

# Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for fødende kvinner

Prosjektplan for systematisk oversikt

# Sammendrag

Gravide kvinner kan oppleve avstanden mellom hjemmet og fødeinstitusjon som en utrygg situasjon for seg selv og barnet. Siden 2010 har de regionale helseforetakene i Norge hatt ansvar for en følgetjeneste for fødende med > 90 minutters reisevei til fødeinstitusjon. Følgetjeneste tilbyr en døgkontinuerlig vaktberedskap med tilbud om en kvalifisert faglig vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for hjelp og om det er behov for følge av jordmor eller lege til fødestedet. Hensikten med denne systematiske oversikten er å framskaffe et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å svare på:

1. Hva er betydningen av avstand til fødeinstitusjon for uønskede hendelser, risiko for komplikasjoner og sykkelighet hos gravide/fødende og foster/barn?
2. Hva er effekten/betydning av følgetjeneste sammenliknet med ingen følgetjeneste på uønskede hendelser, risiko for komplikasjoner og sykkelighet hos gravide/fødende som bor > 90 minutter fra fødeinstitusjon og deres foster/barn?

Hvis vi finner lite eller ingen forskning som svarer på problemstilling 1 og 2, vil vi forsøke å besvare følgende spørsmål:

3. Hva er gravide og deres partners følelse, opplevelse og erfaring rundt sikkerhet og trygghet ved å bo langt fra fødested?
4. Hvilke erfaringer har gravide som bor langt fra fødeinstitusjon med følgetjenester?

For å identifisere relevante studier vil en bibliotekar søke i internasjonale litteraturl databaser for studier publisert mellom 2010-2020 som ser på betydningen av avstand til fødeinstitusjon for gravide og barna. To forskere vil uavhengig av hverandre vurdere titler og sammendrag og deretter full tekst av de identifiserte studiene opp mot seleksjonskriteriene. Vi vil deretter hente ut og analysere data fra de endelig inkluderte artiklene, vurdere deres metodiske kvalitet samt vår tillit til resultatene med egnede sjekklister og verktøy. De samlede resultatene vil vi presentere og publisere i en rapport.

**Tittel:**

Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for fødende kvinner

-----  
Prosjektplan for systematisk oversikt

**Oppdragsgiver:**

Helsedirektoratet

**Startdato:**

19.11.2020

**Sluttdato:**

14.04.2021

**Lag:**

Heather Ames (lagleder)  
Louise Signe Forsetlund  
Lillebeth Larun  
Gyri Hval (bibliotekar)

**Fagfeller:**

Liv Merete Reinart, fung. avdelingsdirektør, FHI  
Ellen Blix, professor, Oslo Met  
Hilde Engjom, gynekolog/forsker, Haukeland universitetssykehus

**Godkjent av:**

Hege Kornør, avdelingsdirektør, FHI  
Kåre Birger Hagen, fagdirektør, FHI

---

# Summary

Pregnant women can experience the distance between their homes and delivery institutions as unsafe for themselves and the baby. Since 2010 the regional health trusts in Norway have had responsibility for accompaniment of women in labour who live 90 minutes or more from the institution where they will deliver. Accompaniment services offer 24-hour access to a midwife or doctor who can assess whether a woman is in active labour or for other reasons requires accompaniment to the delivery institution. The purpose of this systematic review is to answer the following questions:

1. What is the meaning of distance to delivery institution for unwanted events, risk of complications and illness for the woman and the foetus/baby?
2. What is the effect/meaning of accompaniment compared with no accompaniment on unwanted events, risk of complications and illness for the woman and the foetus/baby who live more than 90 minutes from the delivery institution?

If we find little or no research which answers these two questions, we will seek to answer the following questions:

3. How do pregnant women and their partners feel about living far from their delivery institution with concern to safety and security? What are their experiences related to these concerns?
4. What are the experiences of pregnant women who live far from their delivery institution with accompaniment services?

To identify relevant studies, a librarian will search in relevant international databases for studies published between 2010 and 2020 that look at the meaning of distance to delivery institution for pregnant women and babies. Two researchers will independently screen titles and abstracts and thereafter full text articles against specific inclusion criteria. We will then ex-

