



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG

Friske førstegangsgravide kvinners erfaringer av oppfølgingen i svangerskapsomsorgen tilknyttet å være gravid i jobb

Tina Linnerud

Fakultet for helsefag, institutt for helse, ernæring og ledelse

MAJO5900

Oktober 2016

Veileder: Zada Pajalic

Biveileder: Ellen Blix

Antall ord: 15335

Forord

Jeg er veldig takknemlig for alle som har medvirket til denne masteroppgaven. Det er mange jeg vil takke:

Jeg vil først og fremst takke mine informanter som tok seg tid, åpnet opp og delte av sine erfaringer. Å møte dere er det som har vært mest gøy i hele denne prosessen! Oppgaven hadde ikke blitt til uten dere.

Tusen takk til min hovedveileder Zada Pajalic som har vært tilgjengelig, positiv og som hele tiden har hatt tro på arbeidet mitt.

Det er mange som har heiet underveis, og som har viet denne oppgaven oppmerksomhet. Tusen takk pappa for at du alltid har tro på meg. Takk til Anette og Silje som stadig har engasjert seg i prosessen. Øyvind som har bidratt med tålmodig datakyndighet, Marianne og Sigrun som hele tiden har fulgt med og heiet. Takk til kollegaer og svigerfamilie som har vist interesse i prosjektet mitt. Jeg er heldig!

Tusen takk Hilde, June og Siri. På tross av travle dager har dere likevel tatt dere tid til korrektur og tilbakemeldinger.

Erik, du er den beste jeg vet. Du har støttet og gitt meg motivasjon. Takk for alt du gir meg!

Oslo, 24 oktober, 2016.

Sammendrag

Tittel: Friske førstegangsgravide kvinners erfaringer av oppfølgingen i svangerskapsomsorgen tilknyttet å være gravid i jobb.

Bakgrunn: Høy fraværstatistikk sammen med studier utført indikerer at det er krevende å være gravid i arbeidslivet og at det er behov for å se nærmere på hvordan kvinnene ivaretas.

Problemstilling: *Hvordan erfarer friske førstegangsgravide oppfølgingen i svangerskapsomsorgen tilknyttet å være gravid i jobb?*

Metode: Studien har et kvalitativ design med en induktiv tilnærming. Datamaterialet er innsamlet gjennom individuelle intervjuer med en semistrukturert intervjuguide av fem gravide kvinner. Data er analysert med manifest og latent innholdsanalyse.

Resultater: Det har vist seg at kvinnene har behov for å kjenne til sine rettigheter i arbeidslivet, men det er ingen selvfølge å få informasjon fra svangerskapsomsorgen vedrørende å være gravid i jobb

Konklusjon: Studien impliserer at det bør vies tid og fokus til å gi informasjon om gravides yrkesrettigheter under svangerskapskonsultasjonene. Svangerskapsomsorgen bør oppfylle sitt informative ansvar.

Nøkkelord: frisk- førstegangsgavid- i jobb- gravid arbeidstaker- erfaring- oppfølging- svangerskapsomsorg

Abstract

Title: Healthy first time pregnant women's experiences with follow up within the antenatal care system related to being a pregnant employee.

Aim: High rates of absence from work along with recent studies indicate there are challenges associated with being pregnant while in the work force. A closer look at how these women are cared for is warranted.

Thesis question: How do working women with healthy first time pregnancies experience follow-up antenatal care, related to being pregnant at work?

Method: The study has a qualitative design with an inductive approach. The data has been collected through individual interviews with a semi-structured interview guide of five pregnant women. The resulting data has been analysed with manifest and latent content analysis.

Results: Pregnant women needs to know about their rights, and receiving information as part of antenatal care about being pregnant at work is not to be taken for granted.

Conclusion: The study indicates a potential area for improvement within the antenatal care system to inform women who are pregnant while working about her rights. Antenatal care should fulfill their informative responsibility.

Keywords: healthy- first time pregnant- pregnant working women- pregnant employee- experience- follow up- antenatal care

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Mål og problemstilling	3
1.2.1 Avgrensning	3
1.2.2 Begrepsavklaringer	4
2 Teoretisk referanseramme	5
2.1 Gravide kvinners arbeidshelse i Norge	5
2.2 Gravide kvinners lovfestede rettigheter i arbeidslivet	5
2.3 Svangerskapsomsorgen i Norge	7
2.3.1 Svangerskapsomsorgens mål	7
2.3.2 Forebyggende helsearbeid	7
2.3.3 Svangerskapsomsorgens lovfestede ansvar for å gi informasjon	8
3 Metode	9
3.1 Hermeneutikk og den hermeneutiske spiral	9
3.1.1 Forforståelse	9
3.2 Kvalitativt design- det kvalitative individuelle forskningsintervju	10
3.2.1 Utvalg og rekruttering	11
3.2.2 Presentasjon av informantene	12
3.2.3 Intervjuets kontekst	12
3.2.4 Gjennomføringen av intervjuene	13
3.3 Transkribering	14
3.4 Analyse av data	14
3.5 Etske refleksjoner	15
4 Resultater	18
4.1 Tema- Å få informasjon er ingen selvfølge	18
4.2 Kvinnene tar egenansvar for å få informasjon	19
4.2.1 "Ta hensyn til deg selv"	19
4.2.2 Et udekt behov- mangel på informasjon	19
4.2.3 Kvinnene tar eget ansvar	20
4.2.4 Årsaker til at det gis manglende informasjon	22
4.3 Å føle seg alene i systemet	22
4.3.1 Det er opp til en selv å få hjelp	22
4.3.2 Mangel på informasjon gir usikkerhet	23
4.3.3 De har ikke sett mine behov	23
4.4 Et ønske om å jobbe	24
4.4.1 Sykemelding som eneste alternativ, men et ønske om å jobbe	24
4.4.2 En opplevelse av støtte og en følelse av å bli tatt seriøst ved sykemelding	26
4.5 Manglende helhetlig oppfølging fra svangerskapsomsorgen	26
4.5.1 Lege og jordmor har ulikt fokus i svangerskapskonsultasjonen	27
4.5.2 Manglende samarbeid mellom jordmor og lege	27
5 Diskusjon	29
5.1 Diskusjon av resultater	29
5.1.1 Nødvendig med informasjon?	29
5.1.2 Perspektiver på sykefravær	32
5.1.3 Svangerskapsomsorgens rolle	35
5.2 Metodediskusjon	36
5.2.1 Gyldighet	36
5.2.2 Pålitelighet	39
5.2.3 Overførbarhet	39

6 Konklusjon og implikasjoner for praksis og videre forskning..... 40

Litteraturliste

Oversikt over tabeller

Tabell 1 Eksempel på analyse fra meningsbærende enhet til kategori.....15-16

Tabell 2 Oversikt over resultatene med subkategorier og kategorier.....18

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1- Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2- Svar på framleggingsvurdering fra REK

Vedlegg 3- Informasjonsskriv

Vedlegg 4- Skjema for informert samtykke

Vedlegg 5- Intervjuguide

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

World Health Organization, WHO (2009a) oppfordrer helsepersonell til å støtte kvinner i å kombinere morsrollen og arbeid. For å kombinere svangerskap og jobb, så trenger yrkesaktive kvinner å bli ivaretatt i et omsorgsfullt og støttende miljø. Forbedring av kvaliteten av fødselsomsorgen er beskrevet som et mål av WHO (2009a) og primærhelsetjenesten er nøkkelen for å nå dette målet.

