



Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag

Induksjon og informert samtykke

En kvalitativ studie om jordmødres opplevelser med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel

Marte Nymo Østgaard og Sigrid Einertrø

Masteroppgave i jordmorfag JMO-3008 22H, 03/2023

Veileder: Professor Ingela M. Lundgren

Antall ord: 15698

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært spennende, lærerik og i perioder utfordrende. Det har vært en prosess med mye mestring og frustrasjon. Vi har kjent på følelser som glede, stress og forventinger. Tema vi har valgt anser vi som spennende og interessant, samtidig veldig aktuelt i dagens samfunn.

Vi ønsker å rette en stor takk til jordmødrene som deltok i vår studie. Takk for at dere delte deres opplevelser, erfaringer og kunnskap med oss. Uten dere hadde vi ikke hatt mulighet til å gjennomføre denne studien. Vi vil takke vår fantastiske veileder professor Ingela Marie Lundgren. Tusen takk for gode innspill, motivasjon, støtte og veiledning underveis i denne prosessen. Vi ønsker også å takke for gode tilbakemeldinger og innspill fra lærere, medstudenter og vår språkvasker, Hege Nymo Østgaard. Takk til familie og venner som har støttet oss og gitt oss oppmuntrende ord gjennom denne perioden. Til sist, men ikke minst vil vi gi en stor takk til hverandre for et fantastisk samarbeid med gode diskusjoner og mye latter underveis i prosessen.

Sammendrag

Tittel: «Induksjon og informert samtykke» - En kvalitativ studie om jordmødres opplevelser med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel.

Hensikt: Å få en større forståelse og innsikt i jordmødres opplevelser med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel.

Problemstilling: Hvilke opplevelser har jordmødre med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel?

Metode: Det ble anvendt kvalitativ forskningsdesign med semistrukturert individualintervju. Analysen som ble brukt er inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat: Analysen resulterte i fire hovedkategorier: «fryktkultur preger hele induksjonsprosessen»: fryktkultur hindrer kvinnen i å få tilstrekkelig med informasjon som kan bidra til en negativ fødselsopplevelse, der jordmødrene møter på utfordring med å fremme en normal fødsel. «Indikasjon for induksjon styrer jordmors rolle»: jordmødrene opplever at de mister sin autonomi som jordmor, men har likevel en viktig rolle med å gi kvinnen eierskap og tilse at hun har forstått induksjonsprosessen. «Individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet»: delt beslutningstaking krever individtilpasset informasjon. «Tidspress er en dominerende faktor i induksjonsprosessen»: tidspress begrenser informasjonen kvinnen får og mulighet til å ta et informert samtykke.

Konklusjon: Fødselsomsorgen preges av en fryktkultur og tidspress som hindrer kvinner i å delta i beslutningsprosessen omkring induksjon, og ta et informert samtykke. Delt beslutningstaking krever individtilpasset informasjon. Belyste tiltak kan være å informere kvinner om induksjon i svangerskapsomsorgen og bedre samarbeid mellom svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Nøkkelord: Induksjon, informert samtykke, jordmor, opplevelse, delt beslutningstaking, medikalisering og fødsel.

Abstract

Title: «Induction and informed consent» - A qualitative study on midwives` experiences with induction and informed consent, in relation to giving birth.

Purpose: Gaining greater understanding and insight of midwives` experiences with women being induced and the informed consent associated with this.

Research question: What are the midwives` experiences with induction and informed consent in regard to childbirth?

Method: The research was conducted using a qualitative research design and semi-structured individual interviews. The analysis used is inspired by Malterud`s systematic text condensation.

Results: The analysis has resulted in four main categories: «a culture of fear characterizes the entire induction process»: a culture of fear prevents the woman from getting sufficient information that can contribute to a negative birth experience, where the midwives face the challenge of promoting a normal birth. «Indication for induction controls the midwife`s role»: the midwives experience that they lose their autonomy as midwives, but still have an important role in giving the woman ownership and ensuring that she has understood the induction process. «Individualized information is necessary for women`s participation»: shared decision-making requires individually adapted information. «Time pressure is a dominant factor in the induction process»: time pressure limits the information the woman receives and the opportunity to take an informed consent.

Conclusion: Maternity care is characterized by a culture of fear and of time pressure which prevents women from participating in the decision-making process regarding induction and to take an informed consent. Shared decision-making requires individually adapted information. Highlighted measures could be to inform women about induction in prenatal care and better cooperation between different care levels of maternity care.

Keywords: Induction, informed consent, midwife, experience, shared decision-making, medicalization, and birth.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.1.1	Informert samtykke og kvinnens rett til medvirkning.....	2
1.1.2	Metoder for induksjon av fødsel – effekter og risikofaktorer	3
1.1.3	Kvinnens opplevelse og synspunkter på induksjon	5
1.1.4	Helsepersonells opplevelser av induksjon.....	6
1.2	Hensikt og problemstilling	7
2	Teoretisk rammeverk.....	7
2.1	Delt beslutningstaking.....	7
2.2	Medikalisering.....	9
3	Metode.....	10
3.1	Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte individualintervju	10
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv	10
3.3	Forforståelse	11
3.4	Utvalg og rekruttering	11
3.5	Gjennomføring av intervju	12
3.6	Bearbeiding av data.....	13
3.7	Analyse.....	14
3.7.1	Få et helhetsinntrykk av materialet og identifisere foreløpige temaer	14
3.7.2	Identifisere meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering	15
3.7.3	Kondensering – fra kodegrupper til subgrupper. Kondensere innholdet i hver subgruppe	15
3.7.4	Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.....	16
4	Etiske vurderinger	17
5	Resultat.....	18

5.1	Fryktkultur preger hele induksjonsprosessen.....	19
5.2	Indikasjon for induksjon styrer jordmors rolle.....	20
5.3	Individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet.....	21
5.4	Tidspress er en dominerende faktor for induksjonsprosessen.....	23
6	Diskusjon.....	24
6.1	Resultatdiskusjon	24
6.1.1	Fryktkultur preger hele induksjonsprosessen.....	24
6.1.2	Indikasjon for induksjon styrer jordmors rolle.....	27
6.1.3	Individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet.....	29
6.1.4	Tidspress er en dominerende faktor for induksjonsprosessen.....	32
6.2	Metodediskusjon	33
7	Konklusjon	38
8	Implikasjon for praksis og videre forskning	39
	Referanseliste	40
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	45
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv	46
	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD.....	50
	Vedlegg 4: Datahåndteringsplan	53
	Vedlegg 5: Analyseprosessen.....	57
	Vedlegg 6: ROS – analyse	58

1 Innledning

Temaet for denne masteroppgaven er induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel. I løpet av vår periode som jordmorstudenter har vi erfart at det har vært et stort fokus på å fremme det normale i en fødsel. Vi har begge erfaring fra ulike fødeavdelinger i Nord-Norge, der vi har opplevd at det har vært utfordrende å fremme en normal fødsel, da det er en stor andel kvinner som blir indusert til fødsel. Ifølge Helsedirektoratet har induksjonsraten økt på landsbasis fra 16,6 prosent i 2009 til 28,6 prosent i 2021 (Helsedirektoratet, 2022a). Denne økningen har fortsatt og tall fra 2022 viser at induksjonsraten er på 29,1 prosent (Folkehelseinstituttet, 2023). Vi har derfor valgt å fordype oss i dette temaet, da induksjon er en økende trend i dagens samfunn. Ved enkelte fødeinstitusjoner i Norge nærmer det seg at igangsettelse av fødsel er en tredjedel av alle fødsler (Oppegaard et al., 2020). Fødeinstitusjonene i Norge er delt inn i tre ulike nivåer; kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Fødetilbudet er basert på blant annet kvinnens egne ønsker og en seleksjon ut ifra risikovurderinger etter gitte kriterier (Helsedirektoratet, 2010).

Bakgrunnen for vår masteroppgave er derfor at vi ønsker å undersøke hvilke opplevelser jordmødre har med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel. Denne studien ønsker vi skal kunne bidra til å øke forståelsen omkring temaet og dermed kunne forbedre fødselsomsorgen til kvinnene. Etersom vi snart skal ut i arbeidslivet og jobbe som selvstendige jordmødre, ser vi på dette som et aktuelt og spennende tema.

1.1 Bakgrunn

I dette avsnittet skal vi gi en kort innledning til emnet induksjon og informert samtykke. Norsk veileder i fødselshjelp definerer induksjon av fødsel slik: «*Kunstig igangsetting (induksjon) av fødsel ved svangerskapslengde >24+0 uker, der det grunnet maternell eller føtal indikasjon er ønskelig å avslutte svangerskapet, og hvor det ikke foreligger kontraindikasjoner mot vaginal fødsel*» (Oppegaard et al., 2022). Norsk veileder i fødselshjelp støtter anbefalingene fra Verdens Helseorganisasjon (WHO), som vektlegger at det bør foreligge en klar medisinsk indikasjon for igangsettelse av fødsel og at fordelene veier opp for de mulige komplikasjonene som kan skje ved induksjon (Oppegaard et al., 2022; World Health Organization, 2018). Eksempler på medisinske indikasjoner er: overtidig svangerskap, preeklampsi/hypertensjon/PIH, pregestasjonell diabetes mellitus I og II, insulinavhengig svangerskapsdiabetes, primær vannavgang etter 37 uker, tvillingsvangerskap og intrahepatisk svangerskapskolestase (Oppegaard et al., 2022). Selv om noen av

indikasjonene på induksjon er basert på klare anbefalinger, konkluderer en litteraturstudie med at det er flere av induksjonene som ikke er basert på sterke anbefalinger (Coates, Makris et al., 2020). I Helsedirektoratet sine nasjonale faglige retningslinjer for fødselsomsorgen er det publisert et høringsutkast fra oktober 2022, her står det beskrevet at spesialisthelsetjenesten bør overta oppfølging av gravide som passerer termin. Dette innebærer å gjennomføre konsultasjon i uke 41+(0-3) og igangsette fødsel senest uke 42+0. Høringsutkastet er forventet ferdig behandlet i september 2023, det kan derfor komme endringer i denne anbefalingen (Helsedirektoratet, 2022b). Ifølge helsepersonelloven skal legen ta beslutninger i henholdsvis medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (Helsepersonelloven, 1999, § 4), eksempelvis induksjon av fødsel.

Informasjon rundt induksjon som formidles til kvinnen er en viktig del av induksjonsprosessen. Informasjonen bør være tilstrekkelig, slik at kvinnen evner å ta et informert samtykke. Kvinnen skal føle seg velinformert, veiledet og godt ivaretatt av jordmor og lege (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Kvinnen skal ha mulighet til å ta et valg om å bli indusert til fødsel eller avvente i påvente av spontan start av fødselen. Helsepersonell er ansvarlig for at helsehjelpen som utføres er forsvarlig. Loven påpeker at medvirkningen forutsetter at leger og jordmødre tilpasser hver enkelt kvinne sin evne til å gi og motta informasjon (Helsedirektoratet, 2010; Helsepersonelloven, 1999, § 4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

1.1.1 Informert samtykke og kvinnens rett til medvirkning

I dette avsnittet vil vi presentere retningslinjer og lovverk, samt forskning om informert samtykke og kvinners rett til medvirkning. Verdens Helseorganisasjon anbefaler at kvinner skal være involvert i beslutningsprosessen om induksjon og bli informert (World Health Organization, 2018). I yrkesetiske retningslinjer for jordmødre i Norge vektlegges relasjonen mellom jordmor og kvinnen, brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke. Jordmor skal dele relevant informasjon med kvinnen og respektere kvinnens rett til informert valg, og tilse at kvinnen godtar ansvaret for utfallene av valgene som gjøres (Den Norske Jordmorforening, 2016). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven blir det presisert at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av alle former for helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). I vårt masterprosjekt blir pasienten omtalt som kvinnen. Kvinnen har rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin

egen helsetilstand, og hva som innebærer i helsehjelpen. Retten til medvirkning forutsetter at helsepersonell informerer kvinnen om prosedyren, informasjonen skal også inneholde mulige risikoer og bivirkninger med helsehjelpen. Kvinnen må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen for at samtykke skal være gyldig. I tillegg har kvinnens nærmeste pårørende rett til informasjon og medvirkning i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Pårørendes involvering, informasjon og medvirkning er betinget av kvinnens samtykke og hennes ønske om dette (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, § 3-2 & § 3-3).

Studier fra flere land viser at kvinner opplever at de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon om induksjonsprosessen, de ulike metodene og fordeler og risikofaktorer. Kvinner følte de ikke hadde et valg om induksjon og opplevde at de ikke ble involvert i beslutningsprosessen (Coates, Thirukumar et al., 2021; Lou et al., 2019; Schwarz et al., 2016). Når det skal vurderes induksjon av fødsel, bør kvinnene få tilpasset informasjon og veiledning om induksjonen, fordeler og risikofaktorer. Det er anbefalt at fødeavdelinger har skriftlige informasjonsskriv som er tilpasset sykehusets rutiner (Oppegaard et al., 2022; Ryan & McCarthy, 2016). I en kvalitativ studie utført i Danmark kom det frem at de fleste av kvinnene følte seg tilstrekkelig informert om årsakene til induksjonen, samtidig fantes det kvinner som ønsket mer informasjon og tid til å vurdere hvilke alternativer de hadde (Lou et al., 2021). Helsepersonell må tilpasse informasjonsdelingen og forsikre seg om at kvinnen har forstått innholdet i informasjonen som er gitt. På den måten vil kvinnen kunne ta et informert valg. Jordmor skal tilse at kvinnen har fått tilstrekkelig informasjon i forkant av en prosedyre, hvor både mor og barn blir ivaretatt. Dette anses som god og forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). I en kvalitativ studie utført i Norge kommer det frem at jordmødre spiller en viktig rolle under svangerskapet med å informere kvinnen. Forholdet mellom kvinner og jordmødre påvirker kvinnens evne til å ta et informert valg under fødselen. Studien konkluderer med at kvinner har behov for individuell omsorg (Bringedal & Aune, 2019), som kan gjelde induksjon av fødsel.

1.1.2 Metoder for induksjon av fødsel – effekter og risikofaktorer

I dette kapittelet presenteres de ulike metodene for induksjon av fødsel, samt effekter og risikofaktorer. En forutsetning for at forløsningsprosessen skal starte er modning av cervix, dette er en fysiologisk prosess som skjer mot slutten av svangerskapet. Hos de aller fleste gravide kvinner skjer dette spontant (Oppegaard et al., 2022). En effekt av induksjon av

fødsel kan være økt risiko for operativ forløsning og lavere tilfredshet hos kvinnen, sammenlignet med spontan vaginal fødsel (Falk et al., 2019; Ryan & McCarthy, 2016). I en litteraturstudie utført av Middleton et al (2020) ble det sammenlignet fødsler som ble induisert etter uke 41 og fødsler som hadde en spontan start. Fødslene som ble induisert ble assosiert med færre perinatale dødsfall, i tillegg til at det var lavere forekomst av keisersnitt og færre innleggelser på nyfødte intensiv (Middleton et al., 2020).

Vurdering av modningsgraden av cervix er vesentlig før en induksjon. Det starter med en lukket cervix som forandrer seg til å bli kortere, mykere og mer åpen. Denne prosessen kan være lang og kan gå over flere dager, men den nøyaktige mekanismen som fører til modning av cervix er ikke kjent (Oppegaard et al., 2022). Som en del av bedømmingen av cervix, blir det naturlig å nevne Bishop-score. Dette er det mest brukte verktøyet for valg av induksjonsmetode, hvor det blir gitt en poengsum etter funn fra vaginalundersøkelse. De ulike induksjonsmetodene innbefatter mekanisk tøying av cervix, ballongkateter, prostaglandiner, amniotomi eller oxytocin (Oppegaard et al., 2022).

Mekanisk tøying benyttes ofte som første ledd i prosessen for cervixmodning. Mekanisk tøying av cervix utføres ved vaginalundersøkelse. Pekefingeren føres gjennom indre mormunn og løsner nedre uterinsegment ved bruk av sirkulære bevegelser slik at cervix blir dilatert. Mekanisk tøying kan være ubehagelig for kvinnen og gi lett blødning, men er ikke farlig (Oppegaard et al., 2022). En litteraturstudie som inkluderte 46 artikler, fant ut at denne metoden kunne redusere lengden på svangerskapet etter termin (Mozurkewich et al., 2011). Induksjon av fødsel kan også utføres ved bruk av et ballongkateter. Denne metoden for modning av cervix bidrar til dilatasjon av cervix (Oppegaard et al., 2022). Kateteret føres inn gjennom cervix og forbi indre mormunn, deretter fylles ballongen med natriumklorid. Trykket fra kateteret setter i gang produksjonen av prostaglandiner. Induksjon med ballongkateter har blant annet en lavere risiko for hyperstimulering av uterus og mekoniumavgang fra foster, fremfor prostaglandiner (Oppegaard et al., 2022). Prostaglandin bidrar til modning av cervix og uterine kontraksjoner, og gis som tablett. Ved flere sykehus i Norge benyttes Misoprostolkapsler Cytotec på 25µg, og kan gis hver tredje til sjette time dersom regelmessig riaktivitet ikke er etablert. Prostaglandin er mer effektivt enn oxytocin for å oppnå en vaginal fødsel, men er assosiert med mer hyperstimulering av uterus. Uterusruptur er også en komplikasjon knyttet til denne induksjonsmetoden (Alfirevic et al., 2014; Mozurkewich et al., 2011; Oppegaard et al., 2022). Risikoen for uterusruptur er større blant kvinner med tidligere

keisersnitt og tidligere operasjoner på uterus (Oppegaard et al., 2022). En litteraturstudie gjennomført av Mozurkewich et al., (2011) viste at mekaniske metoder reduserte hyperstimulering av uterus sammenlignet med prostaglandin, men økte infeksjonsfaren hos mor og barn sammenlignet med andre metoder.

