

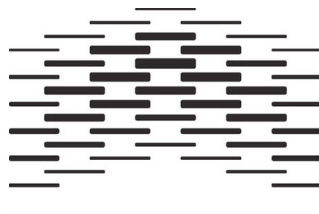
MASTEROPPGAVE
Masterstudium i jordmorfag
26. oktober 2017

Den førstegangsfødende kvinnens opplevelse av å bli indusert til fødsel

Kandidatnummer: 125

Antall ord: 15 047

Fakultet for helsefag
Institutt for jordmorfag
Avd: Kjeller



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sammendrag

Tittel

Den førstegangsfødende kvinnes opplevelse av det å bli indusert til fødsel.

Hensikt

Hensikten med studien er å få førstegangsfødende kvinner til å beskrive hvordan de opplevde det å bli indusert til fødsel.

Problemstilling

Hvordan beskriver førstegangsfødende kvinner det å bli indusert til fødsel?

Metode

Denne studien har kvalitativt design med fenomenologisk tilnærming. Datainnsamlingen bestod av semistrukturerte intervjuer (n=7) og var analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultat

Funnene fra studien viste at informantene hadde behov for mer informasjon knyttet til induksjonsprosessen. Gjerne mer informasjon tidlig i svangerskapet. De fleste av informantene hadde et ønske om å bli indusert, men ønsket ikke å ta beslutninger, da de stolte på helsepersonellet. Det ble i tillegg beskrevet et behov for bedre oppfølging og tilstedeværelse av jordmor.

Konklusjon

Førstegangsfødende som blir indusert trenger mer informasjon knyttet til induksjon, samt mer tilstedeværelse og oppfølging av helsepersonell. De må inkluderes i beslutningen om induksjon. Det er behov for mer forskning for å få kartlagt tilstrekkelig hvordan kvinnene opplever det å bli indusert til fødsel.

Nøkkelord: informasjon, oppfølging, beslutning, fødselsforberedende kurs, induksjon, førstegangsfødende, uerfaren, kunnskaper, opplevelse, beskrivelse, erfaring, jordmor, helsepersonell

Abstract

Title

The first-time-mother experience of induction of labour.

Purpose

The purpose of this study is to get first-time-mothers to describe their experience of induction of labour and hopefully contribute to a better health service to these women.

Topic question

How does first-time-mothers describe their experience of induction of labour?

Method

This study has a qualitative study design with a phenomenological approach. It has been conducted individual semi-structured interviews (n=7) and to analyse the data material, it has been used systematic text condensation.

Results

The results from this study shows that the participants needed more information when it comes to their induction process. Preferably earlier in their pregnancy. Most of the participant had a wish to be induced but did not want to take any decisions them self, mostly because of their trust in the health professionals. They also needed presence from the midwife and a good follow-up.

Conclusion

The conclusion of this study is that women who are induced to labour have a high need of information about induction and what to expect. They also need a more present midwife and a better follow-up. The health professionals need to include the women in the decisions making. Further research is needed to fully describe how women experience their induction.

Key words: information, follow-up, presence, trust, birth class, induction of labour (IOL), experience, first-time-mothers, unexperienced, description, midwife, health professionals

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	1
2.0 BAKGRUNN	2
2.1 CERVIXMODNING OG INDUKSJON	5
2.2 JORDMORS ROLLE UNDER INDUKSJONSPROESSEN	9
3.0 METODE	11
3.1 FENOMENOLOGISK TILNÆRMING	11
3.2 FORFORSTÅELSE	11
3.3 DESIGN	12
3.4 UTVALG	13
3.5 DATAINNSAMLING	13
3.5.1 <i>Semistrukturerte forskningsintervjuer</i>	<i>14</i>
3.6 ANALYSE	15
3.6.1 <i>Trinn 1: Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer</i>	<i>16</i>
3.6.2 <i>Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder</i>	<i>17</i>
3.6.3 <i>Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening</i>	<i>19</i>
3.6.4 <i>Trinn 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser</i>	<i>21</i>
4.0 ETISKE ASPEKTER	23
5.0 RESULTATER	25
5.1 INFORMASJON HAR ALT Å SI	25
5.2 ET ØNSKE OM Å BESTEMME, MEN IKKE BESLUTTE	27
5.3 ET BEHOV FOR OPPFØLGING OG TILSTEDEVÆRELSE	28
6.0 DISKUSJON	31
6.1 DISKUSJON AV METODE	31
6.1.1 <i>Diskusjon fenomenologisk tilnærming</i>	<i>31</i>
6.1.2 <i>Diskusjon forforståelse</i>	<i>31</i>
6.1.3 <i>Diskusjon studiedesign</i>	<i>32</i>
6.1.4 <i>Diskusjon utvalg</i>	<i>32</i>
6.1.5 <i>Diskusjon datainnsamling</i>	<i>33</i>
6.1.6 <i>Diskusjon analyse</i>	<i>35</i>
6.1.7 <i>Diskusjon etiske overveielser</i>	<i>36</i>
6.1.8 <i>EPICURE</i>	<i>37</i>
6.2 DISKUSJON AV RESULTATER	38

6.2.1 Hvorfor er informasjon så viktig?.....	38
6.2.2 Hva med medbestemmelsen?.....	40
6.1.3 Kontinuitet og oppfølging – hva er det egentlig?.....	41
6.1.4 Hvorfor er det viktig å få beskrevet kvinnens opplevelse av induksjon?	43
6.1.5 Er formål og problemstilling besvart?	43
7.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJON TIL PRAKSIS.....	44
LITTERATURLISTE	46
VEDLEGG 1	I
VEDLEGG 2	II
VEDLEGG 3	IV
VEDLEGG 4	V
VEDLEGG 5	VI
VEDLEGG 6	VII
VEDLEGG 7	VIII

1.0 INNLEDNING

Som jordmorstudent i praksis, har forfatteren møtt på mange kvinner som gir uttrykk for at de er slitne og lei av å være gravide og gjerne ønsker en induksjon for å bli ferdig med svangerskapet. Flere kvinner har også gitt uttrykk for at induksjonsprosessen er en lang og slitsom prosess som de ikke ønsker å gjenoppleve. Det har i tillegg vært mye diskusjon blant jordmor kollegaer om den økende induksjonsraten og kvinnens ønske om induksjon. I den forbindelse ønsker forfatteren å finne nærmere ut av hvordan kvinnene selv beskriver sin egen induksjonsprosess. En induksjonsprosess er forbundet med risiko knyttet til instrumentelle forløsninger og akutte keisersnitt, spesielt blant førstegangsfødende (Ehrenthal, Jiang & Strobino, 2010; Revicky, Mukhopadhyay, Morris & Nieto, 2011). Gjennom jordmorstudiet har det vært fokus på å fremme den normale fødselsprosessen. Forfatteren undrer seg derfor over diskusjonen rundt elektive induksjoner og den økende induksjonsraten, som i sitt tilfelle bidrar til økt medikalisering innen fødselsomsorgen.

Induksjon og kvinnens beskrivelser av dette er et viktig tema å belyse for jordmødre og annet helsepersonell som kommer i møte med disse kvinnene. For å gi best mulig helsehjelp er det viktig med økt kunnskap om kvinnens egen beskrivelse av prosessen. Det har derfor vært ønskelig å finne ut av hvordan kvinnene selv beskriver det å bli indusert til fødsel, gjennom å utføre en kvalitativ studie med individuelle intervjuer.

1.1 Formål og problemstilling

Formålet med denne studien er å få beskrevet hvordan førstegangsfødende kvinner opplever det å bli indusert til fødsel. På denne måten vil man trolig kunne bidra til bedre helsehjelp til disse kvinnene. Problemstillingen til oppgaven er som følger:

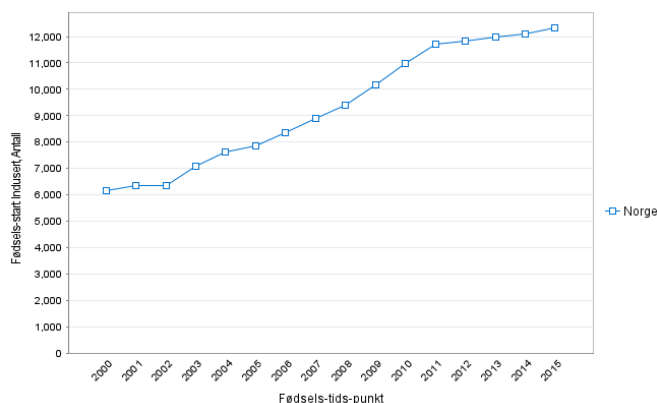
Hvordan beskriver førstegangsfødende kvinner det å bli indusert til fødsel?

2.0 BAKGRUNN

Andelen induksjoner er i stadig økning og flere kvinner får nå innvilget elektive induksjoner med mangel på tilstrekkelig indikasjon (Grivell, 2012). Ekspertene spekulerer i denne økningen og tror pasientens egne preferanser og klinikkens praksis har en påvirkende faktor (Moore, Low, Titler, Dalton & Sampsel, 2014). En studie utført i Norge konkluderte med at alle sykehusene i Norge, bortsett fra ett, induserte uten en streng medisinsk indikasjon (Dögl, Vanky & Heimstad, 2016). Induksjon av fødsel uten medisinsk indikasjon er et relativt nytt obstetrisk problem. Studier fra USA rapporterer at 10-16% av svangerskap til termin er indusert uten medisinsk indikasjon (Dogl, Heimstad & Vanky, 2012). Indikasjon for induksjon blir ikke registrert i Medisinsk Fødselsregister, derfor er utbredelsen av induksjoner uten medisinsk indikasjon ukjent i Norge. Likevel er det i noen tilfeller høyst nødvendig å indusere kvinnen grunnet medisinske årsaker. Da kan en induksjon være livsviktig for både mor og barn. Der det ikke foreligger noen kontraindikasjon for induksjon og det er ønskelig å avslutte svangerskapet grunnet maternelle eller føtale årsaker vil kvinnen bli indusert (Oppegaard, Heimstad, Lippert & Salvadores-Hansen, 2014). Uansett hvilken årsak som foreligger for en eventuell induksjon er det viktig å ha kjennskap til kvinnens beskrivelser av induksjonen og hva slags helsehjelp hun har behov for i en slik prosess.

I flere land har det vært en økende induksjonsrate over de siste årene. Fra 2008 til 2015 har det vært en økning på nesten 31% i andelen induksjoner i Norge (Folkehelseinstituttet, 2016b). I figur 1 kan man se at antallet induserte fødsler har økt fra omkring 6000 i år 2000 til i overkant 12 000 i år 2015. Altså en dobling i løpet av en 15 års periode.

Figur 1 er hentet fra Medisinsk Fødselsregisters statistikkbank (MFR).



(Folkehelseinstituttet, 2016b).

Det er i dag mye diskusjon om hvem man skal sette i gang fødselen på og når det rette tidspunktet i svangerskapet er. Induksjonsprosessen kan ta flere dager, og selv om mange av gravide kvinner ønsker å bli indusert, så opplever et flertall at dette er en slitsom og belastende opplevelse (Helsedirektoratet, 2017a, s. 1). Studier har dessuten vist at induksjon til fødsel blant førstegangsfødende til termin er assosiert med forløsning ved hjelp av keisersnitt, enten de hadde en medisinsk indikasjon eller ikke (Ehrenthal et al., 2010). Over 20% av de kvinnene som blir indusert vil bli forløst ved hjelp av akutt keisersnitt (Ryan & McCarthy, 2016).

En retrospektiv kohortstudie utført i Storbritannia konkluderte med at kvinner som ble indusert til fødsel hadde større risiko for instrumentell fødsel, enn de kvinnene som gikk spontant i fødsel (Revicky et al., 2011). Av alle kvinner som blir indusert til fødsel, vil mindre en to-tredeler bli forløst uten videre intervensjoner (Ryan & McCarthy, 2016). I en kvalitativ studie utført i Irland er et av hovedfunnene at induksjonsopplevelsen ikke møtte forventingene til kvinnene. Lengden på induksjonsprosessen var ofte lengre enn de forventet, og smertene mye sterkere (Murtagh & Folan, 2014). Av de studiene som er utført om kvinners opplevelse av det å bli indusert til fødsel ser en også at et flertall av kvinnene nevner mangel på informasjon som en påvirkende faktor. Mangel på informasjon om prosedyrer og bivirkning knyttet til metoden for induksjon påvirket kvinnenes totale opplevelse av induksjonsprosessen (Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014; Schwarz, Gross, Heusser & Berger, 2016). I en studie utført i Norge om kvinners holdninger og opplevelser knyttet til induksjon, viser resultatene at majoriteten av kvinnene hadde et ønske om å bli indusert og av de som ble indusert rapporterte hele 84% at de hadde en positiv induksjonsopplevelse (Heimstad, Romundstad, Hyett, Mattsson & Salvesen, 2007). Samtidig viser studien i Irland at av de kvinnene som hadde en negativ induksjonsopplevelse, ble likevel totalopplevelsen positiv av å føde et friskt barn (Murtagh & Folan, 2014).

Som nevnt har det vært en økt forekomst av induksjoner. I 2015 ble 20,90% av alle fødsler i Norge indusert (Folkehelseinstituttet, 2016b). Til tross for at elektive induksjoner anses for å være en risiko for mor og barn, fortsetter induksjonsraten å øke (Moore et al., 2014). Selv om det snakkes om en økning av elektive induksjoner av friske kvinner, er også en av årsakene til den økte andelen induksjon knyttet til nye retningslinjer om overtidig svangerskap. Det sies at

overtidige svangerskap er hovedårsaken til den høye forekomsten av induksjoner (Ryan & McCarthy, 2016).

Fødselen starter spontant om en bare venter lenge nok. Ved 41+2 er 24% av alle gravide uforløst, mens kun fire dager senere er andelen uforløste halvert. Deretter halveres andelen hver andre dag (Salvesen & Dahlø, 2010). Likevel er det ikke alle kvinner som går spontant i fødsel og en viss andel kvinner blir induisert grunnet overtidig svangerskap. WHO og Veileder i Fødselshjelp definerer overtidig svangerskap fra og med dag 294 (42+0 uker) i svangerskapet (Morken, Haavaldsen, Heimstad, Holdø & Øian, 2014). Tidligere sa derimot norske retningslinjer at hovedregelen var å indukere alle kvinner etter uke 43 (Salvesen & Dahlø, 2010). En studie knyttet til overtid og neonatale dødsfall førte til en endring i Nasjonale faglige retningslinjer i 2011. Endringen skulle blant annet bidra til likeverdig og forutsigbare helsetjenester, og minske antallet dødfødsler (Helsedirektoratet, 2016). I følge MFR hadde 6,1% av kvinnene en svangerskapslengde på 42 uker i 2009, mens den i 2015 var gått ned til 3,9%. Ingen ble registrert med en svangerskapslengde over 43 uker i 2015 (Folkehelseinstituttet, 2016c). Bakgrunnen for endringen er spesielt knyttet til en systematisk oversiktsstudie som har inkludert 22 enkeltstudier om emnet. Studien konkluderte med at det var signifikant færre prenatale dødsfall og antall keisersnitt blant induserte kvinner, sammenlignet med de som gikk spontant i fødsel (Gülmezoglu, Crowther, Middleton & Heatley, 2012).

En annen mulig årsak til den økte forekomsten av induksjoner kan skyldes diabetes blant gravide. Diabetes er en av indikasjonene for å indukere til fødsel og andelen kvinner med svangerskapsdiabetes har økt betraktelig de siste årene. I 2005 fikk 0,86% gravide kvinner diagnosen svangerskapsdiabetes, mens ti år senere ble 4,46% stilt diagnosen svangerskapsdiabetes (Folkehelseinstituttet, 2016a). Helsedirektoratet har nå i tillegg kommet ut med nye retningslinjer når det kommer til kriterier og testing for svangerskapsdiabetes (Helsedirektoratet, 2017b). Bakgrunnen for dette er at risikoen for komplikasjoner øker ved lavere blodsukker verdi enn først antatt. I følge de nye retningslinjene er det nå flere som vil testes for svangerskapsdiabetes, samt at blodsukker verdien for å sette diagnosen er lavere enn før. Grunnet de nye retningslinjene vil trolig flere kvinner få diagnosen svangerskapsdiabetes enn tidligere. Det kan derfor antas at

antall kvinner som må induseres grunnet svangerskapsdiabetes også vil øke de kommende årene.

