Allen, J. P., Bell, R. P., Bloomer, E. M. & Goldblatt, P. P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet (British edition)*, 380(9846), 1011-1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- McLeish, J. & Redshaw, M. (2019). "Being the best person that they can be and the best mum": a qualitative study of community volunteer doula support for disadvantaged mothers before and after birth in England. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 21-21. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2170-x>
- Medietilsynet. (2023). *Mediemangfaldsrekneskapen 2022* (ISBN: 978-82-8428-0349). (Mediemangfald i eit bruksperspektiv, Issue. https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/mediemangfoldsregnskap/230327_bruksmangfald_2023.pdf

- Melender, H. L. & Lauri, S. (2001). Security associated with pregnancy and childbirth-experiences of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 22(4), 229-239. <https://doi.org/10.3109/01674820109049978>
- MFR. (2023, 15.11.2023). *Standardstatistikk*. Hentet 17.01.2024 fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Miller, S. & Bear, R. J. (2019). Midwifery partnership : Preparation for Practice. I *midwifery Preparation for Practice 4e* (s. 299-329). Elsevier Australia.
- Moe, H., Hovden, J. F., Ytre-Arne, B., Figenschou, T. U., Nærland, T. U., Sakariassen, H. & Thorbjørnsrud, K. (2019). *Informerte borgere? : offentlig tilknytning, mediebruk og demokrati*. Universitetsforlaget.
- NICE. (2023, 29.09.2023). *Intrapartum care* Hentet 01.02.2024 fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E. & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nurs Res Pract*, 2013, 349124-349126. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
- Nordheim, H. J. (2023, 29.07.2023). Sykehusene kutter i tilbudet for gravide: - Jeg ble kjempesint og lei meg. *NRK*. <https://www.nrk.no/rogaland/flere-sykehus-kutter-i-tilbudet-til-gravide-om-sommeren-1.16478952>
- Norsk Presseforbund. (2021, 01.01.2021). *Vær Varsom-plakaten*. Norsk presseforbund. Hentet 22.11.2023 fra <https://presse.no/pfu/etiske-regler/vaer-varsom-plakaten/>
- NOU. (2023). *Den store forskjellen - om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* (2023:5). Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/nou/dfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Nørstebø, H. S., Nilsen, A. B. V., Blix, E., Bakken, K. S. & Eri, T. S. (2023). Births in freestanding midwifery-led units in Norway: What women view as important aspects of care. *Sex Reprod Healthc*, 36, 100857-100857. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100857>
- O'Brien, D., Butler, M. M. & Casey, M. (2021). The importance of nurturing trusting relationships to embed shared decision-making during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 98, 102987-102987. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102987>
- Oslo universitetssykehus HF. (2022, 06.12.2022). *Rutineultral lyd av gravide*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/ultral lyd-av-gravide/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Perriman, N., Davis, D. L. & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220-229. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>
- Radius CPH. (2023). *Troværdighedsanalysen 2023*. Hentet 23.11.2023 fra <https://radiuscph.dk/cases/trovaerdighedsanalysen-2023/?fbclid=IwAR1zz10YJu64fHW2NRglAgZx7XZnLm1ovMxD2rN-D0NhLppa7mFUfvCZsDI>
- Regjeringen. (2023, 30.11.2023). *Oversikt over landets helseforetak*. Hentet 02.02.2024 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>
- Renfrew, M. J. P., McFadden, A. P., Bastos, M. H. P., Campbell, J. M. P. H., Channon, A. A. P., Cheung, N. F. P., Silva, D. R. A. D. P., Downe, S. P., Kennedy, H. P. P., Malata, A. P., McCormick, F. R. M., Wick, L. R. M. & Declercq, E. P. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and