Induksjon av fødsel kan også skje ved hjelp av amniotomi, som benyttes for å stimulere til riaktivitet (Oppegaard et al., 2022). Med denne metoden føres en amnionhook inn gjennom livmorhalsen, og det rives et hull på fosterhinnene for å fremkalle vannavgang. Ved bruk av amniotomi kan hyperstimulering forekomme, det vil si at kvinnen har seks eller flere kontraksjoner per tiende minutt. Dersom ingen riaktivitet etter en til tre timer, stimuleres cervix med oxytocin intravenøst (Oppegaard et al., 2022). Oxytocin er et potent ristimulerende medikament. Medikamentet kan føre til hyppige og kraftige rier, som igjen kan føre til redusert blodgjennomstrømming i placenta og truende asfyksi hos fosteret. Bruk av oxytocin er assosiert med økt risiko for uterusruptur, og må brukes med varsomhet hos kvinner med tidligere keisersnitt eller andre inngrep på uterus (Oppegaard et al., 2022; Rossen et al., 2020).

1.1.3 Kvinners opplevelse og synspunkter på induksjon

I dette avsnittet skal vi beskrive kvinners opplevelser og synspunkter på induksjon. Kvinnens rett til informert valg og selvbestemmelse er en essensiell del av fødselsomsorgen. Dette handler om den enkelte kvinnes behov og at hver kvinne har en aktiv medbestemmelse i hva som skjer med henne og hennes barn (International Confederation of Midwives, 2014). En litteraturstudie som inkluderte 20 artikler beskriver viktigheten av kvinners medvirkning i beslutningsprosessen rundt induksjon. Funn fra studien viser at kvinner ikke rutinemessig er inkludert i beslutningsprosessen. Resultatet indikerer at beslutningsprosessen rundt induksjon i stor grad er basert på medisinske hensyn fremfor kvinners preferanser og ønsker (Coates, Goodfellow et al., 2020). Studier viser at kvinner ikke føler de har et valg om å bli indusert. Kvinner som gikk gjennom induksjon, rapporterte en negativ fødselsopplevelse. En av grunnene var at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon til å ta et informert valg (Blanc-Petitjean et al., 2021; Coates, Thirukumar et al., 2021; Falk et al., 2019). En studie fra Sverige fant at det ikke var forskjell på fødselsopplevelsen mellom kvinner som ble indusert i uke 41 og de kvinnene som avventet induksjon frem til uke 42 (Nilvér et al., 2021). En annen studie fra Sverige viser at forløsningen etter en induksjon ble «en annen reise» som kvinnene tilpasser seg, samtidig opplevde de at noe kunne gå tapt når det kom til fødselen (Nilvér et al.,

2022). I en studie fra Tyskland, kom det frem at mer enn halvparten av kvinnene som deltok ga uttrykk for at deres behov for støtte i beslutningstaking ikke var tilstrekkelig. De formidler at de hadde foretrukket mer informasjon om alternativer til induksjon, metoder og bivirkninger av legemidlene (Schwarz et al., 2016).

I en systematisk gjennomgang av kvalitative studier kommer det frem at informasjonen kvinnen mottok om induksjon, hadde stor betydning på deres valg og beslutning om induksjon (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018). Videre viser resultat at kvinner har behov for individtilpasset informasjon om alternativer og detaljer om prosedyren, samt risikoer og fordeler. På bakgrunn av dette konkluderer studien med at helsepersonell bør gi individtilpasset og kvinnesentrert omsorg under intervensjoner som induksjon (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018). Studier viser at det å gi kvinner individtilpasset informasjon og forberede de på hva de kan forvente i løpet av induksjonsprosessen er nøkkelen til et informert valg (Jay et al., 2018; Middleton et al., 2020). Derimot kan noen kvinner ha problem med å ta del i beslutningsprosessen, da de kan ha mindre kunnskap når det kommer til helse (Ebert et al., 2014). Andre kvinner kan ha en kulturell bakgrunn som mangler tradisjoner for at personer blir involvert i beslutninger (Nieuwenhuijze, 2020).

1.1.4 Helsepersonells opplevelser av induksjon

I dette avsnittet skal vi skrive om ulike helsepersonells opplevelser av induksjon. En kvalitativ studie utført i Australia kom frem til at legene og jordmødrene kunne ha stor påvirkning på beslutning rundt induksjon (Nippita et al., 2017). Studien viser at beslutning om induksjon kan baseres på legens oppfatning av risiko for uønskede perinatale utfall, relasjonen til kvinnen, hvordan de involverer kvinnen i beslutningen og hvilke ressurser som er tilgjengelige. Studien konkluderer med at det er behov for bedre kommunikasjon og at dette kan bidra til å redusere induksjonsraten (Nippita et al., 2017). En litteraturstudie viser at legene og jordmødrene opplever at informasjonen om induksjon hovedsakelig fokuserer på medisinsk fakta, der kvinnens behov og ønsker ikke rutinemessig tas med (Coates, Goodfellow et al., 2020). I en kvalitativ studie fra England, kommer det frem at helsepersonell følte seg dårlig rustet til å diskutere de ulike risikoene og fordelene med induksjon (Farnworth et al., 2021).

1.2 Hensikt og problemstilling

Oppsummert viser studier at induksjoner har økt over tid. En gjennomgang av forskning tyder på at kvinner ikke får tilstrekkelig med informasjon til å ta et informert samtykke. Videre viser studier at jordmødrene og legene kan ha en viktig rolle knyttet til kvinnens informerte samtykke i induksjonsprosessen. Studier viser at det er flere faktorer som påvirker informasjonen som blir gitt og kvinnens mulighet til å ta et informert samtykke. Derimot er det sparsomt med forskning om jordmødres opplevelser med induksjon, og vi har ikke funnet noen studier om dette emnet fra Norge. Hensikten med denne masteroppgaven er på bakgrunn av dette å få en større forståelse og innsikt i jordmødres opplevelser med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel. Formålet er å belyse jordmødres opplevelser rundt informasjonen som blir gitt til kvinnene om induksjon og jordmødrenes rolle omkring dette. Vi vil også fra jordmødres perspektiv forsøke å få økt kunnskap om kvinnens medvirkning rundt induksjon, og om de får tilstrekkelig med informasjon til å ta et informert samtykke. Problemstillingen for denne masteroppgaven er derfor:

«Hvilke opplevelser har jordmødre med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel?»

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket for oppgaven, hvor vi anvender to begrep som vil brukes for å tolke og diskutere studiens empiri, og hvordan det kan knyttes til jordmorfaget. Sett opp imot vår problemstilling, ble det ansett som av betydning å redegjøre for følgende teoretiske begrep: delt beslutningstaking og medikalisering.

2.1 Delt beslutningstaking

Begrepet delt beslutningstaking (shared decision-making) brukes i helsevesenet for å beskrive en felles prosess der helsepersonell jobber sammen med en person som angår deres helse (Elwyn et al., 2017). Personen i vår studie er den gravide kvinnen. Vi har ikke intervjuet den gravide kvinnen selv, men har intervjuet jordmødre for å få deres perspektiv og hvordan de opplever prosessen rundt delt beslutningstaking.

Elwyn har presentert en modell for delt beslutningstaking, se nedenfor. Modellen består av tre steg: «team talk», «option talk» og «decision talk». Nieuwenhuijze (2020) har tydeliggjort og

utviklet Elwyns modell for beslutningstaking i forbindelse med graviditet, forløsning og post partum (Nieuwenhuijze, 2020). Delt beslutningstaking kan være aktuelt før mange beslutninger i omsorgen rundt graviditet, forløsning og post partum, som blant annet induksjon av fødsel. De tre stegene kan brukes for å støtte kvinnens informerte valg. Denne modellen kan hjelpe jordmor til å forstå prosessen omkring delt beslutningstaking og hvordan de kan oppnå det (Nieuwenhuijze, 2020).

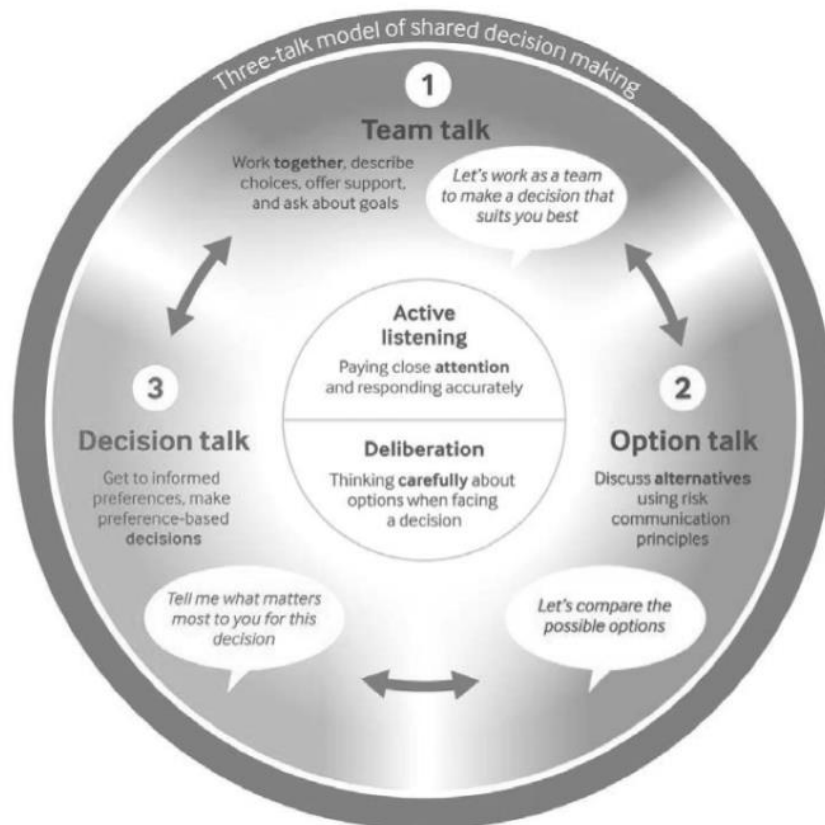


FIGURE 19.1 SDM model for clinical practice (Elwyn et al., 2017)

Det første steget i modellen som er «team talk», tar helsepersonell og kvinnen et steg tilbake fra situasjonen. Sammen skal de se på om kvinnen har forståelse for problemet som krever en beslutning. Det må også være klart for kvinnen at det er nødvendig å ta et valg, hvilke alternativer som er tilgjengelige og tidsrammen for når kvinnens avgjørelse må tas (Nieuwenhuijze, 2020). Om en kvinne virker «nølende» med å involvere seg i prosessen, bør helsepersonell sørge for at kvinnen føler seg støttet og ikke står alene med ansvaret for avgjørelsen. Deretter skal helsepersonell undersøke hva kvinnen allerede vet og om det kan være noe kvinnen har misoppfattet (Nieuwenhuijze, 2020).

I det neste steget, som handler om «option talk», er det dialog og utveksling som står sentralt. Først skal jordmor liste opp de ulike mulighetene kvinnen har og etter dette skal kvinnen få forsknings- og erfaringsbasert informasjon om de ulike mulighetene, samt fordeler og ulemper. I tillegg skal kvinnens personlige mål, verdier og preferanser utforskes. På slutten av denne samtalen oppsummeres all informasjon. Informasjonen skal tilpasses kvinnen og kvinnen skal få den tiden hun trenger til å reflektere over valgmulighetene. Jordmor kan også veilede henne til andre pålitelige kilder og la kvinnen få diskutere sine valgmuligheter med partner eller andre om hun skulle ha behov for dette. Å respektere at kvinnen kan få tid til å tenke er viktig for en god beslutningsprosess (Nieuwenhuijze, 2020).

I det siste steget av modellen «decision talk» skal jordmor og kvinnen komme frem til en beslutning. Jordmor skal støtte kvinnen og være oppmerksom på at kvinnen føler seg trygg på sitt valg og at hun har frihet til å revurdere sine valg og endre beslutningen (Nieuwenhuijze, 2020).

2.2 Medikalisering

Medikalisering i fødselsomsorgen handler om et overforbruk av medisinsk behandling og teknologi, som kan bidra til å skape nye problemer (Miller et al., 2016; Skogheim & Lundgren, 2021). Eksempler på dette kan være økt sannsynlighet for å tilføre kvinnen medisiner med en hensikt om at fødselen skal gå fortere (Skogheim & Lundgren, 2021). Ifølge medisinsk fødselsregister (MFR) har medisinske intervensjoner økt de siste årene (Folkehelseinstituttet, 2023). Medikalisering kan føre til at fokuset er på risiko og sikkerhet, der fødselens truende og akutte dimensjoner dominerer, istedenfor å fokusere på det normale i fødselen (Miller et al., 2016; Scamell et al., 2019).

I en artikkel til Miller et al., (2016) beskrives hvordan medikalisering fører til at høyinntektsland gjør for mange intervensjoner og for tidlig «too much, too soon» mens lavinntektsland har for lite ressurser, noe som fører til for lite og for sent «too little too late» (Miller et al., 2016). Overmedisinering av fødsler inkluderer overdreven eller upassende bruk av intervensjoner. Medikaliseringen inkluderer også de intervensjonene som kan bidra til å forbedre resultatet i noen sammenhenger, men som kan være skadelig og kostbare når bruken er upassende eller rutinemessig. Et eksempel her er induksjon av fødsel (Miller et al., 2016). Om fødselsomsorgen har et ensidig medisinsk fokus er det en risiko å glemme fødekvinnens perspektiver og opplevelser (Scamell et al., 2019). En litteraturstudie viser til at en

medikalisert omsorg med unødvendige medisinske inngrep under fødsel kan redusere sikkerheten og det følelsesmessige velvære for både mor og barn (Shaw, 2013). På den andre siden kan medikamenter og mulighet for kirurgi være livsviktig i enkelte situasjoner (Skogheim & Lundgren, 2021).

3 Metode

I dette kapittelet presenteres studiens forskningsmetode med design og en beskrivelse av metodens fremgangsmåte. For å besvare vår problemstilling støtter vi oss til kvalitativt forskningsdesign med en metode utviklet av Malterud (2017), for å kunne gi en helhetlig beskrivelse av informantenes erfaringer og opplevelser.

3.1 Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte individualintervju

Kvalitativ forskningsmetode tilbyr flere ulike veier til kunnskap, som blir representert med ulike nyanser (Malterud, 2017). Metoden sikter på å få frem en sammenheng og helhet i datamaterialet som er samlet inn, og ønsker å formidle en forståelse i fremstillingen. Ved bruk av semistrukturerte intervjuer vil datasamlingen være i direkte kontakt med mennesker, dette gir forskere mulighet til å se på fenomenet innenfra (Malterud, 2017). På forhånd av intervjuene har vi utarbeidet en intervjuguide, se vedlegg 1. Intervjuguiden ble benyttet som en mal for å minne oss selv på temaet vi ønsket å samle inn datamateriale om. Det var viktig å huske på at intervjuguiden var en huskeliste og ikke skulle følges slavisk. I motsetning til et standardisert spørreskjema er intervjuene mer fleksible og bidrar til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, og har mulighet for justering underveis. Med bruk av denne metoden kan vi gå i dybden og få frem deltakerens egne erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017). Intervjuguiden inneholdt temaer vi ønsket å avdekke i intervjuet med noen faste spørsmål. Vi utformet intervjuguiden med åpne spørsmål som skulle gi alle jordmødrene mulighet til å utdype svarene innenfor de gitte spørsmålene. På den måten tilpasset vi møtet med hver enkelt informant hvor vi kunne få en større forståelse av deres opplevelser og erfaringer (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017).

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det vitenskapsteoretiske perspektivet for dette prosjektet blir på bakgrunn av problemstillingen en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi betyr læren om fenomen, og

handler om læren om det vi ser og det som viser seg. Denne forskningsmetoden ble utformet på 1800-tallet av flere filosofer, der Edmund Husserl ble sett på som grunnleggeren. Han mente at opplevelser var den fundamentale kilden til kunnskap (Thornquist, 2018). En forutsetning for forforståelse innenfor fenomenologien er å sette tidligere kunnskap i parentes, for å kunne rette oppmerksomheten sin mot individets subjektive erfaringer av verden (Malterud, 2017). Malteruds metode baseres på fenomenologi, som er en systematisk undersøkelse av at mennesker har ulike måter å erfare virkeligheten på. Denne tilnærmingen forsøker alltid å fremme en subjektiv opplevelse (Malterud, 2017). Ved at vi valgte en slik tilnærming kunne vi se på jordmødres individuelle perspektiv og opplevelser av et tema, og fikk en dypere forståelse og svar på studiens problemstilling.

3.3 Forforståelse

I et kvalitativt forskningsprosjekt er forskerne et viktig instrument (Malterud, 2017). Som forskere har vi med oss erfaringer og forutsetninger fra praksis som både kan være bevisste og ubevisste. Det er derfor viktig å være bevisst på egen forforståelse som kan være med på å påvirke tolkningen av intervjuene og resultatet. Dette vil påvirke måten forskergruppen leser teksten, tolker og samler inn datamaterialet. Det er dermed aldri et spørsmål om vi kan være med på å påvirke studien, men heller hvordan det vil påvirke (Malterud, 2017). Forforståelse er en del av motivasjonen til dette forskningsprosjektet, og har vært med på å påvirke temaet vi ønsket å forske på. Ifølge Malterud (2017) skal forskere ha et bevisst forhold til egen forforståelse. Vi stilte oss selv kritiske spørsmål om våre personlige erfaringer, forventninger, faglig perspektiver, interesser og motivet til at vi som forskere ønsket å forske på akkurat dette temaet. Dette ble tatt frem gjennom hele forskningsprosessen og i studiets analysedel. Forskningsprosessen ønsker å bringe frem noe annet enn det forskerne allerede vet eller tror (Malterud, 2017), for å kunne ha et mer åpent sinn for ny kunnskap var det derfor viktig at vi satt vår forforståelse til siden. Vi har diskutert og reflektert vår forforståelse sammen med veileder.

3.4 Utvalg og rekruttering

Vi brukte et strategisk utvalg for å innhente deltakere som kunne belyse problemstillingen. I tillegg gjorde vi en vurdering av hvilke jordmødre som skulle intervjues til studien. Dette ble gjort for å få frem relevant informasjon som ville være nødvendig for å treffe målgruppen i studien og for å kunne besvare vår problemstilling. I dette tilfellet var det jordmødre. Deltakerne fikk utlevert et informasjonsskriv, se vedlegg 2. Vi har benyttet oss av

Nettskjema.no og deltakerne gav muntlig samtykke via lydopptak. Jordmødrene ble informert via informasjonsskrivet om at de kunne trekke sitt samtykke underveis i studien frem til oppgaven var levert. Informasjonsskrivet ble utformet ut ifra en mal hentet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD er blitt en del av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, men vil i vår oppgave omtales som NSD.