2.1 Cervixmodning og induksjon

Fødsel er en kompleks fysiologisk prosess. Uteruskontraksjoner og cervixmodning er to komponenter som er forutsatt for at et barn skal kunne fødes vaginalt (Ryan & McCarthy, 2016). Modning av livmorhalsen er en forutsetning for å gå i fødsel, og hos de aller fleste skjer dette spontant. Denne modningen skjer vanligvis i løpet av de siste ukene før fødsel og bidrar til at livmorhalsen blir mykere i konsistens ved at kollagenet brytes ned. I tillegg endrer livmorhalsen posisjon fra å være bakoverrettet til å være midtstilt i vagina samtidig som den avkortes (Blix, 2010). Den eksakte mekanismen bak cervixmodningen er likevel fortsatt ikke kjent. Tidligere trodde man at cervixmodning ble forårsaket av rier, mens man nå heller mer mot at cervixmodningen fremkalles av en inflammatorisk prosess (Oppegaard et al., 2014).

Som et ledd i bedømming av modenhetsgrad og induksjon, vil det også være naturlig å nevne Bishop-skår. Bishop-skår ble utviklet i 1964 av Dr. Edward Bishop, og er det mest brukte verktøyet til å vurdere induksjonsmetode (Oppegaard et al., 2014).

Hvilken metode som skal benyttes for induksjon av fødsel avhenger nemlig av cervix sin modningsgrad og hodets plassering i bekkenet. På neste side ses det en skjematisk fremstilling av Bishop-skår (Figur 2) (Salvesen & Dahlø, 2010, s. 474).

Figur 2 med Bishop-skår er hentet fra Jordmorboka.

POENG				
	0	1	2	3
Ledende del	I bekkeninngangen	Over spina	Ved spina	Under spina
Cervixåpning	Lukket	1-2 cm	3-4 cm	➤ 4 cm
Cervixlengde	3 cm	2 cm	1 cm	< 1 cm
Konsistens	Fast	Middels	Bløt	
Posisjon	Baktil	Midtstilt	Fortil	

Ved å bruke denne tabellen kan man rangere cervix sin modningsgrad ved å gi poeng etter funn fra vaginalundersøkelse. Etter vaginalundersøkelsen kan man få alt fra 0 til 10 poeng. Ved en skår på 0 vil det si at man har en svært umoden cervix, og jo flere poeng man scorer, jo mer moden er cervix (Salvesen & Dahlø, 2010). I følge ”Veileder i Fødselshjelp 2014”

anses en poengsum på under 8 for en umoden cervix hos førstegangsfødende (Oppegaard et al., 2014).

Med induksjon menes kunstig igangsetting av fødsel og beslutningen om å indusere er basert på skjønn, der både medisinske og sosiale forhold kan spille inn (Henriksen & Molne, 2015, s. 220). Induksjon av fødsel blir vurdert når den maternelle eller føtale tilstanden vil få et bedre utfall ved hjelp av induksjon, enn ved å la svangerskapet fortsette. Medisinske indikasjoner for induksjon til fødsel er overtidig svangerskap, hypertensjon (inkludert preeklampsi), tvillingsvangerskap, vannavgang uten rier og diabetes. En induksjon skal nøye overveies da det ikke er noen garanti for at induksjonen vil resultere i en vaginal fødsel eller et positivt utfall for mor og/eller det nyfødte barnet (Rimmer, 2014). ”Veileder i fødselshjelp” anbefaler også induksjon ved estimert fødselsvekt <2,5 percentilen (<2500g-3000g for 41-42 savnergskapsuger), redusert fostervannsmengde (AFI <5cm og/eller dypeste lomme <2cm), termin ultralyd over 14 dager og mors alder over 38 år (Morken et al., 2014).

Selv om det er klare anbefalinger til indikasjon for induksjon, ser en som nevnt at induksjon uten strenge krav til medisinske indikasjoner er en utbredt praksis (Dogl et al., 2012). Det er dessuten vanskeligere å indusere førstegangsfødende enn flergangsfødende (Øian & Maltau, 2015). Jo mer moden cervix er, desto større sannsynlighet er det for at riene kommer i gang og fortsetter til barnet er født. Induksjon kan gjøres med intrauterin ballong, prostaglandiner, oxytocin eller amniotomi (Øian & Maltau, 2015). Mekanisk tøying kan også benyttes som første ledd for cervixmodning (Oppegaard et al., 2014)

Mekanisk tøying av cervix (”stripping of the membranes”) forårsaker økt phospholipase A₂- og prostaglandin F_{2α} aktivitet. Ved vaginalundersøkelse fører man pekefingeren gjennom indre mormunn og løsner fosterhinner fra nedre uterinsegment ved at man dilaterer cervix med sirkulære bevegelser. Det er ikke kjent hvor lenge man må tøy for at cervix skal modnes. Mekanisk tøying er anbefalt å gjøres ved svangerskapskontroller etter termin (Oppegaard et al., 2014). Mekanisk tøying har dokumentert effekt, antas å være uten komplikasjoner og kan gjentas flere ganger (Salvesen & Dahlø, 2010). Mekanisk tøying er dessuten assosiert med et kortere fødselsforløp og en redusert svangerskapslengde utover svangerskapsuke 42 og 42 (Boulvain, Stan & Irion, 2005). I følge retningslinjene i Storbritannia anbefaler de at alle førstegangsfødende bør bli tilbudt mekanisk tøying mellom

gestasjonsuke 41 og 42 (Ryan & McCarthy, 2016). Når det kommer til kvinnens opplevelse av det å få utført mekanisk tøying er det rapportert ubehag knyttet til vaginalundersøkelsen og tøyingen. Prosedyren er dessuten forbundet med vaginalblødning og uregelmessige uteruskontraksjoner (Boulvain et al., 2005; Ryan & McCarthy, 2016). Mekanisk tøying kan utføres av både lege og jordmor (Rimmer, 2014).

Induksjon til fødsel kan også utføres ved hjelp av mekaniske metoder. Dette gjøres blant annet ved hjelp av innsetting av foleykateter. Her legges det inn et urinkateter eller en spesiallaget ballong i cervix for å bidra til dilatasjon. Kateteret fylles så med saltvann og det legges et drag på kateteret ved å feste det til kvinnens lår. På denne måten vil ballongen trekkes ned gjennom cervix og falle ut når åpningen er stor nok (Salvesen & Dahlø, 2010). Mekanismen bak metoden er ikke kjent, men teorien går ut på at det blir en lokal vevsnekrose forårsaket av trykk fra kateteret som da igangsetter produksjon av prostaglandiner (Oppegaard et al., 2014). Det er ikke beskrevet i "Veileder for fødselshjelp" sine retningslinjer hvilken bishop-skår kvinnen bør ha for induksjon med ballong, kun at den brukes i forbindelse med cervixmodning (Oppegaard et al., 2014).

Induksjon med kateter har flere tilleggsfordeler fremfor prostaglandiner. Det er blant annet lavere risiko for hyperstimulering av uterus med kateter og mekoniumsavgang fra foster (Jozwiak et al., 2012; Oppegaard et al., 2014). Studier viser at det at det ikke er knyttet større risiko for infeksjon med mekaniske metoder for induksjon, sammenlignet med medikamentelle. Dessuten er induksjon med mekaniske metoder som ballongdilatasjon forbundet med mindre ubehag for kvinnen, sammenlignet med induksjon med prostaglandiner (Jozwiak et al., 2012). En annen fordel med denne metoden for induksjon er at kvinnen ikke nødvendigvis trenger å bli innlagt på sykehus, om svangerskapet ikke viser tegn til patologi (Oppegaard et al., 2014). Det er ikke spesifisert i MFR sitt register hvor mange kvinner som ble indusert med ballong som metode i 2015, men 42% kommer innunder "annet" som metode, og trolig er en større andel av disse indusert med ballong (Folkehelseinstituttet, 2016b).

Prostaglandin er et kvinnelig hormon som bidrar til modning av cervix (Rimmer, 2014). Prostaglandiner kan gis som tablett vaginalt, oralt, gel og som vaginalinnlegg som frigir hormoner over 24 timer før den blir tatt ut (Ryan & McCarthy, 2016) For å indusere en umoden cervix, er prostaglandin som gel intracervikalt eller vagitorier i fornix posterior den

vanligste metoden for cervixmodning (Henriksen & Molne, 2015). Av alle kvinner som ble indusert i 2015, ble 54,9% indusert ved hjelp av prostaglandiner (Folkehelseinstituttet, 2016b). Mulige komplikasjoner ved en slik induksjonsmetode er ristorm (Salvesen & Dahlø, 2010). Uterusruptur er også en fryktet komplikasjon knyttet til denne induksjonsmetoden. Risikoen er betraktelig større blant kvinner med tidligere keisersnitt. Bivirkninger assosiert med induksjon ved hjelp av prostaglandiner er kvalme, oppkast og diaré (Rimmer, 2014). Kvinnen skal alltid bli informert om mulig ristorm og bivirkninger knyttet til induksjon med prostaglandiner (Ryan & McCarthy, 2016).

En annen medikamentell metode som brukes for induksjon av fødsel er oxytocin intravenøst. Oxytocin er et hormon som utskilles fra hypothalamus og bidrar til uteruskontraksjoner. Oxytocin kan gis som syntetisk hormon (Syntocinon®) intravenøst for å bidra til kontraksjoner, der det er nødvendig. Oxytocin som induksjonsmetode brukes gjerne i tilknytning til andre induksjonsmetoder (Rimmer, 2014). I følge medisinsk fødselsregister ble 4,61% kvinner indusert med oxytocin som metode i 2015 (Folkehelseinstituttet, 2016b). Oxytocin gis som intravenøs injeksjon på infusjonspumpe hvor en starter med en hastighet på 30ml/t og øker hvert 30.minutt inntil en når målet med 3-4 kontraksjoner på 10 minutter. Ved infusjon av oxytocin skal en ha kontinuerlig overvåkning med CTG eller STAN for å se at fosteret ikke blir påvirket av kontraksjonene (Rimmer, 2014). Risikofaktorer knyttet til administrasjon av oxytocin inkluderer hyponatremi, tachycardi, hypertensjon, ristorm og fetalt distress (Ryan & McCarthy, 2016). En randomisert studie på tilfredshet i fødsel viste at kvinnene som ble tidlig stimulert ikke var mer fornøyde (Bergqvist et al., 2012).

Induksjon av fødsel kan også skje ved hjelp av amniotomi. Amniotomi vil si hinnerivning som utføres med en amnionhook. Man fører amnionhooken inn gjennom livmorhalsen og lager et snitt på fosterhinnene for å fremkalle vannavgang. Amniotomi forkorter fødselsforløp, men er ikke anbefalt rutinemessig. Kombinasjonen av amniotomi og oksytocinstimulering er mer effektiv enn ved bruk av faktorene enkeltvis. Amniotomi bør gjøres før oksytocinstimulering (Oppegaard et al., 2014). Av alle kvinner som ble indusert til fødsel i 2015, ble 23,4% indusert ved hjelp av amniotomi som metode (Folkehelseinstituttet, 2016b). Mekanismen bak metoden er at prostaglandiner, som blir produsert i amnion (fosterhinnen), utskilles ved hinnerivning og bidrar til kontraksjoner. Amniotomi kan utføres ved en moden cervix, hvor fosterets presenterende del er fiksert i kvinnens bekken.

Jo lenger tid det går fra fosterhinnen er revet til barnet er født, jo større er risikoen for infeksjon (Rimmer, 2014). Det er usikkert om kvinnens fødselsopplevelse påvirkes av om det blir utført amniotomi, eller ikke (Smyth, Alldred & Markham, 2007). Det er likevel rapportert økt fødselssmerte knyttet til amniotomi, og noen kvinner mener denne prosedyren er med på å forstyrre den normale fødselsprosessen (Kumar, Robson & Smith, 1984).

2.2 Jordmors rolle under induksjonsprosessen

Hovedmålet for all jordmorvirksomhet er å bedre kvinners og barns helse i individuell, lokal, nasjonal og global sammenheng, samt å styrke jordmorfaget (NOU 1984:17, 1984). Når spørsmålet om induksjon dukker opp hos kvinnen og hennes partner er det jordmors rolle å gi tydelig og objektiv informasjon om både fordeler og ulemper knyttet til induksjonsprosessen. Jordmor skal informere om metoden for induksjon, som er foreslått av obstetriker, og sørge for at kvinnen skal kunne ta et informert valg basert på informert samtykke (Rimmer, 2014). Det anbefales at den enkelte fødeavdelingen lager en standard mal for induksjon som er tilpasset sykehusets rutiner (Oppegaard et al., 2014). I pasient- og brukerrettighetsloven står det skrevet at informasjon som gis må være tilpasset mottakerens forutsetninger. Dette innebærer at informasjonen skal formidles på bakgrunn av pasientens individuelle behov når det kommer til alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Det er også lovfestet at den skal gis på en hensynsfull måte, og at helsepersonellet skal kunne forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene som er gitt (Eilertsen, 2015). I tillegg er pasientens medvirkningsrett lovfestet som en grunnleggende regel i pasient- og brukerrettighetsloven (§3-1). Her er hovedregelen at kvinnen har en rett til å delta, men ingen plikt. Pasienter som ikke ønsker å være med å bestemme har full anledning til å overlate slike vurderinger til helsepersonellet. I så fall må jordmor og lege selv vurdere hva som er forsvarlig behandling ut fra foreliggende informasjon (Eilertsen, 2015). For at kvinnen skal kunne medvirke i beslutningen om induksjon, kreves det også en viss egeninnsats. Pasientmedvirkning forutsetter likevel at pasienten får tilstrekkelig informasjon til å kunne ta informerte og fornuftige valg. Pasientens medvirkning skal tilpasses individuelle forutsetninger og behov. Medvirkning forutsetter derimot ikke at de selv kan velge fritt hvordan tilstanden skal behandles. Pasienten kan kun bli gitt mulighet til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige metoder (Eilertsen, 2015). Selv om det er obstetriker som har den ledende rollen innen beslutningen om induksjon og metode, har fortsatt jordmor en nøkkelrolle i å opprettholde kvinnens autonomi ved å sørge for at hun er gitt tilstrekkelig med

informasjon slik at hun er klar over hvilke valgmuligheter hun har basert på pasient- og brukerrettighetsloven. Kvinnen er ofte i en sårbar posisjon når slike spørsmål dukker opp, og det er viktig at jordmor støtter kvinnen og hjelper henne så godt som mulig under beslutningen om induksjon (Rimmer, 2014).

3.0 METODE

Metode beskrives som hvordan man velger sitt utvalg, gjør datainnsamling og analyse (Carter & Little, 2007).

3.1 Fenomenologisk tilnærming

Gjennom arbeidet med denne studien, har det vært en fenomenologisk tilnærming til hvordan datainnsamlingen og analysen er utført. Pietkiewicz & Smith (2014) skriver at Edmund Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologien. Husserl mente blant annet at opplevelser var den fundamentale kilden til kunnskap. Fenomenologi er derfor en tilnærming til kunnskap. Den søker etter å beskrive fundamentale strukturer og forsøker å finne essensen i menneskers erfaringer og opplevelser (De Chesnay, 2014; Groenewald, 2004).

Fenomenologien har sine røtter innen både filosofien og psykologien, og fokuserer på å forstå menneskers erfaringer (Polit & Beck, 2017). *Den levde kroppen* er utgangspunktet for våre erfaringer, hvis man ser ut fra et fenomenologisk perspektiv (Blåka, 2002). Ved å ha utgangspunkt i fenomenologiske beskrivelser av praksissituasjoner kan kvinnens opplevelser, refleksjoner og erfaringer løftes frem (Thomassen, 2006). Ved å ha et slikt fenomenologisk syn knyttet til problemstillingen for oppgaven kan en derfor få en dypere forståelse og svar på studiens problemstilling. Et mål både i fenomenologien og studien forøvrig har dessuten vært å finne variasjoner, kontraster og oppdage noe nytt i det allerede kjente. Dialog er i fenomenologien det å lytte til, høre etter og gå med den andre gjennom et sanselig engasjert nærvær (Blåka, 2002). En fenomenologisk tilnærming innebærer dessuten at intervjueren prøver å isolere sin egen førkunnskap og å identifisere vesentligheter i beskrivelsene (Olsson & Sörensen, 2011). Dette har vært et nyttig verktøy under datainnsamlingen og de kvalitative forskningsintervjuene. Dette for å kunne få et så bredt materiale som mulig og få en best mulig forståelse av hva kvinnene har gått igjennom. Den empiriske dataen i studien er derfor tolket i lys av en fenomenologisk tilnærming. Den er anvendt for å forstå meningen i materialet og bidra til en strukturert forståelse av materiale og funn (Malterud, 2011).