**Title:**  
The meaning of travel distance to delivery institutions and accompaniment for women giving birth

-----  
Protocol for a systematic review  
-----

**Commissioner:**  
The Norwegian Directorate of Health

-----  
**Start date:**  
30.09.2020

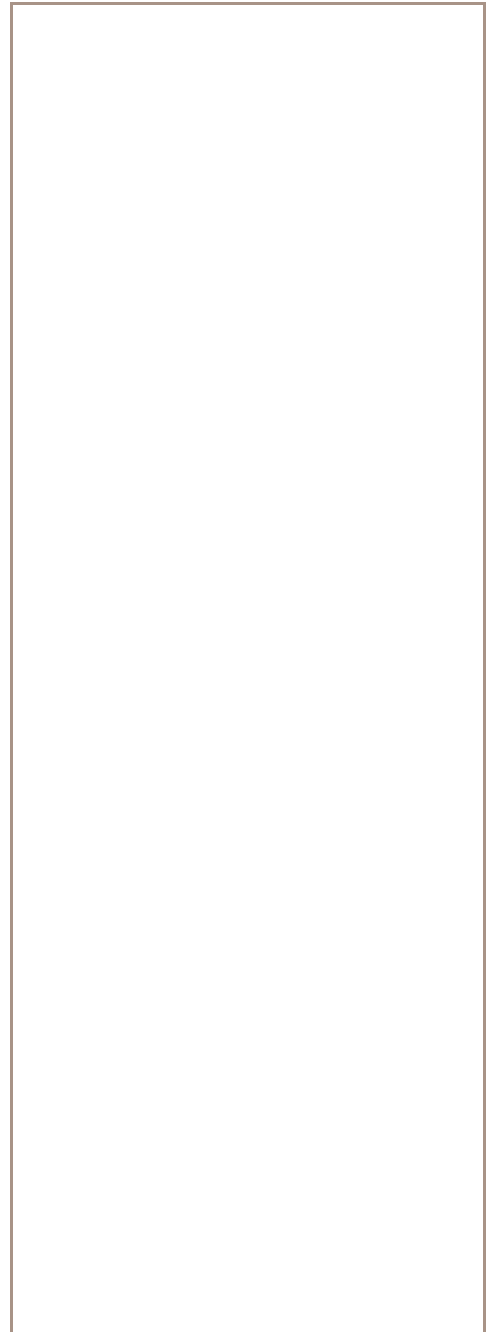
**End date:**  
14.04.2020  
-----

**Team:**  
Heather Ames (team leader)  
Louise Signe Forsetlund  
Lillebeth Larun  
Gyri Hval (information specialist)

-----  
**Peer reviewers:**  
Liv Merete Reinart, Deputy Department Director, NPHI  
Ellen Blix, professor, Oslo Met  
Hilde Engjom, Gynecologist/Researcher, Haukeland University Hospital

**Approved by:**  
Hege Kornør, Department Director, NPHI  
Kåre Birger Hagen, Specialist Director, NIPH

tract and analyse relevant data from the included studies, assess their methodological quality and our confidence in our findings with specific checklists and tools. The combined results will be presented and published in a report.



---

# Oppdrag

Helsedirektoratet skal revidere veilederen "Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner" og gjøre den til en nasjonal faglig retningslinje. I den forbindelse fikk Folkehelseinstituttet den 29. september 2020 i oppdrag å levere en systematisk oversikt om effekten av organisert følge- og beredskapstjeneste på fødselsutfall hos kvinner som har henholdsvis 60-90 og >90 minutters reisevei til fødeinstitusjon.

I og med at følgetjenester ser ut til å være et særnorsk fenomen, og det virker usannsynlig at det fins studier som sammenlikner følgetjenester ved henholdsvis 60 minutters og 90 minutters reisevei eller mer, vil vi etter avtale med oppdragsgiver oppsummere studier med en litt bredere tilnærming. Vi vil primært utarbeide en systematisk oversikt over studier som har undersøkt betydningen av avstand til fødeinstitusjon for helseisiko hos den fødende og hennes barn. Sekundært vil vi også inkludere studier om erfaringer med lang reisevei til fødeinstitusjon og med følgetjenester.

---

# Bakgrunn

---

## Beskrivelse av problemet

---

Innbyggere i områder med spredt bosetting har ofte lang reisevei til offentlige tjenestetilbud som sykehus. Gravide kvinner utgjør en gruppe innbyggere i utkantstrøk som kan oppleve avstanden mellom hjemmet og fødeinstitusjon som en utrygg situasjon for seg selv og barnet. Vær- og trafikkforhold, fjelloverganger og ferger kan bidra til uforutsigbarhet med hensyn til reisetid.

Tall fra Medisinsk fødselsregister (1) viser at andelen ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon har ligget stabilt på 0,5 % til 0,7 % på landsbasis. I følge en norsk retrospektiv kohortstudie har ikke-planlagte fødsler utenfor fødeinstitusjon en høyere risiko for peripartum perinatal død (død under eller innen 24 timer etter fødsel) enn fødsler i fødeinstitusjon (2, 3). På den annen side viste en retrospektiv studie fra Australia at 88 % av ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon hadde ukompliserte forløp (4). Den norske studien viste også at risikoen for ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon øker med avstand mellom hjemmet og fødeinstitusjonen (2, 5), og at førstegangsfødende med mer enn en times reisevei til fødeinstitusjon har 50 % større risiko for alvorlige komplikasjoner som eklampsi og HELLP-syndrom (6).