- newborn care. *Lancet*, 384(9948), 1129-1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Retriever Norge. (2021, 2021). *Dette er Retriever*. Hentet 10.01.2024 fra <https://www.retrievergroup.com/no/>
- Rist, T., Setlo, S. H. & Thomassen, A. L. (2023, 08.08.2023). *Har norsk presse fått fødselsangst?* Nettavisen. Hentet 22.11.2023 fra <https://www.nettavisen.no/norsk-debatt/har-norsk-presse-fatt-fodselsangst/o/5-95-1253516>
- Rosenberg, K. & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG*, 109(11), 1199-1206. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x>
- Ross-Davie, M., McElligott, M., King, K. & Little, M. (2014). *Midwifery support in labour: how important is it to stay in the room?* [19-22]. London.
- Saisto, T. & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82(3), 201-208. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>
- Sayakhot, P. & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 65-65. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0856-5>
- Sikt. (2023, 15.11.2023). *Nye data om helse og helsetjenester: Økt tillit til det norske helsevesenet*. Hentet 18.01.2024 fra <https://sikt.no/aktuelt/nye-data-om-helse-og-helsetjenester-okt-tillit-til-det-norske-helsevesenet>
- Sikt. (2024). *Helse og helsetjenester, 2021, norsk del av ISSP*. Hentet 18.01.2024 fra <https://surveybanken.sikt.no/no/study/8ed7ee67-f1e3-4a3b-96cc-3684dbdb8318/undefined?type=ownAnalyses&datafile=ee7a35ba-6c2c-4206-9a6a-77f6dec7b801/3&elements=%5b%22627f1d36-3aea-4204-94a4-fd54597aa289%22,%22fbf5c432-b541-4246-929d-16968e21cb84%22%5d>
- Sikt. (u.å). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. SIKT. Hentet 25.01.2024 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- SKDE. (2019). *Helseatlas for fødselshjelp* (Nr. 2/2019). (Bruk av helsetjenester innen fødselshjelp i perioden 2015-2017, Issue. H.-o. o. H. N. RHF.
- Skogen, J. C., Vedaa, Ø., Nilsen, T. S., Nes, R. b. & Aarø, L. E. (2019). *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokelsen-troms-finnmark/>
- Skovlund, E. & Bretthauer, M. (2007). Kliniske studier. I *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 285-3001). Gyldendal Akademisk.
- Staff, A. (2015, 23.06.2015). *Bias*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 15.01.2024 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Statistisk sentralbyrå. (2023, 05.06.2023). *Befolkningens utdanningsnivå*. Hentet 05.01.2024 fra <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>
- Statistisk sentralbyrå. (2024, 11.januar). *Tilknytning til arbeid, utdanning og velferdsordninger*. Hentet 10.02.2024 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12423/>
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P. & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30(2), 220-226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017>
- Stortinget. (2020). *Endringer i bioteknologiloven mv*. Hentet 16.02.2024 fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=77395>
- Sutton, E., Detering, K., East, C. & Whittaker, A. (2023). Women's expectations about birth, requests for pain relief in labor and the subsequent development of birth dissonance

- and trauma. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 1-777.
<https://doi.org/10.1186/s12884-023-06066-7>
- Thomsen, L. C. V., Kjersti, D. A., Júlíusson, P. B., Klungsøyr, K., Macsali, F. & Akerkar, R. R. (2023). *Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2022* (Rapport 2022). (Svangerskap og fødsler i Norge, Issue).
<https://www.fhi.no/contentassets/86b4f14a56cc41b29e1bb05c888a79c4/arsrapport-fra-medisinsk-fodselsregister-2022.pdf>
- Thomson, G. & Feeley, C. (2019). The 'trusting communion' of a positive birth: an existential perspective. I S. Downe & S. Byrom (Red.), *Squaring the circle : normal birth research, theory and practice in a technological age* (s. 47-53). Pinter and Martin.
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S. & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health*, 16(1), 71-71.
<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode : en praktisk tilnærming*. Cappelen Damm akademisk.
- Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* (1.utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- UiO. (2010, 08.08.2023). *Hva er Nettskjema*. Universitetet i Oslo. Hentet 25.01.2024 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/>
- UiT. (2019, 05.04.19). *Retningslinje for klassifisering av informasjon*. UiT Norges arktiske universitet. Hentet 08.07.2023 fra <https://uit.no/Content/741990/cache=1629791505000/Retningslinjer%2Bfor%2Bklassifisering%2B-%2Bvedtatt%2B5-4-19.pdf>
- UiT. (2023, 14.12.2023). *Sikker lagring, innsamling og bearbeiding*. UiT Norges arktiske universitet. Hentet 17.12.2023 fra https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p_document_id=729150
- Ulvund, I. (2017). Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet. I *Jordmorboka* (s. 297-306). Cappelen Damm Akademisk.
- Universitetet i Oslo. (2013, Sist endret 23. jan. 2023). *Kodebok i Nettskjema for TSD og analyse*. Hentet 23.09.2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/kodebok.html#toc3>
- Van den Broeck, J., Cunningham, S. A., Eeckels, R. & Herbst, K. (2005). Data cleaning: detecting, diagnosing, and editing data abnormalities. *PLoS Med*, 2(10), e267-e267.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020267>
- Vedeler, C., Eri, T. S., Nilsen, R. M., Blix, E., Downe, S., van der Wel, K. A. & Nilsen, A. B. V. (2023). Women's negative childbirth experiences and socioeconomic factors: Results from the Babies Born Better survey. *Sex Reprod Healthc*, 36, 100850-100850.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100850>
- Vedeler, C., Nilsen, A. B. V., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. S. (2022). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG*, 129(4), 647-655. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- Veierød, M. B. & Thelle, D. S. (2007). Tverrsnittsstudier. I *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder* (s. 235-258). Gyldendal Akademisk.
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzinger, S. & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 473-473.
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>
- WHO. (2018). *WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience* (1. utg.). Geneva: World Health Organization.