3.2 Forforståelse

Før oppstart av en studie er det viktig å ta stilling til egen forforståelse og betydningen av sin egen rolle og posisjon gjennom alle ledd i forskningsprosessen (Malterud, 2011).

Forforståelsen omfatter meninger og oppfatninger vi har på forhånd til det fenomenet som

studies (Dalen, 2004). Forforståelsen vil være med å påvirke måten vi samler og leser våre data på (Malterud, 2011).

Forforståelsen kan ofte skape forventninger til resultatene og overdøve observasjoner under prosessen, det er derfor benyttet et fenomenologisk begrep kalt *bracketing* (Malterud, 2011). *Bracketing* innebærer at en på ulike stadier i forskningsprosessen setter egne forestillinger til side, slik at fenomenet vi studerer kan fremtre mest mulig i sin egenart. Under innsamling, bearbeiding og analyse av empirisk data vil hypotesen vi har med oss, bidra til å bestemme hvor vi retter blikket og hva vi får øye på. Ved å sette spørsmålsteget ved hypotesen, er det lettere å utforske problemstillingen med et åpent blikk (Malterud, 2011).

Meninger og oppfatninger som er tilegnet i forkant av studien er i forfatterens vedkommende mye knyttet til mange de kvinnene som vedkommende har møtt i praksis. Et flertall av de kvinnene forfatteren har møtt har gitt uttrykk for at induksjonsprosessen har hatt en negativ påvirkning til fødselsprosessen. Dette har trolig vært med å påvirke min forforståelse i forbindelse med denne studien. Dessuten har kunnskap som forfatteren tilegnet seg gjennom studietiden, både gjennom teori og praksis, blant annet vært at en skal opprettholde den normale fødselsprosessen og unngå intervensjoner i normale fødselsforløp. Dette har trolig også vært en påvirkende faktor i utarbeidelsen av intervjuguiden, gjennomføringen av intervjuer og underveis i analyseprosessen.

Forfatterens teoretiske bakgrunn består av en bachelorgrad i sykepleie, samt at forfatteren nå er i avsluttende fase i masterutdanning innen jordmorfag ved Høyskolen i Oslo og Akershus. Under hele prosessen har det vært forsøkt å sette forforståelse til side ved å sette hypotesen på prøve, ha et åpent sinn og se problemstillingen og materiale fra ulike vinkler.

3.3 Design

For å best mulig kunne besvare problemstillingen for oppgaven, har det vært hensiktsmessig å ha en empirisk tilnærming med et kvalitativt studiedesign. Empiriske data er forskerens kilde til svar på de spørsmålene som følger av problemstillingen (Malterud, 2011).

Problemstillingen besvares best gjennom et kvalitativt studiedesign, da det handler om erfaringer og opplevelser som ikke kan tallfestes (Malterud, 2011). En kvalitativ metode systematiserer kunnskap om noe som kjennetegner ett fenomen (Olsson & Sörensen, 2011). Studien har i tillegg vært av eksplorerende karakter. Når en har et eksplorerende design kan det gi innsikt og forståelse underveis i prosessen (Malterud, 2011). I kvalitative studier som

denne, har det vært viktig å ha en eksplorerende ambisjon til å innhente lærdom underveis. Dette har muligens bidratt til å utvikle prosjektet.

Ved å ha et kvalitativt studiedesign med eksplorerende karakter kan en derfor styrke forståelsen ovenfor de induserte kvinnene, og forhåpentligvis bidra til bedre helsehjelp.

3.4 Utvalg

Valg av informanter er et særlig et viktig tema innenfor kvalitative studier hvor intervju er anvendt som datainnsamlingsmetode (Dalen, 2004).

Empirisk data er forskeren kilde til svar på de spørsmål som følger av problemstillingen og utvalget avgjør hvilke sider av saken vi kan si noe om (Malterud, 2011). Når en skal utføre en studie, er det viktig å sørge for utvalgsstrategier der materialet inneholder data om det fenomenet som skal utforskes. Utvalget for deltagelse til studien er strategisk sammensatt for å oppnå målsettingen om at materiale skulle ha best mulig potensiale til å belyse problemstillingen. På denne måten kan man innhente materiale med god dybde og bredde (Malterud, 2011). Et gjeldende prinsipp for studier med fenomenologisk tilnærming er at alle deltagerne skal ha opplevd det fenomenet som studeres og de må kunne beskrive hvordan det var å oppleve det. Fenomenologer pleier å stole på et lite utvalg, ofte består studiet av ti eller færre deltagere (Polit & Beck, 2017).

Inklusjonskriterier for å delta i denne studien har vært førstegangsfødende som er indusert til fødsel. Informantene skal ha blitt indusert fra gestasjonsuke 37, uansett metode eller indikasjon for induksjon. Informantene skulle i tillegg være over 18 år og snakke godt norsk. Rekrutteringen har foregått ved et sykehus i Sør-Øst med ca. 3000 fødsler i året. Jordmor ansvarlig for observasjonsposten har opprettet førstegangskontakten og delt ut informasjonsskriv om deltagelse (vedlegg 6) til de kvinnene som har vært aktuelle for studien. Totalt syv informanter har samtykket til å delta i studien.

3.5 Datainnsamling

Som ledd i planlegging av utvalgsstrategi, må en også ta stilling til hvilken form for datainnsamling som kan gi data som er mest mulig relevant for problemstillingen. Innenfor kvalitativ forskning finnes det ulike måter å finne veien til kunnskap (Malterud, 2011). For å svare på problemstillingen til denne studien er det blitt utført kvalitative forskningsintervju.

3.5.1 Semistrukturerte forskningsintervjuer

I alle prosjekter som anvender intervju som metode, er det behov for å utarbeide en intervjuguide i forkant av intervjuene. Særlig er dette påkrevd når en anvender semistrukturerte intervjuer (Dalen, 2004). En intervjuguide inneholder emne eller formål med intervjuet og i hvilken rekkefølge spørsmålene/emnene skal tas opp (Kvale, 1997). Når formålet er å vite noe man ikke visste fra før, eller gjennomføre et intervju som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk (Malterud, 2011).

Intervjuguiden som ble utarbeidet i forkant av studien bestod av en rekke spørsmål som skulle hjelpe å belyse problemstillingen. Den besto av 24 spørsmål, inkludert oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene i intervjuguiden har hatt fokus på åpne spørsmål, slik at informantene i størst mulig grad har kunnet beskrive med egne ord. Spørsmålene som er stilt har også hatt fokus på at kvinnen selv skal beskrive enkelte hendelser. De 24 spørsmålene har blant annet bestått av innledningsspørsmål og avsluttende spørsmål (vedlegg 1). Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med veileder.

Alt datainnsamlingsinstrument bør utprøves i forkant. Dette for at man skal kunne se hvor lang tid det kan ta å få svar på de spørsmålene man har og om man behøver å styrke spørsmål som ikke gir noen anvendbar informasjon (Bell & Waters, 2016). I forkant av intervjuene ble det derfor utført et prøveintervju med en medstudent. Her fikk forfatteren testet ut intervjuguiden, testet seg selv som intervjuer, i tillegg til å få testet det tekniske utstyret. Forfatteren fikk også testet hvor lang tid det cirka ville ta å gjennomføre ett intervju. Etter at prøveintervjuet var gjennomført fikk forfatteren tilbakemeldinger fra medstudenten. Intervjuguiden ble da noe justert, i tillegg til at det ble gjort oppmerksom på å gi informanten mer tid til å svare ved å ikke stille for raske oppfølgingsspørsmål.

Forskningsintervju er en mellommenneskelig situasjon, en samtale mellom to parter om et tema av gjensidig interesse. Det er en spesifikk form av menneskelig samspill der kunnskap utveksles gjennom dialog (Kvale, 1997). Det å intervjuer er en av de mest vanlige og kraftigste måtene en kan forstå andre mennesker på (Fontana & Frey, 2000).

Direkte innsyn i erfaringer får man ved å snakke med andre mennesker, det har derfor vært naturlig å bruke kvalitative intervjuer for å samle inn data til analyse i denne studien (Malterud, 2011). Semistrukturerte intervjuer er egnet for å avdekke personlige erfaringer og

trengte inn i emosjonelt ladete temaer (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). Individuelle intervjuer krever tid og ro og det er viktig at intervjueren er avslappet, vennlig og inntar en rolle som ”aktiv lytter” (Fontana & Frey, 2000). For å utføre gode intervjuer må også intervjueren vise interesse og resept for mennesket som intervjues og vise vilje til å sette seg ned og lytte rolig og vise empati og toleranse for andres synspunkter (Dalen, 2004).

I og med at studien også er av eksplorerende karakter, har det vært viktig å kunne lære underveis i prosessen og tilpasse seg møte med den enkelte deltager.

Det ble utført syv individuelle semistrukturerte intervjuer i tidsperioden juni/juli 2017. I samråd med veileder var det enighet om at det holdt med syv intervjuer da disse intervjuene ga rik og variert informasjon til å besvare formålet med studien.

Intervjuene tok sted cirka to dager etter fødsel, det stedet informantene selv ønsket.

Gjennomsnittlig lengde på intervjuene var 48 minutter, hvorav det korteste varte i 33 minutter og det lengste varte i en time og 15 minutter. Gjennomsnittsalder for informantene som deltok var 29 år. Yngste informant var 25 år og eldste 35. Fire av kvinnene hadde høyere utdanning og tre av kvinnene hadde videregående utdanning. Ved fire av intervjuene var partner til stede under intervjuet.

3.6 Analyse

Etter at intervjuene var gjennomført ble datamaterialet organisert og bearbeidet. Dette innebar blant annet å transkribere intervjuene. Her ble all tale fra lydopptakene ordrett skrevet ned.

Det er forsøkt å best mulig ivareta det opprinnelige materialet gjennom transkripsjonen.

For å få til dette må en transkribere etter beste evne ved å lese mellom linjene, uten å tolke der grunnlaget i teksten vurderes som usikkert (Malterud, 2011).

Forfatteren har selv utført intervjuene og transkriberingen, da dette har gitt en unik mulighet til å bli kjent med dataen. Transkriberingen har tatt sted så kort tid etter utført intervju som mulig. Transkriberingen har blitt utført gjennom dataprogrammet HyperTranscribe.

Dataprogrammet spiller av noen sekunder fra lydbåndopptaket av gangen, noe som gjør det enklere å skrive ned ordrett hva som er sagt. Lydbåndopptakene var dessuten av god kvalitet, slik at det var enkelt å høre hva informantene formidlet gjennom intervjuene.

Utskriftene er dessuten blitt sjekket grundig opp mot lydbåndene for å forsikre at det var god kvalitet på utskriftene, i form av at alt det deltagerne har sagt er blitt nedskrevet. Intervjuene utgjorde 111 maskinskrevne sider med skriftstørrelse tolv, halvannen linjeavstand og skrifttype Times New Roman.

Analysen skal dessuten bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2011). Teksten er tolket gjennom systematisk tekstkondensering. Analysemetoden systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgis (1985) fenomenologiske analyse og modifisert av Kirsti Malterud (1949) i senere tid. Denne metoden egner seg godt for analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser (Malterud, 2011). Analyse gjennom systematisk tekstkondensering skjer gjennom fire trinn.

3.6.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

Det første trinnet i analysen består av å finne få et helhetsinntrykk og identifisere mulige temaer. På dette trinnet skal en i samsvar med det fenomenologiske perspektivet – arbeide aktivt for å sette forforståelsen til side (Malterud, 2011). Temaene som blir indentifiserte ved analysens første trinn skal på en eller annen måte representere informantenes meninger og beskrivelser. Underveis i dataanalysen er det ikke til å unngå at man som intervjuer danner seg bilder av hva de foreløpige temaene vil være. Så analyseprosessen starter på sett og vis allerede fra første intervju er gjennomført. Alt materiale ble likevel gjennomlest etter da alle intervjuene var gjennomført og diskutert i samarbeid med veileder. Her ble det forsøkt i beste måte å sette forforståelsen til side. Veileder hjalp her til å se materiale subjektivt. Den første diskusjonen i samarbeids med veileder resulterte i følgende; (se tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over identifiserte mulige temaer etter diskusjon med veileder.

Tidspunkt fra plan til induksjon	Årsaker til induksjon	Hvem informerte og hvordan	Hvordan syns kvinnene det var?	Proseduren – hvordan beskrev de det?	Hvordan ble det?	Etter fødsel	Hva overrasket?	Hva var bra?
De fleste ved siste trimester.	Overtid. Vekstavvik. Diabetes.	Lege informerte ved kontroll på sykehus (ingen informasjon om bivirkninger/komplikasjoner).	Kvinnene likte ærlige svar – spesielt når lege konf. Med andre leger om beslutning.	Ballonginnsetting – mer smertefullt enn forventet.	Redsel for at ballongen skulle falle ut.	To mistenkte at induksjonen var unødvendig.	Bemanning.	Tydlig info/tilstedeværelse.
En konisert fikk info tidl.	På kvinnens initiativ (ønsker igangsetting tidligere).	Informerte kun om to metoder (ballong og minprostin).	Kvinnene tok ikke initiativ til å påvirke beslutningen (fikk ikke anledning til). Overga beslutningen til lege.	Bedre informerte kvinner håndterte smertene bedre etter de dro hjem. Greit å dra hjem, fremfor de som ikke fikk tilstrekkelig informasjon.	Usikkerhet rundt vannavgang – fostervann eller vann fra ballong.	De aller fleste ville ikke blitt indukert igjen. Verre enn forventet.	Barsel – ikke fornøyd med personell.	Ikke bekymret for barnet – bekreftelse.
		Jordmor informerte ved ballonginnsetting.	Høy tillit til lege/helsepersonell.		Alle kom tilbake på sykehus dagen etter for ny vurdering.	Ikke optimalt på barsel.	Smerter.	Legene konf. Med hverandre. Var ærlige.
		Variasjon i kvalitet av informasjon.	Ønsket samme lege/jordmor under oppfølging.		Ingen kontinuitet i oppfølgingen – nye leger og jordmødre på vakt.			Personell som hadde kontroll på situasjon og fremgang ved induksjon/fødsel.
		Pasientens opplevelse av at helsepersonell tok seg tid.			Ny induksjon – Minprostin etter ballong. Ble da liggende på sykehus.			
		Skriftlig informasjon brosjyre om ballong.			Mye smerter - mangelfull info.			
		Informantene hadde lite kunnskaper fra før.			Passive: ingen innvirkning i videre ind. beslutning om induksjon.			

Det som er markert med gult i tabell 1 har vært med på å danne grunnlaget for temaer. Etter diskusjon med veileder og alt materiale var gjennomlest ble det funnet åtte foreløpige temaer; informasjon, trygghet og ivaretagelse, behov for oppfølging, medvirkning og beslutningsansvar, forkunnskaper, ønske om induksjon, fødselsforberedende kurs og bekreftelse på at barnet har det bra. Disse temaene representerte på en eller annen måte hva informantene hadde formidlet.

3.6.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I analysens andre trinn skal en finne meningsbærende enheter og systematisere dem. Det vil si koding (Malterud, 2011). Her skilles relevant tekst fra irrelevant tekst, og en skal sortere den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Tekstbiten som tenkes å belyse problemstillingen er da den meningsbærende enheten. For å finne meningsbærende enheter i teksten ble det gjort en systematisk gjennomgang av materialet, linje for linje. De foreløpige temaene fra analysens første trinn dannet noe av bakgrunnen for kodene i trinn to. For å markere meningsbærende enheter i teksten og kode disse ble dataprogrammet HyperResearch anvendt. Dette dataprogrammet hjelper en å markere relevant

tekst og koble det opp mot en selvvalgt kode. Under er det lagt ved en tabell (tabell 2), som viser eksempler på hvordan meningsbærende enheter fra teksten ble kodet.