For å rekruttere jordmødre ble det sendt ut en e-post med et informasjonsskriv med beskrivelse av studiens hensikt til nærmeste leder på flere fødeavdelinger i Norge, men vi fikk lite respons. Vi valgte derfor å benytte oss av snøballrekruttering og kontaktet bekjente som kunne hjelpe oss med å hente inn deltakere med relevant erfaring. I tillegg spurte vi deltakere om de visste om kollegaer som hadde erfaring med vårt tema og som kunne tenke seg å delta. Vi ønsket at jordmødrene kontaktet oss innen et bestemt tidsrom dersom de var interesserte i å delta i vår studie, for å sikre frivillig deltakelse. Etter jordmødrene takket ja til å delta i studien, avtalte vi tid og sted for gjennomførelsen av intervjuene.

Inklusjonskriterier for å delta i studien var jordmødre som hadde jobbet minimum to år på en fødeavdeling. I vår studie har vi inkludert elleve jordmødre. Vi vurderte dette fortløpende i prosessen, i forhold til om jordmødrene ga oss tilstrekkelig med informasjon for å kunne besvare vår problemstilling. Deltakerne hadde erfaring fra kvinneklinikk, jordmorstyrt fødeavdeling og fødepoliklinikk.

3.5 Gjennomføring av intervju

Forskningsansvarlig for prosjektet er Universitetet i Tromsø (UiT) - Norges arktiske universitet. Forskergruppen består av en erfaren prosjektleder fra UiT og to jordmorstudenter. Før vi startet intervjurundene gjennomførte vi et pilotintervju. Ved å utføre et pilotintervju kunne vi avdekke og forbedre svakheter ved intervjuguiden og forsikre oss om at intervjuet i sin helhet fungerte (Malterud, 2017). Etersom vi er to jordmorstudenter med lite erfaring med intervjuer, var et pilotintervju svært viktig for gjennomføringen av hovedintervjuene. Intervjuguiden brukte vi aktivt underveis i intervjuene, dette for å sikre at vi holdt oss innenfor vårt tema for å kunne besvare vår problemstilling. Underveis i intervjuene var vi bevisste på å stille åpne spørsmål og være lyttende, slik at jordmødrene fritt kunne dele sine tanker og opplevelser. I tillegg stilte vi oppfølgingsspørsmål for å kunne få en dypere forståelse av det jordmødrene fortalte.

For at deltakere skal føle seg trygge og kunne dele sine opplevelser, er det ifølge Malterud (2017) viktig med trygge omgivelser hvor deltakerne føler seg komfortable. På grunn av store avstander ønsket vi derfor å gjennomføre intervjuene via Teams eller Zoom. Flere deltakere hadde ikke tilgang til disse plattformene, disse intervjuene ble gjennomført over telefon. Under intervjuene brukte vi en lydopptaker. Jordmødrene som deltok i studien, ble informert om hensikten med lydopptakene og oppbevaringen av disse. Før selve intervjuet tok vi først et lydopptak der jordmor ga et muntlig samtykke. På slutten av intervjuene åpnet vi opp for at jordmødrene kunne snakke fritt og stille spørsmål om det var noe de tenkte eller lurte på. Vi fordelte arbeidsoppgavene, hvor den ene konsentrerte seg om intervjuguiden, mens den andre observerte, skrev feltnotat og bisto om det var nødvendig. Dette bidro til kvalitetssikring av intervjuene som ble gjennomført (Malterud, 2017). Intervjuene varte i cirka 20-50 minutter. Vi endte til slutt med 385 minutter optak som måtte transkriberes.

Før vi startet innhenting av jordmødre og innsamling av datamaterialet måtte forskergruppen sende inn en søknad til NSD. Dette var blant annet for å sikre personvern da datainnsamlingen består av lydopptak hvor jordmødrene potensielt kan gjenkjennes. Lydfilene og det transkriberte datamaterialet er kun tilgjengelig for forskergruppen. Dette oppbevares i studentenes One-drive området tilknyttet UiT. Etter bestått master vil datamaterialet bli slettet under påsyn av veileder ved jordmorutdanningen.

3.6 Bearbeiding av data

I bearbeidingen av datamateriale er det vesentlig å klare og skille mellom de ulike momentene i datasamlingen (Malterud, 2017). For å klargjøre datamaterialet til analysing ble deltakernes muntlige formidling omgjort til skriftlig datamateriale. Formålet med denne delen av analyseprosessen var å omforme jordmødrenes erfaringer og opplevelser til tekst som gir mening for leseren. Etter dette ble teksten renskrevet for å få en helhetlig og sammenhengende tekst. Transkriberingen gir oss et samlet datamateriale som representerer det vi ønsker å studere. Transkripsjonsprosessen vil innebære ulike former for filtrering hvor meninger går tapt eller forvrenges. Det er viktig å vise respekt for transkripsjonsprosessen, og være bevisste på at bearbeidingen av datamaterialet kan være med å påvirke vinklingen i teksten (Malterud, 2017). Transkriberingen ble gjennomgått av begge studentene rett etter at intervjuene ble gjennomført, da vi enda hadde de friskt i minnet. Begge ble godt kjent med materialet og kunne sikre at detaljer ikke gikk tapt, da vi begge gikk gjennom lydopptakene

flere ganger. For å ivareta personvernet til jordmødrene ble innholdet skrevet ned ordrett på bokmål. De transkriberte intervjuene ga oss 119 sider med skriftlig datamateriale.

3.7 Analyse

I analyseringen av det transkriberte datamaterialet benyttes metoden systematisk tekstkondensering (STC). Dette er en metode som er utviklet for å gi nybegynnere innen kvalitativ forskning en systematisk og enkel innføring i analyseprosessen ifølge Malterud (2017). STC er en analysemetode inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Denne prosessen deles inn i fire trinn. STC og fenomenologien mener at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap. Ved å benytte seg av STC som analysemetode legger forskeren egne erfaringer i parentes. I tillegg har både STC og fenomenologi fokus på subjektivitetens kontekst (Malterud, 2017).

Underveis i dataanalysen fulgte vi Malteruds fire trinn for analyse. Fremgangsmåten for dette vises i en tabell, i vedlegg 5. De fire trinnene er (Malterud, 2017):

- I. Få et helhetsinntrykk av materialet og identifisere foreløpige temaer.
- II. Identifisere meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering.
- III. Kondensering – fra kodegrupper til subgrupper. Kondensere innholdet i hver subgruppe.
- IV. Syntese - fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.

3.7.1 Få et helhetsinntrykk av materialet og identifisere foreløpige temaer

I første trinn av analysen som innebærer å få et helhetsinntrykk startet vi først med å høre gjennom intervjuene, for så å lese gjennom de ferdig transkriberte tekstene. Hensikten var å bli kjent med materialet og se etter sentrale og interessante temaer som passet til problemstillingen, og minske sjansen for å miste viktig informasjon. Ved at vi lyttet til lydopptakene flere ganger, fikk det oss til å reflektere over datamaterialet fra flere og nye synsvinkler. Det var samtidig viktig å ivareta jordmors opprinnelige erfaringer og opplevelser av situasjonen, uten at vår egen forforståelse påvirket materialet. Gjennom analysen var vi observante på å sette all forforståelse til side, samtidig som vi hele tiden hadde fokus på problemstillingen. Problemstillingen er en sentral forutsetning for å kunne stille seg åpen til inntrykkene datamaterialet ga oss (Malterud, 2017). For å oppsummere vårt helhetsinntrykk av jordmødrenes opplevelse, presenteres disse temaene: «risikostyrt», «tidspress», «jordmor

mister autonomien», «informasjon i svangerskapsomsorgen», «tilpasset informasjon», «ødelegger en normal prosess», «obstetrisk sykepleier» og «medisinsk indikasjon for induksjon».

3.7.2 Identifisere meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

I trinn to av analyseprosessen ble intervjuene organisert, vi gikk gjennom grundig og systematisk linje for linje av alt datamaterialet for å få frem de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Vi drøftet og gjorde en grundig vurdering for å komme frem til hvilke temaer som var mest relevante for å kunne besvare vår problemstilling. Dette var med på å danne grunnlaget for hvilke kodegrupper vi ønsket å benytte oss av. Kodegruppene ble endret underveis i denne prosessen. Ved å ha en fleksibel tilnærming til datamaterialet vil ny kunnskap og erfaring rundt temaet kunne dukke opp underveis. Kodingen ble benyttet for å organisere og avdekke de meningsbærende enhetene, og bidrar til å strukturere datamaterialet, slik at analyseprosessen blir enklere. Når vi ble enige om hvilke kodegrupper vi ville benytte ble de meningsbærende enhetene systematisert ved hjelp av koding og dekontekstualisering. Med dekontekstualisering menes det å ta teksten ut av sammenhengen den står i. Vi markerte de meningsbærende enhetene i fargekoder ut ifra hvilken informasjon det ga oss, deretter plasserte vi de under foreløpige temaer valgt i trinn en. Tekst som ikke var relevant eller besvarte vår problemstilling ble satt til side (Malterud, 2017).

Underveis i kodingen så vi at noen av kodegruppene kunne slås sammen da det var flere av de meningsbærende enhetene som gikk igjen i de forskjellige kodegruppene. Derfor forsøkte vi å omformulere kodegruppene slik at de fikk en mer konkret betydning. Denne fleksibiliteten gjorde at vi ble oppmerksomme på nye synspunkt underveis i prosessen. De meningsbærende enhetene ble delt opp i seks kodegrupper som var «tidspress er et hinder som påvirker informasjonen», «kommunikasjon og påvirkning på induksjonsprosessen», «indikasjon styrer informasjonen», «individtilpasset informasjon», «risikostyrt er et hinder» og «mister autonomien som jordmor».

3.7.3 Kondensering – fra kodegrupper til subgrupper. Kondensere innholdet i hver subgruppe

I trinn tre laget vi et tekstkondensat, hvor vi i dette stadiet av analyseprosessen sorterte informasjon og systematisk hentet ut meningene ved at vi kondenserte innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2017). Tekst som ikke var

relevant for kodegruppene vi utarbeidet i forrige trinn la vi til side, og jobbet oss systematisk gjennom kodegruppe for kodegruppe.

Vi utarbeidet to til tre subgrupper under hver av kodegruppene, til sammen ble dette 16 subgrupper: kodegruppen «tidspress er et hinder som påvirker informasjonen» fikk to subgrupper: «kort tid på poliklinikken» og «lite ressurser». Kodegruppen «kommunikasjon og påvirkning på induksjonsprosessen» fikk tre subgrupper: «brister mellom nivåer», «valg innenfor rammene» og «rett på informasjon». Kodegruppen «indikasjonen styrer informasjonen» fikk tre subgrupper: «induksjon som et nødvendig verktøy», «induksjon med lite grunnlag» og «nødvendig informasjon». Kodegruppen «individtilpasset informasjon» fikk tre subgrupper: «ulik mottakelighet», «partner til stede» og «skriftlig informasjon». Kodegruppen «risikostyrt er et hinder» fikk tre subgrupper: «obstetrisk sykepleier», «ødelegger en normal prosess» og «fryktkultur». Siste kodegruppe ble «mister autonomien som jordmor» som fikk to subgrupper: «assistent til legen» og «imøtekomme kvinnen og være en støttende og lyttende jordmor».

Etter at kodegruppene og subgruppene ble utformet, er det subgruppene som er analyseenheten. STC omfatter et metodisk grep der det blir laget et kondensat fra hver subgruppe. Dette er et kunstig sitat som skal få frem det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Hvert av de gjenværende meningsbærende enhetene ble inkludert i kondensatene, kondensatene ble som en ny tekst som bygges opp med elementer fra samtlige meningsbærende enheter. Det ble brukt jeg-form i kondensatene der deltakernes ord og uttrykk ble inkludert, dette ble gjort for å representere deltakernes stemme. Deretter valgte vi utdrag fra jordmødrene i studien, som kalles et «gullsitat». Dette illustrerer kondensatet og innhold fra de meningsbærende enhetene på best mulig måte (Malterud, 2017).

3.7.4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I det fjerde og siste trinnet av analysen ble kondensatet brukt som et arbeidsnotat i resultatpresentasjonen. Her skulle vi sammenfatte det som var funnet tidligere i analyseprosessen. De relevante utdragene fra tekstbitene ble satt sammen for å vurdere om resultatene fra de foregående trinnene i analysen ga oss en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de opprinnelig var hentet ut ifra (Malterud, 2017). Vi brukte hvert kondensat til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe, med treffende gullsitater som

konkretiserte våre hovedfunn. Videre vurderte vi om gullsitatene vi fant i forrige trinn i analysen fortsatt var dekkende og passet inn i den analytiske teksten. Resultatkategorier som sammenfatter hva teksten omhandler ble skapt gjennom sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet fra hver kodegruppe og dens subgrupper. Disse ble endret flere ganger før vi endte på de endelige resultatkategoriene som ble: *fryktkultur preger hele induksjonsprosessen, indikasjon for induksjon styrer jordmors rolle, individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet og tidspress er en dominerende faktor i induksjonsprosessen.*

4 Etiske vurderinger

Etiske problemer i intervjuforskning kan oppstå på grunn av et komplekst forhold mellom å utforske menneskers egne erfaringer og tanker, og deretter publisere deres beskrivelser offentlig (Kvale et al., 2015). Forskere må derfor ta hensyn til mulige etiske problemstillinger fra studiens start til slutt.

Vi har fulgt Helsinkideklarasjonen som er etiske retningslinjer som brukes innenfor forskningsetikk. Dette er den mest sentrale profesjonsnormen innenfor medisinsk forskning, både i Norge og internasjonalt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; Den norske legeforening, 2012). Jordmødrene fikk utdelt skriftlig informasjon om studien i forkant, slik at de kunne ta et informert valg om deltakelse. I Helsinkideklarasjonen er informert samtykke sentralt. I forkant av intervjuene måtte jordmødrene gi muntlig samtykke på et eget lydopptak. Vi har gjort etiske vurderinger i henhold til helseforskningsloven (2008), personopplysningsloven (2018) og forskningsetikkloven (2017), for å ivareta jordmødrenes trygghet og sikkerhet i studien. I kvalitative studier inneholder datainnsamlingen ofte en personlig karakter, deltakerne kan derfor utsettes for blant annet psykisk uro og stress (Malterud, 2017). Det ble derfor viktig med en god dialog for å skape gjensidig tillit og respekt. Et lite utvalg kan medføre at informantene blir mer sårbare for gjenkjennelse og dermed true anonymiteten, som kan gjøre det etisk utfordrende å gjennomføre studien (Malterud, 2017). Alle jordmødrene fikk informasjon i god tid før intervjuene, både skriftlig og muntlig om personvern og at deltakelsen var frivillig. De kunne også trekke sitt samtykke når som helst. All informasjon vi fikk ble anonymisert og aidentifisert, som gjorde at jordmødrene ikke kunne identifiseres i ettertid. All informasjon vi innhentet fra jordmødrene er taushetsbelagt. Når studien er avsluttet vil all data som er hentet inn bli slettet. Dette ble

formidlet til deltakerne på forhånd (Malterud, 2017). Sitatene vi har valgt å bruke i denne oppgaven inneholder derfor ikke språklige formuleringer som er gjenkjennelige. Sitatene formidler mangfoldighet i resultatet på en troverdig måte, og er respektfull overfor jordmødrenes fortellinger. Kvalitative studier innebærer personlige møter mellom mennesker, god forskningsetikk er derfor viktig for å opprettholde normer og verdier. For oss som forskere skal etisk utfordringer være kjent, for å kunne ivareta god vitenskapelig praksis og forsvarlig medisinsk forskning som følger regelverket (Malterud, 2017).

For en sikker og trygg oppbevaring av data over nett benytter vi oss av Nettskjema, utviklet ved Universitetet i Oslo. Opptakene ble gjort via mobilappen Nettskjema-diktafon, her ble de umiddelbart kryptert og levert til Nettskjema når opptakene var gjennomført (Universitetet i Oslo, 2022). Lydfilene og det transkriberte datamaterialet var tilgjengelig for forskergruppen, og ble oppbevart på One-drive området tilknyttet UiT. Vi har også fulgt datahåndteringsplanen som ligger vedlagt som vedlegg 4. Vi sendte inn en søknad for å få tillatelse til å gjennomføre dette prosjektet. Her ble det gjort rede for hvilke tiltak vi har gjort for at studien er etisk forsvarlig å gjennomføre. Før vi gikk i gang med prosjektet fikk vi godkjenning fra NSD med referansenummer 750321, se vedlegg 3.

For å kartlegge mulige risikoer av datainnsamling, lagring eller deling av datamateriale gjennomførte vi en risiko og sikkerhets (ROS)-analyse i henhold til UiT sine retningslinjer. Denne analysen ble godkjent av studieansvarlig og lærerveileder høsten 2022. Den overordnede vurderingen av risiko ble vurdert til moderat, se vedlegg 6.

5 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere de fire resultatkategoriene. Kategoriene vil bli presentert sammen med illustrerende sitat fra jordmødrene som har deltatt i studien, og blir presentert med et innrykk i teksten. De fire resultatkategoriene ble følgende: *fryktkultur preger hele induksjonsprosessen, indikasjon for induksjon styrer jordmors rolle, individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet og tidspress er en dominerende faktor i induksjonsprosessen.*

5.1 Frykttkultur preger hele induksjonsprosessen

En frykttkultur som har økt over tid, har ifølge jordmødrene kommet inn i fødselsomsorgen, og preger hele induksjonsprosessen samt kvinnens informerte samtykke. Dette kan lede til frustrasjon over hvor mange kvinner som blir induisert i dagens situasjon i fødselsomsorgen. Jordmødrene forteller videre at de opplever at det er flere kvinner som blir induisert på grunn av frykten for at noe skal gå galt, selv om det ikke foreligger en tydelig medisinsk indikasjon for induksjon. Samtidig hadde noen av jordmødrene en annen forklaring til den økende forekomsten av induksjoner som kan skyldes en helt annen fødepopulasjon i dag, med blant annet flere eldre gravide som har en økt risiko for å bli induisert. Jordmødrene uttrykte at fødselsomsorgen har endret seg de siste årene og blitt mer prosedyrestyrt. Dette har bidratt til at jordmødre i flere situasjoner føler seg mer som en obstetrisk sykepleier enn en jordmor med ansvar for normale fødsler. Det har innen fødselsomsorgen blitt mindre fokus på det normale i fødselen. Dette er relatert til en kultur der frykt dominerer, og en fødsel har gått mer mot en medisinsk hendelse som fører til en mer medikalisert fødselsomsorg. Dette opplevde de at kunne føre til en negativ fødselsopplevelse for kvinnen. Samtidig påpekte flere jordmødre at det er viktig å bruke kunnskapen, noen ganger er det nødvendig at kvinnen induseres, og det med gode indikasjoner. En jordmor beskriver:

Vi har en veldig sånn frykt for at vi skal overse noe, at noe går galt. Den fryktbaserte, det vil si at det er mye frykt som er kommet inn. Som gjenspeiler seg i fødselsomsorgen som gis.