I vestlige kulturer så har graviditeten fått en ny betydning da kvinnen i dag kombinerer flere ulike roller enn tidligere. Andelen av fertile kvinner i arbeidslivet har økt betraktelig i Skandinavia og i andre utviklingsland de siste tiårene (Dørheim, Bjorvatn, & Eberhard-Gran, 2013). Kvinnen har ofte oppgaver i jobb, utdanning og familieliv, samtidig som familienettverket som tidligere spilte en større rolle, nå er svekket. Det setter større krav til den gravide kvinnen som skal mestre å veksle på flere ulike roller på samme tid. I en finsk studie så beskriver kvinnene at svangerskapet medfører en endret identitet som involverer å finne balanse mellom seg selv, barnet i magen, partneren og kollegaer (Bondas, 2000).

Det er mange symptomer som følger med et svangerskap og i følge retningslinjer for svangerskapsomsorgen er alminnelige plager i svangerskapet en del av et fysiologisk normalt svangerskap (Helsedirektoratet, 2005). Selv det normale svangerskapet gir store fysiske endringer i kroppen og i følelseslivet. Plagene kan redusere livskvalitet og føre til sykemelding (Helsedirektoratet, 2005). Hvilket innebærer at det kan være nødvendig å tilpasse livsførsel i samsvar med de nye premisser et svangerskapet skaper.

Ca. 50% av gravide med aktivt arbeidsforhold hadde ett eller flere legemeldte sykefravær i 2014 (Helde & Nossen, 2016). Siden 1995 har forekomsten i Norge av sykemeldte i svangerskapet vært stigende (Rieck & Telle, 2013). Det er tankevekkende i lys av dagens svangerskapsomsorg hvor svangerskapet blir ansett som en normaltilstand og hvor gravide kvinner blir ivaretatt i et av verdens beste velferdssystemer. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2005) peker på at en del av det høye arbeidsfraværet skyldes sykdom, men også at en del av dette trolig skyldes vanskeligheter med å få tilrettelagt arbeidet i forhold til belastninger og plager som følger et normalt svangerskap. Lettere og tryggere arbeidsforhold for gravide, kan gjennom

tilrettelegging, være med å bidra til lavere andel fravær (Kristensen, Nordhagen, Wergeland, & Bjerkedal, 2008).

I en norsk kvalitativ studie der gravide blir spurt om forholdet mellom arbeid og forberedelse til fødsel og morsrollen, fremkommer det at alle nødvendige justeringer av arbeidsoppgaver og andre forhold som oftest kom som et resultat av initiativ fra kvinnen selv (Alstveit, Severinsson, & Karlsen, 2010a). Når den gravide kvinnen selv er ansvarlig for å forhandle frem tilpasning av arbeidet, er det nødvendig og viktig at hun kjenner til hvilke rettigheter og muligheter hun har i arbeidslivet. Den høye fraværstatistikken av gravide kvinner i jobb kan gi et inntrykk av en praksis som har et forbedringspotensial.

I Norge har både arbeidsgiver og arbeidstaker plikter knyttet til gravide i jobb. I hovedsak plikter arbeidsgiver å beskytte arbeidstakeren ved risiko og tilrettelegge arbeidet for den gravide (Arbeidsmiljøloven, 2005). Arbeidstaker rådes til å ta kontakt med arbeidsgiver for å diskutere tilrettelegging på jobb (Arbeidstilsynet, 2006). I følge Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005) så har svangerskapsomsorgen et medansvar for den gravide i jobb. For de fleste gravide kvinner er det anbefalt å fortsette å arbeide i svangerskapet. Det er beskrevet at leger og jordmødre bør informere gravide kvinner både muntlig og skriftlig om deres trygderettigheter i forbindelse med svangerskap og fødsel. I tillegg er det anbefalt på første svangerskapskontroll å spørre om kvinnens arbeidsforhold. Tidligst mulig informasjon gjør det praktisk lettere for arbeidsgiver å tilrettelegge forholdene (Helsedirektoratet, 2005). En brukerundersøkelse viser at over halvparten av kvinnene og deres partnere savnet informasjon om sine rettigheter under graviditeten (TNS Gallup, 2003, s.6). Svangerskapsomsorgen er innebefattet i fødselsomsorgen som en del av primærhelsetjenesten i Norge. Svangerskapsomsorgen er et tilbud til alle gravide og har en oppslutning på nær 100%. Svangerskapsomsorgen er derfor en viktig arena for helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2005).

Det fremkommer gjennom en norsk kvalitativ studie at yrkesaktive førstegangsgravide lever på grensen til forstrekkelser. Kvinnene beskriver at å være gravid og i jobb var mer utmattende enn det de hadde forestilt seg. De følte at de var ansvarlig for å gjennomføre arbeidet på en god måte så vel som å ta vare på både egen- og barnet i magen sin helse (Alstveit et al., 2010a). Samme studie indikerer også at gravide arbeidstakere ikke var forberedt på svangerskapets påvirkning og hvilken innvirkning det kom til å ha for deres jobb. I følge Fredriksen, Harris, Moland & Sundby (2010) sin studie er norske kvinner usikre på hvordan de skal kombinere graviditet og jobb uten å

gå på kompromiss med egen helse. Kvinnene adresserer mangel på fleksibilitet på arbeidsplassen og mangelen på støtte- og oppfølgingssystemer. Det forventes at de selv skal forhandle om tilrettelegging på jobb, men at det er lite oppmerksomhet knyttet til informasjon i svangerskapet om å være gravid i jobb (Fredriksen et al., 2010). Det kan indikere et gap mellom det som er den gravide sitt behov og hvilket tilbud svangerskapsomsorgen tilbyr i dag. Ansatte i fødselsomsorgen er kritisert for at de ikke identifiserer lønnet arbeid som en variabel for helse, på tross av at kvinner har økt deltagelse i arbeidslivet og at de har vanskeligheter med å balansere jobb og familieliv (WHO, 2009b).