Tabell 2. Oversikt over meningsbærende enheter og koder.

Meningsbærende enheter	⇒	Koder
” Jordmor var jo stort sett inne på rommet hele tiden, hun var aldri borte lenge”	⇒	Trygghet og tilstedeværelse
” Nei! Nei, nei der følte jeg dem tok det, det var bare bestemt, sånn var det lissom..”	⇒	Medvirkning og beslutningsansvar
” Så vi ante jo ikke hvordan det ville kjennes ut. Bare hørt andre sine meninger om at det var vondt og at det var ubehagelig å sånn på en måte.”	⇒	Manglende forkunnskaper
” Og der stoppa vi, for jeg sa: å nei, guri, vi må ringe liksom, for atter det her er ordentlig vondt.”	⇒	Smerter
” Jeg følte litt at jeg var lei av å gå gravid, jeg tenkte at jo før jo bedre, hvis de bare setter meg i gang så blir det bra”.	⇒	Ønske om induksjon
” Jeg måtte lissom søke en del av informasjonen selv, da. Både her og på nett egentlig”	⇒	Informasjon
” Jeg vet jo folk det har gått gærent med, fordi dem har gått for lenge over og måttet reise hjem alene da. Og jeg syns ikke noe.. Jeg har vært litt redd”	⇒	Bekymret for overtid
” Dem var kjempe flinke, og dem sa hele tiden underveis atter babyen har det kjempe fint og når du ligger med så intense rier atter du hører det jevnlig, det er døds viktig.”	⇒	Bekreftelse på at barnet har det bra
” Så mye og si, men der igjen så stoler jeg på kompetansen til de som gjør jobben sin.”	⇒	Stole på helsepersonell
” Og det er ikke helt dem sin skyld at dem har så dårlig tid heller, eller at det er så dårlig tid, eller hva skal man si..”	⇒	Kapasitet
” Når dem begynte så jævlig på, når dem satt inn ballongen og.. Er det vondere å føde, så vetta faen, da.. ”	⇒	Ballonginnsettelse
” Sånn gjennomsnittsmessig som egentlig er litt sånn tråkig opplevelse her sånn, er at du kommer, sånn som i går, så vet du det at når du står opp i morgen, så er det en annen pleier her. Du har ikke samme pleieren så og si to dager på rad.”	⇒	Kontinuitet

Etter at trinn to i analysen var gjennomført, stod det igjen tolv koder basert på meningsbærende enheter fra teksten. Disse kodene regnes som et middel og organiseringsprinsipp, ikke et mål (Malterud, 2011). Disse kodene ble så brukt videre i analysens tredje trinn.

3.6.3 Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening

Analysens tredje trinn består av kondensering. Kondensering utføres ved å abstrahere kunnskapen som ble etablert i analysen andre trinn, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011). Materialet hvor det ikke ble funnet meningsbærende enheter ble lagt til side og resten av materialet ble sortert inn i kodegrupper. Etter at dette var gjort, stod forfatteren igjen med 48 sider materiale med skriftstørrelse tolv, halvannen linjeavstand og skrifttype Times New Roman. Først endte forfatteren opp med fire ulike kodegrupper, men underveis i analysen ble en av kodene (forventninger) fjernet, da den ikke inneholdt tilstrekkelig med meningsbærende enheter. Under ses eksempel i analyseprosessen (tabell 3) på hvordan en kodegruppe med tilsvarende subkoder er analysert ved hjelp av meningsbærende enheter.

Tabell 3. Oversikt over meningsbærende enheter, subkoder og kode.

Meningsbærende enheter	Subkoder	Kode
Det verste er, når du skal ligge der og få den, så er det forskjellige leger. At det er forskjellige hender og det er ikke alle du stoler like mye på.	Kontinuitet	Oppfølging
Jeg aner ikke helt hvorfor, men det var veldig trygt å ha ho jordmora der.	Trygghet og tilstedeværelse	
Ser jo hvor slitne de er, og at du føler at de ikke er så konsentrerte.	Kapasitet	

Under gjennomgangen av de meningsbærende enhetene og de foreløpige kodene funnet i analyse trinn to, viste det seg at flere av temaene inneholdt ulike nyanser av samme sak. Disse ble derfor kodet om til kodegrupper med tilsvarende subkoder. I tabell 4 er det fremstilt hvilke tre koder med tilsvarende subkoder som ble identifisert etter endt analysetrinn to.

Tabell 4. Oversikt over koder med tilsvarende subkoder.

Koder	Ønsker og behov	Oppfølging	Informasjon
Subkoder	Indikasjon for induksjon	Kontinuitet	Viktigheten av tilstrekkelig informasjon
	Behov for kontroll	Trygghet og tilstedeværelse	Fødselsforberedende kurs
	Beslutningsansvar og medvirkning	Kapasitet	Manglende erfaring og forkunnskaper

For å komme frem til de ulike kodegruppene med tilsvarende subkoder ble de meningsbærende enhetene nøye gjennomlest. Forfatteren kom da frem til de tre kodene: ønsker og behov, oppfølging og informasjon. De tre subkodene som tilhører hver kode har alle meningsbærende enheter som har innhold knyttet til koden.

I dette analysetrinnet er det også lagd kondensater (kunstige sitater). Dette innebærer å lage en fortelling i ”jeg-form”, som inkluderer alle de meningsbærende enhetene i hver av kodegruppene, med subkodene som avsnitt (Malterud, 2011). Det ble derfor lagd ni kondensater til hver av subkodene som inneholdt essensen av det informantene hadde beskrevet. Se tabell 5 på neste side, for å se hvordan kodegruppen *ønsker og behov* med subkodene; indikasjon for induksjon, behov for kontroll og beslutningsansvar og medvirkning ble kondensert.

Tabell 5. Oversikt over subkoder med essensen av informantenes beskrivelser i ”jeg-form”.

Kode	Ønsker og behov		
	Subkoder	Indikasjon for induksjon	Behov for kontroll
Kondensater	Jeg var jo så sliten og lei av å gå gravid, så jeg håpet egentlig på at jeg skulle bli satt i gang på termindatoen. Jeg har jo dessuten hørt mye skummelt om det å gå over tiden, så jeg var egentlig ganske redd for at noe galt skulle skje med babyen da, om jeg gikk for lang over. Jeg fikk jo også diagnosen svangerskapsdiabetes, noe som viser seg i ettertid at egentlig ikke stemte. Så hvis ikke jeg må, så vil jeg helst ikke bli satt i gang igjen. Hvis barnet har det bra, så vil jeg heller at kroppen skal modnes på naturlig vis.	Jeg skulle jo helst ønske at jeg ble satt i gang på termindatoen, for da har man liksom noe å forholde seg til. Jeg husker at når jeg fikk vite at jeg skulle bli satt i gang på mandagen, så gjorde det alt så mye lettere å vite hva som skulle skje. Det var så slitsom å ikke vite og jeg skulle jo helst hatt en fast med klokke om akkurat hva som skulle skje, det hadde vært det absolutt beste.	Jeg fikk egentlig bare beskjed om at jeg skulle få ballong på onsdag, ikke noe mer. Det var ingen som spurte meg om det passet for eksempel. De har egentlig bare tatt beslutningene for meg hele veien, og det syns jeg egentlig er greit. Det er jo dem som vet hva som er best og de konfererte hele tiden med hverandre om hva som skulle skje videre, så da regnet jeg bare med at de visste hva de drev med. Men sånn i ettertid skulle jeg kanskje ønske at de hadde forklart meg litt mer om hvorfor de gjorde de tingene de gjorde.

Ved å skrive kondensatene i ”jeg-form” ble materialet mer nært. Det ble derfor lettere å sikre seg at alt det som ble regnet som meningsbærende enheter, ble inkludert i analysen og havnet i riktig kodegruppe. Målet her var å sikre at analysen formidlet det informantene hadde fortalt i en kortfattet tekst.

3.6.4 Trinn 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser

I analysens fjerde, og siste trinn, kommer sammenfatningen. Her skal man rekontekstualisere ved å sette bitene sammen igjen og sammenfatte det en har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper (Malterud, 2011).

Kategoriene som er funnet i denne studien er sammenfattet gjennom essensen i hver av de kondenserte sitatene. Målet for analysen har vært å utvikle beskrivelser. Malterud (2011) skriver at prosjekter som har som mål å utvikle nye beskrivelser kan bruke navn eller begreper som allerede foreligger fra teori eller forforståelse. I så tilfelle vil det som regel ikke være store forskjeller på temaer, koder og overskrifter. Beskrivelsene som er sammenfattet i denne studien er:

- Informasjon har *alt* å si.
- Et ønske om å bestemme, men ikke beslutte.
- Et stort behov for oppfølging og tilstedeværelse.

For å komme frem til de tre beskrivelsene ble meningsbærende enheter fra hver enkelt subkode sammenfattet til en analytisk tekst. Her ble gjenfortellingene formidlet gjennom essensen fra flere historier som er sammenfattet gjennom analyse. Det ble derfor først skrevet analytiske tekster, før det ble skapt nye overskrifter og beskrivelser.

I tillegg til å sammenfatte kondensatene fra hver kodegruppe er i tillegg de opprinnelige utskriftene hentet frem, for å minne om hva som egentlig ble sagt. Den analytiske teksten i resultatkapittel 5.0 gjenforteller hva informantene formidlet gjennom intervjuene. Her presenteres de tre kategoriene/beskrivelsene i sin helhet.

4.0 ETISKE ASPEKTER

I 1964 utarbeidet verdens legeförening Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. I Helsinkideklarasjonen heter det blant annet at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres rettigheter og helse (Malterud, 2011).

Før datainnsamlingen tok sted ble det søkt godkjenning til gjennomførelse av studien. Norsk senter for Forskningsdata (NSD) vurderer prosjekters behandling av datamateriale og tilbyr sikker lagring av forskningsdata. Studien mottok godkjenning fra NSD 08.juni 2017, med prosjektnummer: 54301 (vedlegg 2). Det ble også sendt elektronisk fremleggingsvurdering til REK (regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), siden alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter skal forhåndsgodkjennes (Malterud, 2011). REK konkluderte i sin fremleggingsvurdering at prosjektet fremsto som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud og var derfor ikke fremleggelsespliktig for REK (vedlegg 3). I forkant av studien ble også sykehusets forskningsavdeling kontaktet med tanke på personvernombud. Studien ble meldt inn i prosjektregisteret og godkjent (vedlegg 4). Ledelsen og de ansatte ved sykehuset studien ble utført på ble også kontaktet og informert om studiens innhold, gjennomførelse og betydning (vedlegg 5).

Informert samtykke er en forutsetning for all forskning som omfatter mennesker (Malterud, 2011). Under rekrutteringen av informanter har kvinnene mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studiens formål og hva deres deltagelse ville innebære for dem (vedlegg 6). Alle informantene har signert samtykkeskjema før intervjuets oppstart og det er blitt presisert at deltagelsen er frivillig (vedlegg 7). Det er i tillegg informert om at informanten kan trekke seg når som helst, uten å måtte oppgi noen grunn. Alle samtykkeskjemaene er bevart i en forseglet konvolutt som er overlevert veileder og innlåst ved høyskolens safe.

Alt datamateriale er behandlet konfidensielt og informantenes anonymitet er blitt ivaretatt gjennom hele prosessen. Det skal ikke være mulig å spore tilbake hvem som har sagt hva og det skal heller ikke være mulig for utenforstående å få tak i datamateriale (Berg & Lune, 2012). Under transkriberingen av intervjuene er det derfor utviklet pseudonymer (fiktive navn) for deltagerne og deres partnere fortløpende for å sikre anonymitet. Det er heller ikke angitt hvilket norsk sykehus studien er utført på. Alle de transkriberte intervjuene er dessuten lagret med passord for at ingen uvedkommende skal kunne få tilgang til datamaterialet.

Datainnsamlingen ble tatt opp på lydbåndopptak, som ble slettet umiddelbart etter at transkriberingen hadde funnet sted.

5.0 RESULTATER

I dette kapittelet vil resultatene presenteres. Hver underoverskrift presenterer beskrivelsene funnet i analysen fjerde trinn gjennom systematisk tekstkondensering.

5.1 Informasjon har *alt* å si

Flesteparten av informantene beskrev seg selv som uerfarne i form av at de var førstegangsfødende og aldri opplevd det å bli indusert før. Flere av informantene fortalte at de hadde forestillinger om hvordan det ville bli å induseres etter å ha snakket med venner og bekjente. Opplevelsen av det å bli indusert beskrev flere at var annerledes enn det de hadde forestilt seg. Majoriteten av informantene var klar over at en induksjonsprosess gjerne kunne vare lenger enn om de gikk spontant i fødsel. Informantene beskrev at det å oppleve en ballonginnsettelse og smertene og ubehaget det medførte var verre enn forventet. Majoriteten av informantene beskrev dessuten ballonginnsettelsen som en krevende prosedyre som både var mer smertefull og langtekkelig enn forventet. Av alle de som deltok i studien og fikk innsatt ballong for induksjon, reiste alle hjem etter innsettelsen. Et flertall av disse opplevde de første timene etter innsettelsen som svært ubehagelige og smertefulle. Det som derimot gjorde opplevelsen bedre var om de hadde mottatt tilstrekkelig informasjon i forkant av innsettelsen og hjemreisen. En av informantene fortalte blant annet at hun klarte å takle smertene ballonginnsettelsen medførte bedre, etter å ha mottatt både skriftlig og muntlig informasjon om hva innsettelsen kunne medføre. Smertene opplevdes ikke så farlige, da hun hadde fått fortalt hvordan det kunne kjennes på kroppen. Informasjon om at det kunne lønne seg å ta smertestillende og en varm dusj hjemme for å lindre smertene beskrev hun som betryggende. Flere av informantene nevnte også at det opplevdes trygt å ha nummeret til fødeavdelingen, slik at hun til en hver tid kunne komme i kontakt med jordmor på telefon. Et par av informantene fortalte dessuten at de gjerne kunne tenkt seg informasjon om praktisk gjennomførelse. Å motta informasjon om hvor ballonginnsettelsen skulle foregå, om partner kunne være tilstede og hvordan en vaginalundersøkelse foregår nevnte flere informanter som ønskelig. Å få formidlet denne informasjonen gjorde at de følte seg mer forberedt og mindre usikker på hvordan induksjonsprosessen skulle foregå.

Informantene beskrev at de hadde mottatt ulike mengde informasjon. Av de informantene som beskrev det å ha mottatt tilstrekkelig informasjon gjennom hele induksjonsprosessen, beskrev også induksjonsopplevelsen i sin helhet som bedre. Det ble likevel avdekket under

intervjuene at det var svært få av informantene som kunne identifisere risiko knyttet til det å bli indusert. Flere informanter nevnte at de kanskje kunne taklet induksjonsprosessen bedre om de var mentalt forberedt ved hjelp av mer informasjon. Av de informantene som ikke mottok tilstrekkelig med informasjon, var generelt mer misfornøyd med induksjonsopplevelsen sin. Flere informanter fortalte at de måtte søke etter informasjon selv, og at dette medførte i utrygghet som pasient. Følgende sitat ble fortalt av en informant som beskrev det å ikke motta tilstrekkelig informasjon i henhold til det å være førstegangsfødende:

“Jeg føler at vi har måttet hele tiden grave etter informasjon som er så veldig åpenlyst for alle som svarer, men jeg prøver å.. Jeg har ikke gjort dette før, så jeg aner egentlig ikke hva jeg driver med”.

Når det ble stilt spørsmål om hva informantene kunne tenke seg at gjorde induksjonsopplevelsen bedre, var ofte mer informasjon svaret som ble gitt. Da spesielt informasjon tidlig i svangerskapet. Et flertall av informantene nevnte at det hadde vært ønskelig med informasjon om induksjon ved fødselsforberedende kurs.

” De der fødekursene, der kunne man fått litt informasjon. At folk faktisk kunne få vite at det å bli satt i gang, at det faktisk kan skje det og”.