En frykttkultur kan innebære at kvinnene blir beskrevet som pasienter, når de egentlig er friske fødende kvinner. Faktorer som påvirker dette, er ifølge jordmødrene et strengt lovverk og at det har blitt flere retningslinjer som må følges. Jordmødrene presiserer at retningslinjene er et godt og viktig verktøy i fødselsomsorgen, men til tross for dette forteller de videre at de opplever at retningslinjer i en frykttkultur bidrar til flere unødvendige undersøkelser både under svangerskapet og fødselen. Dette gjør at det blir oppdaget flere avvik, som igjen er med på å skape flere induksjoner. Ifølge jordmødrene er det veldig ressurskrevende å ha mange induksjoner på en fødeavdeling. De beskriver at dette kan gå utover tiden de har til hver enkelt kvinne, som igjen kan påvirke kvinnens mulighet til å få tilstrekkelig med informasjon til å ta et informert samtykke. I en frykttkultur kan jordmødrene bli mer preget av redsel i sin yrkesutøvelse, til tross for at de har vært lenge i yrket. De begrunner dette med at de arbeider i en mer risikostyrt frykttkultur sammenlignet med tidligere. En jordmor beskriver det slik:

Nå er det jo nye prosedyrer, hvert fall på at man skal induseres enda tidligere, hvis man går på overtid... Sånn at jo mer man jobber jo mer risikostyrt blir man. Man er redd for at det skal gå galt.

En konsekvens av en fryktkultur er at informasjonen som blir gitt til kvinnen og kvinnens mulighet til informert samtykke også preges av kulturen. Jordmødre kan være redd for at kvinnen skal bli skremt av informasjon om risikofaktorene med induksjonen og bruke sin rett til å si nei, når en induksjon er medisinsk nødvendig. Det er viktig å balansere informasjonen, gi riktig og god informasjon, men på den andre siden ikke skremme kvinnen. Jordmødrene mente den viktigste delen av en induksjonsprosess var forberedelsen, hvor kvinnen får tilstrekkelig med informasjon. De mente at helsepersonell burde være mer gjennomsluktig på hva de gjør og hvorfor i møte med kvinnen, og være ærlige på at det kan være en krevende prosess. Jordmødrene mente at tilstrekkelig med informasjon kunne bidra til en bedre fødselsopplevelse, men opplevde flere ganger at kvinnene som kom fra poliklinikken ikke var tilstrekkelig informert. Jordmødrene beskriver at kvinner har rett på fullstendig informasjon om en induksjon, men at det er enklere å fortelle om de positive sidene enn de negative sidene, da de blir preget av en fryktkultur. Derfor kan muligheten til informert samtykke bli begrenset for kvinnen. En jordmor sa:

Men i veldig mange tilfeller så tenker jeg at hvis man hadde klart å presentere det med både de negative og de positive sidene så er det jo på de alle flest indikasjoner, kanskje mere positive sider med å prøve å sette i gang enn negative sider. Men jeg tror vi er fryktelig redde for å skremme fødekvinnene, og det er så tullete i dagens samfunn.

5.2 Indikasjon for induksjon styrer jordmors rolle

Indikasjonen for induksjonen styrer jordmors rolle. Det betyr at jordmor har en mindre rolle når det gjelder informasjonen til kvinnen og det informerte samtykke ettersom flere induksjoner er bestemt på forhånd. Jordmødrene beskriver at de da mister sin autonomi som jordmor og rollen blir mer som en assistent til legene. De forteller at det er legene som tar beslutningen om induksjonen, og deres rolle blir mer i bakgrunnen og jordmødrene har derfor lite de skulle sagt i induksjonsprosessen. Jordmødrene påpekte likevel at en viktig rolle de hadde som jordmor var å være imøtekommende, støttende, lyttende og legge til rette for at kvinnen får en best mulig induksjonsprosess. Dette handler om å følge opp informasjonen som er gitt til kvinnen og om hun er innforstått med hva som skal skje. Det kommer frem i intervjuene at induksjonene ofte blir bestemt på poliklinikken, og at beslutningene baseres på retningslinjer og prosedyrer. De presiserer at dette fører til at jordmødre ikke tørr å overstyre

det som allerede er blitt bestemt, selv om de ikke alltid forstår indikasjonen for induksjonen. Jordmødrene uttrykker at det burde være bedre kommunikasjon og samarbeid mellom poliklinikken og fødeavdelingen. En av jordmødrene foreslo å ha et daglig møte mellom jordmødrene fra fødeavdelingen og legene fra fødepoliklinikken, slik at jordmødrene kunne ta større del i induksjonsprosessen. Videre forteller de at de kan gjøre sin vurdering når kvinnen kommer til fødeavdelingen, og i samråd med en ny lege ta en ny vurdering om det er nødvendig å starte en induksjon dersom den ikke allerede er blitt startet på poliklinikken. Det kommer likevel frem i intervjuene at jordmødrene har en informerende rolle i forbindelse med induksjonen. En jordmor beskriver det slik:

Så jeg tenker sånn sett at man har jo, vi har nok ikke så veldig mye bestemmelse i akkurat hvem som skal og sånne ting, men jeg er i hvert fall veldig nøye på i forhold til informasjonen de får i forkant av når det er bestemt, så er jeg veldig nøye på at hvis noen spør meg om noe, så svarer jeg veldig veldig ærlig på det.

Blir induksjonen bestemt på poliklinikken og startet der, har jordmor på en fødeavdeling en mindre rolle i forbindelse med induksjon. Jordmødre mente at dersom induksjonen blir bestemt på poliklinikken, men blir satt i gang på fødeavdelingen kan jordmor ha en større rolle når det gjelder prosessen rundt informert samtykke i samarbeid med legen. Jordmor har da kjennskap til kvinnen, som gjør at det blir mer kontinuitet som igjen kan bidra til at kvinnene får en bedre fødselsopplevelse. Jordmødre påpeker viktigheten av å gi kvinnen eierskap til sin egen fødsel og ha medbestemmelse innenfor de rammene jordmødrene må følge. Dette kan bidra til at kvinnene får en bedre fødselsopplevelse og en følelse av å bli sett og hørt. En av jordmødrene beskriver det slik:

Det er noe med det at, det er deres fødsel, det er de som på en måte skal få en opplevelse av at det er de som tar eierskap da, i sin egen fødsel. Samtidig som at vi forholder oss til de prosedyrene som er, for det er vi pålagt. Men vi kan også noen ganger gå litt utenfor, så lenge alt er bra med barnet og sånn, det føler jeg noen ganger er veldig viktig, at det kan være en avgjørende greie i forhold til å få kvinnen med på å føle at hun har tatt eierskap til sin fødsel, og fått sine ønsker hørt.

5.3 Individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet

Individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet ettersom indikasjoner og kvinners situasjon er ulike. Jordmødrene opplever at kvinner som blir induisert basert på sterke medisinske anbefalinger får mindre informasjon om ulemper og konsekvenser om

induksjonen, enn de som blir indusert uten en tydelig medisinsk indikasjon eller andre årsaker. Får kvinner lite informasjon om fordeler og ulemper med en induksjon blir det vanskeligere for kvinnen å ta et informert samtykke, mente jordmødrene. En jordmor beskriver at det er bedre å gi kvinnen tilstrekkelig med informasjon, og realistiske forventinger om det som kan skje. Det vil kunne forventes et lengre fødselsforløp og økt risiko for instrumentell forløsning. En annen jordmor beskriver at ikke alle kvinner er like mottakelige og noen glemmer informasjonen de får fortære. Informasjonen styres derfor i stor grad av hvilke kvinner som skal ha informasjon. Jordmødrene påpekte hvor viktig det var å huske på at alle kvinner er ulike, med ulike behov. Jordmødrene opplevde at de som var ressurssterke stilte mer spørsmål og fikk derfor mer informasjon og mulighet til å være mer delaktig i beslutningen. En jordmor fortalte:

Så det er jo det der med informert samtykke da, at de er informert, eller de har samtykket, og de er kanskje litt informert, det er litt det der med, hva er den informasjonen de får og da. Er det liksom realiteten, eller har vi bare sagt hva som er beste utfallet av prosessen. Alt hviler jo på den informasjonen de får, og hvor forberedt de er og kan ta på en måte også egne valg.

Jordmødre påpekte at det var mangelfull informasjon om induksjon til kvinner når de kommer fra poliklinikken til fødeavdelingen. Jordmødre beskriver at kvinner som ikke er informert tilstrekkelig kan bli påvirket negativt når det gjelder informert samtykke, samt en negativ fødselsopplevelse. De beskriver at en induksjonsprosess kan for kvinnen oppleves som veldig smertefull, krevende og kan ta lengre tid enn forventet. Noen jordmødre fortalte at de ulike avdelingene innen fødselsomsorgen hadde et informasjonsskriv som forklarte kort om de ulike induksjonsmetodene, men lite om risikofaktorene og de negative utfallene av en induksjon. De oppga videre at de mente det burde bli gitt ytterligere tilpasset informasjon til hver enkelt kvinne som følges opp på fødeavdelingen, etter deres ønsker og behov. Hvor de også får informasjon om hva de kan forvente, og risikofaktorer som kan medfølge en induksjon. Jordmødre mente at selv om kvinnene får god informasjon, kan det likevel være vanskelig å sette seg inn i og forstå hvor intens en induksjon kan være. Dette kan da gjøre det vanskelig for kvinnene å ta et informert valg når de ikke vet hva de går til. Jordmødrene beskriver også at informasjon var en viktig faktor som kan være med på at kvinnene får en bedre og mer realistisk opplevelse av induksjonsprosessen. De mente at om kvinnen var trygg og rolig på prosessen, hadde de sannsynligvis ikke like vondt ifølge jordmødrene. En jordmor beskrev det slik:

Jeg tror de kan få litt bedre opplevelse, i hvert fall litt mere realistisk forventning til hvordan fødselen blir hvis vi er litt mere ærlig på hva som skjer. Jeg tror ikke det er så farlig å ha vondt så lenge at man føler at man blir sett og møtt, og det er noen som har tid til deg.

En side av individtilpasset informasjon er at det er viktig å starte tidlig i svangerskapet med å informere om induksjon og hva det innebærer. Jordmødrene mente at kvinnene var mer åpne for denne informasjonen før de var på slutten av svangerskapet. Jordmødrene har erfart at de kvinnene som hadde fått informasjon om induksjon i svangerskapet var mer delaktig i beslutningsprosessen. Videre forteller noen av jordmødrene at det kan være for sent å informere når de kommer inn til sykehuset, da de kanskje ikke er like mottakelige for den informasjonen. Mens andre jordmødre ga uttrykk for at det er for tidlig å snakke om induksjon i svangerskapet, da det kan være med på å gi et negativt bilde av fødselen. I tillegg påpekte de at det var viktig å fokusere på det normale. De bemerket at det å gi informasjon tidlig kunne skremme kvinnen og skape unødvendige bekymringer. En annen jordmor opplevde at det var utfordrende å forberede kvinnen i løpet av svangerskapet og at en fødsel må oppleves og derfor heller få veiledning underveis. Samtidig sa de at induksjon kunne blitt presentert kort og konkret på et fødselsforberedende kurs, om hva det er og hva det innebærer for mor og barn. En jordmor beskriver:

Det er nesten for sent når de kommer på sykehuset. De har ikke den psyken som skal til på slutten, hadde de blitt fanget opp noen uker før, når de fortsatt har litt overskudd og kan få den informasjonen.

5.4 Tidspress er en dominerende faktor for induksjonsprosessen

Tidspress i forbindelse med induksjonsprosessen er ifølge jordmødrene en dominerende faktor. De beskriver at de ofte opplever at kvinnene ikke får ta del i valg som omhandler egen fødsel. Hvor det ikke alltid er tilstrekkelig med tid på poliklinikken til å informere godt nok om induksjonsprosessen og la kvinnen få være delaktig i beslutningen omkring induksjon. Noen av jordmødrene med erfaring fra poliklinikken beskriver at legene flere dager kun hadde ti minutter til hver kvinne, men at denne tiden er avhengig av hvor mange kvinner det er totalt. Videre beskriver jordmødrene med erfaring fra fødeavdeling at det var lite ressurser og stor arbeidsbelastning på fødeavdelingen, som gikk utover tiden de hadde til hver kvinne. De uttrykte at flere av kvinnene som ble henvist fra poliklinikken var lite informert om selve induksjonsprosessen til tross for at de hadde samtykket til induksjonen. De beskriver at noen av kvinnene var i sjokk da de kom til fødeavdelingen og fikk informasjonen av jordmødrene.

Jordmødre på fødeavdelingen mente derfor at kort tid på poliklinikken kunne påvirke jobben som jordmor på en fødeavdeling. En jordmor sa:

Men det er, jeg tenker ofte på poliklinikken vår, hvor alt må skje så fort. Det er veldig synd. Det er ingen som har god tid der, verken jordmor eller lege.

Når kvinnen kommer til fødeavdelingen kan hun ha fått informasjon om induksjon på poliklinikken, men den korte tiden gjorde at hun ikke fikk med seg alt da det ble mye for kvinnen å ta innover seg på en gang, ifølge jordmødrene. Videre påpekte jordmødre at informasjon om induksjon burde kort bli presentert i løpet av svangerskapet. Det finnes også beskrivelser av at liten tid ikke var en god nok begrunnelse for å ikke gi tilstrekkelig med informasjon. En jordmor beskrev at selv ved et katastrofesnitt, så kan en jordmor eller lege som er til stede klare å gi tilstrekkelig med informasjon slik at kvinnen kan føle seg mindre redd. Ifølge jordmødrene bør det derfor finnes tid på poliklinikken til å informere, til tross for lite tid. Likevel uttrykte noen av jordmødrene at liten tid var et hinder for informasjonsdelingen, som kunne gå utover kvinnens informerte samtykke. En jordmor forklarte det slik:

Så det er litt vanskelig noen ganger og, samtidig så føler jeg at det krever egentlig ikke så mye av oss. Det er bare måten ting blir sagt på, det kan være to setninger, også er det veldig god informasjon. Og man kan prate masse, også har hun egentlig ikke skjønt hva som skal skje.

6 Diskusjon

I dette kapitlet skal vi reflektere og drøfte våre funn opp mot relevant forskning og det teoretiske rammeverket for oppgaven. Videre vil vi diskutere styrker og svakheter med studiens metoder i lyset av refleksivitet, relevans og validitet.

6.1 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen blir presentert under samme kategorier som i resultatkapitlet. Diskusjon av resultatet vil foregå med utgangspunkt for studiens problemstilling: *«Hvilke opplevelser har jordmødre med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel?»*

6.1.1 Fryktkultur preger hele induksjonsprosessen

Resultatene fra vår studie viser at en fryktkultur påvirker hele induksjonsprosessen. Videre kommer det frem i resultatdelen at det var flere årsaker som kunne føre til en slik fryktkultur.

Ifølge jordmødrene var en av årsakene en annen fødepopulasjon med flere eldre gravide kvinner, som har en økt risiko for å bli indusert. En annen forklaring var at det var en redsel for uheldige utfall og at fødsel går mer mot en medisinsk hendelse. Ifølge vår studie førte redsel for uheldige utfall til flere undersøkelser og den økte induksjonsraten. Dette blir støttet av studier som viser at fødselskulturen er påvirket av frykt for uheldige utfall og frykt for å bli involvert i uønskede situasjoner. Dette førte til unødvendige intervensjoner som induksjon og overvåkning (Healy et al., 2016; Nippita et al., 2017). Statistikk fra medisinsk fødselsregister viser til et økende antall induksjoner over tid i Norge (Folkehelseinstituttet, 2023; Helsedirektoratet, 2022a). Selv om induksjon av fødsel er et viktig verktøy i fødselsomsorgen og bidrar til å redde liv, kommer det frem i studier at det likevel er viktig å ha et bredere søkelys på fødselsomsorgen, der kvinnen er i fokus. Med en medikalisert fødselsomsorg kan kvinnen få mindre oppmerksomhet (Miller et al., 2016; Skogheim & Lundgren, 2021). I modellen til Elwyn presenteres «option talk» i det andre steget. Her skal kvinnen få forsknings- og erfaringsbasert informasjon om mulighetene hun har, samt fordeler og ulemper. På denne måten kan kvinnen ta et informert samtykke (Nieuwenhuijze, 2020). På den andre siden kommer det frem i vår studie at frykttkultur var et hinder for å gi kvinner tilstrekkelig med informasjon og muligheten til å ta et informert samtykke. Jordmødrene mente at informasjon om risikofaktorene med en induksjon kunne bidra til å skremme kvinnen, samtidig som de var klar over at det var informasjon kvinnen måtte få for å ta et informert samtykke.