Arbeidsplassen er en stor del av den gravide sitt miljø og kan påvirke mor og barnet i magen både i positiv og negativ retning (Helsedirektoratet, 2005). Ifølge WHO (2001), så er involvering av sosiale og personlige egenskaper like viktig, så vel som fysiske evner, for et tryggere svangerskap. Gjennom WHO (2001) sin strategisk handlingsplan for kvinner sin helse så settes søkelyset på behovet for kunnskap om yrkeshelse til gravide arbeidstakere. Europakommisjonen (2000) anbefaler forbedringer i sikkerhet og helse for den gravide arbeidstaker.

1.2 Mål og problemstilling

Ut fra offentlige dokumenter både på nasjonalt og internasjonalt nivå, er det eksplisitt en målsetting om fokus på gravide kvinner i jobb sin helse. Det er viktig at kvinners erfaringer blir anerkjent som gyldig kunnskap. Satsningen på gravide i jobb samt sammen med nevnte studier, indikerer at det er et behov for mer kunnskap om hvordan gravide i jobb selv opplever dagens svangerskapsomsorg. Det er tidligere i liten grad undersøkt hvilke erfaringer den gravide kvinnen har i møtet med svangerskapsomsorgen relatert til å være i jobb. Formålet med denne studien vil være å identifisere deres behov gjennom å lære av deres erfaringer.

Opgavens problemstilling er:

Hvordan erfarer friske førstegangsgravide oppfølgingen i svangerskapsomsorgen tilknyttet å være gravid i jobb?

1.2.1 Avgrensning

Det er grunn til å anta at førstegangs- og flere- gangs- gravide vil ha ulike erfaringer og ulikt behov for oppfølging fra svangerskapsomsorgen. Flere- gangs- gravide har allerede gjort seg erfaringer, tanker og har tidligere hatt muligheten til å tilegne seg kunnskap. For en førstegangs

gravid vil situasjonen være ny og forutsetningene annerledes. Det er derfor valgt å undersøke førstegangs- gravides erfaringer.

Det er kun friske gravide kvinner som er inkludert i studien da risikogrupper følges opp av spesialisthelsetjenesten og ikke primærhelsetjenesten i løpet av svangerskapet, det vil derfor være en naturlig avgrensning i seg selv.

Studien finner sted i en norsk kontekst med dagens gjeldende rammer for svangerskapsomsorgen.

1.2.2 Begrepsavklaringer

Erfaringer- fellesbetegnelse på den informasjon som erverves gjennom selvopplevde situasjoner, i denne forbindelsen i møtet med svangerskapsomsorgen. Erfaringer er ofte bearbeidet informasjon, i motsetning til enkeltstående opplevelser.

Friske førstegangsgravide- innebærer gravide kvinner som er gravid for første gang og som er friske i sitt svangerskap. En ukomplisert graviditet er en normal fysiologisk tilstand, men gravide kan likevel oppleve symptomer som kan være ubehagelige. Det blir likevel ansett i følge retningslinjer for svangerskapsomsorgen som normale svangerskap (Helsedirektoratet, 2005).

Oppfølgingen i svangerskapsomsorgen- med svangerskapsomsorgen så menes den oppfølgingen kvinnen har hatt i sitt svangerskap hos lege eller jordmor. Begge yrkesgrupper er inkludert da de fleste gravide blir ivaretatt av både lege og jordmor kombinert gjennom sitt svangerskap. Både lege og jordmor er likestilt i oppfølgingen i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2005).

Gravid i jobb- lover og bestemmelser som skal ivareta gravide kvinner i arbeidslivet, som værers seg gjennom kvinnens rettigheter i arbeidet. Dette omfatter også det offentlige regelverket som regulerer innholdet i svangerskapsomsorgen, inkludert sykemelding under graviditet og bruk av svangerskapspengene.

2 Teoretisk referanseramme

2.1 Gravide kvinners arbeidshelse i Norge

Følger vi den norske befolkningen fra 1970-årene og frem til i dag så har det vært et tydelig utviklingstrekk: det har aldri vært flere kvinner i arbeid som nå. Blant unge voksne i dag er det nesten like mange kvinner som menn sysselsatt (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2015).

Velferdssamfunnet har gjort det mulig for kvinner og komme seg ut i arbeidslivet.

Arbeidsmarkedet og staten har tatt over forsørgeroppgavene som tidligere lå i familiene. I 1980-årene økte andelen yrkesaktive gravide, og alderen for førstegangsgravide steg. I dag er tre av fire gravide i arbeid, og gjennomsnittet for førstegangsfødende er 29 år. Rundt 6-7% av kvinner mellom 20-40 år i Norge er på et gitt tidspunkt gravide (Mæland, 2014). Det er stadig flere kvinner som venter med å få barn til de er ferdig utdannet og til de er etablert i yrkeslivet. Dette kan for mange føre til at en krevende fase i arbeidslivet sammenfaller med en travel småbarnsfase i mange familier. Forsøket med å forene arbeidslivets krav og familielivets plikter kan bli ekstra utfordrende (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2015).

Sykefraværet hos gravide i Norge er nesten fire ganger så høyt som de kvinnene som ikke er gravide (Mæland, 2014). Åtte av ti kvinner er sykemeldt i løpet av graviditeten, og andelen øker i takt med lengden på graviditeten. Kjønnforskjellen i sykefraværet er tydeligst i alderen 25-39 år, altså den perioden flest kvinner føder barn. I denne livsfasen så har kvinner dobbelt så høyt sykefravær som menn. Svangerskap står totalt for 5% av alle legemeldte sykemeldinger. De hyppigste årsakene til svangerskapsrelaterte sykemeldinger er muskel- og skjelettplager og slitenhet. Trenden med økende sykefravær blant gravide kan se ut til å være stigende (Mæland, 2014).

2.2 Gravide kvinners lovfestede rettigheter i arbeidslivet

Både likestillingsloven (2013), arbeidsmiljøloven (2005), folketrygdloven (1997) og forskrift om utførelse av arbeid (2011) regulerer gravidets rettigheter i arbeidslivet og gir økonomisk støtte til foreldre når arbeidsforhold må endres som en konsekvens av graviditet.