Et flertall av informantene hadde deltatt på fødselsforberedende kurs, men ingen beskrev å ha mottatt noen informasjon om det å bli indusert til fødsel på kurset. I følge informantene bestod kursene av teori omkring spontan fødsel og normalt fødselsforløp. En av informantene fortalte også at hun ble anbefalt av jordmor ved helsestasjon å ikke delta på fødselsforberedende kurs. Dette fordi det allerede var planlagt at hun skulle indusere, så jordmor så det ikke nødvendig at hun skulle delta på kurset. En annen informant fortalte at hun hadde etterspurt informasjon om induksjon ved helsestasjon, men at jordmor da hadde respondert med at hun var nærmest sikker på at det ikke kom til å bli tilfellet for vedkommende. Samtlige informanter hadde et ønske om å motta informasjon om induksjon ved de fødselsforberedende kursene arrangert av tilhørende helsestasjon.

5.2 Et ønske om å bestemme, men ikke beslutte

Et flertall av informantene beskrev det å ha kontroll over situasjonen som en viktig faktor for induksjonsopplevelsen. En forutsigbarhet knyttet til det å vite hva som kom til å skje. Det å kunne forholde seg til hva som skulle skje og når, påvirket flere av informantene. En informant beskrev blant annet at det var slitsomt å ikke vite hva som skulle skje, og at hun helst skulle hatt en fasit med klokke om akkurat hva som skulle skje og når. Det å ha et tidspunkt å forholde seg til var viktig for flere av informantene. En av informantene beskrev det slik:

” Det var jo så slitsomt å ikke vite, så når jeg først ble satt i dag så tenkte jeg at nå skjer det hvertfall noe. Det var det positive”.

Under et av intervjuene var det også en av informantene som fortalte at når hun hadde fått avtalt dagen for induksjon, så gjorde det alt så mye lettere. Dette resulterte også i at det å bli indusert var for mange ønskelig, fremfor å vente til de skulle gå i spontan fødsel. På denne måten hadde informantene noe å forholde seg til, fremfor å gå å vente i det uvitende.

En annen faktor som påvirket flesteparten av informantene, når det kom til ønsket om å bli indusert, var at de var slitne av å gå gravide. Et flertall fortalte at de ønsket en ende på svangerskapet og ubehaget det medførte. En av informantene beskrev det slik:

” Jeg var så nedbrutt i utgangspunktet, og da var jeg så sliten og.. Ganske klar for mange uker siden egentlig, til å få han ut. Svangerskapet har vært tøft i seg selv, så jeg var veldig forberedt på å bli ferdig”.

En annen av informantene fortalte også at hun var lei av å gå gravid og at hun helst ville bli satt i gang på termindatoen. Da hun ble indusert fire dager etter termin beskrev hun at hun var veldig fornøyd med å kunne avslutte svangerskapet. En annen fortalte også at hun var lei av å gå gravid. Hun fortalte at jo tidligere hun ble indusert, jo bedre var det. Hvis hun bare ble satt i gang, så ble alt bra.

Informantene fortalte om ulike årsaker til at de hadde blitt indusert til fødsel. To av informantene fortalte blant annet at de var indusert grunnet svangerskapsdiabetes, som det hadde vist seg i ettertid var noe usikkert. En av informantene beskrev det som ergerlig at hun var blitt indusert av en årsak som egentlig ikke var gjeldende. Et fåtall av informantene

beskrev at de var inkludert i beslutningen om å bli indusert. Informantene kunne sjeldent fortelle at de var tatt med i beslutningen om verken tidspunkt eller metode for induksjon. Dette var derimot ikke et ønske informantene fortalte de hadde noe behov for. Et flertall av informantene beskrev at de stolte på fagpersonen, og at de hadde sin tillit til beslutningene som ble tatt. Det at både leger og jordmødre konfererte med hverandre, styrket tilliten informantene hadde til pleiepersonalet. På denne måten kunne de overlate beslutningen til andre, fremfor å ha noe innvirkning selv på hva som skulle skje. En av informantene beskrev det slik:

” Dem har tatt valget for meg og fortalt meg om hvorfor og sånt noe, så det har jeg ingenting å si noe på”.

Om informantene hadde et ønske om å induseres igjen ved et senere tidspunkt, samsvarte gjerne med opplevelsen de satt igjen med etter induksjonen. Da det ble stilt spørsmål om de kunne tenke seg å eventuelt bli indusert igjen, svarte de fleste nei. En av informantene fortalte at hvis hun måtte, så var det greit, men om hun kunne velge så ville hun heller at kroppen skulle modnes på naturlig vis. En annen av informantene fortalte at hun fikk så pangstart etter ballonginnsettelsen, at hun heller ville foretrukket om kroppen hadde fått jobbet mer jevnt og trutt. En informant fortalte at hun var veldig fornøyd med oppfølgingen hun hadde fått, men at hun heller ville født et barn på fire kilo i seteleie, enn å bli indusert igjen.

Likevel beskrev de fleste av informantene at barnets helse alltid stod høyest. Så om en induksjon var det beste alternativet for barnet, så ville de absolutt blitt indusert igjen. En av informantene beskrev mot slutten av intervjuet at det viktigste var at alle fikk reise hjem friske, men at hun unnet ingen andre å gå igjennom det samme.

5.3 Et behov for oppfølging og tilstedeværelse

God oppfølging gjennom kontinuitet og tilstedeværelse beskrev et flertall av informantene som viktig i deres opplevelse av induksjonen. Det at informantene måtte forholde seg til mange forskjellige leger og jordmødre bidro til økt usikkerhet rundt induksjonen. De fleste informantene beskrev det som belastende å stadig forholde seg til ulike mennesker gjennom prosessen. En av informantene beskrev at det mest optimale hadde vært å bli fulgt opp av den samme hele tiden, selv om hun forstod at dette ikke var mulig grunnet vaktskifter.

Det å ha jordmor tilstede beskrev flere informanter som svært viktig. Det å ha en i nærheten som vet hva de driver med. En av informantene pekte spesielt ut en jordmor som hun synes var ekstra bra. Hun beskrev at denne jordmoren var tilstede, lyttet til henne og var veldig behjelpelig gjennom hele prosessen. Det å bli forklart hva som skulle skje og få hjelp og støtte av både lege og jordmor ble beskrevet som viktig for alle informantene.

En annen viktig faktor under induksjonsprosessen var å få bekreftelse om at barnet hadde det bra. Å få dette bekreftet bidro til en bedre opplevelse, ved at informantene ikke behøvde å bekymre seg for barnet i magen. En av informantene beskrev at hun var veldig glad for at hun slapp å bekymre seg for at barnet ikke skulle ha det bra, da hun hele tiden fikk bekreftet av både leger og jordmødre at alt var normalt. Alle informantene beskrev dette som betryggende både i induksjonsprosessen og under fødselen. En av informantene beskrev det slik:

”Jeg var vel egentlig bekymra hele veien, men samtidig så var jeg ikke det. Jeg fikk jo beskjed hele tiden om at hun hadde det bra”.

Fosterovervåkning beskrev også flere av informantene som betryggende, ved at personellet kunne til en hver tid overvåke barnets tilstand. Gjennom intervjuene var det flere av informantene som beskrev at overvåkingen av barnet virket betryggende på dem og minket bekymringen for barnets helse. En av informantene beskrev at jordmor hadde festet en elektrode på barnets hode med tanke på fosterovervåkning:

”Jeg var ikke bekymret i det hele tatt. Jeg følte at de hadde kjempe god kontroll fordi de hadde satt inn sånn.. Ehm.. EKG belte fra utsiden som noen ganger kan gi litt utydelige beskjeder eller sånn, for at det skal være enda tydeligere da, så hadde de festet en elektrode på hodet hans.. ”.

Opplevelsen av oppfølgingen ble også preget av sykehusets bemanning i følge et par av informantene. Et fåtall av informantene opplevde at det var dårlig bemanning på sykehuset. Av de som beskrev dette, fortalte de at det opplevdes som belastende at jordmødrene hadde mye å gjøre, og at de selv ikke følte de fikk den oppfølgingen de hadde behov for. Spesielt en av informantene ble skuffet over at det ikke var kapasitet til å utføre en amniotomi, som hun hadde blitt fortalt skulle skje.

” Men der ble jeg litt skuffa, fordi dem ikke hadde kapasitet til å ta vannet mitt og sende meg på føden. Dem ville heller gi meg gelè, så jeg skulle sitte seks timer unødvendig med rier fordi dem ikke hadde tid til å ta vannet mitt og få meg i gang så fort da ”.

En annen av informantene beskrev at hun opplevde jordmødrene på avdelingen som veldig stresset. Hun beskrev under intervjuet at for hvert skifte gjennom vekten, så var stadig jordmor mer stresset. Hun beskrev videre at de løp rundt i korridorene og at det rant svette fra pannen. Flere tok opp dette med høysesong knyttet til fødsel i sommerhalvåret. Av de informantene som opplevde dårlig kapasitet på avdelingen bar tydelig preg av dette. Flere følte seg overlatt til seg selv og fikk ikke den oppfølgingen de mente de hadde behov for. Likevel beskrev de fleste av informantene at de hadde opplevd oppfølgingen som god. Flere ble også overrasket over oppfølgingen som var på fødeavdelingen spesielt. Et flertall beskrev her oppfølgingen og tilstedeværelsen av jordmor som bedre enn forventet. Av de som beskrev å ha mottatt god oppfølging og tilstedeværelse av jordmor opplevde også at hele induksjonsopplevelsen og fødselen generelt var mer positiv, enn de som ikke opplevde det. Kontinuerlig oppfølging og tilstedeværelse av jordmor ses derfor som en viktig faktor for at informantene skulle få en god induksjonsopplevelse.

6.0 DISKUSJON

I diskusjonens første del vil svakheter og styrker knyttet til metoden diskuteres. I diskusjonens andre del vil funnene fra studien bli diskutert.

6.1 Diskusjon av metode

Når det kommer til diskusjon av metode er det viktig å nevne studiens gyldighet. Vurderinger av styrker og svakheter knyttet til studien er med på å belyse studiens gyldighet. Dessuten er studiens gyldighet rettfærdiggjort ved at det er gitt en nøyaktig beskrivelse av fremgangsmåter under datainnsamling og analyse. Studiens gyldighet blir dermed diskutert gjennom hele metodediskusjonen gjennom å tydeliggjøre styrker og svakheter med metoden som er anvendt (Thagaard, 2013).

6.1.1 Diskusjon fenomenologisk tilnærming

Som nevnt har det vært en fenomenologisk tilnærming til denne studien. Malterud (2011) sier at ved å ha en slik tilnærming forutsetter det at studieansvarlig har bakgrunnskunnskaper fra den filosofiske litteraturen på området. Fenomenologi er et omfattende felt innenfor filosofisk teori. Det kan derfor diskuteres i hvilken grad forfatteren har klart å oppnå en fenomenologisk tilnærming til oppgaven, da forfatteren har manglende kunnskaper innen feltet. Det er likevel forsøkt i høyest grad å sette seg inn i teorien for å forstå deltagerens menneskelige egenskaper gjennom sine beskrivelser og erfaringer.

6.1.2 Diskusjon forforståelse

Evnen til å sette forforståelsen til side både under utviklingen av intervjuguiden, gjennomføringen av intervjuene og i analyseprosessen kan også ha vært en påvirkende faktor til resultatene som har forekommet i resultatene. Gjennom hele prosessen er det forsøkt mest mulig å sette forforståelsen til side. Når man snakker om å sette forforståelsen til side, er det også viktig å nevne refleksivitet. Refleksivitet innebærer at ansvarlig for studien skal i prosess og produkt vise evne og vilje til å sette spørsmålsteget ved egen framgangsmåte og konklusjon (Malterud, 2011). For å få til dette er det forsøkt i beste evne å utfordre egne feltkunnskaper og fordommer. Det har også vært viktig å ha kjennskap til at en nærhet til stoffet er med på å vanskeliggjøre kritisk refleksjon. Det kan derfor spørres om forfatteren i stor nok grad har klart å tenke kritisk under prosessen. Dette kan derfor ha bidratt til å svekke studiens styrke. Samarbeid med erfaren veileder underveis i prosessen har likevel bidratt til å se datamateriale

fra ulike sider og bidratt til kritisk refleksjon. Dessuten har deler av resultatene fra studien overrasket, noe som kan vise tegn på at forforståelsen er satt til side og materiale er bearbeidet i beste måte ved å sette forforståelsen til side.

6.1.3 Diskusjon studiedesign

Kvalitative studiedesign egner seg godt for forskningsspørsmål som ønsker å studere menneskers erfaringer og opplevelser. Gjennom å utføre denne studien har det blitt opparbeidet en økt innsikt i kvinners erfaring med induksjon ved å utføre kvalitative forskningsintervjuer. Det anes derfor som en styrke til oppgaven ved å ha et studiedesign som kan gi svar på problemstillingen. Det ble utført individuelle semistrukturerte intervjuer da dette ble ansett som å være den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling for å svare på problemstillingen. Dette designet egner seg godt når formålet er å vite noe man ikke visste fra før, og åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen. Her bestemmer moderator tema, men informantene kan samtidig svare fritt og komme med informasjon som intervjuer selv ikke hadde tenkt på (Malterud, 2011).

6.1.4 Diskusjon utvalg

Til denne studien ble elleve kvinner spurt om å delta, hvorav fire takket nei til deltagelse, av ulike årsaker. Av de deltagerne som takket ja, var det ingen som trakk seg underveis. Utvalget for deltagelse til studien var i hovedsak tenkt som et strategisk utvalg. Ved rekruttering til studien var det likevel vanskelig å få tak i deltagere til studien som oppfylte inklusjonskriteriene. Derfor ble utvalget endret til et bekvemmelighetsutvalg.

Bekvemmelighetsutvalg innebærer å velge de deltagerne det er mulig å få tak i (Malterud, 2011). Under rekrutteringen ble likevel et par potensielle deltagere unnlatt å bli spurt om deltagelse, etter vurdering fra jordmor ved observasjonsposten. Hvis jordmor vurderte kvinnen til å ikke være aktuell informant av ulike sosiale eller psykiske årsaker ble hun derfor unnlatt fra spørsmål om deltagelse. Det er dessuten viktig å påpeke at rekruttering og datainnsamling kun har foregått ved et sykehus. Det kan derfor tenkes at en kunne fått et bredere utvalg og rikere datamateriale ved å intervjuer informanter ved ulike sykehus. Grunnet geografi og praktiske årsaker ble likevel kun et sykehus benyttet.

Det at det ikke ble satt noe kriterium for induksjonsmetode eller indikasjon er fordi studien vektlegger informantenes beskrivelser og opplevelser, det ble derfor ikke sett på som

nødvendig å avgrense på disse områdene. Induksjonsmetode og indikasjon innebærer også krav om innsyn i journal, noe som påvirker søknader og etiske godkjenninger. Informantene som er inkludert i studien er blitt indusert fra de var minimum i gestasjonsuke 37, da en regner et fullgått svangerskap fra denne uken. For tidlig fødsel er fødsel før 37+0 uker. Et aspekt til, som kan diskuteres når det kommer til denne studien, er hvilken påvirkning studien kan ha hatt på jordmor som har deltatt i rekrutteringen. Det at jordmor vet at kvinnen skal delta i en studie om induksjon kan muligens ha påvirket behandlingen kvinnen har mottatt, i form at hun for eksempel har mottatt mer informasjon enn hun ville fått ellers.

At informanten skulle snakke godt norsk var et kriterium for å unngå bruk av tolk. Bruk av tolk under intervjuer kan nemlig by på flere utfordringer. Det å finne en egnet og kvalifisert tolk kan være vanskelig, språklige misforståelser kan oppstå og en kan risikere at tolken blir for ivrig og begynner å delta i intervjuet (Dalen, 2004). Flergangsfødende er ekskludert fra studien da tidligere fødselsopplevelser ikke skulle påvirke opplevelsen. Det kan derfor diskuteres at resultatene fra denne studien kun blir gjeldende for førstegangsfødende. Resultatene kan derfor ikke nødvendigvis overføres til alle kvinner som blir indusert til fødsel. En annen mulig svakhet ved studien er utvalget som kun består av etnisk norske kvinner. Det er derfor ikke tatt stilling til om kvinner med flerkulturell bakgrunn kan beskrive lignende opplevelser knyttet til induksjon.