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M. & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1704484-1704484.

<https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

World Health Organization. (1996). *Care in normal birth : a practical guide*. WHO.

Øyen, L. & Aune, I. (2016). Viewing the unborn child – pregnant women's expectations, attitudes and experiences regarding fetal ultrasound examination. *Sex Reprod Healthc*, 7, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.10.003>

Vedlegg

Vedlegg 1: Rekrutteringsplakat

**HAR DU LEST NYHETSSAKER OM
FØDSELSOMSORGEN I NORGE?**

Er du gravid med ditt første barn?

**Ønsker du å delta i en studie om nyhetsbildet av
fødselsomsorgen og hvilken betydning
nyhetssakene har for deg?**

**Delta med å besvare vår spørreundersøkelse som
tar cirka 5 minutter**

**SKANN FOR MER INFORMASJON OG FOR
DELTAKELSE**



ELLER GÅ INN PÅ LINKEN
<https://nettskjema.no/a/375962>

DU MÅ VÆRE:

- OVER 18 ÅR
- GRAVID MED DITT FØRSTE BARN
- BEHERSKE NORSK SKRIFTSPRÅK

Det er anonymt og frivillig å delta

Ved spørsmål om studien, ta kontakt på vba019@uit.no

Ansvarlig for studien er jordmorstudentene Viktoria Sjøset Bækkelund og Anne Grethe Bjørklid



Vedlegg 2: Spørreskjema

Nyhetsbildet om norsk fødselsomsorg

Har du lest nyhetssaker om fødselsomsorgen?

Er du gravid og venter ditt første barn?

Vår studie ønsker å kartlegge omfanget av hva du leser om

fødselsomsorgen i nyhetsbildet, og hvilken betydning nyhetssakene har for deg som planlegger å føde i Norge.

Du kan delta i studien hvis du er gravid, venter ditt første barn og skal føde i Norge. Du må være over 18 år og beherske norsk skriftspråk.

Deltagelse innebærer å svare på en **spørreundersøkelse som tar cirka 5 minutter**.

Spørreskjemaet inneholder blant annet spørsmål om din utdanning, hvilket trimester du er i, hvor grundig du leser nyhetssaker og hvilken betydning nyhetssakene har for deg utfra hvor enig du er i ulike påstander.

Det er **anonymt og frivillig** å delta. Dette betyr at det ikke samles inn data om deg som er personidentifiserende, og din besvarelse kan ikke spores tilbake til deg. Informasjonen som samles inn vil behandles konfidensielt og kun i dette studiet. Du gir automatisk samtykke til deltagelse ved å svare og sende inn spørreskjemaet. Du kan ikke trekke deg etter at du har besvart og sendt inn skjemaet. Du kan kun delta en gang.

Veileder for studien er **Eline Skirnisdottir Vik**, førsteamanuensis og postdoktor ved jordmorutdanningen på Høgskulen i Vestlandet.

Hvis du har spørsmål, ta gjerne kontakt med oss på e-post abj029@uit.no eller vba019@uit.no.

Vennlig hilsen

Anne Grethe Bjørklid og Viktoria S. Bækkelund

Jordmorstudenter ved UiT, Arktiske universitet i Tromsø.

Bakgrunns spørsmål om deg

Hvilket trimester er du i nå?