Likestillingsloven forbyr forhold som fører til at kvinner settes i et dårligere lys på grunn av graviditet og fødsel. Gravide har krav på likebehandling i arbeidslivet. Arbeidsgiver har ikke lov til å legge vekt på graviditet ved ansettelse og kvinnen har ikke plikt til å informere om at hun er gravid i en eventuell ansettelsessituasjon (Likestillingsloven, 2013). Arbeidsmiljøloven kapittel 4,

gir arbeidsgiver en generell omsorgsplikt for at alle arbeidstakere skal sikres et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, dette gjelder også for gravide. Denne loven gir den gravide rett til tilrettelagt arbeid. Arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge for gravide og andre arbeidsgivere er omtalt i § 4-2 og § 4-6 (Arbeidsmiljøloven, 2005). Arbeidsgiver skal, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. Særsilt tilrettelegging av arbeidet kan være seg gjennom arbeidstiden, endringer i arbeidsutstyr, gjennomgått arbeidsrettede tiltak eller liknende. Både arbeidsgiver og arbeidstaker plikter å medvirke til et forsvarlig arbeidsmiljø under svangerskapet (Arbeidsmiljøloven, 2005). Kvinnen kan ikke sies opp med den begrunnelsen at hun er gravid, dette gjelder også i en eventuell prøvetid. Hvis det ikke er mulig å legge til rette for et forsvarlig arbeidsmiljø må det vurderes omplassering av den gravide arbeidstakeren.

Hvis det ikke er mulig å tilrettelegge på arbeidsplassen, og om ikke omplassering er et alternativ, så kan arbeidstaker ha krav på svangerskapsenger etter folketrygdloven § 14-4 (Folketrygdloven, 1997). Dersom kvinnen er frisk, men har en jobb som kan utgjøre en risiko: det kan være ved arbeid med kjemiske stoffer, fysisk slitsomt arbeid, arbeid som medfører stressbelastning eller ved psykososiale forhold på arbeidsplassen kan kvinnen ha rett på svangerskapsenger. Det er jordmor eller lege som foretar den medisinske vurderingen om det kan være aktuelt for kvinnen å søke om svangerskapsenger fra NAV. Svangerskapsenger beregnes på samme måte som sykepenger og kan gis frem til tre uker før termin (Folketrygdloven, 1997). I Folketrygdloven (1997) under kapittel 8, er det fastsatt regler for sykefravær under svangerskap. Lette til moderate svangerskapsplager vil ikke gi rett til sykepenger til arbeidstaker. Komplikasjoner under graviditeten regnes som sykdom og vil medføre rett til sykepenger (Folketrygdloven, 1997). Hvilke helseplager som kvalifiserer til sykepenger vil være en skjønnsmessig overveielse og vil avhenge av en konkret medisinsk vurdering.

Bekkenløsning med gangvansker under svangerskap gir rett til redusert egenandel ved fysikalsk behandling inntil seks måneder etter fødsel (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m, 2016, kap. 2). Det må foreligge henvisning fra lege (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m, 2016, § 1).

Arbeidsgiver har ansvar i forhold til å gi informasjon om mulige forhold som kan gi forplantningsskade, iverksetting av tiltak og eventuell omplassering av arbeidstaker hvor det er

tilfelle. Dette er regulert under Forskrift om utførelse av arbeid (2011) under kapittel 7, arbeid med fare for forplantningsskader.

2.3 Svangerskapsomsorgen i Norge

Det er handlingsprogrammet i Norges offentlige utredninger (NOU) 1984: Perinatal omsorg i Norge som ligger til grunne for svangerskapsomsorgens virksomhet i Norge (NOU 1984:17, 1984). Denne offentlige styringen omfatter form og innhold for virksomheten som skal medføre en bedre kvalitetskontroll. I Norge ivaretas gravide i hovedsak av leger og jordmødre i svangerskapsomsorgen. Kommunen er ansvarlig for primærhelsetjenesten, hvor også svangerskapsomsorgen faller inn under. Svangerskapsomsorg er frivillig. Den gravide kvinnen med normale svangerskap skal i utgangspunktet fritt kunne velge mellom å ha svangerskapskontrollene sine hos en allmennpraktiserende lege, hos jordmor eller i en kombinasjon. Basisprogrammet består av åtte svangerskapskontroller. Svangerskapskontroller er gratis i det offentlige helsevesenet. Kvinnen blir selektert av lege eller jordmor til spesialisthelsetjenesten hvis de innehar risiko i svangerskapet. Lege har mulighet til å gi sykemelding når det er behov for det. Både jordmor og lege kan søke om svangerskapspengene. Når kvinnen skal bli mor, har hun lønnet permisjon tre uker før termin- fra uke 37 (Helsedirektoratet, 2005).

2.3.1 Svangerskapsomsorgens mål

Målsetningen med svangerskapskonsultasjonene er hovedsakelig å sikre mor og barns velvære og helse. Dette gjennom å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens fysiske, psykiske og sosiale velvære er ivaretatt samt å sikre fosterets helse gjennom å oppdage og behandle sykdom og uheldige utfall (NOU 1984:17, 1984). Hensikten med svangerskapsomsorgen er gjentatt i Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Det er en faglige veiledning utarbeidet fra Helse- og omsorgsdepartementet med evidensbaserte anbefalinger vedrørende hva anses som *”best praksis”* innenfor svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2005).

2.3.2 Forebyggende helsearbeid

I tillegg til å ivareta mor og barns fysiske helse så skal innholdet i svangerskapsomsorgen vel så mye omhandle støtte og styrking av foreldrenes egne ressurser. Ved siden av medisinske undersøkelser så skal svangerskapsomsorgen gi råd og veiledning slik at foreldrene selv kan fatte beslutninger på rasjonelt grunnlag. Et aspekt ved forebyggende helsearbeid er å avdekke risiko for uheldige utfall. Et annet viktig aspekt er å identifisere og stimulere det friske, styrke kvinnens egne ressurser, muligheter til utvikling og trivsel, samt evne til å vare på seg selv og sitt barn

(Bergsjø, 2006). Forebyggende helsearbeid tar sikte på å styrke helsen blant folk. Ved å fremme helse styrker en beskyttelsesfaktoren mot sykdom. Folkehelsearbeidet er blant annet avhengig av en adekvat primærhelsetjeneste. Den helsefremmende ideologien bygger på at enkeltindividet må få innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen (Hamre, 2010). Slik kan de selv påvirke avgjørelser som har konsekvens for deres egen helse.

2.3.3 Svangerskapsomsorgens lovfestede ansvar for å gi informasjon

Leger og jordmødre som driver svangerskapskontroll må kjenne til lover og bestemmelser som gjelder for svangerskapet og de skal orientere den gravide om hvilke rettigheter hun har. Regler om pasientens rett til medvirkning og informasjon er lovfestet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Hovedregelen om retten til medvirkning i egen helsehjelp er sentral, men kapittelet inneholder også regler om pasientens rett til informasjon. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Det er lovfestet at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og helsepersonell skal sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Brukeren skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter i følge § 3-2, pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Informasjon er nødvendig for at pasienten skal kunne medvirke til egen helsehjelp. Pasienten får på denne måten grunnlag for å kunne ta et informert valg mellom tilgjengelig forsvarlige alternativer. Plikten til å gi informasjon hviler på det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999).