6.1.5 Diskusjon datainnsamling

Når det kom til datainnsamlingen og gjennomføringen av de semistrukturerte intervjuene bød dette på flere utfordringer. En svakhet knyttet til datainnsamlingen går ut på at intervjueren ikke hadde noe erfaring fra å intervju tidligere. Alle intervjuene ble utført alene, hvor intervjuer også måtte gjøre notater selv underveis. Det kan derfor diskuteres om informantene hadde gitt et rikere materiale ved å bli intervjuet av en erfaren forsker som har utført kvalitative studier tidligere. Intervjuer har likevel utviklet intervjuetegenskaper etter hvert som intervjuene ble utført. Det at det ble utført et prøveintervju i forkant av studien var også med på å gi erfaring. Forfatteren som intervjuer har innhentet lærdom underveis og utviklet ny kunnskap. Det er derfor utviklet intervjuetegenskaper i takt med intervjuene som er gjennomført. Malterud (2011) skriver dessuten at intervjuer innledningsvis ofte preget av entusiasme og at dette gjerne tar brodden av klossete intervju spørsmål og viser vei til samtaler som gir innsikt. En annen styrke kan være at intervjuer er en kvinne i midten av 20 årene.

Malterud (2011) påpeker at det er en fordel at intervjuer er av samme kjønn. Det kan nemlig ses maktforskjeller i sosiale sammenhenger mellom kvinner og menn. Både intervjuers kjønn og unge alder kan ha bidratt til bedre flyt ved å bli oppfattet som mindre autoritær av informantene. En annen fordel som intervjuer har vært at studenten har oppfattet informantene som villige til å fortelle og beskrive hendelser uten å legge skjul på negative opplevelser. Intervjuer oppfattet informantene som villige til å beskrive da studenten allerede hadde gitt uttrykk for at hun ville lytte og høre, og viste en interesse for temaet.

En frustrasjon knyttet til gjennomføringen av intervjuene var å ikke belære eller informere informantene underveis ved hendelser som var uklare for informanten selv. Det var også til tider utfordrende å holde samtalen innenfor tema. Flere av informantene hadde blant annet behov for å fortelle om bareopphold og lignende som falt utenfor problemstillingen som skulle besvares. I noen tilfeller ble studenten sittende igjen etter intervjuet var avsluttet for å kunne svare på spørsmål vedrørende for eksempel amming. Det var dessuten en utfordring å finne en balansegang mellom å styre samtalen og la samtalen gå av seg selv for å få bedre flyt.

For å sikre rikt og variert datamateriale har forfatteren hatt fortløpende kontakt med erfaren veileder. Etter det syvende intervjuet ble det besluttet sammen å avbryte videre datainnsamling ettersom ingen ny data hadde forekommet siden det femte intervjuet.

Under datainnsamlingsperioden er det dessuten innhentet bakgrunnsvariabler for deltagerne til studien. Disse er signert på samtykkeskjema. Bakgrunnsvariablene som ble innhentet var alder og utdanningsnivå for informantene. Gjennomsnittsalderen for deltagerne var 29 år, hvorav yngste var 25 år og eldste 35 år. I følge Statistisk Sentralbyrå var gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende kvinner i 2016 i Norge 29,0 år (Statistisk Sentralbyrå, 2017). Alderen for deltagerne til studien er derfor representativ for Norges befolkning av førstegangsfødende. Dette ses derfor som en styrke i form av at utvalget gjenspeiler den generelle befolkningen.

Tre av informantene hadde videregående utdanning, mens fire hadde høyere utdanning. Det at flesteparten av informantene hadde høyere utdanning kan hatt innvirkning på svarene og beskrivelsene som ble gitt under intervjuene. Høyere utdanning kan nemlig styrke kompetansen og pasientens evne til å tilegne seg kunnskap (Statistisk Sentralbyrå, 2009). To av informantene hadde dessuten helsefaglig bakgrunn, noe som kan ha påvirket deres beskrivelser. Disse informantene gav uttrykk gjennom intervjuene hadde de hadde forståelse

for at det kunne være travelt på avdelingen og at det kunne være utfordrende med tilstrekkelig oppfølging.

Det at intervjuene tok sted kort tid etter fødsel er begrunnet med at opplevelsen til kvinnene fortsatt skulle sitte friskt i minne. Tidspunktet for gjennomføring av intervju ble satt til to dager etter fødsel for at kvinnen skulle hvile seg første dagen, men at intervjuet likevel skulle ta sted før kvinnen ble utskrevet fra sykehus. Ved å skulle utføre intervjuene ved et senere tidspunkt kunne dette medført til at deltagere hadde trukket seg fra studien. Alle intervjuene ble utført to dager etter fødsel, bortsett fra ett. En av informantene ønsket selv å utføre intervjuet første dag etter fødsel. Nybakte mødre møter mange utfordringer i den tidlige fasen til foreldreskap, og dette kan ha påvirket kvinnenes respons til spørsmålene som ble stilt under intervjuene. Av hensyn til alle informantene, har alle intervjuene tatt sted der de selv har måttet ønske, og til det tidspunkt som har passet dem selv. Selv om dette har vært svært tidkrevende, har det likevel blitt ansett som nødvendig at informantene selv skulle få bestemme for at gjennomføringen av intervjuet skulle være så lite belastende som mulig. Selve gjennomføringen av intervjuene har til tider vært preget av forstyrrelser fra personellet ved sykehuset og at et nyfødt barn har vært tilstede. Ved noen av intervjuene har det vært en del stopp underveis, men majoriteten av intervjuene har blitt gjennomført uten stans og forstyrrelser. Fire av de syv informantene hadde dessuten partner tilstede under intervjuet. Før oppstart ble det vektlagt at det i hovedsak var informanten som skulle svare på spørsmålene og beskrive sin opplevelse. Det har likevel blitt sett på som en styrke å ha partner til stede, da de mest sannsynlig har bidratt til trygghet for informanten. Partner har dessuten også ofte hjulpet informanten å huske detaljer fra induksjonen som hun selv ikke husket.

6.1.6 Diskusjon analyse

Når det kommer til analysen som er utført, har dette vært en svært krevende arbeidsprosess. Etter at data var samlet inn ble alle intervjuene transkribert. Forfatteren har selv utført transkriberingen, noe har gitt en unik mulighet til å bli kjent med dataen. Ved å utføre transkriberingen selv får man en bredere og mer solid forståelse av datamaterialet enn om noen andre skulle gjort det for en. Selv om transkriberingen har vært en tidkrevende prosess, så kan det lett oppklares uklarheter når man selv har vært tilstede under intervjuer.

Transkriberingen har dessuten tatt sted så kort tid etter utført intervju som mulig, for at intervjuet skulle sitte friskt i minne og lette transkriberingsprosessen. Det anses som en styrke

til oppgaven at forfatter og intervjuer selv har transkribert og at det er gjort kort tid etter gjennomført intervju. Dessuten har denne prosessen sørget for god innsikt i materialet før første trinn i den systematiske tekstkondiseringsanalysens oppstart.

I følge Malterud (2011), så anbefales det å utføre analysen sammen med andre. Dette for å etablere fruktbare subgrupper som best mulig kan presentere relevante nyanser av de fenomenene som studeres. Det kan derfor tenkes at dataanalysen til studien kunne vært av høyere kvalitet om den hadde vært utført med en medstudent. Studenten ansvarlig for studien har heller ikke utført kvalitative analyser tidligere, noe som er med på å svekke analysenivået. Det har også vært utfordrende å samle like meningsbærende enheter, da mange av de kunne ha flere betydninger. Analysen er likevel utført nøyaktig og strukturert, og det er forsøkt i beste måte å følge analysetrinnene presist. Analysen er utført i samarbeid med erfaren veileder som har bidratt til å unngå subjektive og naive tolkninger og konklusjoner. Noe som er med på å styrke oppgaven og analysen som er gjennomført.

6.1.7 Diskusjon etiske overveielser

Et av målene for studien og datainnsamlingen har vært at informantene ikke skulle belastes unødig, derfor er etiske overveielser tatt i betraktning under hele prosessen.

Av de informantene som har deltatt til studien har alle mottatt både skriftlig og muntlig informasjon. Her ble det spesielt vektlagt at deltagelse var frivillig, anonymt og hva det ville innebære å delta i studien. Alle ble informert at de kunne trekke seg når som helst, inntil analyseprosessen ble satt i gang. Informantene underskrev samtykkeskjema, for å sikre at de hadde forstått hva det innebar å delta i studien. Alle de underskrevne samtykkeskjemaene er bevart i en forseglet konvolutt og innelåst i høyskolens safe.

Det er heller ikke angitt hvilket sykehus studien er utført på, for å sikre anonymitet.

Etiske forhold er vurdert under hele prosessen og ingen utenforstående har hatt tilgang til materiale. Lydbåndopptakene etter intervjuene ble slettet umiddelbart etter at transkriberingen hadde tatt sted og det ble spilt over nytt lydbåndopptak for å forsikre anonymitet for deltagerne. Alle informantene mottok dessuten intervjuguiden enten dagen før eller samme dag som intervjuet tok sted, for å kunne forberede seg på hvilke spørsmål som ville bli stilt. Når en utfører kvalitative studier med intervju som innsamlingsmetode er det alltid en risiko for at informantene kan belastes ved for eksempel psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse (Malterud, 2011). Informantene har gitt innsikt i sine kunnskaper og erfaringer og datainnsamlingen har hatt en personlig karakter. Det har derfor vært spesielt viktig som

intervjuer å utvise tillit og respekt ovenfor informantene. En skeptisk deltager kan velge å holde tilbake informasjon (Malterud, 2011). Det har derfor vært spesielt viktig at intervjuer har etablert en relasjon til informanten både for å oppnå et rikt materiale. I tillegg har det vært svært viktig at informanten har følt seg trygg og respektert under hele intervjuet. Det at det er tatt stilling til etiske forhold under hele prosessen anses som en styrke til studien.

6.1.8 EPICURE

Når det kommer til drøfting og kvalitetssikring av vitenskapelige studier nevner Malterud (2011) akronymet EPICURE som sjekkliste for vurdering av kvalitative studier. EPICURE inneholder stikkordene: Engagement, processing, interpretation, critique, usefulness, relevance og ethics. Stikkordene vil i denne studien sammenfattes i drøfting hvorvidt studien leverer troverdige fortellinger (EPIC) og som kan utgjøre en forskjell (CURE) (Malterud, 2011). Når det gjelder om hvorvidt studien leverer troverdige fortellinger, innebærer dette drøfting rundt studiens validitet. Validitet innebærer om det som er funnet er sant (Malterud, 2011). For å sikre validitet til funnene har forfatteren til stadig hentet frem de opprinnelige utskriftene under analyseprosessen for å sikre at informantenes beskrivelser ble håndtert riktig. På denne måten ble forfatteren stadig påminnet om hva som egentlig ble sagt. I tillegg til dette har forfatteren forsøkt i beste måte å sette seg inn i feltet som studeres. Ved å ha gode bakgrunnskunnskaper om induksjon som tema har dette trolig økt forfatterens innsikt i informantenes beskrivelser.

Om studien kan utgjøre en forskjell (CURE), handler også om relevans. Om en studie har relevans innebærer at den kan bidra til ny kunnskap eller bringe ny erkjennelse som kan brukes til et eller annet (Malterud, 2011). Funnene til studien gir en innsikt i hvordan førstegangsfødende beskriver sin induksjonsopplevelse ved norske sykehus. Det finnes minimalt med norske studier om tema noe som bidrar til at funnene fra denne studien gir innsikt til ny kunnskap på et svært viktig område.

En annen viktig faktor innen forskning er om resultatene er generaliserbare. Generaliserbarhet innebærer at funnene fra studien gjelder for alle mennesker i alle slags samfunn under enhver historisk betingelse (Malterud, 2011). Dette er likevel et begrep som ofte er urealistisk å kunne oppnå i studier. Derfor benytter en ofte i stedet begrepet overførbarhet.

Overførbarheten går ut på at funnene i studien kan gjøres gjeldene i andre sammenhenger enn der vår studie er gjennomført (Malterud, 2011). Så når det kommer til overførbarhet knyttet til

funnene i denne studien, vil forfatteren påstå at de kan være gjeldene også for andre førstegangsfødende som blir indusert i vestlige land. Dessuten kan flere av resultatene virke gjeldende for fødende kvinner, uansett om de er indusert eller ikke, da informasjon, oppfølging og kontinuitet er viktig uansett for den fødende.

6.2 Diskusjon av resultater

I dette avsnittet vil funnene fra studien bli diskutert. Funnene er diskutert opp mot annen forskning innen temaet. Det vil også bli diskutert hvorfor det har vært viktig å utføre nettopp denne studien, i tillegg til diskusjon om studiens formål og problemstilling er besvart.

6.2.1 Hvorfor er informasjon så viktig?

Funn fra studien viste at informasjon var svært viktig for informantene når det kom til en god induksjonsopplevelse, i tillegg tilstedeværelse og oppfølging fra helsepersonell. Informantene hadde også et ønske om å bli indusert, men ikke å ta beslutninger på egenhånd. De stolte på helsepersonellet til å ta beslutningen for dem.

Det at informantene beskrev at de hadde mer behov for informasjon blir i stor grad underbygd av studien til Moore et al., (2014). Moore sin studie "Moving Toward Patient-Centered Care: Women's Decisions, Perceptions, and Experiences of the Induction of Labor Process" er en kvalitativ studie fra USA som har intervjuet førstegangsfødende, induserte kvinner før og etter induksjon. Et av hovedfunnene fra studien viste at deltagerne ønsket mer informasjon. Et fåtall av deltagerne kunne beskrive prosessen, medisinene som ble gitt, risiko knyttet til prosedyren eller alternativer til en induksjon. En kvalitativ studie som har intervjuet førstegangsfødende indusert grunnet overtid viser også til lignende resultater. Her er et av hovedfunnene fra studien at deltagerne mottok minimalt med informasjon (Murtagh & Folan, 2014). Flere beskrev at de ikke hadde mottatt informasjon fra helsepersonell ved flere instanser og ble overlatt til å oppsøke informasjon på egenhånd. Her konkluderte også deltagerne at de ville taklet induksjonsprosessen bedre, om de hadde vært bedre forberedt i forkant.

Ut i fra svarene informantene gav under intervjuene kan det være svært fordelaktig å informere tidlig i svangerskapet. Nesten samtlige informanter etterspurte informasjon om induksjon ved fødselsforberedende kurs. Dette var også et av funnene i Moore et al., (2014) sin studie. Her viser en felles anbefaling blant deltagerne at fødselsforberedende kurs representerer en fin mulighet til å informere kvinner om induksjon.

Forfatteren mener fødselsforberedende kurs kan være en fin arena å informere gravide kvinner om induksjon og hva det innebærer for både mor og barn. I retningslinjene ”Preparation for childbirth and labour” står det blant annet at kvinnen skal ha informasjon om hvordan intervensjoner og komplikasjoner påvirker den normale fødselen (Lothian, Lockwood & Eckler, 2017). En studie fra 2010 så på førstegangsfødende kvinners ønske om elektiv induksjon. Den ene gruppen deltok på fødselsforberedende kurs hvor de mottok informasjon om induksjonsprosessen, mens den andre gruppen ikke fikk noe fødselsforberedende kurs. Resultatene viste at de som hadde deltatt på kursene hadde mindre sannsynlighet til å ende opp med en elektiv induksjon. 63% av kvinnene som deltok på kurset og ikke hadde elektiv induksjon, mente at kurset var det som påvirket valget deres om å ikke induseres (Simpson, Newman & Chirino, 2010). Forfatteren mener derfor det er viktig å informere kvinnene ved fødselsforberedende kurs også om mulig intervensjoner og komplikasjoner, i tillegg til det normale fødselsforløpet, slik som det blir anbefalt i Lothian et al., (2017) sine retningslinjer. Fødselsforberedende kurs kan minske angst og uro og gjøre kvinnene tryggere i svangerskapet gjennom å få tilgang til informasjon (Hamre, 2010). Fødsels- eller foreldreforberedende kurs arrangeres av både offentlige og private arrangører. En utfordring med disse kursene er at det ikke finnes noen klare norske retningslinjer på hva de ulike kursene bør inneholde. Det blir derfor fort veldig individuelt hva slags informasjon kvinnen, eller paret, mottar. Etter at forfatteren tok kontakt med flere kommunale helsestasjoner i området, ble det fortalt at de aller fleste tilbød gratis kurs for de kvinnene som benyttet seg av jordmor ved den aktuelle helsestasjonen. Flere fortalte at tilbudet kun gjaldt førstegangsfødende, men at tjenesten var gratis. Om kvinnen ønsker å benytte seg av kurs arrangert av private aktører må hun betale for dette selv. Priser for å delta på kurs gjennom private arrangører varierer betraktelig. Av de prisene som er funnet på nett, ligger de billigste på rundt kroner 600 for enslig og 1000 kroner for par. Det er også funnet priser opp mot 2000 kroner for slike kurs. Det tilbys også nettbaserte kurs til kvinner som ønsker det. Kvinnen må selv gjøre en henvendelse, om hun ønsker å delta på kurs.