En del av frykttkulturen ifølge vår studie er at jordmødrene mente at fødselsomsorgen går i feil retning og at flere kvinner opplever en negativ fødselsopplevelse. Jordmødrene i vår studie ga uttrykk for at kvinnene burde blitt bedre forberedt på induksjonsprosessen og at dette kan bidra til at kvinner får en bedre fødselsopplevelse. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har kvinner rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i situasjonen og hva helsehjelpen som tilbys innebærer. Informasjon fra jordmor skal inneholde mulige risikofaktorer og bivirkninger ved induksjonen, slik at kvinnen har mulighet til å medvirke i valget. I tillegg skal jordmor tilse at kvinnen har fått tilstrekkelig med informasjon før gjennomføringen av en prosedyre (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1 & § 3-2). Studier viser at det finnes mangler når det gjelder kvinners involvering i beslutningsprosessen rundt induksjon og at de ikke får tilstrekkelig med informasjon til å ta et informert samtykke (Coates, Thirukumar et al., 2021; Lou et al., 2019; Schwarz et al., 2016). En litteraturstudie konkluderer med at utilstrekkelig med informasjon er et hinder for delt

beslutningstaking (Joseph-Williams et al., 2014). Dette kan relateres til vår studie som viser at jordmødrene mente at tilstrekkelig med informasjon, som inkluderer både fordeler og risikofaktorer med induksjon, kunne bidra til en bedre fødselsopplevelse for kvinnene og at de på den måten ble bedre forberedt på induksjonsprosessen. I en studie til Coates, Donnelly, Foureur, Thirukumar et al., (2021) kommer det frem at kontinuitet i svangerskapsomsorgen, ved å oppsøke samme jordmor eller lege, kunne bidra til at kvinner følte seg tryggere på at de forsto den informasjonen som ble gitt og fikk nok tid til å stille spørsmål. Det var også mindre sannsynlig at kvinnene som fikk kontinuitet i svangerskapsomsorgen opplevde at de følte seg presset til å ta en beslutning (Coates, Donnelly, Foureur, Thirukumar et al., 2021). Jordmødre fra vår studie opplevde at kvinner som kom til fødeavdelingen for å bli indusert hadde flere spørsmål om induksjon som de ikke hadde fått svar på tidligere. En årsak kan være at det mangler kontinuitet i svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge.

Fryktkultur i fødselsomsorgen fører til økt medikalisering ifølge jordmødrene fra vår studie. Dette kan relateres til et medikalisert syn på fødsel der tanken om sykелighet og avvik er fremtredende. Det skaper et behov for sikkerhets- og risikovurderinger. Denne risikotanken har ført til overforbruk av medisinsk intervensjon i den hensikt å forhindre alvorlige hendelser (Scamell et al., 2019). I flere studier kommer det frem at en slik medikalisering av fødselsomsorgen påvirker kvinners fødselsopplevelse (Blanc-Petitjean et al., 2021; Falk et al., 2019). Dette støttes av jordmødre i vår studie som opplevde at kvinner som ble indusert hadde en negativ fødselsopplevelse. Dette kommer også frem i flere studier (Blanc-Petitjean et al., 2021; Coates, Goodfellow et al., 2020; Coates, Thirukumar et al., 2021). Dersom fødselsomsorgen kun har et medisinsk fokus vil dette kunne føre til en økt risiko for å glemme fødekvinnens perspektiver og opplevelser (Scamell et al., 2019). WHO anerkjenner at en positiv fødselsopplevelse ikke kun skal dreie seg om at det blir født et sunt og friskt barn, men også at fødselen oppfyller kvinnenens behov. De fleste kvinner ønsker en fysiologisk fødsel og oppleve en følelse av kontroll, der de blir involvert i beslutninger selv når medisinske intervensjoner er nødvendig (World Health Organization, 2018). Resultat i vår studie viser til at fødselsomsorgen går mer mot en medisinsk hendelse enn en fysiologisk prosess og blir preget av et medikalisert syn på fødsel. Et medikalisert syn på fødsel kan føre til at kvinner får medisiner med en hensikt om at fødselen skal gå raskere (Miller et al., 2016; Skogheim & Lundgren, 2021). På flere fødeavdelinger er overmedisinering av fødsel en vanlig praksis (Miller et al., 2016). Dette kommer også frem i studien gjennomført av Nilvér et al., (2022) der resultatet viser til et medikalisert syn på fødsel. Når kvinner blir indusert til

fødsel er det en utfordring for jordmødre å støtte kvinnens normale fremgang i fødselen, ikke forhaste henne gjennom forløpet og involvere henne i prosessen (Nilvér et al., 2022). En induksjon kan bidra til å redde liv, men det kan også forårsake skader eller økte helsekostnader (Miller et al., 2016; Skogheim & Lundgren, 2021). I vår studie kom det frem at jordmødre opplever at en medikalisert fødselsomsorg har ført til at de har blitt mer prosedyrestyrt. De uttrykte en frustrasjon over hvor mange kvinner som blir indusert og at dette er ressurskrevende på en fødeavdeling. Dette mente de gikk utover jobben en jordmor har med å fremme det normale i fødselen, i tillegg gikk det utover omsorgen kvinnen fikk av jordmor.

Det kommer frem at jordmødrene i vår studie opplevde en frykt for å bli involvert i uheldige utfall. Jordmødrene presiserte at det er et strengt lovverk og retningslinjer de er pålagt å følge. Dette støttes av andre studier som påpeker at fødsel foregår innenfor en ramme der risiko aspektet dominerer og «unødvendige» intervensjoner beskytter helsepersonell mot rettsaker. Videre viser studier at jordmødre føler på et ansvar for å unngå uheldige utfall for mor og barn (Farnworth et al., 2021; Feeley et al., 2019; Healy et al., 2016). Risiko for uheldige utfall innebærer at leger først og fremst er opptatt av å redusere perinatale dødsfall, og ser derfor på induksjon som en måte å kontrollere denne risikoen på (Nippita et al., 2017). En studie utført i Norge fant at én av ti induksjoner i Norge utføres uten en streng medisinsk indikasjon (Dögl et al., 2018). Norsk veileder i fødselshjelp og WHO vektlegger i sine anbefalinger at det bør foreligge en medisinsk indikasjon av fødselen før induksjonen, og at fordelene bør veie opp for komplikasjonene som kan oppstå ved en induksjon (Oppegaard et al., 2022; World Health Organization, 2018). Til tross for dette opplevde jordmødrene at kvinner ble indusert på grunn av frykt for uheldige utfall, selv om det var lite medisinsk grunnlag for en induksjon.

6.1.2 Indikasjon for induksjon styrer jordmors rolle

Ifølge resultat i vår studie styres indikasjon for induksjon jordmors rolle. Det betyr at om det er en medisinsk årsak til induksjonen har behandlingsansvarlig lege mer ansvar for kvinnen og informasjonen som blir gitt i forkant av induksjonen. Resultat fra litteraturstudien til Healy et al., (2016) beskriver at en risikokultur kan resultere i at jordmødre mister sin autonomi i en normal fødsel. Dette kan føre til at jordmødre får en økt oppfatning av fødsel som unormal og behov for intervensjoner (Healy et al., 2016). Funn fra en global nettbasert undersøkelse uttrykker jordmødre en dyp frustrasjon over realiteten i sin yrkesutøvelse og en mangel på å bli hørt (World Health Organization, 2016). De beskriver en mangel på respekt og forståelse

over hva jordmorfaget er, kombinert med økende medikalisering av fødsel. Funn fra denne undersøkelsen indikerer at kvaliteten på omsorgen til gravide kvinner kan bli forbedret om jordmødre blir lyttet til (World Health Organization, 2016). Jordmødrene fra vår studie påpekte at de hadde en betydningsfull rolle, med å være imøtekommende, støttende, lyttende og legge til rette for at kvinnen fikk en god opplevelse av induksjonsprosessen. Dette støttes av studien til Renfrew et al., (2014) som konkluderer med at jordmødre har en viktig rolle når det gjelder å utøve støttende og forebyggende omsorg til kvinner. Jordmødre sin rolle er skreddersydd etter kvinnens behov og de arbeider for å styrke kvinners evne og fremme en normal fødsel (Renfrew et al., 2014). I studien til Bringedal & Aune (2019) kommer det frem at jordmødre spiller en viktig rolle, der jordmødre påvirker kvinners evne til å ta informerte valg under fødselen. Dette kommer også frem i vår studie, der resultat viser at dersom det ikke foreligger en medisinsk årsak til induksjon og induksjonen blir satt i gang på fødeavdelingen, hadde jordmor en mer informerende rolle i induksjonsprosessen. Dette handlet blant annet om å tilse at kvinnen var innforstått med informasjonen som var blitt gitt om induksjonen tidligere.

Jordmødre fra vår studie påpeker viktigheten av å gi kvinnen eierskap til egen fødsel, slik at kvinnene kan få medbestemmelse innenfor de rammene jordmødrene må følge. Ifølge International Confederation of Midwives (ICM) har jordmor i samarbeid med andre profesjoner et ansvar for å fremme en naturlig fødsel. Samtidig skal jordmor ha fokus på å sikre kvinnenes informerte samtykke og medvirkning i valgene omkring egen fødsel (International Confederation of Midwives, 2014). Ifølge vår studie kan det være en utfordring for jordmødre å fremme en naturlig fødsel når beslutningen om induksjon blir tatt av legene på bakgrunn av en medisinsk indikasjon. Dette støttes av studien til Nilvør et al., (2022), hvor det kommer frem at ved en indusert fødsel er det en utfordring for jordmødre å støtte kvinners normale fremgang i fødsel, involvere de i prosessen og ikke forhaste de gjennom forløpet (Nilvør et al., 2022). Når en kvinne blir indusert må jordmor følge retningslinjer og prosedyrer, som kan begrense jordmors mulighet til å fremme en normal fødsel. Dette styrkes av begrepet delt beslutningstaking som i forbindelse med fødsel beskriver hvordan det kan være utfordrende for jordmødre å møte kvinnens behov, dersom retningslinjer og prosedyrer er styrende (Kirk, 2020; Nieuwenhuijze, 2020). Jordmødre skal overholde sine plikter i henhold til loven (Helsepersonelloven, 1999). I Elwyns modell skal kvinnens personlige mål, verdier og preferanser utforskes i steg to «option talk» (Nieuwenhuijze, 2020). Funn fra vår studie kan tyde på at dette ikke alltid utforskes tilstrekkelig.

I vårt resultat fant vi at jordmødre uttrykte frustrasjon over at de mistet sin plass som jordmor og kunne føle seg som obstetriske sykepleiere i forbindelse med en induksjon. De fortalte at det er ressurskrevende med så mange induksjoner på en fødeavdeling og at det går utover omsorgen de skal gi til kvinnene når de må følge retningslinjer og prosedyrer. Selv om noen av indikasjonene på induksjon er basert på klare anbefalinger, konkluderer litteraturstudien til Coates, Makris et al., (2020) at det er flere av induksjonene som ikke er basert på sterke anbefalinger. I vår studie beskriver jordmødrene at de i flere situasjoner fikk kvinner fra poliklinikken som skulle induseres, men forsto ikke indikasjonen for induksjonen. Dette støttes av studien til Coates, Donnelly, Foureur, Spear et al., (2021), som hadde som mål å kartlegge tverrfaglige variasjoner mellom jordmødre og leger. De fant betydelige variasjoner, der det var større sannsynlighet for at jordmødrene ikke så på indikasjonen for induksjon som gyldig i motsetning til legene. Studien konkluderer med at det må bli et større fokus på tverrfaglig samarbeid, samt delt beslutningstaking med kvinner. Dette kan bidra til å forbedre kvinnesentrert omsorg (Coates, Donnelly, Foureur, Spear et al., 2021). I Helsedirektoratet (2010) sin veileder «et trygt fødetilbud» står det beskrevet at det er nødvendig med et system for kommunikasjon mellom de ulike tjenestenivåene. For å sikre et helhetlig forløp er det viktig med kommunikasjonslinjer mellom fødenivåene og fødeinstitusjonene, og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Funn fra vår studie tyder på at det ikke er ett godt nok samarbeid og god nok kommunikasjon mellom svangerskaps- og fødselsomsorgen. Jordmødrene påpekte at det var lite kommunikasjon mellom legene fra poliklinikken og jordmødrene på fødeavdelingen, samt at avdelingene var adskilte. Det kom frem forslag om at det burde vært et daglig møte mellom legene fra poliklinikken og jordmødrene på fødeavdelingen, hvor jordmødrene blir inkludert i diskusjonene om hver enkelt kvinne. En tanke er at jordmødre på denne måten kan få en større rolle i forbindelse med induksjon.

6.1.3 Individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet

I vår studie kommer det frem at kvinners mulighet til å ta et informert samtykke påvirkes av informasjonen som blir gitt av jordmor eller lege. Individtilpasset informasjon er derfor nødvendig for kvinnens delaktighet. Dette kan relateres til delt beslutningstaking som innebærer blant annet kvinnens mulighet til å påvirke eller aktivt være involvert i det som skjer (Nieuwenhuijze, 2020). Individtilpasset informasjon styrkes også av Bringedal & Aune (2019) som viser at informert valg for kvinnene handlet om å bli involvert, være deltakende

og bli sett og hørt som individer. Videre viser studien at måten jordmor tilnærmet seg kvinnen på kunne være med å påvirke kvinnen til å ta informerte valg og få realistiske forventinger av fødselen (Bringedal & Aune, 2019). Et ytterligere resultat fra vår studie er at informasjonen som blir gitt til kvinnene også i stor grad blir styrt av hvem som skal motta informasjonen. Jordmødrene påpekte at det var viktig å huske på at alle kvinner er ulike, med ulike utgangspunkt og behov. En litteraturstudie viser at kunnskap er nødvendig for at pasienter skal kunne være delaktig i beslutninger som skal tas. Videre beskriver studien at utilstrekkelig informasjon er et hinder for delt beslutningstaking (Joseph-Williams et al., 2014). På den andre siden beskrev jordmødrene i vår studie at til tross for god og individtilpasset informasjon til kvinnene, opplevde de at det kunne være vanskelig for kvinnene å være delaktige i beslutningen og ta et informert samtykke. De begrunnet dette med at det kan være vanskelig for kvinnene å sette seg inn i hva en induksjon innebærer, om de ikke har vært gjennom det før. Flere studier viser at kvinner opplever mangel på tilstrekkelig med informasjon og involvering i induksjonsprosessen, dette påvirket kvinnenes opplevelse av induksjonsprosessen og mulighet til å ta et informert valg. Helsepersonell bør gi individtilpasset og kvinnesentrert omsorg under intervensjoner som induksjon (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Coates, Goodfellow et al., 2020).

Jordmødre i vår studie beskriver at tilstrekkelig og individtilpasset informasjon er viktig for at kvinnen skal kunne ha medvirkning i beslutningene som tas vedrørende en induksjon. Dette styrkes av nasjonale retningslinjer og lovverk som sier at helsepersonell har et ansvar med å tilpasse informasjonen, og forsikre seg om at kvinnen har forstått innholdet i informasjonen som har blitt gitt. Det innebærer informasjon om prosedyren, risikofaktorer og bivirkninger ved induksjonen (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Det kommer frem i en studie at strenge retningslinjer gir lite rom for individuelle beslutninger (Healy et al., 2016). Mangel på informasjon og informert samtykke knyttet til induksjonen er ett problem viser flere studier. Videre viser studiene at beslutningen om induksjonen ofte ble tatt på vegne av kvinnene, hvor de opplevde at de ikke fikk nødvendig med informasjon om induksjonsprosessen og risikofaktorene det kan medføre (Coates, Goodfellow et al., 2020; Moore et al., 2014). Ifølge det andre steget i modellen til Elwyn «option talk» er det beskrevet at helsepersonell skal liste opp de ulike mulighetene kvinnen har, og deretter forsknings- og erfaringsbasert informasjon om fordeler og risikofaktorer (Nieuwenhuijze, 2020). På den andre siden kom det frem i vår studie at jordmødrene opplevde at ikke alle kvinner er like

mottakelige for informasjon. Informasjonen som blir gitt om induksjon blir derfor ofte styrt av hvilke kvinner som skal motta informasjonen, dette krever individtilpasset informasjon.

I resultat fra vår studie opplevde jordmødrene at ressurssterke kvinner stilte mer spørsmål, og fikk derfor mer informasjon og mulighet til å være delaktig i beslutningen om induksjon. Graden av involvering avhenger av kvinnens individuelle behov (Nieuwenhuijze, 2020). Kvinner ønsker å ta ansvar for egen helse, men verdsetter ekspertise og råd fra jordmor. Dette er en felles prosess mellom kvinnen og jordmor, med en gjensidig forståelse for å komme til en avgjørelse (Nieuwenhuijze, 2020). I studien til Keulen et al., (2021) kommer det frem at kvinner som ønsket induksjon, ofte var de som var preget av angst. Det å gi tilstrekkelig med informasjon til disse kvinnene kunne være med på å redusere angsten. Dersom helsepersonell er bevisst på dette, kan det bidra positivt i prosessen rundt informert samtykke (Keulen et al., 2021). I en studie av Ebert et al., (2014), var hensikten å få en større forståelse av sosialt vanskeligstilte kvinners evne til å engasjere seg i beslutningsprosesser som omhandlet egen helse. I resultatet kommer det frem at disse kvinnene ikke følte seg trygge til å delta i diskusjoner som omhandlet det å ta et valg, men at de likevel ønsket å engasjere seg i egen helse. Uten tilstrekkelig med informasjon, mente kvinnene at de står utenfor fødselsomsorgens kultur og beslutningsprosesser. Funn fra denne studien konkluderer med at jordmødre må sørge for at kvinner som er sosialt vanskeligstilte føler seg trygge på at de har en stemme angående valg som omhandler egen helse, og finne en måte å gi de en følelse av kontroll i møte med fødselsomsorgen (Ebert et al., 2014). Dette kan også relateres til å jobbe individtilpasset selv om jordmødrene i vår studie ikke tok opp denne gruppen kvinner. Et nyttig verktøy for å støtte kvinner til å ta et informert samtykke uansett bakgrunn er modellen til Elwyn. Denne modellen viser prosessen på hvordan de kan oppnå delt beslutningstaking og til å ta et informert samtykke. Dette er aktuelt før mange beslutninger i svangerskaps- og fødselsomsorgen, som blant annet induksjon. Kvinnen skal ifølge modellens siste steg «decision talk» bli støttet og føle seg trygg på sitt valg (Nieuwenhuijze, 2020).