3 Metode

3.1 Hermeneutikk og den hermeneutiske spiral

Den hermeneutiske forståelse omhandler tolkning av meninger i menneskelige uttrykk (Malterud, 2011). Hermeneutikken er en vitenskapsfilosofisk retning innenfor den humanvitenskapelige tradisjon, i studiet om mennesket og menneskeskapte fenomener. Metodisk så omhandler det å fortolke et meningsinnhold ut fra den konteksten eller meningssammenhengen ytringene står i (Malterud, 2011). Hermeneutisk fortolkning søker å nå frem til gyldige fortolkninger av en teksts meninger (Kvale, 2009). En hermeneutisk tilnærming vektlegger at det ikke finnes en sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2013). Utgangspunktet i studien er at det er forforståelse som gjør at prosessen i det hele tatt kan komme i gang, og det er forståelsehorisonten som gir opphav til spørsmål og gir undersøkelsen retning.

Tolkning er en kontinuerlig frem- og tilbakeprosess mellom deler og helhet, som er en følge av den hermeneutiske spiral (Kvale, 2009). På grunn av at prosessen veksler mellom deler og helhet, så vil den stadig gi ny innsikt og dypere forståelse av teksten. Med utgangspunkt i en ofte vag forståelse av teksten som en helhet fortolkes de forskjellige delene, og ut ifra disse fortolkningene settes delene i en ny relasjon til helheten, som vil gi en stadig dypere forståelse av emnet (Kvale, 2009). Forskningsprosessen er dynamisk; det utvikles nye svar og fortolkninger, nye spørsmål, nye svar og fortolkninger (Thomassen, 2006). Slik er prosessen en runddans hvor ny kunnskap stadig utvinnes, og forståelsen og perspektivet stadig utvides.

Vi møter hver opplevelse som ny og den assimilerer og akkomoderer med den forforståelsen vi har og setter den på prøve. Slik endres forståelsehorisonten, ny mening kan oppstå og kunnskap utvikles (Thomassen, 2006).

3.1.1 Forforståelse

I møtet med andre har vi alltid med oss en forforståelse. Under innsamling, bearbeiding og analyse av empiriske data vil forforståelsen bestemme hvor vi retter blikket og hva vi får øye på (Malterud, 2011). Forforståelsen vår er vårt produktive utgangspunkt som gjør at forståelseprosessen i det hele tatt kan komme i gang. Det er forståelsehorisonten som gir opphav til spørsmål og gir undersøkelsen er retning (Thomassen, 2006). Tradisjonelt har forforståelsen, i følge Kvale (2009), kunne påvirke fortolkningene. Forforståelsen kan virke motsatt og er en

nødvendighet da den gir en forutsetning for å kunne nærme seg andre mennesker sin forståelse og opplevelse, for den reflekterer et felles kunnskapsrepertoar (Kvale, 2009).

Ved å være kvinne og jordmorstudent er jeg både deltaker og observatør i det empiriske feltet som jeg undersøker. Disse rollene kan påvirke ”blikket” og hva som legges merke til. I tråd av å være jordmorstudent så vil min bakgrunn kunne virke positivt i møtet med informantene. Det kan være fordelaktig da møtet oss i mellom vil bygge på en gjensidig opplevelse av respekt og forståelse. Samtidig så har det fordret en viss bevissthet om hvordan rollene kan påvirke hverandre. Det har stadig vært viktig å reflektere over dette ”blikket” underveis slik at forforståelsen ikke preget gjennomførelsen av studiet. For å kunne sette denne forforståelsen i parentes så har det vært en bevisst strategi å forsøke å ha et åpent sinn og ta utgangspunkt i kvinnene sine egne perspektiver.

3.2 Kvalitativt design- det kvalitative individuelle forskningsintervju

Valg av forskningsmetode er avhengig av blant annet hvilken problemstilling som skal besvares (Kvale, 2009). Formålet med denne studien var å få frem en rik beskrivelse fra de gravide kvinnene selv. Kvalitativt design er derfor egnet da det tar utgangspunkt i å få innsikt i individers livserfaring og deres egne fortolkninger (Malterud, 2011).

En induktiv tilnærming er datastyrt, ved å gå fra de empiriske data for å finne svar (Malterud, 2011). I denne studien var det ingen teorier eller hypoteser som skulle utprøves, og med et mål om å møte kvinnene med et åpent sinn så har studien en induktiv tilnærming med uttrykt ambisjon å representere data (Malterud, 2011). Målet var å gå fra empiriske data for å finne svar med utgangspunkt i kvinnene selv.

Det kvalitative intervju åpner opp for at den som skal intervjues kan beskrive og gi mening til det som skal utforskes (Kvale, 2009). På bakgrunn av formålet med å utforske deres erfaringer, opplevelser, beskrivelser og tanker ble det kvalitative individuelle forskningsintervjuet med en deskriptiv tilnærming valgt som metode. Med en deskriptiv tilnærming av intervjuet var målet å få frem rikest mulig beskrivelser, der deltakernes ord skaper bilder av det de forteller (Malterud, 2011). Det var av den grunn mest naturlig å benytte individuelle intervjuer.

Det er benyttet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4). Målet med en semistrukturert intervjuguide er å ha spørsmål som har til hensikt å få informanten til å reflektere over tema som

de blir spurt om (Kvale, 2009). Spørsmålene til intervjuguiden ble produsert med utgangspunkt i problemstillingen, og på bakgrunn av kjent aktuell forskning som omhandler temaet.

Det er viktig å gi rom for flertydighet; de fleste menneskelige fenomener har flere sider som kan gi viktig innsikt og perspektiv som endrer seg som følge av samtalen (Malterud, 2011).

Intervjuene ble gjennomført i overensstemmelse med intervjuguiden men med struktur som en åpen samtale og det var mulighet for toveis kommunikasjon. Strukturen på intervjuet la opp til dialog fremfor bare spørsmål og svar. Spørsmålene vekslet mellom å være konkrete og åpne for å kunne fange flere perspektiver av kvinnenens subjektive erfaringer og opplevelser. Oppsettet i intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk og spørsmålene og temaene som ble tatt opp underveis varierte ut ifra hva som dukket opp i samtalen. Det gav en stor grad av fleksibilitet som muliggjorde rom til å følge opp uventende vinklinger som informanten bidro med underveis (Malterud, 2011).

To pilotintervju er foretatt i forkant av intervjuene for å se hvordan spørsmålene fungerte i praksis (Malterud, 2011). Målet med pilotintervjuene var å undersøke hvor godt spørsmålene fanger de svarene som belyser problemstillingen og for å få erfaringer med intervjuformen. Erfaringer ble ervervet i både hvordan spørsmålene skulle stilles, hvordan følge opp kvinnenens svar og hvordan jeg påvirket intervjuet.