---

## Beskrivelse av tiltaket

---

### Følgetjeneste

Siden 2010 har de regionale helseforetakene i Norge hatt ansvar for en døgkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjon (7, 8). Følgetjeneste omfatter døgkontinuerlig vaktberedskap med tilbud om en kvalifisert faglig vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for hjelp. Følgetjenesten med vaktberedskap skal omfatte jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp. Det betyr at jordmor eller lege gjør opp klinisk status ved fødselsforløp eller andre hendelser hos gravide (f.eks. vannavgang, blødning, premature rier), har dialog med fødeenhet eller fødestue og vurderer egnet transport; ambulanse - bil/båt/fly (bare transport, ikke akutt) og om det er behov for følge av jordmor eller lege der det er halvannen times reisevei eller mer (veiledende grense 90 minutter) til fødestedet (7).

Følgetjenesten skal organiseres i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, med prehospitaltjenester som legevakt og ambulanse og den kommunale

jordmortjenesten. Den kommunale jordmortjenesten kan etter avtale med helseforetak få ansvar for vaktberedskapen (7).

Vi har ikke funnet liknende tjenester i land som Australia, Canada, New Zealand, Sverige, Stor-Britannia og Frankrike. I noen av disse landene kan kvinner, som oftest sårbare grupper eller de som bor langt fra sykehus, tilbys opphold på hotell eller sykehus i påvente av fødselen (9-14). Alternativt tilbys de transport med ambulanse eller luftambulanse fra hjemmet sitt, eller fra primær- til spesialisthelsetjenesten når det er akutt (15-19). Hvis det ikke er akutt har de selv ansvar for å komme seg til sykehus (20).

---

## Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen

---

I følge en kartlegging utført av VG i 2019 (21) mangler 77 kommuner en fungerende følgetjeneste. De regionale helseforetakene forklarer ifølge avisen den manglende følgetjenesten med at reiseveien i de fleste av disse kommunene er mindre enn 90 minutter, som er den veiledende grensen for når følgetjeneste skal tilbys. Dette har igjen bidratt til en debatt om hvorvidt grensen bør flyttes til 60 minutters reisevei. Debatten om grensen for ved hvor lang reisevei følgetjenesten skal tilbys pågår fortsatt, til tross for at Stortinget 4. februar 2020 vedtok å *ikke* flytte grensen (22).

Vi kjenner ikke til eksisterende forskningsresultater om effekten av å tilby følgetjeneste til fødende med 60 minutters reisevei eller mer, sammenliknet med mer enn 90 minutters reisevei.

---

## Mål/hensikt

---

Hensikten med denne systematiske oversikten er å framskaffe et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å svare på følgende spørsmål fra vår oppdragsgiver: Skal grensen for organisert følgetjeneste med vaktberedskap være ved 60 minutters reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon, eller 90 minutter?

---

# Metode

I og med at følgetjenester (se definisjon i bakgrunn) ser ut til å være et særnorsk fenomen og det virker usannsynlig at det fins studier som sammenlikner følgetjenester ved henholdsvis 60 minutters og 90 minutters reisevei eller mer, vil vi oppsummere studier med en litt bredere tilnærming. Vi vil primært utarbeide en systematisk oversikt over studier som har undersøkt betydningen av avstand til fødeinstitusjon for helserisiko hos den fødende og hennes barn. Sekundært vil vi også inkludere studier om erfaringer med lang reisevei til fødeinstitusjon og med følgetjenester.

En systematisk oversikt identifiserer, vurderer og oppsummerer den beste, tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen på et spesifikt tema (23). Vi vil utarbeide den systematiske oversikten i overenstemmelse med FHI's metodehåndbok for forskningsoppsummering (24), som danner grunnlaget for den framgangsmåten som er beskrevet i denne prosjektplanen.

---

## Problemstillinger

---

Vi prioriterer å svare på spørsmål om hvorvidt avstand til fødested er tilknyttet en større helserisiko:

1. Hva er betydningen av avstand til fødeinstitusjon for uønskede hendelser, risiko for komplikasjoner og sykkelighet hos gravide/fødende og foster/barn?
2. Hva er effekten/betydning av følgetjeneste sammenliknet med ingen følgetjeneste på uønskede hendelser, risiko for komplikasjoner og sykkelighet hos gravide/fødende som bor > 90 minutter fra fødeinstitusjon og deres foster/barn?

Hvis vi finner lite eller ingen forskning som svarer på problemstilling 1 og 2, og tidsrammen for prosjektet tillater det, vil vi svare på følgende spørsmål:

3. Hva er gravide og deres partners følelse, opplevelse og erfaring rundt sikkerhet og trygghet ved å bo langt fra fødested?
  4. Hvilke erfaringer har gravide som bor langt fra fødeinstitusjon med følgetjenester?
- Hvis vi svarer på alle problemstillinger vil resultatene fra den kvantitative og den kvalitative syntesen presenteres separat, men sammenstilles i diskusjonsdelen.