Jeg er ikke gravid på nåværende tidspunkt

1. trimester (fra siste mens til og med svangerskapsuke 13)
2. trimester (fra svangerskapsuke 14 til og med svangerskapsuke 26)
3. trimester (fra svangerskapsuke 27 og ut svangerskapet)

Resterende elementer vises kun dersom alternativet «1. trimester (fra siste mens til og med svangerskapsuke 13) eller 2. trimester (fra 4. svangerskapsuke 14 til og med svangerskapsuke 26) eller 3. trimester (fra svangerskapsuke 27 og ut svangerskapet)» er valgt i spørsmålet «Hvilket trimester er du i nå?»

Hvilken helseregion hører du hjemme i?

Helseregion Nord

Helseregion Midt-Norge

Helseregion Vest

Helseregion Sør-Øst

I hvilken aldersgruppe er du?

18-24 år

25-29 år

30-34 år

35-39 år

40 år eller eldre

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Grunnskole og/eller videregående skole

Høgskole/Universitet (1-4år)

Høgskole/Universitet (mer enn 4 år)

Annet

Hvordan er din arbeidssituasjon i dag?

Mulig å avgi 3 svar.

Permisjon

Yrkesaktiv+

Under utdanning

Hjemmearbeidende

Arbeidsledig

Svangerskapsenger, sykemeldt, uføretrygdet, arbeidsavklaring eller lignende

Annet

Ditt forhold til nyhetsbildet i media nå som du er gravid**Leser du nyhetssaker i media som omhandler fødselsomsorgen i Norge?**

Ja

Nei

Hvis du ser nyhetssaker om fødselsomsorgen i media, hvor ofte velger du å lese dem?

Alltid

Ofte

Av og til

Sjeldent

Aldri

Annet

Hvor grundig leser du nyhetssakene som omhandler fødselsomsorgen i Norge?

- Hele artikkelen
- Deler av artikkelen
- Det varierer
- Primært overskrifter
- Jeg leser ikke nyhetssaker om fødselsomsorgen
- Annet

Dersom du har lest nyhetssaker om fødselsomsorgen i Norge, hvilken vinkling opplever du det er mest av?

- Positiv vinkling
- Nøytral vinkling
- Negativ vinkling
- Har ikke lest nyhetssaker om fødselsomsorgen i Norge
- Annet

Hvor grundig leser du nyhetssaker som omhandler ditt planlagte fødested?

- Hele artikkelen
- Deler av artikkelen
- Det varierer
- Primært overskrifter
- Jeg har ikke sett noen nyhetssaker om mitt fødested
- Annet

Dersom du har lest nyhetssaker om fødestedet ditt, hvilken vinkling opplever du det er mest av?

- Positiv vinkling
- Nøytral vinkling
- Negativ vinkling
- Har ikke lest nyhetssaker om mitt fødested
- Annet

Her er noen påstander som vi ønsker at du svarer på utfra hvor enig du er i de fra i liten grad til i svært stor grad

Jeg har tillit til mitt planlagte fødested.

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg har forberedt meg på at jeg og ledsager kan ende opp med å være uten jordmor i perioder under fødselen.

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg ønsker å føde på et fødested jeg har lest positive nyhetssaker om

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg ønsker ikke å føde på et fødested som jeg har lest negative nyhetssaker om.

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg er bekymret for ikke å bli ivaretatt på mitt planlagte fødested.

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg bekymrer meg for at det ikke er ledig fødestue når jeg går i fødsel

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg er bekymret for om det er nok personale på vakt når jeg skal føde.

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg er bekymret for at jeg ikke kan få den smertelindringen jeg ønsker.

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg har behov for å snakke om nyhetssakene med en jordmor/lege.

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg har behov for å snakke om nyhetssakene med venner og/eller familie

- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad
- Annet

Jeg ønsker å ha med doula når jeg skal føde

Doula er en fødselshjelper som har erfaring i å gi individuell omsorg og utøve ikke-medisinsk støtte til kvinner i fødsel.


- Ja
- Nei
- Har ikke tatt stilling til det
- Aldri hørt om doula før
- Annet

Takk for din deltakelse!

Ønsker du å utdype dine svar? Eller vil gi en kommentar på studiet? Skriv det gjerne her.

Vises bare hvis deltakeren svarer at hun ikke er gravid på nåværende tidspunkt: Takk for at du ønsket å delta! Dessverre oppfyller du ikke inklusjonskriterien for dette studiet.