3.2.1 Utvalg og rekruttering

For å belyse problemstillingen på best mulig måte ble det satt opp et strategisk utvalg (Kvale, 2009). Målet for utvalget var å få frem varierte opplevelser og erfaringer blant kvinnene. Det kan være med å bidra til at ny kunnskap kan fremkomme i større grad enn ved et homogent utvalg (Malterud, 2011). Inklusjonskriteriene for denne studien er (1) friske førstegangsgravide, (2) over 20 år, (3) fra svangerskapsuke 37, (4) norsktalende som har vært (5) yrkesaktiv minst 50% i svangerskapet.

Kvinnene ble inkludert ut fra hvem som passet inklusjonskriteriene og hvem som var tilgjengelige på det aktuelle tidspunktet. Bekjente ble spurt om de kjente til noen som kunne passe inklusjonskriteriene og de fikk en generell forespørsel fra deres bekjente om de kunne tenke seg å få informasjon om prosjektet gjennom en melding fra meg. Da de godkjente dette ble det sendt en melding med kort informasjon om prosjektet og om godkjennelse til å sende et informasjonsskriv (vedlegg 3) per mail. Etter at de mottok informasjonsskrivet tok interesserte informanter kontakt

med meg hvis de ville delta. Samtlige som fikk informasjonsskrivet per epost ønsket å delta i prosjektet. Hele prosessen var basert på frivillighet og anonymitet. Det var avgjørende at ingen av informantene kjente hverandre og jeg visste heller ikke hvem informantene var før det første møtet.

Alle fikk utdelt informasjonsskriv før de besluttet om de ville delta (vedlegg 3) og alle signerte samtykkeerklæring før oppstart av intervjuet (vedlegg 4).

3.2.2 Presentasjon av informantene

Det endelige utvalget bestod av fem kvinnelige gravide som var gravide for første gang. De var fra svangerskapsuke 37-39. Alderen deres var fra 23-33 år. De har vokst opp på ulike geografiske steder i Norge, men har til felles at de alle bor i Oslo. En har yrkesutdanning, to har bachelorutdanning, en har masterutdanning, en var student og ble ferdig med sin bachelorutdanning underveis i svangerskapet. Tre jobbet på kontor med forskjellige type arbeidsoppgaver. To var i en jobb som involverte fysisk arbeid. Én av jobbene innebar mye reising. De hadde ulike arbeidsgivere, både i privat og offentlig sektor, og i store og små selskaper. Deres arbeidsuker varierte fra 19-50 timer. Alle, bortsett fra én, jobbet 100% ved svangerskapsstart. Én jobbet 100% hele svangerskapet uten å være sykemeldt. Fire ble sykemeldt, fra mellom 20 % til 100 %, i løpet av svangerskapet fra svangerskapsuke 24-36. Én kvinne tok ut to uker ferie før svangerskapspermisjon startet i uke 37. Én var deltids sykemeldt før svangerskapet. Fire hadde fast ansettelse, én hadde midlertidig ansettelse ved svangerskapsstart. Alle fem ble fulgt opp av både jordmor og lege i en kombinasjon gjennom svangerskapet. Alle ble fulgt av ulike helsestasjoner og legesentre gjennom svangerskapet.

3.2.3 Intervjuets kontekst

Konteksten er av betydning i intervjusituasjonen. Samtaler mellom mennesker innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling, og gjennom samtalene så deler og former vi den virkeligheten vi er en del av. Konteksten omkring samtalen vil være en viktig ramme for kunnskapsproduksjonen (Malterud, 2002).

Alle intervjuene ble foretatt rundt et bord hvor vi satt ovenfor hverandre. Det var rolig rundt oss uten distraksjoner fra miljøet rundt. Båndopptakeren ble lagt synlig på bordet, men på kanten av bordet slik at den ikke skulle være i direkte øyesyn under intervjuet. Kvinnene virket ikke til å la seg påvirke av båndopptakeren. Fra lydopptakene er det merkbart at intervjueren forandrer seg i de forskjellige intervjuene. Det kan være at tryggheten ble større i rollen som intervjuer underveis,

men og at det er etablert et interpersonlig samspill mellom intervjuer og informant som er spesielt for hvert møte. De fleste av intervjuene bærer preg av varierende grad av humor. Alle kvinnene svarer lett på spørsmålene og det bærer preg av at de er genuint interessert i å fortelle. Det ble skrevet notater etter hvert intervju for å ha beskrivelser og refleksjoner for konteksten av intervjuet.

3.2.4 Gjennomføringen av intervjuene

Kvale (2009) påpeker viktigheten av å oppnå trygghet og tillitt på et tidlig tidspunkt der det er den som intervjuer som legger føringer på hvordan intervjuet utvikler seg. Informantene fikk selv velge hvor gjennomføringen av intervjuet skulle foregå. Tre av intervjuene ble foretatt hjemme hos kvinnen. To av intervjuene fant sted på en cafe som de selv valgte. Ved intervjuene på cafe så ble det avtalt tidspunkt hvor det ikke skulle være "rolig" i cafeen og hvor vi kunne sitte for oss selv så ingen nødvendigvis skulle høre hva vi snakket om. Alle uttrykte at de var komfortable med møteplassen ved gjennomføringen av intervjuene. At de selv fikk velge møteplass kan vurderes som et godt utgangspunkt ved at de selv fikk velge omgivelsene, med mål om at de skulle føle seg trygge i situasjonen.

Samtalen ble startet med å takke for deres deltakelse. Dernest ble de informert om at det ville bli brukt båndopptaker, hvorpå alle godkjente. Formålet med prosjektet ble gjentatt samt forklaring på hvordan strukturen på intervjuet ville foregå og at det var ønskelig med dialog fremfor spørsmål og svar.

Intervjuet tok utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 3), men spørsmål og tema varierte fra gang til gang. Det var ønskelig å starte som en vanlig samtale før vi snakket om mer personlige tema etterhvert. Noen av spørsmålene var formulert for å bli kjent med informanten. Intervjuets start omhandlet hvordan de hadde hatt det i svangerskapet sitt, og hvordan de syntes det hadde fungert å jobbe og være gravid. Resten av intervjuet kretset rundt hvilken erfaringer de hadde fra oppfølgingen i svangerskapsomsorgen og de fikk også sette ord på hva de eventuelt ønsket seg i oppfølgingen. Avslutningsvis fikk de spørsmål om det var noe de ville tilføye eller om det var noe annet de ønsket å fortelle om. De fleste informantene fortalte da gjerne om det som var aktuelt for de her og nå. Emnene som kom opp var da av mer generell karakter, slik at det ble en naturlig avrundning på intervjusituasjonen. De ble og informert om å ta kontakt hvis de var noe som helst som kom opp i etterkant av intervjuet. Hvert intervju varte mellom 55 og 80 minutter.