---

## Inklusjonskriterier

---

### Problemstilling 1 og 2

**Studiedesign** (i prioritert rekkefølge):

1. Systematiske oversikter
2. Randomiserte studier
3. Ikke-randomiserte studier med sammenligningsgrupper

<b>Populasjon:</b>	Gravide/fødende kvinner og deres foster/barn
<b>Tiltak/eksponering:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lang avstand (som definert av studien) til fødeinstitusjon (Problemstilling 1). (Vi vil kartlegge hvordan de forskjellige inkluderte studiene har målt avstand og så gruppere dem for analyse hvor mulig)</li><li>• Følgetjeneste (Problemstilling 2): Følgetjeneste som omfatter døgnkontinuerlig vaktberedskap med tilbud om en kvalifisert faglig vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for hjelp. Følgetjenesten med vaktberedskap skal omfatte jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp. Det betyr at jordmor eller lege gjør opp klinisk status ved fødsel eller andre hendelser hos gravide (f.eks. vannavgang, blødning, premature rier), har dialog med fødeenhet eller fødestue og vurderer egnet transport; ambulanse - bil/båt/fly (bare transport, ikke akutt) og om det er behov for følge av jordmor eller lege der det er halvannen times reisevei eller mer (veiledende grense 90 min) til fødestedet.</li></ul>
<b>Sammenlikning:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kort avstand (som definert i studien) til fødeinstitusjon (Problemstilling 1)</li><li>• Ingen følgetjeneste (Problemstilling 2)</li></ul>
<b>Utfall:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle alvorlige og potensielt livstruende komplikasjoner hos fosteret/barnet (for eksempel: perinatal død, for tidlig fødsel, hypotermi, innleggelse nyfødttintensiv, APGAR &lt; 7 etter 5 minutter)</li><li>• Alle alvorlige og potensielt livstruende komplikasjoner hos kvinnen (for eksempel: død, ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon, eklampsi/HELLP-syndrom, blødninger, perinealrifter 3. og 4. grad, uterusruptur, operativ forløsning)</li><li>• Pasienttilfredshet, opplevd trygghet</li></ul>
<b>Land</b>	Ingen begrensning
<b>Publiserings år</b>	2010 - november 2020

**Språk** Språk som minst ett av lagmedlemmene eller annen FHI-  
medarbeider behersker: engelsk, norsk, svensk, dansk,  
fransk, tysk, spansk, italiensk

### **Eksklusjonskriterier**

- Systematiske oversikter av middels eller lav metodisk kvalitet bedømt ved hjelp av sjekklister (24)
- Planlagt hjemmefødsel med avtale med jordmor
- Studier som undersøker akuttmedisinsk transport (øyeblikkelig hjelp)

### **Problemstilling 3 og 4**

Hvis vi finner få eller ingen studier om effekt/betydning av avstand, og tidsrammen for prosjektet tillater det, vil vi se på kvalitative studier om kvinners erfaring med og følelse av trygghet og sikkerhet knyttet til avstand til fødeinstitusjon.

<b>Populasjon:</b>	Gravide/fødende kvinner og deres partnere som bor langt fra fødeinstitusjon og ikke planlegger hjemmefødsel
<b>Fenomen av interesse:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gravide/fødende kvinner og deres partners erfaring med/opplevelse og følelse av trygghet og sikkerhet knyttet til avstand til fødeinstitusjon (Problemstilling 3)</li><li>• Erfaringer med følgetjenester blant gravide/fødende som bor langt fra fødeinstitusjon (Problemstilling 4)</li></ul>
<b>Studiedesign:</b>	Systematiske oversikter over kvalitativ forskning eller empiriske studier som bruker kvalitative metoder for datainnsamling og analyse
<b>Land</b>	Ingen begrensning
<b>Publiseringsår</b>	2010 - november 2020
<b>Språk</b>	Språk som minst ett av lagmedlemmene eller annen FHI- medarbeider behersker: engelsk, norsk, svensk, dansk, fransk, tysk, spansk, italiensk

---

### **Litteratursøk (Alle studiedesigns)**

---

En bibliotekar (Gyri Hval) vil søke etter publikasjoner i elektroniske databaser. Bibliotekaren vil utarbeide en søkestrategi med en kombinasjon av emneord og tekstord basert på inklusjonskriteriene, og søke systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- MEDLINE (Ovid)
- EMBASE (Ovid)
- Cinahl (EBSCO)
- Cochrane Database of Systematic Reviews (protocols, reviews)
- Cochrane Central Register of Controlled Trials

- Epistemonikos
- Scopus

En annen bibliotekar vil fagfelleverdure dette arbeidet med utgangspunkt i PRESS 2015 Guideline Evidence-Based Checklist (25).

Dersom tidsrammen for prosjektet tillater det, vil vi også søke etter grå litteratur i norske, svenske og danske bibliotekskataloger og Google, og sjekke lister over inkluderte studier i relevante systematiske oversikter.

Fullstendig søkestrategi vil ligge som vedlegg i den endelige rapporten.