Vedlegg 3: Datahåndteringsplan

	<h3>Datahåndteringsplan for tilsette ved UiT</h3> <p>NB! Denne malen er under utvikling. Det er derfor viktig at du hentar malen frå Forskningsdataportalen UiT kvar gong du skal laga ny datahåndteringsplan. Denne planen bør ikkje innehalda personleg/sensitiv informasjon. Den utfylte planen kan sendast til researchdata@hjelp.uit.no for tilbakemelding.</p> <p>(Norsk mal, versjon 03.06.2020)</p>
---	---

Reglar for handtering av forskingsdata ved UiT er forankra i [Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT](#) (heretter forkorta til UiTs retningslinjer). Legg særleg merke til følgjande punkt:

- UiT har som hovudregel eigarskap til alle forskingsdata genererte av tilsette ved UiT (pkt. 2).
- Alle prosjekt der handtering av forskingsdata er relevant, skal ha ein datahåndteringsplan (pkt. 4.2).
- Forskningsdata skal lagrast og arkiverast i eigna og pålitelege arkiv, som sikrar at UiT har vedvarande tilgang til bruk av dataa (pkt. 4.3).
- Forskningsdata skal gjerast ope tilgjengelege, så fram det ikkje er juridiske, etiske, tryggleiksrelaterte eller kommersielle grunnar til å ikkje gjera det (pkt. 1).
- Forskningsdata skal utstyrast med metadata som gjer andre forskarar i stand til å søkja etter og ta i bruk dataa (pkt. 4.6).

For meir informasjon om handtering av forskingsdata sjå [Forskningsdataportalen UiT](#).

Prosjektinformasjon
Ansvarleg person for planen (namn): Anne Grethe Bjørklid og Viktoria Sjøset Bækkelund
Dato for denne versjonen av datahåndteringsplanen: 03.03.2024
Prosjektnummer og -namn: Fødselsomsorg på dagsorden - En tverrsnittstudie om gravide førstegangsfødendes tillit til planlagt fødested, og deres lesevaner av nyhetssaker om norsk fødselsomsorg
Del av større prosjekt? I så fall spesifiser prosjektnamn og -nummer: Nei
Tilknytning (fakultet og institutt): UiT, det helsevitenskapelige fakultet
Prosjektperiode: September 2023-mars 2024
Prosjektleiari og -deltakarar (namn og tilhøyrse): Eline Skirnisdottir Vik, Anne Grethe Bjørklid og Viktoria Sjøset Bækkelund
Kort beskriving av prosjektet: Master i jordmorfaget

Finansiering: (Kryss av for én eller fleire.)	<input type="checkbox"/> UiT-finansiert: arbeidstid og utstyr <input type="checkbox"/> UiT-finansiert: direkte prosjektfinansiering <input type="checkbox"/> Eksternt finansiert. I så fall, spesifiser finansør:
--	---

Ansvar og rettigheter	
Kven er ansvarleg for oppfølging og ev. revidering av datahanderingsplanen?	<i>Anne Grethe Bjørklid og Viktoria Sjøset Bækkelund. I samråd med Eline Skirnisdottir Vik</i>
Kven er ansvarleg for kvar aktivitet?	<i>Anne Grethe Bjørklid og Viktoria Sjøset Bækkelund</i>
Korleis vil ansvar bli fordelt på ev. samarbeidspartnarar? Vil det bli utarbeidd ein eigen avtale for dette?	Nei
Kven har rettigheter til å handtera dataa?	<i>Anne Grethe Bjørklid, Viktoria Sjøset Bækkelund og veileder Eline Skirnisdottir Vik</i>
Kven har tilgang til dataa i prosjektperioden?	<i>Anne Grethe Bjørklid, Viktoria Sjøset Bækkelund og veileder Eline Skirnisdottir Vik</i>
Kven har eigarskap til dataa?	<i>UiT, Anne Grethe Bjørklid, Viktoria Sjøset Bækkelund og veileder Eline Skirnisdottir Vik</i>

Innsamling/generering av data	
Kva slags data skal samlast inn/genererast (t.d. observasjonar, simuleringar, intervju)? Før òg opp eventuell(e) kjelde(r) (t.d. korpus eller eksisterande data). Kvinner som skal føde sitt første barn i Norge mellom november 2023-august 2024. Samler inn bakgrunnsdata, lesevaner om nyhetssaker om fødselsomsorgen og påstander med bekymringer og behov. Anonym data.	
Kva standardar og metodar vil bli brukte til innsamling/generering?	Elektronisk spørreskjema.
Når vil innsamling/generering bli gjort?	November/desember 2023
Kva slags type data er det (t.d. tekst, bilete, numeriske data, lyd, osv.)?	Forhåndsdefinerte spørsmål og svarkategorier
Er det behov for ekstra utstyr eller programvare i samband med innsamling/generering?	SPSS
Er det behov for spesialistekspertise i samband med innsamling/generering?	Nei
Finst det data om emnet frå før (internt eller eksternt), og korleis kan desse i så fall integrerast og gjenbrukast i prosjektet? Såvidt vi vet finnes det svært begrenset med data om temaet fra tidligere.	