3.3 Transkribering

Transkripsjonen innebærer en ny sammenheng som kan gi rom for andre ettertanker og slutninger og utgjør en begynnelse av analysefasen (Malterud, 2011). All transkribering fra intervjuene er gjennomført selv. Det medførte at jeg ble godt kjent med datamaterialet. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju. Samtalene er transkribert så nøyaktig som mulig for å ivareta meningsinnholdet. Latter, lengre pauser og nonverbale uttrykk er tatt med for å få med stemningen i samtalene. Det var god kvalitet på lydopptakene, slik at alle deler av samtalen ble fanget. Det ble 5,5 timer lydopptak som resulterte i 80 sider utskrift med transkripsjoner.

3.4 Analyse av data

Det er anvendt Granheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse for å analysere de transkriberte intervjuene. Det er en tolkningsprosess som fokuserer på likheter og ulikheter på de forskjellige delene av teksten (Granheim & Lundman, 2004). Målet med trinnvis analyse av datamaterialet som utgjør de transkriberte tekstene styrker muligheten for å skjerpe fokus på problemstilling og for å få ny innsikt i materialet gjennom å lese teksten ord for ord og hele tiden holde seg ”nærme” teksten. Granheim og Lundman (2004) beskriver innholdsanalyse som en metode som sikter til å beskrive både det manifeste og latente innholdet i teksten. Manifest analyse anvendes for å beskrive det som er åpent og synlig i teksten mens latent analyse anvendes for å beskrive hva teksten omhandler for å få en dypere forståelse av teksten (Granheim & Lundman, 2004).

De transkriberte intervjuene ble analysert steg for steg. Analysearbeidet startet med å lese grundig gjennom teksten for å få et inntrykk av *helheten*. Målet var å være åpen og mottakelig for innholdet; legge vekk den oppfattelsen som allerede hadde satt seg for å oppdage nye temaer og dimensjoner. Teksten ble sortert ut ifra det som sa noe om problemstillingen. Dette gjennom systematisk gjennomgang av teksten, linje for linje for å identifisere *meningsbærende enheter*. De meningsbærende enhetene ble markert i transkripsjonen og deretter satt inn i tabell.

Neste skritt omhandlet å systematisk hente ut mening ved å *kondensere* innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen, uten at budskapet forsvinner. De kondenserte meningsenhetene ble ført inn i samme tabell i tilknytning til de samme meningsbærende enhetene. De kondenserte meningsenhetene ble så sortert i grupper til et høyere nivå. Denne fasen handlet om å abstrahere. En *kode* er en fellesbetegnelse for en gruppe meningsenheter som handlet om det samme. Under denne delen av prosessen var fokus på fleksibilitet en forutsetning for å kunne få øye på noe nytt gjennom å fange det opp på en systematisk måte. Abstraksjonen fortsatte ved å

sammenlikne kodene ved å finne likheter og ulikheter som videre ble sortert i *subkategorier* og *kategorier*. Subgruppen ble en analyseenhet med et *kondensat*- et kunstig sitat som gjenfortalte og sammenfattet det som befant seg i den aktuelle subgruppen med deltagerens egne ord og begreper fra meningsbærende enheter. *Kategorier* kan sees på som et uttrykk for innholdet i teksten som danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet. Analysen frem til dette punktet utgjør den manifeste innholdet, som handler om det teksten sier. Kodene og subgrupper ble diskutert sammen med veileder som medanalysator. Hovedveileder har hatt tilgang til materialet underveis. Den underliggende meningen av det som fremkom av kategoriene er formulert til et *tema* som utgjør det latente innholdet. Det latente innholdet er rørelser mellom deler og helhet, mellom forståelse og forklaringer. Eksempel på analyse fra meningsbærende enhet til kategori er vist i Tabell 1.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
Fordi det tror jeg at vi aldri har snakket om en gang. Når det kommer til rettigheter og..	Det tror jeg at vi aldri har snakket om. Når det kommer til rettigheter.	Det har vi aldri snakket om	Mangel på informasjon- et udekt behov	Kvinnene tar egenansvar for å få informasjon
Jeg føler vel at når det kommer til jordmor så er det vel sånn at det er det jeg tar opp så svarer hun på. Det går ikke så mye andre veien. Det er ikke så mye hun forteller meg.. det er alltid jeg som tar initiativet.	Når det kommer til jordmor så er det jeg tar opp som hun svarer på. Det går ikke så mye andre veien. Det er ikke mye hun forteller meg, det er alltid jeg som tar initiativet.	De har ikke informert så mye. Det jeg tar opp svarer hun på.	Kvinnene tar selv eget ansvar	

Tabell 1 Eksempel på analyse fra meningsbærende enhet til kategori

3.5 Ethiske refleksjoner

Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier utgjør elementer av kunnskapen som utvikles og utveksles, det er derfor viktig å forstå og overholde forskningsetiske prinsipper og regler (Malterud, 2011).

I rekrutteringsprosessen er det gitt nødvendig informasjon om studiens hensikt, frivillig samtykke, konfidensialitet, anonymitet og praktisk informasjon om gjennomføringen av prosjektet gjennom et informasjonsskriv som er utdelt til alle. Samme informasjon er gjentatt før intervjuet startet. Alle signerte på at de har fått informasjon om studien og at de var villige til å delta. De fikk også tydelig informasjon om at de kan trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Dette samsvarer med prinsippet om nødvendighet at informantene på forhånd får vite nok om hvordan data skal innsamles og håndteres til at de kan si nei uten at de blir konsekvenser (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

Kravet til konfidensialitet er overholdt. Det er ingen som har hatt innsyn i datamaterialet før det er anonymisert og det er heller ikke mulig å identifisere deltakerne i det ferdige forskningsresultatet (Thagaard, 2013). Det fremkommer ikke personlige opplysninger som navn i lydopptakene. Det har derfor ikke vært nødvendig å gi pseudonymer. Hvis deltakerne selv har nevnt hvilken helsestasjon eller legesenter de tilhører så er denne informasjonen utelatt fra transkripsjonen da det ikke er av betydning for studiens art. Kvinnenes kontaktinformasjon og transkripsjonen er oppbevart på ulike steder gjennom hele prosessen. Lydopptakene ble slettet etter transkribering. Transkripsjonene har blitt oppbevart på en passord- beskyttet datamaskin så lenge arbeidet med studien har pågått, og slettes når studien avsluttes 27.10.2016. Signert samtykkeskjema er oppbevart i et låsbart skap og makuleres ved studiens slutt.