---

## **Utvelgning av studier (Alle problemstillinger)**

---

Vi vil importere alle referanser fra referansehåndteringsverktøyet EndNote til EPPI-Reviewer 4 (26), hvor vi vil vurdere titler og sammendrag opp mot inklusjonskriteriene. Hver referanse vil vurderes ved at to forskere parvis og uavhengig av hverandre vurderer alle identifiserte titler og sammendrag for inklusjon og eksklusjon. Vi vil benytte funksjonen prioritert screening og etter at relevanseplataet er nådd vil lite relevante referanser vurderes av én forsker. Vi vil løse uenighet ved diskusjon, eventuelt ved å konferere med en tredje forsker i teamet. Dersom en mulig relevant referanse mangler sammendrag i EPPI-Reviewer vil vi forsøke å finne det manuelt ved hjelp av enkle søk og legge det inn i verktøyet.

Vi vil først gjennomføre en pilotundersøkelse der forskerteamet ved Folkehelseinstituttet screener de samme titlene og sammendragene, for så å drøfte oss fram til felles forståelse av hva som skal inkluderes og ekskluderes.

---

## **Vurdering av metodisk kvalitet av systematiske oversikter (alle problemstillinger)**

---

Hvis vi finner systematiske oversikter som svarer på en eller flere problemstillinger vil vi vurdere deres metodiske kvalitet med bruk av sjekklister fra «Slik oppsummerer vi forskning» (24). Vi vil inkludere oversikter av høy metodisk kvalitet.

---

## **Dataauthenting (Problemstillinger 1 og 2)**

---

Vi bruker programvaren EPPI-reviewer (26) eller Covidence (27) for dataauthenting. Én prosjektmedarbeider vil hente ut følgende data fra de inkluderte studiene:

- Førsteforfatter, publiseringsår, setting/land, antall deltakere, studieperiode/årstall for datainnsamling
- Kvinnenes alder, paritet, antall barn per svangerskap
- Avstand til fødeinstitusjon i minutter, timer, kilometer, mil, miles eller hva som er oppgitt i studien

- Fødested (hjemme/under transport, fødestue/fødeavdeling/kvinneklinikk/helsetasjon/legekontor/sykehjem), type helsepersonell som fulgte den fødende i transport til fødested og/eller var til stede under fødsel (for eksempel: ambulanspersonell, jordmor, lege med/uten spesialitet), type transport under fødsel/til fødeinstitusjon (ambulansebil/-fly/-helikopter, taxi, privat bil)
- Utfall (inkludert målemetode, måletidspunkt(er))

En annen prosjektmedarbeider sjekker at dataauthenting stemmer. Vi løser uenighet om dataauthenting ved diskusjon, om nødvendig trekker vi inn en tredje prosjektmedarbeider for å oppnå enighet.

---

## Vurdering av risiko for systematiske skjevheter (Problemstillinger 1 og 2)

---

Vi vurderer risiko for systematiske skjevheter i randomiserte studier både på utfalls- og studienivå ved hjelp av Cochranes «Risk of Bias Tool» (RoB 2) (28). Observasjonsstudier vurderer vi ved hjelp av Cochranes «Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions Tool» (ROBINS-I) (29). To prosjektmedarbeidere gjør disse vurderingene uavhengig av hverandre. Eventuelle uenigheter løses ved diskusjon. Vurderingene vil innlemmes i senere vurderinger av tillit til resultatene (se eget avsnitt lenger ned).

---

## Sammenstilling (Problemstillinger 1 og 2)

---

Vi oppsummerer resultatene fra inkluderte primærstudier i metaanalyser der det er mulig. Det vil si at studiene må være tilstrekkelig homogene med tanke på studiedesign, deltakere, tiltak/eksponering, sammenlikning og utfallsmål. Vi inkluderer ikke resultater fra systematiske oversikter i metaanalysen.

For dikotome utfall, som perinatal død, vil vi beregne vi relativ risiko (RR) med 95 % konfidensintervaller (KI). For kontinuerlige utfall, som grad av tilfredshet, beregner vi gjennomsnittsforskjeller (mean difference; MD) der utfallsmålene er målt på samme skala, og standardiserte gjennomsnittsforskjeller (standardised mean difference; SMD) der utfallsmålene er målt på ulik skala. Også for kontinuerlige utfall vil vi beregne 95 % KI. Vi vil bruke random effect-modellen i analysene. Hvis studiene oppgir både justerte og ujusterte effektestimater, vil vi bruke de justerte estimatene.

Vi beregner også RR, MD og SMD med 95 % KI for studier der forskerne ikke har oppgitt disse selv. Vi beregner ikke p-verdier eller vurderer statistisk signifikans, da dette er fenomener som er hyppige gjenstander for feiltolkning (30, 31). Alle analyser og beregninger blir utført i programvaren Review Manager (RevMan; 32).

Hvis effektestimaterne ikke lar seg kombinere i metaanalyser, vil vi sammenstille resultatene i tekst og tabeller. Det samme gjelder hvis studiene rapporterer resultater som det ikke er mulig å beregne effektestimater av.