Dokumentasjon og metadata

(Jmfør [Deposit Guidelines](#) for UiT Open Research Data. NB! Denne bolken gjeld alle typar forskingsprosjekt. God dokumentasjon er viktig for rett forståing og tolking av data også på lang sikt, uavhengig av om data skal delast eller ikkje.)

Korleis skal dataa dokumenterast, slik at du og andre kan forstå og bruke dei også på lang sikt?
Dataen skal brukes i masteroppgaven og blir tilgjengelig på Munin

Kva metadatastandard(ar) vil bli brukt(e)?
www.nettskjema.no

Kva filformat blir brukt(e)?
Word, SPSS og PDF

Kva slags mappestruktur og filnamnkonvensjonar blir brukte?
SharePoint

Trengst det spesiell programvare for å lesa/tolka dataa?
SPSS

Lagring og bevaring i prosjektperioden

Kva er prosedyrane for lagring og tryggleikskopiar, og kor blir dette gjort?
Data er lagret i SharePoint

Kven er ansvarleg for tryggleikskopiar og ev. gjenoppretting?
Anne Grethe Bjørklid og Viktoria Sjøset Bækkelund

Kva er venta filstorleik på dataa?
I underkant av 1 MB.

Disponerer du over nok lagringsressursar, eller har du behov for ekstra tenester?
Har nok lagringsressurser

Ved feltarbeid, korleis blir sikker flytting av data frå feltinnsamling til hovudlagringsystem teke hand om?
Ikke aktuelt i denne studien

Arkivering og deling

I samsvar med pkt. 2 i UiTs retningsliner skal UiT som hovudregel ha tilgang til bruk av alle forskingsdata genererte ved institusjonen.

Kva data skal bevarast, og kva data skal destruerast etter prosjektslutt?

Data bevarast til sensur av oppgaven foreligger.

Skal dataa langtidsbevarast, og i så fall korleis blir det avgjort kva som skal bevarast?

Nei

Vil dataa bli gjorde ope tilgjengelege? Dersom berre eit utval av dataa blir gjort tilgjengeleg, spesifiser utvalet.

Nei

Dersom dataa ikkje skal delast, kva er grunngevinga for dette?
Primærdata blir ikke delt.

Må dataa behandlast (t.d. anonymiserast, konverterast til arkivverdige filformat) før dei kan delast, og i så fall korleis? Data er anonyme.
Kor blir data, metadata, dokumentasjon og ev. kode knytt til dataa arkiverte? Nettskjema.no og SharePoint
Kva slags metodar eller programvare trengst for å få tilgang til dataa? Er dette ope tilgjengeleg? Data er ikkje åpen tilgjengelig. Det trengs SPSS og nettskjema
Når blir dataa gjorde tilgjengelege, og kor lenge skal dei oppbevarast? <i>Primærdata blir ikkje tilgjengelig og slettes når senur for masteroppgaven foreligger i slutten av mai 2024.</i>
Kva slags lisens(ar) for gjenbruk vil bli brukt(e)? <i>(I samsvar med pkt. 4.7 i UiTs retningsliner skal forskingsdata utstyrast med lisensar for tilgang, gjenbruk og vidare distribusjon. Lisensane bør vera internasjonalt anerkjende og leggja så få restriksjonar som mogleg på dataa. Forskaren må sikre at lisensar og gjeldande vilkår ved bruk eller deling av tredjeparts data blir overhaldne.)</i>
Er det andre vilkår, restriksjonar eller embargo på bruk av dataa?

Etikk og samtykke <i>(Jamfør Personvern og forskning.)</i>
Er dataa personsensitive? <i>(Dersom ja, svar òg på dei neste to spørsmåla.)</i> Nei
Vil det bli henta inn samtykke til bevaring og deling av dataa? Dersom ja, korleis?
Korleis blir deltakaridentitet beskytta?