Jordmødre i vår studie beskriver at en side av individtilpasset informasjon handler om når i svangerskapet informasjonen blir formidlet til kvinnene. Det kommer frem i våre resultater at det å starte tidlig i svangerskapet med å informere kvinnene om hva induksjon er og hva det innebærer, kan være med å påvirke kvinnens delaktighet i beslutningsprosessen om induksjon. Vårt resultat kan relateres til en studie fra Australia, hvor det kommer frem at kontinuitet i svangerskapsomsorgen er assosiert med en positiv opplevelse i forbindelse med

beslutningsprosesser. Dette burde være standarden i svangerskapsomsorgen, slik at kvinnene blir godt forberedt på ulike valg og muligheter de kan få i forbindelse med fødsel (Coates, Donnelly, Foureur, Thirukumar et al., 2021). På den andre siden kommer det frem i vår studie at jordmødre mente det kunne være for tidlig å informere om induksjon i svangerskapet. De begrunnet dette med at kvinnene allerede får mye informasjon, samtidig som det var viktig å fokusere på det normale og ikke skape unødvendige bekymringer. En studie fra Danmark viser at behovet for informasjon har økt i takt med en mer medikalisert fødselsomsorg, som igjen setter mer krav til informasjonsdelingen kvinnen får av jordmor (Clausen et al., 2016). Til tross for dette kommer det frem i studien til Farnworth et al., (2021) at jordmødre var kritiske til å gi detaljert informasjon for tidlig og påpekte at det ikke burde bli presentert rutinemessig i svangerskapsomsorgen. Ifølge nasjonale faglige retningslinjer inngår ikke informasjon om induksjon som en del av basisprogrammet under svangerskapskonsultasjonene til gravide med et normalt svangerskap (Helsedirektoratet, 2022c). Funn fra vår studie tyder på at det er et behov for informasjon om induksjon i løpet av svangerskapet. Studier viser at manglende informasjon rundt induksjon og deltakelse i beslutningsprosessen fører til misnøye blant kvinnene (Coates, Goodfellow et al., 2020; Dupont et al., 2020; Lou et al., 2019). Derfor er det behov for individtilpasset informasjon som vår studie viser.

6.1.4 Tidspress er en dominerende faktor for induksjonsprosessen

Ifølge resultat fra vår studie er tidspress en dominerende faktor for induksjonsprosessen som kan begrense informasjonen kvinnen får om induksjon. Tidligere studier viser at jordmødre opplever et høyt nivå av stress på jobb, og at dette kan ha alvorlige konsekvenser for en trygg fødselsomsorg (Creedy et al., 2017; Cull et al., 2020; Hildingsson et al., 2013; Hunter et al., 2019). Det kommer også frem i våre funn at det er lite ressurser og stor arbeidsbelastning i fødselsomsorgen. Dette påvirker arbeidshverdagen som jordmor og tiden de har til hver enkelt kvinne. Oppfatning av tid kan være kulturelt betinget og er en faktor i fødselsomsorgen som domineres av medikalisering. Dette kan føre til at fødekvinne skal passe inn i en tidsramme eller et skjema (Skogheim & Lundgren, 2021). I en studie utført i Norge vektlegger kvinner viktigheten av et tverrfaglig team som samarbeider og setter av nok tid med kvinnen for å sikre at de har forstått hennes synspunkter (Vedeler et al., 2022). Jordmødrene i vår studie beskriver at tidspress i fødselsomsorgen går utover informasjonen kvinnen får, og muligheten kvinner har til å være delaktig i beslutningen om induksjon og til å ta et informert samtykke. En studie til Jay et al., (2018), viser at det bør vurderes en mer fleksibel måte å jobbe på, slik

at jordmødre og kvinner får mer tid sammen til å diskutere de ulike alternativene uten å stresse. Å respektere at kvinnen får nok tid til å vurdere mulighetene hun har er en viktig del av en god beslutningsprosess ifølge andre steg i Elwyns modell «option talk» (Nieuwenhuijze, 2020). I studien til Schwarz et al., (2016) kom det frem at kvinnene ønsket mer støtte fra helsepersonell i beslutningsprosessen om induksjon, og et ønske om mer tid til å kunne vurdere sine valg. Resultat fra vår studie viser at det er liten tid på poliklinikken til hver enkelt kvinne. Dette kan tyde på at tiden kvinnen trenger for å ta del i beslutningsprosessen ikke blir respektert.

Funn fra vår studie viser at informasjon om induksjon burde bli presentert kort og konkret på fødselsforberedende kurs i svangerskapsomsorgen. Jordmødrene mente at dette kunne være til god hjelp for tidspresset helsepersonell opplever på poliklinikker og fødeavdelinger. I studien til Bringedal & Aune (2016) kommer det frem at det er tilfeldig hvor mye kvinner får av informasjon i løpet av svangerskapet. Bedre kontinuitet på informasjon i svangerskapet kan derfor ha innvirkning på kvinners forventninger, beslutninger og opplevelser av fødselen (Bringedal & Aune, 2019). I en studie utført i Danmark beskriver kvinner at de følte seg tilstrekkelig informert om årsakene til induksjonen, men ønsket mer informasjon og bedre tid, slik at de bedre kan reflektere over alternativene de hadde omkring induksjon (Lou et al., 2021). Jordmødre fra vår studie opplevde at kvinner som kom fra poliklinikken var i sjokk og var lite informert om induksjonsprosessen til tross for at de hadde samtykket. Flere studier viser at kvinner opplever at induksjon ikke blir presentert som et valg (Armstrong & Kenyon, 2017; Farnworth et al., 2021; Lou et al., 2019). Kvinnesentrert omsorg konkluderer studien til Brady et al., (2019) er hjørnesteinen i en god jordmor praksis. Formålet med en kvinnesentrert omsorg handler om å gi hver enkelt kvinne tilpasset informasjon på en måte som fremmer deltakelse og forbedrer informert samtykke (International Confederation of Midwives, 2014). Kvinnesentrert omsorg kan relateres til delt beslutningstaking der kvinnens behov er i fokus. Funn fra vår studie kan det tyde på at kvinnens behov ikke blir tilstrekkelig møtt. I en studie av Moore et al., (2014) var mangel på informert samtykke en barriere for optimal omsorg. Informert samtykke i sammenheng med tid er noe vi har funnet lite forskning på, og mener dette er et tema det bør forskes mer på.

6.2 Metodediskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere og reflektere rundt metoden vi har valgt å bruke og kvaliteten på studien. Ifølge Malterud (2017) bør troverdighet være et kjennetegn for alt vitenskapelig

arbeid. Forskningsprosessen bør være grundig, systematisk, pålitelig, etisk utført og gjort rede for. Malterud (2017) trekker frem begrepene *refleksivitet*, *relevans* og *validitet*, som sentrale begrep i vurderingen for studiets kvalitet, gjennom styrker og svakheter som vil bli brukt i diskusjonen. I metodekapittelet har vi beskrevet denne prosessen trinn for trinn, slik at den som leser kan få en forståelse og kunne vurdere måten vi har gått frem i studien på.

Refleksivitet er et begrep Malterud (2017) beskriver som en aktiv holdning, som forskeren må vedlikeholde og oppsøke gjennom forskningsprosessen og stille seg selv spørsmål til egen fremgangsmåte og konklusjon. For at forskningsprosessen skal bringe frem noe nytt er det essensielt at forskeren har et åpent sinn med plass for tvil, ettertanker og nye konklusjoner om fenomenet en undersøker. Det er viktig at forskeren klargjør sin forforståelse med leseren, og at dette kommer tydelig frem (Malterud, 2017). Gjennom hele forskningsprosessen har vi etter beste evne forsøkt å oppsøke og vedlikeholde refleksivitet ved å klargjøre forforståelse i forkant av studien, og stille oss selv spørsmål til egen fremgangsmåte og tolkning av studien. Ved å klargjøre vår forforståelse og tolkning i forkant av studien har vi diskutert dette med hverandre, veileder, opponenter og en annen faglærer underveis i prosessen. Dette har hjulpet oss i å være kritiske til egen fremgangsmåte, empiri og diskusjon, og har gitt oss mulighet til å se materialet fra flere ulike synspunkter. Ved å gjennomføre analyseprosessen på en systematisk og oversiktlig måte valgte vi å bruke STC, utviklet av Malterud (2017). Vi gikk gjennom hele analyseprosessen flere ganger for å forsikre oss om at vi ikke mistet noe på veien, og stilte oss selv refleksive og kritiske spørsmål til egen empiri. For å fange opp relevant datamateriale og nyanser skriver Malterud (2017) at det er en stor fordel å kunne være flere som går gjennom analysen. Det at vi er to forskere som gikk gjennom og jobbet med hele analysen kan styrke og gi troverdighet til studien, samtidig kan det gi en svakhet da ingen av forskerne har erfaring med intervju og analyseprosessen fra før.

Refleksivitet handler om det vi som forskere har tatt med oss inn i prosjektet, og flere deler av vår forforståelse er blitt utfordret (Malterud, 2017). Vår forforståelse av studien har derfor blitt beskrevet i metodekapittelet. Vi har reflektert over egne praksisopplevelser og det å være jordmorstudenter. Vi har hatt praksis på alle de ulike nivåene i fødselsomsorgen, og har møtt både kvinner og jordmødre som har hatt opplevelser rundt vårt tema. Vi har hele veien forsøkt å legge til side vår erfaring og kunnskap, slik at det ikke skulle bli et hinder i innhenting av datamaterialet (Malterud, 2017). Det kan allikevel ikke utelukkes at vår forforståelse har kunnet prege intervjuene og innhenting av materialet, da det er viktig å poengtere at vår

forforståelse er et utgangspunkt for at vi ønsket å undersøke dette temaet nærmere. Underveis i hele denne prosessen har vi aktivt jobbet med å holde forforståelsen nøytral, og vært åpne for nye vinklinger, resultater og konklusjoner enn det vi kunne forutse på forhånd (Malterud, 2017).

Malterud (2017) trekker frem begrepet relevans som et av de sentrale begrepene i vurderingen av studiets kvalitet. Studiens relevans forteller oss om studien tilfører noe nytt, og om den kan være relevant og nyttig for andre. Vi ønsker som forskere at andre skal dra lærdom av det vi har gjort. Studiens relevans vil bli synlig etter publisering, da leserne kan vurdere om studiens innsikt kan brukes (Malterud, 2017). Funnene i vår studie gir en innsikt i hvilke opplevelser jordmødre har med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel. Ifølge Malterud (2017) er ikke en studie relevant om den svarer på spørsmål som har tilfredsstillende svar fra før. Det er et mål i kvalitative studier å se på noe nytt, og ikke gjenta andres funn. Det er derfor viktig å være godt orientert i litteraturen, slik at vi får innsikt i hvordan våre resultater sammenfaller og avviker fra det vi allerede vet. Vår studie gir ny kunnskap, da vi ikke har funnet andre studier som har undersøkt vårt fokusområde. Vi ønsket en helhetlig beskrivelse av jordmødres opplevelse, derfor syntes vi at en kvalitativ studie med individuelle intervju var en passende metode for å besvare vår problemstilling. Det å stille spørsmål om studiens relevans i alle ledd underveis i den kvalitative forskningsprosessen kan åpne opp for viktige overveielser angående studiens gyldighet (Malterud, 2017).

Validitet handler om å aktivt stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, i hvilken grad metoden som er benyttet egner seg til studien, og overførbarheten resultatene har for å kunne besvare fenomenet vi ønsker å undersøke. For at funnene i studien skal være gyldige må de kunne svare på problemstillingen. Validitetsbegrepet deles inn i *intern validitet* og *ekstern validitet* (Malterud, 2017).

Malterud (2017) beskriver at *intern validitet* handler om gyldigheten av resultatene i studien, og i hvilken grad metoden, utvalget og referanserammen er egnet for å kunne gi gyldige svar på problemstillingen. Vi ønsker høy intern validitet gjennom vår forskningsprosess, hvor vi skal få en ny og bedre forståelse av jordmødrenes opplevelse med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel (Malterud, 2017). Vi gjennomførte et pilotintervju før intervjuene startet, hvor vi fikk testet ut intervjuguiden. Dette ville vi gjøre for å sikre at spørsmålene var tydelige og konkrete opp imot vårt tema og problemstilling. Vi konkluderte

med at vi ikke hadde behov for å revidere intervjuguiden. For å sikre validitet i vår studie har vi hentet frem rådata underveis i analyseprosessen for å forsikre at beskrivelsene til de som har blitt intervjuet er håndtert riktig. Dette gjør at forskergruppen blir påminnet om det som egentlig er sagt. Ettersom vi er uerfarne forskere ser vi på det som en styrke at begge var til stede under alle intervjuene, dette kan bidra til å sikre validiteten. Dette gjorde at vi begge fikk nærkontakt til råmaterialet og vi fikk også diskutert etter intervjuene om intervjuguiden skulle revideres. Dette ble ikke gjort, da vi mente vi fikk svar som kunne besvare vår problemstilling. I tillegg har vi også fått god støtte og hjelp av veileder som er en erfaren forsker, til å utforme intervjuguiden.

Vi har ingen tidligere erfaringer med å gjennomføre intervjuer. Dette ble derfor en svakhet i datainnsamlingen, da det kan hende jordmødrene hadde gitt mer nyansert informasjon til en forsker med tidligere intervju erfaring. Etter flere intervjurunder syntes vi selv at vi ble mer erfarne og trygge i situasjonen. Vi ble flinkere til å lytte og stille oppfølgingsspørsmål, som bidro til å gi klarhet i informasjonen som ble gitt av jordmødrene. På bakgrunn av store geografiske avstander ble datainnsamlingen utført digitalt. Vi har reflektert om dette kan ha betydning for innhenting av datamaterialet. En svakhet med å ha intervjuene digitalt var at internettforbindelsen kunne være dårlig, dette førte til at stemmene i noen av intervjuene ble utydelige. Vi måtte derfor be noen av deltakerne om å gjenta sine svar. Fordelen med intervju på en digital plattform var at jordmødrene kunne selv velge når og hvor intervjuet skulle foregå. Da fikk de også være i trygge omgivelser, noe vi tenkte kunne være med å påvirke besvarelsen på en positiv måte. Den digitale løsningen gjorde det mulig å inkludere jordmødre fra hele landet.

Vi valgte å ikke utføre en deltakersjekk, som vil si å sende det ferdig transkriberte materialet tilbake til jordmødrene (Malterud, 2017). Underveis i hvert intervju gjennomførte vi en dialogisk validering, hvor vi regelmessig sjekket vår oppfatning av det som ble sagt, med å stille spørsmål om vi hadde forstått det de fortalte. Metoden vi benytter handler mer om forskernes tolkning og syntese, enn en nøyaktig gjenfortelling. Likevel har vi forsøkt å ikke la deltakernes stemme forsvinne med vår tolkning av det som ble sagt og vår empiri skal representere jordmødrenes stemme (Malterud, 2017). Gjennom bearbeidingen av datainnsamlingen og analyseprosessen har vi fått en ny innsikt i jordmødrenes opplevelser med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel.

Vi gjorde et strategisk utvalg av de vi tenkte kunne besvare vår problemstilling på en best mulig måte. Et slikt strategisk utvalg står sentralt under intern validitet. For å rekruttere jordmødrene brukte vi et tilgjengelighetsutvalg ved bruk av snøballteknikken. For å få en variasjonsbredde i datamaterialet fikk vi jordmødre fra flere ulike helseforetak, noe vi anser som en styrke i vår studie. Variasjonsbredde betyr muligheten til å kunne beskrive flere nyanser av det fenomenet som er ønskelig å undersøke (Malterud, 2017). Vi hadde en åpen tilnærming i rekrutteringen av jordmødre. Vi kontaktet bekjente som kunne hjelpe oss med å innhente deltakere med relevant erfaring og interesse for å delta i studien. I tillegg spurte vi jordmødre som deltok om de hadde kjennskap til kollegaer med god erfaring, som kunne tenke seg å delta i studien. En svakhet med studien kan være at vi ikke hadde personlig kjennskap til jordmødrene vi rekrutterte. Vi kan derfor ikke vite hvor pålitelig informasjonen de delte med oss var, eller om det de har sagt stemmer overens med virkeligheten.

Ifølge Malterud (2017) skal ikke antall jordmødre bli bestemt på forhånd, dette for å sikre informasjonsstyrken. I vår studie har vi inkludert elleve jordmødre med minimum to års erfaring som jordmor. Jordmødrene vi inkluderte i studien, var fra fem ulike helseforetak. Vi inkluderte jordmødre fra ulike helseforetak både grunnet forskjellige kulturer på de ulike helseforetakene, men også at det blir vanskeligere å gjenkjenne jordmødrene. Vi har også rekruttert jordmødre fra forskjellige fødenivåer, noe vi ser på som en styrke i vår studie. Det kom frem mange ulike tanker og erfaringer som var relevant for temaet vårt.

Ekstern validitet omhandler overførbarheten av studien, altså i hvilken grad kunnskapen og våre funn kan gjøres gjeldene utover den konteksten den ble undersøkt i. Kvalitativ forskning har ikke samme overførbarhet som epidemiologisk design ifølge Malterud (2017), men kan åpne for alternative tolkninger og mønstre. Overførbarheten i kvalitative studier knyttes ofte opp til utvalget, men henger i like stor grad sammen med relevansen i problemstillingen og på hvilken måte funnene kan bidra til opplysning i liknende problemstillinger eller i en annen sammenheng (Malterud, 2017). Vi har et ønske om at våre funn skal kunne bidra til økt bevissthet og kunnskap rundt induksjon og informert samtykke. Hver jordmor ga oss unik og god informasjon om sine opplevelser med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel. Vårt utvalg består av elleve deltakere, som betyr at det er et for lite utvalg til å si noe generelt om fødselsomsorgen. Samtidig er hensikten med kvalitative studier å få en dypere forståelse og kunnskap om et tema. Jordmødrene jobbet på ulike sykehus og vi fikk

derfor et innblikk i hvordan det var på ulike steder i Norge. Vi anser derfor vår studie som overførbart til fødselsomsorgen. Likevel er dette noe som er nødvendig å forske videre på.