---

## Vurdering av tillit til resultatene (Problemstillinger 1 og 2)

---

Vi vil vurdere vår tillit til effektestimaterne ved hjelp av GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; 33). Vurderingen gjøres av én prosjektmedarbeider, mens en annen sjekker vurderingene. Vi vil benytte programvaren GRADEpro (34) til alle GRADE-vurderinger.

GRADE-tilnærmingen hjelper oss å vurdere påliteligheten av dokumentasjonen og der- ved hvilken tillit vi har til effektestimaterne for hvert utfallsmål (Tabell 1). Metoden inkluderer vurdering av risiko for skjevhet («Risk of Bias»), samsvar (konsistens) i resul- tater mellom studier, sammenlignbarhet (direkthet; hvor like populasjonene, interven- sjonene og utfallene i studiene er sammenliknet med de personer, tiltak og utfall man egentlig er opptatt av), hvor presise resultatestimaterne er, og om det er risiko for publi- seringsskjevheter. I tillegg vurderer vi dose-respons, størrelsen på effektestetet og hvorvidt eventuelle forvekslingsfaktorer er plausible, for observasjonsstudier med kon- trollgrupper.

**Tabell 1. GRADE-kategoriens betydning for påliteligheten av dokumentasjonen**

Kategori	Symbol	Betydning
Høy	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestetet ligger nær den sanne effekten.
Middels	⊕⊕⊕○	Vi har middels tillit til effektestetet. Det ligger sannsyn- ligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig
Lav	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestetet. Den sanne effek- ten kan være vesentlig ulik effektestetet.
Svært lav	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestetet ligger nær den sanne effekten.

### Spørsmål om erfaringer (problemstilling 3 og 4)

Hvis vi finner få eller ingen studier om effekt, og tidsrammen for prosjektet tillater det, vil vi se på kvalitative studier om kvinners erfaring med og følelse av trygghet og sik- kerhet knyttet til avstand til fødeinstitusjon.

---

### Dataauthenting og sampling (problemstilling 3 og 4)

---

Vi vil utarbeide et dataauthentingsskjema for dette prosjektet som inneholder følgende punkter:

- Førsteforfatter, publiserings år, setting/land, antall deltakere, studieperi- ode/årstall for datainnsamling
- Formålet med studien, eller problemstilling
- Beskrivelse av deltakerne
- Beskrivelse av avstand til fødeinstitusjon

- Datainnsamlings- og analyseteknikker
- Relevante funn

En annen prosjektmedarbeider sjekker at dataauthenting stemmer. Vi løser uenighet om dataauthenting ved diskusjon, om nødvendig trekker vi inn en tredje prosjektmedarbeider for å oppnå enighet.

Hvis vi finner mange studier vil vi vurdere å bruke sampling for å begrense antall studier som er med i analysen. For mye data kan true en kvalitativ analyse (35). Vi vil da bruke et stegvis rammeverk for sampling for å inkludere de studiene som best kan svare på vår problemstilling.

---

### **Vurdering av metodisk kvalitet (problemstilling 3 og 4)**

---

Vi vil vurdere metodisk kvalitet av de inkluderte kvalitative studiene med bruk av en tilpasset CASP-sjekkliste med 8 spørsmål.

1. Are the setting/s and context described adequately?
2. Is the sampling strategy described and is this appropriate?
3. Is the data collection strategy described and justified?
4. Is the data analysis described and is this appropriate?
5. Are the claims made/findings supported by sufficient evidence?
6. Is there evidence of reflexivity?
7. Does the study demonstrate sensitivity to ethical concerns?
8. Any other concerns?

Sjekklisten har tidligere blitt brukt i andre oppsummeringer av kvalitativ forskning (36-38). Vi vil gjøre en pilot med fem studier og diskutere uenigheter før vi går videre. Vi vil ikke bruke evalueringen for å ekskludere studier men for å vurdere det relative bidrag av hver studie til funnene.

To prosjektmedarbeidere gjør disse vurderingene uavhengig av hverandre. Eventuelle uenigheter løses ved diskusjon. Vurderingene vil innlemmes i senere vurderinger av til-  
lit til resultatene (se eget avsnitt lenger ned).

---

### **Sammenstilling (problemstilling 3 og 4)**

---

Resultatene fra de kvalitative studiene vil sammenstilles analytisk, for eksempel i form av en tematisk syntese (39). Tematisk syntese innebærer tre trinn: detaljert koding av tekst, utvikling av deskriptive tema, samt utvikling av analytiske tema. Dette skal gi en eksplisitt og transparent kobling mellom teksten i de opprinnelige studiene og konklusjonene i den systematiske oversikten (ibid).