Det kan diskuteres om tilbudet om fødselsforberedende kurs er godt nok slik det er lagt opp i dag. I følge retningslinjene til Lothian et al., (2017) bør fødselsforberedende kurs holdes over minst tolv timer. Gruppene bør i tillegg være små (ikke mer enn 8-10 par), for å kunne åpne for diskusjon. Kursene bør også holdes av en sertifisert fødselslærer for at kurset skal være optimalt. Forfatteren mener på bakgrunn av dette at fødselsforberedende kurs bør evalueres

og utbedres på bakgrunn av funnene i studien. På denne måten vil en muligens kunne bidra til færre elektive induksjoner ved å øke kvinnens kunnskapsnivå.

6.2.2 Hva med medbestemmelsen?

Funnene fra studien viste at informantene uttrykte et ønske om å bli induisert. En norsk studie som ser på kvinnens opplevelse og holdning til induksjon, inkluderer informanter som er induisert på grunn av overtidig svangerskap (Heimstad et al., 2007). Denne studien gikk ut på at deltagerne ble randomisert til enten å bli induisert eller få fosterovervåkning hver 3. dag ved svangerskapsuke 41. Her bestod datainnsamlingen av spørreskjemaer før induksjon og spørsmål per telefon etter induksjon. Resultatene viste at kvinnene var positive til induksjon og majoriteten rapporterte en positiv opplevelse. Studien har derimot mangler, og får ikke i sin helhet beskrevet kvinnens opplevelse av induksjonen. I motsetning til denne studien, har studien til Heimstad inkludert både første- og flergangsfødende. Studiene er derfor ikke sammenlignbare, da både design og metode for studiene er ulike. Likevel kan en se sammenheng mellom denne studien og Heimstad sin studie ved at informantene hadde et ønske om å bli induisert. I studien til Heimstad rapporterte 74% av deltagerne at de ønsket å bli induisert ved svangerskapsuke 41. Årsaken bak ønske om induksjon kom frem ved at deltagerne uttrykte redsel ovenfor barnets helsetilstand ved å gå gravid på overtid. Dessuten rapporterte 29% av deltagerne at helsen hadde forverret seg over den siste uken.

Ønske om induksjon og beslutningen som skal tas blir beskrevet i flere studier innen temaet. Funnene i Moore et al., (2014) sin studie viste at deltagerne beskrev mangel på informert samtykke knyttet til induksjonen. Beslutningen om induksjon ble gjerne tatt på deres vegne, og de ble ikke informert om prosessen, medisinene de fikk, risiko eller alternativer til en induksjon. Hovedfunnene fra studien viste også at helsen til fosteret og kvinnenes tillit til klinikerer var viktig. Det at informantene beskriver å ha mottatt minimalt med informasjon om prosess og risiko knyttet til induksjon reduserer derfor muligheten til å medvirke i beslutningen. En lignende studie gav også lignende resultater. Funnene viste at deltagerne til studien hadde en passiv holdning til beslutningen som skulle tas. Dette ble blant annet begrunnet med stor tillit til helsepersonellet. På denne måten kunne deltagerne til studien fraskrive seg ansvaret om beslutningen (Murtagh & Folan, 2014).

Pasientmedvirkning forutsetter at pasienten får tilstrekkelig informasjon. Det at informantene beskriver at de stoler på helsepersonellet og ofte overlater ansvaret om beslutningen til dem tyder på at kvinnene muligens ikke bidrar med nok egeninnsats. Likevel så har kvinnen krav

på kunnskapsbasert informasjon, slik at hun er i stand til å ta valg. For å kunne foreta et valg må hun få informasjon om hvilke konsekvenser hennes valg kan ha både overfor henne selv og fosteret/barnet. Her mener forfatteren at det er viktig at lege og jordmor tar seg tid og er tilgjengelige for spørsmål og innspill fra pasienten. Lege og jordmor skal være åpne og respondere ut fra den gravides behov (Hamre, 2010). Tilstrekkelig informasjon er derfor viktig for de kvinnene som skal induseres til fødsel for at de skal kunne være med i beslutningen som skal tas. Forfatteren mener helsepersonell som møter disse kvinnene må ha mer fokus på dette området, for at induksjonsopplevelsen skal bedres. Mer informasjon om prosedyre, risiko, bivirkninger og eventuelle alternativer vil være med på å øke kvinnens kunnskap og medvirkning i valget som skal tas.

I retningslinjene om forberedelse til fødsel av Lothian et al., (2017) står det at det er fire faktorer som er svært viktige for en god fødselsopplevelse. En av disse faktorene går ut på kvinnens involvering i beslutninger. Her anbefaler de at kvinnen forbereder seg til fødsel ved å blant annet lage en plan for fødsel. Dette mener de vil hjelpe kvinnene i å bli mer aktivt involvert i beslutninger som skal tas, noe som er en viktig komponent for fødselsopplevelsen. Forfatteren mener ut i fra dette at det er viktig at jordmor oppmuntrer den gravide kvinnen til å lage plan for fødsel, i tillegg til å informere henne tilstrekkelig samt å involvere henne i beslutninger som skal tas.

Det kan også diskuteres om kvinners holdning til overtidig svangerskap har endret seg de senere årene. Redselen for at noe skal gå galt med fosteret kombinert med kvinnens helsetilstand ser ut til å påvirke ønske om induksjon og beslutningen som skal tas. Her igjen mener forfatteren at det er viktig med tilstrekkelig informasjon til den gravide kvinne. Selv om det i tilfeller er høyst nødvendig med en induksjon grunnet kvinnens eller fosterets helsetilstand, så er det viktig å betrygge der hvor kvinnen og fosterets tilstand er normal inntil obligatorisk overtidskontroll 7-9 dager over termin (Morken et al., 2014).

6.1.3 Kontinuitet og oppfølging – hva er det egentlig?

Kontinuitet i oppfølgingen og tilstedeværelse av jordmor beskrev informantene som ønskelig under induksjonsprosessen. I studien ”Women’s experience of induction of labor: a mixed methods study” viser funnene at deltagerne hadde behov for mer tilstedeværelse av jordmor og oppfølging fra helsepersonellet ved fødeavdelingen (Henderson & Redshaw, 2013). Deltagerne i studien rapporterte at de ofte ble overlatt til seg selv, at de ble påvirket av at

avdelingen var full og at det var mangel på personell. Dessuten konkluderer studien med at deltagerne i studien som ble induisert var mindre fornøyd med behandlingen sammenlignet med deltagerne som gikk spontant i fødsel. De induserte hadde også en signifikant lavere risiko for normal fødsel. Hovedresultatene fra den kvalitative analysen viste også at deltagerne sjeldent ble tatt med i beslutningen om induksjon og at de mottok lite informasjon om induksjonen.

Bemanning og sykehusets struktur er noe som utfordrer helsepersonellets mulighet til tilstrekkelig oppfølging og tilstedeværelse under induksjon og fødsel. Den senere tiden har flere jordmødre uttrykt i media at de er bekymret for bemanningen på fødeavdelingene, spesielt på sommerstid. I et innlegg fra 2016 skriver helse- og omsorgsminister Bent Høie at det er viktig med god oppfølging av mor og barn, både før og etter fødselen (Høie, 2016). I en melding til stortinget blir det også nevnt at det skal være større åpenhet og økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken (Meld. St. 12 (2015-2016), 2014). Etter funn fra studien og som kommende jordmor mener forfatteren at det er viktig å sette seg inn i politiske områder som omhandler å øke kvinnens rettigheter til et godt fødetilbud. I yrkesetiske retningslinjer for jordmødre 1d) står det blant annet:

”Jordmødre arbeider, i fellesskap med kvinner, med politiske og bevilgende myndigheter for å definere kvinners behov for helsetjenester og for å sørge for at ressursene blir rettferdig fordelt med hensyn til prioriteringer og tilgjengelighet” (Den norske jordmorforening, 2016, s. 2). Forfatteren mener derfor det er viktig at jordmødre jobber aktivt, også politisk, for å optimalisere helsetilbudet til de induserte kvinnene. På denne måten kan jordmor bidra til bedre oppfølging og tilstedeværelse ved å kjempe for økt bemanning på den respektive arbeidsplassen, samt lokalt og nasjonalt.

Individuell større og tilstedeværelse av jordmor viser seg å ha både en fysiologisk og en medisinsk fordel. I en meta-analyse fra 2017 viser resultatene at kontinuerlig støtte reduserte sannsynligheten for medisinsk smertelindring, vaginal operativ forløsning, keisersnitt samt reduksjon av utilfredshet med fødselsopplevelsen (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzama & Cuthbert, 2017). Men hva innebærer egentlig oppfølging og tilstedeværelse? Når vet vi at oppfølgingen er god nok, og hva definerer tilstedeværelse? I en norsk kvalitativ studie om jordmors tilstedeværelse konkluderer de med at det å være mentalt tilstede og aktivt utvikle gjensidig tillit med fødekvinne er svært viktig (Aune, Amundsen & Skaget Aas, 2014). Resultatene viste at det optimale var å ha en kontinuerlig tilstedeværelse, men

arbeidsmengden på avdelingen gjorde det ofte utfordrende for jordmødrene å være tilstede for kvinnen.

6.1.4 Hvorfor er det viktig å få beskrevet kvinnens opplevelse av induksjon?

En av årsakene til at det er så viktig å utføre studier på hvordan kvinnen beskriver det å bli indusert til fødsel, er for å kunne bidra til bedre helsehjelp. Som nevnt er induksjoner knyttet til større risiko for operative forløsninger og akutte keisersnitt (Ehrenthal et al., 2010; Ryan & McCarthy, 2016). For å kunne forebygge en eventuell fødselsangst er det viktig å ivareta førstegangsgravide og førstegangsfødende da de fleste med fødselsangst er flergangsfødende (Laache, 2010). En negativ fødselsopplevelse kan føre til økt risiko for depresjoner, utvikling av posttraumatisk stresslidelse, alvorlig fødselsangst og at kvinnen forlanger elektivt keisersnitt ved senere fødsler (Ayers, Eagle & Waring, 2006; Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010; Simkin, 2011). I en studie om fødselsopplevelser ble komplikasjoner hos mor og/eller barn, opplevelse av smerte og tap av kontroll, og det å ikke føle seg sett eller hørt knyttet til dårlig fødselsopplevelser (Grimsrud & Lukasse, 2014). En svensk studie fra 1999 konkluderte også at medikamentelle intervensjoner, slik som induksjon, ble assosiert med en negativ fødselsopplevelse (Waldenström, 1999). Om mors eller barnets tilstand tilsier at en induksjon er nødvendig, så må selvsagt dette gjennomføres, men forfatteren mener likevel at en bør forsøke å redusere andelen såkalte elektive induksjon. Om tilstanden tilsier der, er det likevel svært viktig at helsepersonell sørger for god og tilrettelagt for de kvinnene som må induseres til fødsel.

6.1.5 Er formål og problemstilling besvart?

Formålet med denne studien har vært å få beskrevet hvordan førstegangsfødende kvinner opplever det å bli indusert til fødsel. Etter å ha gjennomført intervjuene, analysert datamaterialet og presentert resultatene fra studien vil forfatteren påstå at formålet og problemstillingen er besvart. Informantene har fått beskrive sin opplevelse av induksjonen, noe som har bidratt til en økt forståelse av hva disse pasientene har behov for ved en induksjon. Det å intervju pasienter kan bidra til å gi helsepersonell en bedre innsikt i hvordan de skal behandle disse kvinnene. Som kommende jordmor vil forfatteren påstå at arbeidet med denne studien har gitt en bedre innsikt i hvordan en skal møte disse pasientene.

7.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJON TIL PRAKSIS

Bakgrunnen for å utføre denne studien har vært for å få en økt innsikt i hvordan førstegangsfødende kvinner opplever det å bli indusert til fødsel. Som jordmorstudent har dette vært et tema som har bidratt til mye diskusjon både blant medstudenter og jordmødre. I sammenheng med den økende induksjonsraten og diskusjonen rundt elektive induksjoner er det svært viktig å få økt kunnskap innen temaet. I Norge er det utført få studier som har tatt for seg kvinnens opplevelse av det å bli indusert, derfor har det vært spesielt viktig å utforske område ytterligere. Funn fra studien belyser at kvinner som bli indusert har behov for mer informasjon. Gjerne tidlig i svangerskapet. De trenger å bli inkludert i beslutningen som skal tas. For å få til dette mener forfatteren at helsepersonell må bli flinkere til å oppmuntre pasienten til å delta og stille spørsmål om beslutningen som skal tas. Informasjon bør formidles både skriftlig og muntlig. Skriftlig informasjon bør være detaljert og av høy kvalitet. Helsepersonell bør være åpne for diskusjon med kvinnen. I tillegg bør fødselsforberedende kurs ha mer fokus på eventuelle intervensjoner og komplikasjoner som kan oppstå i det normale fødselsforløp.

Funnene viser også at kvinnene ønsker å bli indusert for å ende ubehaget som svangerskapet medbringer og for å få kontroll over hva som skal skje videre. Dette blir da som en underliggende faktor til deres enighet med helsepersonell om å bli indusert. Helsepersonell må derfor sørge for at kvinnen er informert tilstrekkelig om valget som skal tas. Hun bør informeres om prosess, medisinenes virkning og bivirkning, mulige komplikasjoner og alternativer. I tillegg til dette ønsker også forfatteren å oppmuntre helsepersonell til å sørge for best mulig tilrettelegging ved den enkelte fødeinstitusjon, slik at oppfølging og tilstedeværelse av jordmor i størst mulig grad opprettholdes.

Kvinnens oppfatning av fødsel og relaterte hendelser, slik som en induksjon, kan ha umiddelbar og langsiktig positiv eller negativ innvirkning på kvinners psykiske og fysiske helse (O'hare & Fallon, 2011). I tillegg kan tilknytningen mellom mor og barn bli påvirket. Kvaliteten på det tidlige samspillet mellom mor og barn har igjen stor betydning for den psykososiale og kognitive utviklingen hos barnet (Venheim & Reinart, 2010). Opplevelsen av induksjon og fødsel kan derfor ha stor innvirkning på både mor og barn. Siden jordmor spiller en nøkkelrolle i å forberede kvinnen til fødsel, er det viktig å få økt kunnskap om hvilke behov kvinnen har for å få en god opplevelse.

Forfatteren anbefaler videre forskning innen temaet. Videre forskning kan være med på å belyse ytterligere hvorfor noen kvinner ønsker å induseres. Det er også behov for økt

kunnskap om hva helsepersonellet mener. Hvilke utfordringer ser helsepersonellet i møte med induserte kvinner. For å få en økt innsikt i hvordan kvinnene opplever det kunne en med fordel også gjort studier på flergangsfødende og minoritetskvinner, for å undersøke om de beskriver lignende opplevelser.

LITTERATURLISTE

- Aune, I., Amundsen, H. H. & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95. doi: 10.1016/j.midw.2013.02.001
- Ayers, S., Eagle, A. & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398. doi: 10.1080/13548500600708409
- Bell, J. & Waters, S. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik* (5. utg.). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, B. L. & Lune, H. (2012). *Qualitative research methods for the social sciences* (8. utg.). Boston: Pearson.
- Bergqvist, L., Dencker, A., Taft, C., Lilja, H., Ladfors, L., Skaring-Thorsén, L. & Berg, M. (2012). Women's experiences after early versus postponed oxytocin treatment of slow progress in first childbirth – a randomized controlled trial. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 61-65. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.003
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blix, E. (2010). Fødselens dynamikk. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 393-398). Oslo: Akribe.
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag : teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzama, R. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Boulvain, M., Stan, C. & Irion, O. (2005). Membrane Sweeping for Induction of Labour. *Birth*, 32(2), 152-152. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.0359b.x
- Carter, S. M. & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative health research*, 17(10), 1316. doi: 10.1177/1049732307306927
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode : en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.