7 Konklusjon

For å besvare vår problemstilling vil vi presentere hovedfunnene i vår studie. Vi fant fire kategorier: *fryktkultur preger hele induksjonsprosessen, indikasjon for induksjon styrer jordmors rolle, individtilpasset informasjon er nødvendig for kvinners delaktighet og tidspres er en dominerende faktor i induksjonsprosessen.*

Jordmødrene opplevde at fryktkultur i fødselsomsorgen preger hele induksjonsprosessen. Ifølge jordmødrene var det en frykt for uheldige utfall, som bidrar til flere undersøkelser som igjen fører til flere induksjoner. Fryktkultur i fødselsomsorgen hindrer kvinnen i å få tilstrekkelig med informasjon om induksjonsprosessen og mulighet til å ta et informert samtykke. Jordmødrene opplevde at dette kunne bidra til en negativ fødselsopplevelse. Studien viser at det er økt medikalisering i fødselsomsorgen og at det blir mer utfordrende for jordmødre å fremme en normal fødsel på grunn av en fødselsomsorg preget av frykt. De følte seg mer som obstetriske sykepleiere i flere situasjoner.

Studien viser at indikasjon for induksjon har innvirkning på jordmor sin rolle i induksjonsprosessen. Er det en sterk anbefaling og tydelig medisinsk indikasjon til en induksjon har legen på poliklinikken mer ansvar for informasjonen som har blitt gitt. Jordmødrene opplever at de mister sin autonomi som jordmor og blir mer som en assistent til legen. Studien viser at jordmødrene likevel har en viktig rolle med å være støttende, lyttende, gi kvinnen eierskap og tilse at kvinnen har forstått induksjonsprosessen. Jordmødrene beskriver at det er ressurskrevende med mange induksjoner og at det går utover omsorgen til kvinnene. Jordmødrene opplevde at de flere ganger ikke forsto indikasjonen til induksjonen.

Studien viser at tilstrekkelig og individtilpasset informasjon er nødvendig for at kvinner skal være delaktig i beslutningsprosessen omkring induksjon. Det er viktig å være bevisst på at kvinner har ulike behov, og at informasjonen som blir gitt derfor styres av hvem som skal motta informasjonen. Samtidig kom det frem at det kan være vanskelig for kvinner å sette seg inn i hva en induksjon innebærer. Ifølge jordmødrene kom det frem at ressurssterke kvinner stilte mer spørsmål, og var derfor mer delaktig i beslutningsprosessen. Å starte tidlig i

svangerskapet med å informere kan påvirke kvinnens delaktighet, samtidig som noen av jordmødrene mente det kan være for tidlig, og at fokus på det normale er viktig.

Studien viser videre at tidspress er en dominerende faktor i induksjonsprosessen, og begrenser informasjonen kvinnen får. Lite ressurser og stor arbeidsbelastning påvirker jobben til jordmor og tiden de har til rådighet til hver enkelt kvinne. Ifølge jordmødrene går tidspresset utover informasjonen kvinnen får, og muligheten de har til å ta et informert samtykke. Informasjon om induksjon i svangerskapsomsorgen ble trukket frem, hvor jordmødrene mente det kan være til hjelp for tidspresset helsepersonell opplever i fødselsomsorgen.

8 Implikasjon for praksis og videre forskning

Den økende induksjonsraten i Norge fører til at jordmødre ofte kan møte på kvinner som blir indusert til fødsel. Resultat fra denne studien kan gi økt bevissthet omkring induksjon og informert samtykke, som kan gi bedre kontinuitet i svangerskaps- og fødselsomsorgen. I dagens svangerskapsomsorg er ikke informasjon om induksjon en del av basisprogrammet for gravide med et normalt svangerskap. Vi ser derfor at det kan være behov for at dette tas opp til vurdering, hvor informasjon om induksjon kort kan bli presentert for kvinnene i svangerskapsomsorgen.

Jordmødre og annet helsepersonell som jobber innen svangerskaps- og fødselsomsorgen vil kunne ha nytte av funn som ble gjort i vår studie, ved at det blir et økt fokus på samarbeid og bedre kommunikasjon mellom svangerskaps- og fødselsomsorgen. Med bedre samarbeid og kommunikasjon kan det bli mer tydelig hva kvinner får informasjon om, slik at kvinnene har en større mulighet til å ta et informert samtykke. Resultat fra studien viser at tidspresset går utover informasjonen som blir gitt og kvinnens mulighet til å ta et informert samtykke. Det finnes lite forskning om informert samtykke i sammenheng med tidspress. Vi ser derfor at det er behov for forskning som kan sette søkelys på norske helsepersonells synspunkter omkring dette temaet.

Referanseliste

- Akuamoah-Boateng, J. & Spencer, R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labor for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 67, 46-56. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.018>
- Alfirevic, Z., Aflaifel, N. & Weeks, A. (2014). Oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(6), CD001338-CD001338. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001338.pub3>
- Armstrong, N. & Kenyon, S. (2017). When choice becomes limited: Women's experiences of delay in labour. *Health (London)*, 21(2), 223-238. <https://doi.org/10.1177/1363459315617311>
- Blanc-Petitjean, P., Dupont, C., Carbonne, B., Salome, M., Goffinet, F. & Le Ray, C. (2021). Methods of induction of labor and women's experience: a population-based cohort study with mediation analyses. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 621-621. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04076-x>
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K. & Bogossian, F. (2019). Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *Int J Nurs Stud*, 94, 107-119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- 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>
- Clausen, J. A., Juhl, M. & Rydahl, E. (2016). Quality assessment of patient leaflets on misoprostol-induced labour: does written information adhere to international standards for patient involvement and informed consent? *BMJ Open*, 6(5), e011333-e011333. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011333>
- Coates, D., Donnelly, N., Foureur, M., Spear, V. & Henry, A. (2021). Exploring unwarranted clinical variation: The attitudes of midwives and obstetric medical staff regarding induction of labour and planned caesarean section. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(4), 352-361. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.003>
- Coates, D., Donnelly, N., Foureur, M., Thirukumar, P. & Henry, A. (2021). Factors associated with women's birth beliefs and experiences of decision-making in the context of planned birth: A survey study. *Midwifery*, 96, 102944-102944. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102944>
- Coates, D., Goodfellow, A. & Sinclair, L. (2020). Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. *Women Birth*, 33(1), e1-e14. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.002>
- Coates, D., Makris, A., Catling, C., Henry, A., Scarf, V., Watts, N., Fox, D., Thirukumar, P., Wong, V., Russell, H. & Homer, C. (2020). A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour. *PLoS One*, 15(1), e0228196-e0228196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228196>
- Coates, D., Thirukumar, P. & Henry, A. (2021). The experiences of shared decision-making of women who had an induction of labour. *Patient Educ Couns*, 104(3), 489-495. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.020>
- Creedy, D. K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J. & Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 13-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1212-5>

- Cull, J., Hunter, B., Henley, J., Fenwick, J. & Sidebotham, M. (2020). "Overwhelmed and out of my depth": Responses from early career midwives in the United Kingdom to the Work, Health and Emotional Lives of Midwives study. *Women Birth*, 33(6), e549-e557. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.003>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Den norske jordmorforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Hentet fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Den norske legeforening. (2012). *Helsinkideklarasjonen*. Legeforeningen. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- Dupont, C., Blanc-Petitjean, P., Cortet, M., Gaucher, L., Salomé, M., Carbonne, B. & Ray, C. L. (2020). Dissatisfaction of women with induction of labour according to parity: Results of a population-based cohort study. *Midwifery*, 84, 102663-102663. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102663>
- Dögl, M., Romundstad, P., Berntzen, L. D., Fremgaard, O. C., Kirial, K., Kjøllestad, A. M., Nygaard, B. S., Robberstad, L., Steen, T., Tappert, C., Torkildsen, C. F., Vaernesbranden, M. R., Vietheer, A. & Heimstad, R. (2018). Elective induction of labor: A prospective observational study. *PLoS One*, 13(11), e0208098-e0208098. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208098>
- Ebert, L., Bellchambers, H., Ferguson, A. & Browne, J. (2014). Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. *Women Birth*, 27(2), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.11.003>
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Wittman, H. O. & Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*, 359, j4891-j4891. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- Falk, M., Nelson, M. & Blomberg, M. (2019). The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 494. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2633-8>
- Farnworth, A., Graham, R. H., Haighton, C. A. & Robson, S. C. (2021). How is high quality research evidence used in everyday decisions about induction of labour between pregnant women and maternity care professionals? An exploratory study. *Midwifery*, 100, 103030-103030. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103030>
- Feeley, C., Thomson, G. & Downe, S. (2019). Caring for women making unconventional birth choices: A meta-ethnography exploring the views, attitudes, and experiences of midwives. *Midwifery*, 72, 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.009>
- Finucane, E. M., Murphy, D. J., Biesty, L. M., Gyte, G. M., Cotter, A. M., Ryan, E. M., Boulvain, M. & Devane, D. (2020). Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2), CD000451-CD000451. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000451.pub3>
- Folkehelseinstituttet. (2023, 21.02.23). *Medisinsk fødselsregister - statistikk*. FHI. Hentet fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

- Healy, S., Humphreys, E. & Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women Birth*, 29(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav for fødselsomsorgen*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2022a). *Fødsel - igangsetting av fødsel*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/igangsetting-av-f%C3%B8dsel>
- Helsedirektoratet. (2022b). Fødselsomsorgen (HØRINGSUTKAST). I *Svangerskap passert termin*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast/svangerskap-passert-termin#gravide-som-har-passert-termin-bor-senest-igangsettes-for-fodsel-uke-42-0>
- Helsedirektoratet. (2022c). *Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/konsultasjoner-i-svangerskapsomsorgen#gravide-med-et-normalt-svangerskap-bor-fa-tilbud-om-et-basisprogram-med-atte-konsultasjoner-inkludert-ultralydundersokelse>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hildingsson, I., Westlund, K. & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sex Reprod Healthc*, 4(3), 87-91. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.07.001>
- Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M. & Henley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79, 102526-102526. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.008>
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. ICM. Hentet fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jay, A., Thomas, H. & Brooks, F. (2018). Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study. *British Journal of Midwifery*, 26, No. 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.1.22>
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G. & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns*, 94(3), 291-309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>
- Keulen, J. K. J., Nieuwkerk, P. T., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., Mol, B. W., van der Post, J. A. M. & de Miranda, E. (2021). What women want and why. Women's preferences for induction of labour or expectant management in late-term pregnancy. *Women Birth*, 34(3), 250-256. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.010>
- Kirk, M. (2020). Midwifery regulation. I E. Jefford & J. Jomeen (Red.), *Empowering Decision-Making in Midwifery: A Global Perspective* (s. 18-27). Routledge Taylor & Francis Group.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lou, S., Carstensen, K., Hvidman, L., Jensen, T. F., Neumann, L., Habben, J.-G. & Uldbjerg, N. (2021). "I guess baby was just too comfy in there...": A qualitative study of

- women's experiences of elective late-term induction of labour. *Women Birth*, 34(3), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.012>
- Lou, S., Hvidman, L., Uldbjerg, N., Neumann, L., Jensen, T. F., Haben, J.-G. & Carstensen, K. (2019). Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. *Birth*, 46(3), 400-410. <https://doi.org/10.1111/birt.12412>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Middleton, P., Shepherd, E., Morris, J., Crowther, C. A. & Gomersall, J. C. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.00004945.pub5>
- Miller, S. P., Abalos, E. M. D., Chamillard, M. M. D., Ciapponi, A. M., Colaci, D. M. D., Comandé, D. B. I. S., Diaz, V. M. D., Geller, S. P., Hanson, C. P., Langer, A. P., Manuelli, V. M. D., Millar, K. M. P. H., Morhason-Bello, I. M. D., Castro, C. P. P., Pileggi, V. N. M., Robinson, N. M. D., Skaer, M. M. P. H., Souza, J. P. P., Vogel, J. P. P. & Althabe, F. M. D. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Moore, J. E., Low, L. K., Titler, M. G., Dalton, V. K. & Sampselle, C. M. (2014). Moving Toward Patient-Centered Care: Women's Decisions, Perceptions, and Experiences of the Induction of Labor Process. *Birth*, 41(2), 138-146. <https://doi.org/10.1111/birt.12080>
- Mozurkewich, E. L., Chilimigras, J. L., Berman, D. R., Perni, U. C., Romero, V. C., King, V. J. & Keeton, K. L. (2011). Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(1), 84-84. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-84>
- Nieuwenhuijze, M. (2020). Woman Centred-Care and Shared Decision-Making in Midwifery care. I E. Jefford & J. Jomeen (Red.), *Empowering Decision-Making in Midwifery* (s. 209-215). Routledge Taylor & Francis Group.
- Nilvér, H., Lundgren, I., Elden, H. & Dencker, A. (2022). Women's lived experiences of induction of labour in late- and post-term pregnancy within the Swedish post-term induction study – a phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1), 2056958. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2056958>
- Nilvér, H., Wessberg, A., Dencker, A., Hagberg, H., Wennerholm, U.-B., Fadl, H., Wesström, J., Sengpiel, V., Lundgren, I., Bergh, C., Wikström, A.-K., Saltvedt, S. & Elden, H. (2021). Women's childbirth experiences in the Swedish Post-term Induction Study (SWEPIIS): a multicentre, randomised, controlled trial. *BMJ Open*, 11(4), e042340. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042340>
- Nippita, T. A., Porter, M., Seeho, S. K., Morris, J. M. & Roberts, C. L. (2017). Variation in clinical decision-making for induction of labour: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 317. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1518-y>
- Oppegaard, K. S., Dögl, M., Sun, C., Hill, S., Ween-Velken, M. & Sørbye, I. K. (2022, 24.04.22). *Induksjon/igangsettelse av fødsel - Modning av cervix/livmorhalsen før fødsel*. Veileder i fødselshjelp. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/induksjonigangsettelse-av-fodsels-modning-av-cervixlivmorhalsen-for-fodselsjelp/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

- 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)
- Rossen, J., Eggebø, T. M., Ellingsen, L., Bernitz, S. & Røe, K. (2020). *Stimulering av rier*. Norsk gynekologisk forening. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/stimulering-av-rier/>
- Ryan, R. & McCarthy, F. (2016). Induction of labour. *Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine*, 26(10), 304-310. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2016.07.005>
- Scamell, M., Stone, N. & Dahlen, H. (2019). Risk, safety, fear and trust in childbirth. I S. Downe & S. Byrom (Red.), *Squaring the circle*. Pinter & Martin.
- Schwarz, C., Gross, M. M., Heusser, P. & Berger, B. (2016). Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*, 35, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.002>
- Shaw, J. C. A. (2013). The Medicalization of Birth and Midwifery as Resistance. *Health Care Women Int*, 34(6), 522-536. <https://doi.org/10.1080/07399332.2012.736569>
- Skogheim, G. & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 17(1). <https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Universitetet i Oslo. (2022). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. UiO. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- 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>
- World Health Organization. (2016). *Midwives' voices, midwives' realities*. WHO. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term*. WHO. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>

Vedlegg 1: Intervjuguide



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG
MASTER I JORDMORFAG

1. Hvilke erfaringer har du med induksjon?
➔ Hvordan blir induksjon presentert for kvinnene?
2. Hvilken rolle har du i forkant av induksjonen?
3. Hvilke rutiner har dere på skriftlig pasientinformasjon i forbindelse med induksjon?
4. Kan du beskrive hvordan du opplever informasjonsdelingen med fødekvinnen når det blir snakk om induksjon?
➔ Opplever du at kvinnene mottar tilstrekkelig med informasjon til å ta et informert samtykke?
5. Hvordan opplever du at kvinner som induseres blir involvert i beslutningsprosessen?
6. Er det noe mer du ønsker å tilføye rundt temaet?

Oppfølgingsspørsmål til spørsmålene ovenfor:

- Kan du utdype hvordan du opplevde den situasjonen?

Avslutning:

- Stille oppklaringsspørsmål for å unngå eventuelle misforståelser.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv



UiT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG
MASTER I JORDMORFAG

Vil du delta i vårt forskningsprosjekt?

«Hvilke opplevelser har jordmødre med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel?»

Tema:

Induksjon og informert samtykke.

Forespørsel til jordmor om deltakelse til intervju i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag.

Vi er to jordmorstudenter ved master i jordmorfag, Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske Universitet. I forbindelse med studiet skal vi skrive en masteroppgave. Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning – og fagutvikling innenfor jordmorfaget. Datainnsamling til oppgaven vil gjøres ved intervju av jordmødre.

Formål

Induksjonsraten har økt på landsbasis fra 16,6 prosent i 2009 til 27,3 prosent i 2019 (Helsedirektoratet, 2021). Når det er nødvendig eller ønskelig å avslutte et svangerskap handler dette om medisinske og psykologiske årsaker. Hensikten med induksjon er å forbedre helsen til mor og/eller barnet på kort og lang sikt. Det er gjentakende i studier at kvinner opplever at de ikke har fått nødvendig informasjon til å ta et informert valg (Schwarz et al., 2016; Coates et al., 2020).

Formålet med prosjektet vårt er å belyse jordmødres opplevelser rundt informasjonen som blir gitt om induksjon og jordmødrenes rolle omkring dette. Med vår studie er det ønskelig å få større forståelse og kunnskap om kvinners medvirkning rundt induksjon og om de får

tilstrekkelig med informasjon til å ta et informert valg. For å få en større forståelse rundt dette temaet er det ønskelig å gjennomføre cirka 6-8 intervjuer med jordmødre ved to fødeavdelinger. Problemstillingen i dette masterprosjektet er *«Hvilke opplevelser har jordmødre med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel?»*.

Studentene skal presentere sine funn for praksisplassen, som i dette tilfelle blir på en fødeavdeling i Nord-Norge.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT- Norges arktiske Universitet, professor Ingela M. Lundgren og jordmorstudentene Sigrid Einertrø og Marte Nymo Østgaard er ansvarlige for dette prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi retter en forespørsel til deg for å høre om du er villig til å delta i studien og dermed la deg intervjuet. Fokus for intervjuet er dine erfaringer innenfor valgt tema. Det er ønskelig å gjøre et strategisk utvalg blant jordmødre med to års erfaring, og som jobber på fødeavdeling

Hva innebærer det for deg å delta?

Seks til åtte jordmødre vil bli inkludert i studien og vil bli intervjuet hver for seg. I forkant av intervjuet har vi utarbeidet en intervjuguide med noen spørsmål, som det også vil gis mulighet for å utdype enkelte områder. En person utfører intervjuet, og en observerer. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. Når intervjuet er gjennomført vil vi transkribere datamaterialet og analysere dette. Veileder vil også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2023.