---

## Vurdering av tillit til resultatene (problemstilling 3 og 4)

---

Når vi vurderer tillit til resultatene i kvalitative studier bruker vi GRADE-CERQual, en systematisk og transparent vurdering som i GRADE, men tilpasset kvalitativ forskning (40). Skalaen i CERQual er firedelt og går fra høy til svært lav tillit, men vurderingen er basert på andre momenter. Vurdering av tillit til hvert resultat (hvert funn i oversikten) er basert på følgende fire komponenter: metodiske begrensinger (methodological limitations), relevans (relevance), sammenheng (coherence), og omfang og dybde av data (adequacy).

For hver av de fire komponentene i CERQual kan vi ha ulik grad av betenkeligheter (concerns):

- Ingen betenkeligheter
- Små betenkeligheter
- Moderate betenkeligheter
- Store betenkeligheter

Etter vurdering av de fire komponentene, ser vi vurderingene under ett for hvert funn i oversikten og ender opp med en tillitsvurdering: svært lav, lav, moderat eller høy tillit (symboler og betydning som for GRADE).

---

## Fagfelleevaluering av prosjektplan og rapport

---

To eksterne fagfeller oppnevnt av Helsedirektoratet og én intern fagfelle ved Folkehelseinstituttet bidrar til utviklingen av denne prosjektplanen.

Rapporten skal også fagfellevurderes av de to eksterne og den interne fagfellen.

Både prosjektplan og rapport godkjennes av fagdirektør i Folkehelseinstituttets klynge for vurdering av tiltak før publisering.

---

## Tidsplan

---

**Startdato:** 19.11.2020

**Sluttdato:** 14.04.2020

<b>Trinn/delleveranse</b>	<b>Startdato</b>	<b>Sluttdato</b>
<i>Utvikling av prosjektplan</i>	19.11.2020	07.12.2020
<i>Litteratursøk</i>	07.12.2020	11.12.2020
<i>Utvelging av studier</i>	14.12.2020	21.01.2021
<i>Dataauthenting</i>	21.01.2021	03.02.2021
<i>Vurdering av risiko for skjevheter</i>	03.02.2021	17.02.2021
<i>Sammenstilling</i>	17.02.2021	01.03.2021
<i>Vurdering av tillit til resultatene</i>	01.03.2021	08.03.2021
<i>Andre analyser</i>		
<i>Rapportutkast</i>	08.03.2021	22.03.2021
<i>Fagfellevurdering</i>	22.03.2021	05.04.2021
<i>Godkjenning</i>	13.04.2021	
<i>Oversendelse oppdragsgiver og publisering</i>	14.04.2021	

### **Tiltak ved eventuell forsinkelse**

Hvis det skulle oppstå forhold som utgjør en risiko for at sluttdatoen ikke kan overholdes, som for eksempel uforutsett langtidsfravær blant prosjektmedarbeiderne, et større antall søketreff enn forventet, flere inkluderte studier enn forventet eller andre forhold, vil et eller flere av følgende tiltak være aktuelle:

- Ytterligere avgrensninger i inklusjonskriterier (etter avtale med oppdragsgiver)
- Økt bemanning innenfor den avtalte rammen av månedsverk
- Forskyving av sluttdato (etter avtale med oppdragsgiver)

---

### **Leveranser og publisering**

---

Godkjent prosjektplan blir publisert på fhi.no og på cristin.no sammen med en kort nettomtale av prosjektet.

#### **Hovedleveranse**

Hovedleveransen fra dette arbeidet vil være en systematisk oversikt i rapportform. Rapporten er først og fremst beregnet for oppdragsgivers retningslinjearbeid, men skal også kunne leses av et bredt publikum. Rapporten skal skrives i et klart språk på norsk. Vi vil publisere rapporten sammen med en nyhetssak på fhi.no to uker etter oversendelse til oppdragsgiver. Vi åpner også for å publisere hele eller deler av rapportenes innhold som en eller flere artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

#### **Delleveranser**

Som delleveranser vil vi sende oppdragsgiver resultatet av hvert trinn i oppsummeringsprosessen som skissert i tidsplanen ovenfor.

**Nøkkelord:** Maternal Health Services; Time Factors; Transportation of Patients



---

## **Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier ved FHI**

---

Ingen.