- De Chesnay, M. (2014). *Nursing Research Using Phenomenology : Qualitative Designs and Methods*. New York: New York, US: Springer Publishing Company.
- Den norske jordmorforening. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*.
- Dogl, M., Heimstad, R. & Vanky, E. (2012). Cervical ripening-Bishop score, cervical length and hormonal status in post-term pregnancies. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 91, 75-76.
- Dögl, M., Vanky, E. & Heimstad, R. (2016). Changes in induction methods have not influenced cesarean section rates among women with induced labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(1), 112-115. doi: 10.1111/aogs.12809
- Ehrenthal, D. B., Jiang, X. & Strobino, D. M. (2010). Labor Induction and the Risk of a Cesarean Delivery Among Nulliparous Women at Term. *Obstetrics & Gynecology*, 116(1), 35-42. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e10c5c
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (5. utg.). Oslo: Jussboka.no.
- Folkehelseinstituttet. (2016a). Medinisk fødselsregister og abortregisteret - statistikkbanker: Diabetes hos mor. Hentet 12. mai fra <http://statistikk.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2016b). Medisinsk fødselsregister og abortregisteret - statistikkbanker: Fødselsstart og induksjon. Hentet 2. mai fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2016c). Medisinsk fødselsregister og abortregisteret - statistikkbanker: Svangerskapsvarighet. Hentet 12.mai fra <http://statistikk.fhi.no/mfr/>
- Fontana, A. & Frey, J. H. (2000). The Interview - From Structured Questions to Negotiated Text. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of qualitative research* (2. utg., s. 645-672). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Grimsrud, E. & Lukasse, M. (2014). Fødselsopplevelser – hva synes å bidra til at de blir en negativ erfaring? *Birth experiences – what seems to make them negative?*
- Grivell, R. M. (2012). Associated risks of inducing labor at term in an uncomplicated pregnancy. *Expert Rev. Obstet. Gynecol.*, 7(5), 403-405. doi: 10.1586/eog.12.42
- Groenewald, T. (2004). A Phenomenological Research Design Illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 42-55. doi: 10.1177/160940690400300104
- Gülmezoglu, A. M., Crowther, C. A., Middleton, P. & Heatley, E. (2012). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.CD004945.pub3

- Hamre, B. (2010). Svangerskapsomsorg (s. [248]-261.). Oslo: Akribe, cop. 2010.
- Heimstad, R., Romundstad, P. R., Hyett, J., Mattsson, L. Å. & Salvesen, K. Å. (2007). Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(8), 950-956. doi: 10.1080/00016340701416929
- Helsedirektoratet. (2016). Overtidig svangerskap. Hentet 12.mai fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/graviditet-fodselse-og-barsel/graviditet-og-svangerskap/overtidige-svangerskap>
- Helsedirektoratet. (2017a). Igangsetting av fødsel. Hentet 2.mai fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodselse/igangsetting-av-fodselse>
- Helsedirektoratet. (2017b). Ny retningslinje om svangerskapsdiabetes: Nye kriterier for test og diagnosegrense. Hentet 04.10 fra <https://helsedirektoratet.no/nyheter/ny-retningslinje-om-svangerskapsdiabetes-nye-kriterier-for-test-og-diagnosegrense>
- Henderson, J. & Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(10), 1159-1167. doi: 10.1111/aogs.12211
- Henriksen, T. & Molne, K. (2015). Avvikende fødsler, komplikasjoner og intervensjoner. I K. Molne, B.-I. Nesheim, J. M. Maltau & P. Bergsjø (Red.), *Obstetikk og gynekologi* (3. utg., s. 203-223). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høie, B. (2016). *Det skal være trygt å føde i Norge*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/det-skal-vare-trygt-a-fode-i-norge/id2508584/>
- Jozwiak, M., Bloemenkamp, K. W., Kelly, A. J., Mol, B. W. J., Irion, O. & Bouvain, M. (2012). Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD001233.pub2
- Kumar, R., Robson, K. M. & Smith, A. M. R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(1), 43-51. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(84\)90039-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(84)90039-4)
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitative forskningsintervjuen*. Lund: Studentlitteratur.
- Lothian, J. A., Lockwood, C. J. & Eckler, K. (2017). Preparation for labour and childbirth. Hentet 17.10 fra <https://www.uptodate.com/contents/preparation-for-labor-and-childbirth>
- Laache, I. (2010). Tilstander hos kvinnen som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid (s. [352]-372.). Oslo: Akribe, cop. 2010.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* Oslo: Tano Aschehoug.
- Meld. St. 12 (2015-2016). (2014). *Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5cd218ed18a943198ca926ec1f737855/no/pdfs/stm201520160012000dddpdfs.pdf>
- Moore, J. E., Low, L. K., Titler, M. G., Dalton, V. K. & Sampsel, 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. doi: 10.1111/birt.12080
- Morken, N.-H., Haavaldsen, C., Heimstad, R., Holdø, B. & Øian, P. (2014). Overtidig svangerskap. Hentet 11.mai fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselskjelp-2014/Overtidig-svangerskap/>
- Murtagh, M. & Folan, M. (2014). Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 22(2), 105-110.
- Nilsson, C., Bondas, T. & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x
- NOU 1984:17. (1984). *Perinatal omsorg i Norge: Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet.
- O'hare, J. & Fallon, A. (2011). Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 19(3), 164-169. doi: 10.12968/bjom.2011.19.3.164
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprosessen : kvalitative och kvantitative perspektiv* (3. utg.). Stockholm: Liber.
- Oppegaard, K. S., Heimstad, R., Lippert, T. & Salvadores-Hansen, T. (2014). Cervixmodning/induksjon av fødsel. Hentet 03.mai fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselskjelp-2014/Cervixmodninginduksjon-av-fodselskjelp/>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Revicky, V., Mukhopadhyay, S., Morris, E. P. & Nieto, J. J. (2011). Induction of labour and the mode of delivery at term. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2011, Vol.31(4), p.304-306, 31(4), 304-306. doi: 10.3109/01443615.2011.561890

- Rimmer, A. (2014). Prolonged pregnancy and disorders of uterine action. I J. E. Marshall & M. D. Raynor (Red.), *Myles Textbook for midwives* (16. utg., s. 417-433). London: Elsevier Health Sciences UK.
- Ryan, R. & McCarthy, F. (2016). Induction of labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 26(10), 304-310. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ogrm.2016.07.005>
- Salvesen, K. Å. & Dahlø, R. (2010). Fødsler som krever ekstra oppfølging. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 468-488). Oslo: Akribe.
- 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. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.002
- Simkin, P. (2011). Pain, Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 166-175. doi: 10.1891/1058-1243.20.3.166
- Simpson, R. K., Newman, R. G. & Chirino, R. O. (2010). Patient Education to Reduce Elective Labor Inductions. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(4), 188-194. doi: 10.1097/NMC.0b013e3181d9c6d6
- Smyth, R., Alldred, S. & Markham, C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub2.
- Statistisk Sentralbyrå. (2009). Hva betyr utdanning for vår helseatferd? Hentet 09.10 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-betyr-utdanning-for-vaar-helseatferd>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017). Født, 2016. Hentet 01.10.2017 fra <https://www.ssb.no/fodte/>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Venheim, M. A. & Reinart, L. M. (2010). Barselomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 535-546). Oslo: Akribe.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00043-4

Øian, P. & Maltau, J. M. (2015). Sykdom hos moren i svangerskapet. I K. Molne, B.-I. Nesheim, J. M. Maltau & P. Bergsjø (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg., s. 166-186). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1

Intervjuguide

1. Kan du beskrive hvordan du opplevde fødselen din?
 - Kan du beskrive hva du opplevde som mest positivt? Et eksempel?
 - Kan du beskrive hva du opplevde som mindre positivt? En spesifikk hendelse?
2. Kan du fortelle meg hva du visste i forkant om det å bli igangsatt til fødsel?
 - Kan du fortelle når og hvordan du fikk informasjonen?
 - Hvem fikk du eventuelt denne informasjonen fra?
 - Hvordan opplevde du å få denne informasjonen?
 - Var den lett å forstå?
 - På hvilken måte har den som informerte inkludert deg i informasjonen?
 - Følte du at du kunne påvirke, eller at du var invitert inn i dialog?
 - Hadde du tillit i beslutningen om å bli igangsatt?
 - Kunne du forstå hva som hendte hele tiden?
 - Savnet du noe informasjon, og hva var det du eventuelt savnet?
3. Kan du beskrive hvordan du opplevde det å bli indusert/satt i gang?
 - Er det noe spesifikt, positivt eller negativt, du kan huske? Kan du beskrive en spesifikk hendelse som var positiv? En spesifikk hendelse som var negativ?
4. Hvordan kjente du på kroppen at du var satt i gang?
 - Kan du beskrive det?
 - Hvordan opplevde du det?
5. Følte du at du hadde noe medvirkning i valget av tidspunkt og bruk av metode for induksjonen?
 - Hvis ja: Kan du beskrive hvordan?
 - Hvis nei: Kan du beskrive?
6. Følte du deg trygg og ivaretatt under hele prosessen? Hva spesifikk var det som eventuelt bidro til at du følte deg trygg og ivaretatt?
7. Er det noe du kunne ønsket deg ved eventuelt neste fødsel?
8. Er det noe du ønsker å tilføye, som jeg ikke har spurt deg om?

Vedlegg 2

Institutt for naturvitenskapelig helsefag Høgskolen i
Oslo og Akershus

0379 OSLO



Vår dato: 08.06.2017 Vår ref: 54301 / 3 / AGH Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.05.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

54301 Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student

*Den førstegangsfødende kvinnes opplevelse av å bli igangsatt til fødsel Høgskolen i
Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av
personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften.
Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 26.10.2017, rette en henvendelse
angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel: +47-55 58 21 17
Faks: +47-55 58 96 50

nsd@nsd.no
www.nsd.no

Org.nr. 985 321



Personvernombudet for forskning

Vedlegg 3

Vår ref.nr.: 2017/863 B

Hei,

Vi viser til fremleggingsvurdering for prosjektet, «*Den førstegangsfødende kvinnens opplevelse av å bli igangsatt til fødsel*», mottatt 25.04.2017.

I skjema og vedlagt prosjektbeskrivelse fremkommer det at formål med oppgaven vil være «*å finne ut av hvordan de induserte kvinnene opplever det å bli igangsatt til fødsel*».

Ut i fra det ovennevnte mener komiteen at prosjektet fremstår som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2 (sammenholdt med § 4 a), og er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jfr. forvaltningsloven § 11.

Med vennlig hilsen

Mariann Glenna Davidsen

rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845526

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**

<http://helseforskning.etikkom.no>

Vedlegg 4

Fra: Hege Karine Jacobsen

Sendt: 6. juni 2017 10:35

Til: xxxxxx

Emne: SV: masteroppgave i jordmorfag

Hei xxxx,

Vi benytter NSD som personvern og anser en godkjenning fra dem som tilstrekkelig for oss. Vi ønsker likevel kopi av godkjenninger når den foreligger dersom det skulle bli aktuelt å intervju fødekvinne fra kalnes. Jeg skal sende mailen din videre til klinikkssjef som avgjør om dette er en studie vi ønsker å være en del av. Fint hvis du kan sende en kortfattet prosjektbeskrivelse der det også kommer frem hva som er inklusjon/eksklusjonskriterier, type intervju (standardisert, semi-strukturert...?) og forventet varighet, anslått tidsperiode for datainnsamling og evt behov for assistanse fra avdelingen og omfanget av dette. Supert om vi også får navn på veilederne dine.

Med vennlig hilsen
Hege Karine Jacobsen
Rådgiver
Sykehuset xxxxxx

Forskningsavdelingen
Telefon +47 94156450

Vedlegg 5

Informasjonsskriv til ansatte ved føde-barsel

I løpet av de neste ukene skal jeg utføre intervjuer av pasienter i forbindelse med min masteroppgave i jordmorfag.

Problemstillingen for oppgaven er:

Hvordan beskriver førstegangsfødende det å bli induisert til fødsel?

Formålet med studien er å få svar på hvordan kvinnene selv opplever hvordan det er å bli induisert til fødsel. Får å få svart på dette vil jeg utføre individuelle intervjuer på dag 2 på barsel. Ved å utføre denne studien vil vi forhåpentligvis kunne bidra til bedre helsehjelp for de kvinnene som blir induisert ved føde-basel avdelingen her på Kalnes.

Kvinner som er aktuelle for deltagelse til studien skal være:

- Førstegangsfødende.
- Indusert til fødsel med hvilken som helst metode og indikasjon.
- Indusert fra gestasjonsuke 37 >.
- Være over 18 år.
- Snakke godt norsk.

Til jordmor på observasjonsposten: Når du har kvinner inne til induksjon som oppfyller kriteriene for deltagelse er det ønskelig at du deler ut informasjonsskriv til kvinnene, og gjerne forklarer kort hva studien går ut på. All deltagelse er frivillig og kvinnene kan trekke seg når som helst uten å måtte oppgi noen grunn for dette. Alt materiale vil bli behandlet konfidensielt og bli anonymisert slik at ingen av deltagerne vil bli gjenkjent i den ferdigstilte oppgaven. Alle intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og ha en varighet på ca. 30-90 minutter. Om kvinnen er villig til å delta på studien vil jeg gå inn og informere henne ytterligere om studien, og hun skal skrive under på samtykke for deltagelse.

På forhånd: tusen takk for all hjelp til å rekruttere deltagere, slik at jeg kan få utført oppgaven min!

Har du noen spørsmål? Kontakt meg gjerne på tlf: xxxxxxxx

Vennlig hilsen jordmorstudent xxxxxxxx

Vedlegg 6

Informasjonsskriv til deltagelse

Vil du delta i en forskningsstudie på masternivå med fokus på din opplevelse av å bli igangsatt til fødsel?

Jeg er jordmorstudent ved Høyskolen i Oslo og Akershus, og i forbindelse med min utdanning skal jeg gjøre en mastergradsoppgave som jeg gjerne ønsker at du skal delta på. Formålet med studien er å få beskrevet hvordan førstegangsfødende kvinner opplever det å bli igangsatt til fødsel. Problemstillingen for studien vil være:

Hvordan beskriver førstegangsfødende kvinner det å bli indusert til fødsel?

For å få svart på problemstillingen min trenger jeg deltagere som ønsker å stille til intervju. Du har blitt kontaktet i forbindelse med din innleggelse på observasjonsposten for igangsettelse av fødselen og jeg ønsker derfor å intervju deg i etterkant av fødselen for å høre hvordan du vil beskrive det å bli igangsatt til fødsel. Intervjuet vil holde sted på barselavdelingen to dager etter fødsel, og ha en varighet på mellom 30 og 90 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbåndopptager og all informasjon vil bli behandlet konfidensielt og alle lydbånd og notater vil bli slettet og makulert etter at dataen er analysert. Deltagelse for studien er frivillig, og du kan når som helst avbryte deltagelsen uten å måtte oppgi noen grunn for dette. Ingen deltagere vil kunne gjenkjennes i den ferdigstilte oppgaven. Ansvarlige for prosjektet har taushetsplikt og ingen utenforstående vil få tilgang til materialet. Ansvarlig for studien er førsteamanuensis xxxxxxxx. Studien utføres av masterstudent i jordmorfag xxxxxxxx.

Prosjektet er planlagt avsluttet 26.10.2017. Du vil da kunne få tilgang på den ferdigstilte oppgaven, dersom det skulle være ønskelig.

Ved spørsmål kan student xxxxxx kontaktes på tlf.nr: xxxxxxxx/epost: xxxxxxxx. Eventuelt kan veileder xxxxxxxx kontaktes på tlf.nr: xxxxxxxx/epost: xxxxxxxxxx

Vedlegg 7

Samtykkeskjema for deltagelse

Jeg gir herved mitt samtykke til å delta på personintervju for studien ”*Den førstegangsfødende kvinnens opplevelse av å bli igangsatt til fødsel*”. Jeg er innforstått med at deltagelsen er helt frivillig og at jeg når som helst kan avbryte min deltagelse uten å måtte oppgi noen årsak.

Alder: _____

Utdanningsnivå:

- Grunnskole
- Videregående skole
- Høyere utdanning
(høyskole/universitet)

Sted og dato

Signatur

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

Sted og dato

Signatur