Det er frivillig å delta

Det er helt frivillig å delta i dette prosjektet. Dersom du velger å delta, kan du når som helst under prosessen trekke ditt samtykke uten å oppgi årsak. Dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet vil tas via nettskjema diktafonapp, videre behandling og oppbevaring av lydfilen følger en egen

datahåndteringsplan ved utdanningen som sikrer datamaterialet. Lydopptak av intervju og samtykke lagres på nettskjema, og vil aldri være tilkoblet internett under avspilling. Lydopptakene vil slettes etter masteroppgaven er godkjent. Lydfilen vil kun være tilgjengelig for oss og veileder og vil være under sikker lagring. Lydfilen vil bli skrevet om til tekst (transkribert) til bruk i analysearbeidet og behandles konfidensielt. Teksten skrives i bokmålsform og dialektord endres for å ivareta personvernet. Navnet ditt og kontaktopplysninger vil vi erstatte med en kode som lagres på en egen navneliste, adskilt fra øvrige data. Dersom tekst/historier kan gjenkjennes og kobles tilbake til deg som informant vil ikke disse tas med i prosjektet eller publiseres. Data analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven.

Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres og bli tilgjengelig for andre; for eksempel jordmødre og jordmorstudenter og andre som har interesse for oppgavens tema.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres gjennom hele prosjektet. Når prosjektet/oppgaven er godkjent, vil alle dine personopplysninger bli slettet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2023.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet, Tromsø, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet (lydfil med samtykke, lydfil med intervju), har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Data kan ikke slettes eller korrigeres etter innlevert masteroppgave eller etter sletting av lydfil og samtykke. Det transkriberte materialet er anonymisert og slettes etter bestått oppgave eller dersom aktuelt, etter en publisering av vitenskapelig artikkel.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiT Norges arktiske universitet, Tromsø ved Sigrid Einertø. Tlf: 993 95 606, e-post: sei075@post.uit.no
- UiT Norges arktiske universitet, Tromsø ved Marte Nymo Østgaard. Tlf: 416 92 920, e-post: mos054@post.uit.no

Daglig ansvarlig for prosjektet ved UiT Norges arktiske universitet er: Professor Ingela Marie Lundgren. Tlf: +46 73-532 55 13, e-post: ingela.m.lundgren@uit.no

UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig.

Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bekkevold. Tlf: 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: personvernombudet@uit.no

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Professor: Ingela Marie Lundgren

Jordmorstudenter: Sigrid Einertø og Marte Nymo Østgaard

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Referansenummer

750321

Vurderingstype

Standard

Dato

13.10.2022

Prosjekttittel

Induksjon og informert samtykke

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Ingela Marie Lundgren

Student

Sigrid Einertø

Prosjektperiode

01.10.2022 - 30.11.2023

Kategorier personopplysninger

- Almennelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.11.2023.

Kommentar

OM VURDERINGEN Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate,

relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4: Datahåndteringsplan



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG
MASTER I JORDMORFAG

Induksjon og informert samtykke

Undersøke jordmors opplevelser med induksjon og informert samtykke i sammenheng med fødsel

Fagfelt

Medisinske fag

Forskningsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektvarighet

16.08.2022 — 15.08.2023

Formål

Problemstilling: «Hvilke opplevelser har jordmødre med induksjon av fødsel og informert samtykke i sammenheng med fødsel?» Forskningsspørsmål: Hvilke opplevelser har jordmor med induksjon? Hvilken rolle har jordmor med informert samtykke i forbindelse med induksjon? Hvordan ivaretar jordmor kvinners rett til informert samtykke i sammenheng med induksjon? Vi vil utføre semistrukturerte intervjuer av jordmødre på en eller flere fødeavdelinger. Det er utarbeidet en intervjuguide som vi håper kan gi svar på vår problemstilling og forskningsspørsmål.

Nytteverdi

Med vår studie er det ønskelig å få større forståelse og kunnskap om induksjon og informert samtykke som kan bidra til bedre helsehjelp for kvinner i fødsel. Denne kunnskapen kan også være til god nytte for jordmødre. Styrke jordmorfaget med å bevisstgjøre om det er mangler i denne omsorgen.

Etiske retningslinjer

- Generelle forskningsetiske retningslinjer

- Helseforskningsloven
- Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt
- Helsinkideklarasjonen
- Vancouveranbefalingene

Opphavs- og eiendomsrett

Studentprosjekt i samarbeid med UiT Norges Arktiske universitet.

Intervju av jordmødre

Beskrivelse

Lydfil av intervju som transkriberes til tekst.

Datatype

Lyd, Tekst

Språk

Norsk

Nøkkelord

Medisinsk fag, Kvalitativ metode, Semistrukturert intervju, Induksjon, Informert samtykke, Jordmor

Data om personer

Ja

Er det noen andre grunner til at dataene dine trenger ekstra beskyttelse?

Nei

Kategorier av personopplysninger

Alminnelige

Utvalgets størrelse

8

Konfidensialitetsklassifisering

Intern

Kommentar

Muntlig samtykke blir tatt opp i eget lydopptak og lagres i nettskjema.no. Lydopptaket med intervjuet inneholder ikke personopplysninger og er anonymisert i det transkriberte datamaterialet. All data vil bli lagret i henhold til UiT sine retningslinjer og skal lagres på en sikker server via nettskjema.no fra UiO (lydfiler) og UiT OneDrive med to-faktorsinnlogging.

Innsamlingsperiode

Invalid date — Invalid date

Innsamlingsenheter

- UiO Nettskjema

Datakvalitet

Det skal gjennomføres et test opptak med valgt lydopptaker (nettskjema.no diktafon) før samtykke og intervju starter.

Metode

Intervju, Opptak, Transkripsjon

Beskrivelse

Kvalitativ metode blir benyttet da den er egnet for å studere erfaringer og fenomener. Det skal gjennomføres individuelle semistrukturerte intervjuer for å hente inn data, vi skal intervjuer omlag 8 jordmødre som har minimum to års arbeidserfaring i faget. I forkant av intervjuene lages en intervjuguide som skal holde en god struktur under intervjuet. Det vil også bli gjennomført et pilotintervju før oppstart for å teste intervjuguiden.

Størrelse

100 MB

Kommentar

Kun transkribert materiale

Format

txt

Programvare

Microsoft Word gjennom UiTs Microsoft Office 365 - OneDrive.

Kommentar

Det er bare studentene som har tilgang til lydfilene, samtykke og intervjuene. Det er bare studentene og veileder som har tilgang til det transkriberte materiale og tekstfilene.

Lagring

- Skytjeneste, institusjonsavtale

Overføring

- E-post, institusjon

Kommentar

Primært brukes UiT Microsoft Office 365 One Drive - Sharepoint med tofaktor-autentisering for deling av transkribert materiale og øvrige filer med materiale (analyser, fragmenter transkripsjon). Ved eventuell sending av materoppgave via intern e-post, merkes det intert i e-posten. Kun studentene og veileder har tilgang på datamaterialet.

Arkivering

Nei

Vedlegg 5: Analyseprosessen

Tabellen viser et utdrag av analyseprosessen og alle meningsbærende enheter, kodegrupper, subgrupper, kondensat og kategorier er derfor ikke tatt med.

Meningsbærende enheter	Kodegrupper	Subgrupper	Kondensat	Kategori
<p>På obs posten, må jeg innrømme at jeg begynner og føle meg som en obstetrisk sykepleier. Jeg føler meg veldig ofte som en sykepleier innimellom.</p> <p>Vi har en veldig sann frykt for at vi skal overse noe, at noe går alt. Den fryktbaserte, det vil si at det er mye frykt som er kommet inn. Som gjenspeiler seg i fødselsomsorgen som gis.</p> <p>Noen ganger så skal vi indusere. Det er på indikasjon, gode indikasjoner. Så vi skal ikke være dumme, vi skal bruke kunnskapen. Men nå er vi gått den andre veien, fordi man tenker mere fødsel som en medisinsk hendelse, enn som en normal hendelse. Så flere kvinner sluses gjennom en medisinsk forståelse, istedenfor en normal forståelse.</p>	Risikostyrt er et hinder	<p>Obstetrisk sykepleier</p> <p>Fryktkultur</p>	<p>Jeg føler at jo mer jeg jobber, jo mer risikostyrt blir jeg og er redd for at noe skal gå galt. Jeg føler meg mer som en obstetrisk sykepleier mange ganger.</p> <p>Det er kommet mer frykt inn i fødselsomsorgen og flere kvinner sluses gjennom en medisinsk forståelse istedenfor en normal prosess. Så tror jeg kvinnene noen ganger blir indusert for å redde oss selv, i frykt for at noe skal gå galt.</p>	Fryktkultur preger hele induksjonsprosessen

Vedlegg 6: ROS – analyse

MAL FOR RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE AV STUDENTPROSJEKTER, HELSEFAK UIT

Om dette skjemaet:

Denne malen brukes for å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av studentprosjekter ved Helsefak. Fyll ut informasjon om prosjektet under, og gå deretter i gang med å risikovurdere prosjektet ditt.

Hvilke punkter skal jeg fylle ut?

I skjemaet er det laget forslag til ulike risikoelementer som kan være felles for studentprosjekter, og du velger selv hvilke av disse som er aktuelle for deg. Du kan også fere opp egne risikoelementer nedover i skjemaet. Kolonnene "Hvordan kan det oppdages?" og "Hva kan gjøres?" må du selv fylle ut på de punktene som er relevante for deg, og du må også sette poeng for sannsynlighet og konsekvens under "risikonivå".

Hva regnes som høy risiko?

Ettersom som du fyller ut skjemaet under "Sannsynlighet" og "Konsekvens", vil dette summeres til et samlet risikonivå for prosjektet ditt. Risikonivået er delt inn i tre farger:

Grønn risiko = ikke nødvendig med tiltak

Gul risiko = trolig ikke nødvendig med tiltak. Dersom du for eksempel setter 1 på "Sannsynlighet" og 4 på "Konsekvens" vil det ikke alle tilfeller være nødvendig eller mulig å lage tiltak.

Eksempel: Dersom strømmen skulle gå den dagen du skal ha eksamen, og du dermed ikke har tilgang til datamateriale ditt (eller PC), vil dette ha store konsekvenser. Sannsynligheten for at det skal skje er likevel såpass lav - og det vil ikke være nødvendig å foreslå sikkerhetstiltak.

Rød risiko = her må du lage tiltak som kan ta ned risikoen i prosjektet ditt. Det er likevel slik at det noen ganger ikke vil være mulig å ta ned risikoen, til tross for at risikonivået er høyt.

Har du spørsmål til skjemaet, eller til gjennomføring av ROS-analyser ved Helsefak? Kontakt oss på e-post (klikk lenke under):

Prosjektinformasjon:

Prosjektnavn: Masteroppgave

Studieretning og institutt: Jordmor, institutt for helse- og omsorgsfag

Student: Marte Nymo Østgaard og Sigrid Einertra

Veileder(e): Ingela Marie Lundgren

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoelement)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)?	Risikonivå			Hva kan gjøres for å unngå dette (tiltak)?	Ansvarlig for oppfølging	Dato
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Risiko			
Beskrivelse		Hva kan skje? Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår?	Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva initierer hendelsen? For hvilke hendelser: Hvilken kapasitet og motiv har trusselaktøren? Hvilken svakhet/føl kan utnyttes her?	Hvordan kan man oppdage denne hendelsen? Hvilke muligheter har dere per i dag for å kontrollere eller finne ut av om den uønskede hendelsen skjer?				Hvilke sikkerhetstiltak kan gjøres? Hvilke tiltak kan gjøres for å jå ned risikoen? Beskriv hvilke spesifikke tiltak som gjennomføres i prosjektet. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.	Hvem skal følge opp tiltaket? Navnet på personen som skal følge opp dette tiltaket føres opp her.	Når skal tiltaket gjøres? Dato for når tiltaket skal gjøres føres opp her.
Eksempel	Alle	Forskningsdata blir tilgjengelig for uvedkommende. Dette kan medføre økonomiske tap, tap av tillit, brudd på personvern eller at forskningsprosjektet forsinkes eller må avsluttes.	Prosjektdekkere bruker privat utstyr for å lese/redigere data fra prosjektet. Prosjektdata blir ikke kategorisert korrekt som røde eller sorte data ved lagring (kulturelles kategorisering) i godlynte områder. Sikkerhetsrutiner blir ikke fulgt, eller er ikke godt nok opplyst om.	Bruke "Spør endringer" funksjonen i Office for å se om noen har endret på dokumenter.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy		Sørge for at rutiner for sikker lagring av konfidensiell informasjon gjennomgås for alle studenter. Unnlukk rutiner for gjennomgang av lag ved jevne mellomrom, samt rutiner for sjekk av kategorisering av data.	Navn Navnesen	01.01.2023
1	Alle	Rekruttering av Informanter og innsamling av data starter før prosjektet er medt inn til NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenten har ikke sett seg tilstrekkelig inn i UITs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Retningslinjer krever NSD godkjenning før det kan startes innhenting av data samt bekreftelse av veileder.	1	1	2			
2	Alle	Studenten innhenter ikke informert samtykke før intervjuer gjøres	Studenten glemmer å samle inn skriftlig samtykkeskjema før intervjuet. Studenten glemmer å spørre etter muntlig samtykke på bånd/video-opptak før intervjuet	Retningslinjer krever NSD godkjenning før det kan startes innhenting av data samt bekreftelse av veileder.	1	1	2			
3	Alle	Lyd/video-opptaker med intervjua kan komme på avveie/mistes	Opptaker blir bortre før data er overført og slettet	Lagres i nettskjema.no	1	1	2			
4	Alle	Studenten bruker privat opptaksutstyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenten er ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studenten har ikke fått opplæring/er ikke kjent med godkjente løsninger for opptak. Det oppstår tekniske utfordringer i oppsakssituasjonen, som gjør at studenten må bruke privat utstyr for å få gjennomført intervjuet.	Bruker lydopptaker som er i nettskjema.no	1	1	2			
5	Alle	Personopplysninger kommer på avveie	Samtykkeklaring oppbevares ikke forsikringsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forsikringsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studenten bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å sikre personopplysninger er for dårlig. Opplæringen om prosedyrene er for dårlig. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.	Lagres i nettskjema.no	1	1	2			
6	Alle	Data er ikke tilgjengelig	Data er ikke tilgjengelig på grunn av manglende nettilgang, eller på grunn av teknisk svikt. Manglende lokal backup av data ved eksamen/viktige datoer/datoer der man ikke kan risikere nedetid.	Benytter nettskjema.no, som er et sikkert og trygt system.	1	1	2			

7	Alle	Data er slettet eller endret	Data har blitt endret/slettet ved en feil av student/prosjektleder. Student har ikke kjennskap til lagring av data, noe som fører til at eldre data blir brukt videre. Datainnbrudd der data har blitt slettet av uvedkommende.	Benytter nettskjema.no, som er et sikkert og trygt system for lagring av data	1	1	2
8	Studenter som lagrer data i Office 365	Lyddopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.	Kreves av studenter og veileder at man har satt seg inn i systemet og retningslinjer rundt dette.	1	1	2
9	Studenter som lagrer data i Office 365	Data krypteres ikke med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) (AIP), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studentene får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og dekrypterer filen av bekvemmelighets hensyn.	Benytter kun nettskjema.no	1	1	2
10	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig	Veileder har ikke tilgang til å slette data. Veileder vet ikke hvor data er lagret. Studentene glemmer å slette data.	Nettskjema har en slutt dato for masterprosjektet og data vil da bli slettet automatisk	1	1	2
11	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne eller andre ansatte ved UIT kan få tilgang til forskningsdata	Forskningsdata lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes ikke	Kun studentene og veileder som har ansvar	1	1	2
6	Studenter som skal lagre data i TSD	Lyddopptak/data tas opp med diktafon e.l. (og ikke via TSD Media Capture-appen), og lagres ukryptert før eller ved overføring til TSD	Studenten bruker ikke TSD Media Capture-appen for opptak av intervju. Data krypteres ikke direkte på diktafon/kamera/minnekort før overføring. Diktafon/kamera med ukryptert materiale sikres ikke tilstrekkelig, evt. materialet slettes ikke på sikker måte. Data mellomlagres på privat datamaskin eller ikke godkjent minnepenn. Data krypteres ikke med 7zip før overføring, og er derfor sårbar ved overføring eller ved deling i TSD.	TSD skal ikke benyttes i vårt masterprosjekt			0
7	Studenter som skal lagre data i TSD	Studenten lagrer persondata på feil område på TSD	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Studentmappene er ikke merket tydelig med navn. Studentene importerer data til feil mappe. Data er ikke kryptert før overføring til TSD. Veileder dekrypterer data før de er flyttet til studentens eget område i TSD. Student eller veileder flytter data til feil mappe når de skal dele data med hverandre. Administrator (veileder) av området kan gi feil tilgang når TSD-område bestilles/administreres.	TSD skal ikke benyttes i vårt masterprosjekt			0
8	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjemadata (TSD) kommer på avveie	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Alle brukerne av området har tilgang til mappe for nettskjema-innsendinger. Krypteringsnøkkel er tilgjengelig for studentene.	TSD skal ikke benyttes i vårt masterprosjekt			0
9	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema/TSD Media Capture fungerer ikke, og dette medfører tap av forskningsdata	Teknisk svikt hos TSD. Studentene har ikke gjort seg kjent med app eller utstyr før opptak. Studentene har ikke gjort prøveopptak før intervju.	TSD skal ikke benyttes i vårt masterprosjekt			0
10	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema/TSD Media Capture er ikke tilgjengelig	Teknisk svikt/nedetid hos TSD.	TSD skal ikke benyttes i vårt masterprosjekt			0
11	Alle	Resultat i oppgaven er ikke anonymisert	Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.	All data blir anonymisert da vi har retningslinjer som må følges.	1	1	2
12	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape integritetsproblemer for institusjonen.	Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studiens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen. Studentene får ikke generert data som kan svare på problemstillingen. Studentene får ikke analysert data på adekvat måte som er tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen. Fremstillingen av resultater bidrar ikke til å frembringe ny eller relevant kunnskap.	Har retningslinjer, seminarer og steg undervises i prosessen.	1	1	2