---

# Referanser

1. Medisinsk fødselsregister - statistikkbank [database]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020 [updated 23. november 2020. Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>.
2. Engjom HM, Morken NH, Hoydahl E, Norheim OF, Klungsoyr K. Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(2):210 e1- e12.
3. Gunnarsson B, Smáráson AK, Skogvoll E, Fasting S. Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2014;93(10):1003-10.
4. McLelland G, McKenna L, Morgans A, Smith K. Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):15.
5. Engjom HM, Morken NH, Norheim OF, Klungsoyr K. Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. *BJOG*. 2014;121(3):290-9.
6. Engjom HM, Morken NH, Hoydahl E, Norheim OF, Klungsoyr K. Risk of eclampsia or HELLP-syndrom by institution availability and place of delivery - A population-based cohort study. *Pregnancy Hypertens*. 2018;14:1-8.
7. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Contract No.: IS-1877.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. 2009. Contract No.: St.meld. nr. 12 (2008-2009).
9. Lawford K. Understanding the Experiences and Processes of Health Canada's Evacuation Policy for Pregnant First Nations Women in Manitoba: Université d'Ottawa/University of Ottawa; 2017.
10. Kildea S, Gao Y, Rolfe M, Josif CM, Bar-Zeev SJ, Steenkamp M, et al. Remote links: redesigning maternity care for Aboriginal women from remote communities in Northern Australia—a comparative cohort study. *Midwifery*. 2016;34:47-57.
11. Chamberlain M, Barclay K. Psychosocial costs of transferring indigenous women from their community for birth. *Midwifery*. 2000;16(2):116-22.
12. van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. *Cochrane database of systematic reviews*. 2012(10).
13. Wendland J. Le travail des centres maternels auprès de jeunes mères célibataires à haut risque. *L'Evolution psychiatrique*. 2010;75(2):249-59.
14. Vermeiden T, Stekelenburg J. Commentary: Maternity waiting homes as part of an integrated program for maternal and neonatal health improvements: women's lives are worth saving. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2017;62(2):151-4.
15. Patterson J, Foureur M, Skinne J. Patterns of transfer in labour and birth in rural New Zealand. *Rural and Remote Health*. 2011.
16. Patterson J, Skinner J, Foureur M. Midwives' decision making about transfers for 'slow' labour in rural New Zealand. *Midwifery*. 2015;31(6):606-12.

17. Kuliukas L, Duggan R, Lewis L, Hauck Y. Women's experience of intrapartum transfer from a Western Australian birth centre co-located to a tertiary maternity hospital. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):33.
18. Geerts CC, Klomp T, Lagro-Janssen AL, Twisk JW, Van Dillen J, De Jonge A. Birth setting, transfer and maternal sense of control: results from the DELIVER study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):27.
19. Van Wagner V, Epoo B, Nastapoka J, Harney E. Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *The Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007;52(4):384-91.
20. baby Pba. Going to hospital Australia2020 [Available from: <https://www.pregnancybirthbaby.org.au/going-to-hospital>].
21. Huuse CF, Oddstad G. Kvinner i hele Norge har krav på følge av jordmor til sykehus – ordningen svikter [nettartikkel]. Oslo: VG; 2019 [updated 14. august 2019]. Available from: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/y3GwER/kvinner-i-hele-norge-har-krav-paa-foelge-av-jordmor-til-sykehus-ordningen-svikter>.
22. Stortinget. Møte tirsdag den 4. februar 2020 2020 [updated 4. februar 2020]. Available from: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2019-2020/refs-201920-02-04?m=8#2020-02-04-5>.
23. Oxman AD, Guyatt GH. The science of reviewing research a. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1993;703(1):125-34.
24. Slik oppsummerer vi forskning. Metodebok. Folkehelseinstituttet. 2014 [Available from: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>].
25. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;75:40-6.
26. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. EPPI-Reviewer 4: software for research synthesis. EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, UCL Institute of Education.; 2010.
27. Veritas Health Innovation. Covidence systematic review software. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation; 2009.
28. Higgins JPT, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Sterne JAC. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial. 2019 August 2019 [cited 01.04.2020]. In: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Internet]. Cochrane. 6.0. [cited 01.04.2020]. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook>.
29. Sterne JAC, Hernan MA, McAleenan A, Reeves BC, Higgins JPT. Chapter 25: Assessing risk of bias in a non-randomized trial. 2019 August 2019 [cited 01.04.2020]. In: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Internet]. Cochrane. 6.0. [cited 01.04.2020]. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook>.
30. Wasserstein RL, Lazar NA. The ASA's Statement on p-Values: Context, Process, and Purpose. *The American Statistician*. 2016;70(2):129-33.
31. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 5.1.0 ed: The Cochrane Collaboration; 2011.
32. Review Manager (RevMan). 5.3 ed. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, Cochrane 2014.
33. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations: The GRADE Working Group; 2013. Available from: <https://gradepro.org/guidelinedevelopment.org/handbook>.
34. GRADEpro Guideline Development Tool [programvare]: McMaster University, 2015 (utviklet av Evidence Prime, Inc.); 2015 [Utviklet av Evidence Prime, Inc.]. Available from: [www.gradepr.org](http://www.gradepr.org).
35. Ames H, Glenton C, Lewin S. Purposive sampling in a qualitative evidence synthesis: a worked example from a synthesis on parental perceptions of vaccination communication. *BMC medical research methodology*. 2019;19(1):26.

36. Ames HM, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(2).
37. Ames HM, Glenton C, Lewin S, Tamrat T, Akama E, Leon N. Clients' perceptions and experiences of targeted digital communication accessible via mobile devices for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(10).
38. Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(11).
39. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology*. 2008;8(1):45.
40. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, Munthe-Kaas H, Glenton C, Colvin CJ, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 2: how to make an overall CERQual assessment of confidence and create a Summary of Qualitative Findings table. *Implementation Science*. 2018;13(1):10.