Det er viktig å være bevisst på eventuelle negative konsekvenser det kan være for informantene og være med i et studieprosjekt (Thagaard, 2013). Datainnsamlingene er av personlig karakter. Deltakerne har gitt innsikt i sine kunnskaper og erfaringer, som både har vært sensitive og fortrolige. Forfatteren har vektlagt å etablere en god kontakt med deltakeren basert på gjensidig tillitt og respekt. Dette i form av overholdelse av punktlighet til avtaler, ryddig og høflig korrespondanse i forkant av intervjuene, forutsigbarhet i henhold til samme og gjentakende informasjon, oppriktighet, åpenhet og interesse.

Relasjonen som ble etablert kan ha påvirket klimaet under intervjuene og avgjort hvor nærme forfatteren fikk komme og hva slags kunnskap informantene ville dele (Malterud, 2011). Det har vært gjennomgående god stemning under intervjuene og kvinnene har virket komfortable i settingen. De har invitert inn på samtaleemner uten begrensninger hvor de selv har tatt initiativet og tatt føringen. Det kan tyde på at rammene for intervjuet har vært tilfredsstillende og at temaene ble tatt opp på en respektfull måte. Underveis i prosessen har forfatteren i økende grad blitt bevisst

på at samtalene kan ha skapt en bevisstgjøring rundt temaene hos informantene og satt i gang overveielser og ettertanker som de om mulig ikke gjorde seg i utgangspunktet. Ved å fortelle hele historien kan de ha blitt bevisst sammenhenger de ikke har sett før. Målet har derfor vært og minske intervensjonseffekten i intervjuet for og ikke forstyrre kvinnens opplevelse av det de fortalte om, slik at de fikk snakke fritt uten avbrytelser (Malterud, 2011). Intervjuet kan også ha en positiv effekt på informantene da de får muligheten til å snakke om sine erfaringer (Polit & Beck, 2006). Slik kan deltakelsen i studien ha en nytteverdi for kvinnene som deltar.

Det er søkt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) om tillatelse om å gjøre studien (vedlegg 1). Studien var ikke søknadspliktig til REK (vedlegg 2). Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for forskning har blitt fulgt (World Medical Association, 2013).

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra intervjuene med utgangspunkt i problemstillingen. Det er resultatene som utgjør selve empirien i denne studien.

Fire kategorier ble identifisert i relasjon til studiens problemstilling, førstegangsgravides erfaringer fra svangerskapsomsorgen tilknyttet å være gravid i jobb: (1) Kvinnene tar egenansvar for å få informasjon, (2) Å føle seg alene i systemet, (3) Et ønske om å jobbe, (4) Manglende helhetlig oppfølging fra svangerskapsomsorgen. Resultatene henger i en viss grad sammen. De fremkom likevel som separate funn og er derfor presentert selvstendig hver for seg. Subkategorier og kategorier er vist i Tabell 2.

Subkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none">- ”Ta hensyn til deg selv”- Et udekt behov- mangel på informasjon- Kvinnene tar eget ansvar- Årsaker til at det gis manglende informasjon	Kvinnene tar egenansvar for å få informasjon
<ul style="list-style-type: none">- Det er opp til en selv å få hjelp- Mangel på informasjon gir usikkerhet- De har ikke sett mine behov	Å føle seg alene i systemet
<ul style="list-style-type: none">- Sykemelding som eneste alternativ men et ønske om å jobbe- En opplevelse av støtte og en følelse av å bli tatt seriøst ved sykemelding	Et ønske om å jobbe
<ul style="list-style-type: none">- Lege og jordmor har ulikt fokus i konsultasjonen- Manglende samarbeid mellom jordmor og lege	Manglende helhetlig oppfølging fra svangerskapsomsorgen

Tabell 2 Oversikt over resultatene med subkategorier og kategorier

4.1 Tema- Å få informasjon er ingen selvfølge

Resultatene som fremkom henger i noen grad sammen og kan sees i sammenheng med hverandre. Kvinnenes erfaringer med manglende informasjon om å være gravid i jobb var et sentralt funn, som også kan sees på som årsaksforklaring for flere av de andre resultatene som fremkom i studien. Kvinnene hadde en etterspørsel, et behov for informasjon som trengte å bli oppfylt. Da ikke svangerskapsomsorgen imøtekom dette behovet utviklet det seg til en opplevelse av mangel

på informasjon. Dette medførte til at kvinnene tok egenansvar og søkte informasjon selv. Kvinnene har opplevd usikkerhet i arbeidslivet på grunn av at de ikke har innehatt informasjon om rettigheter i arbeidslivet, og kvinnene har funnet frem til hjelp og støtte i systemet på egenhånd da det ikke er klargjort hvordan svangerskapsomsorgen er organisert. Det har ført til at noen av kvinnene har følt seg alene. Mangel på informasjon var også gjeldende da kvinnene ikke opplevde å få andre alternativer enn en mulighet til å bli sykemeldt. Slik kan resultatene også betraktes som et nettverk av erfaringer som henger sammen.

4.2 Kvinnene tar egenansvar for å få informasjon

Denne kategorien illustrerer kvinnenes erfaringer med manglende fokus og lite informasjon fra svangerskapsomsorgens side tilknyttet å være gravid i jobb. De har fått anbefalinger om å ta hensyn til seg selv på jobb, men ikke konkrete råd som forteller dem hvordan de skal ivareta seg selv i arbeidslivet. Kvinnene påpekte at det var nødvendig, og ikke minst viktig, å kjenne til egne rettigheter i arbeidslivet. Kvinnene fant selv løsninger og tok grep om situasjonen når ikke svangerskapsomsorgen oppfylte sitt informative ansvar. For å få dekket sitt informasjonsbehov tok de selv initiativ til å få informasjon på svangerskapskonsultasjonene, og de søkte alternative informasjonskilder. Temaet er basert på fire subkategorier som omhandler hvilke anbefalinger de har fått fra svangerskapsomsorgen, deres erfaringer med å få lite informasjon, et behov for informasjon og deres eget tiltak for å erverve seg den informasjonen de trenger. De adresserer selv mulige årsaker til svangerskapsomsorgens manglende informative rolle når det kommer til aktuell tematikk.

4.2.1 ”Ta hensyn til deg selv”

De rådene kvinnene har fått fra svangerskapskontrollen omhandlet først og fremst å ta hensyn til seg selv og kjenne på egne behov i arbeidslivet. Alle kvinnene erfarte at de i stor grad var oppfordret til å ta hensyn til seg selv og kjenne på hvilke behov de hadde i arbeidslivet. De fikk beskjed om å ta ting i eget tempo, lytte til egen kropp, ta hensyn til seg selv og generelt stresse ned på jobb. En kvinne sa at svangerskapsomsorgen gav henne dette rådet:

”Jeg har fått beskjed om at jeg skal ta ting i mitt eget tempo på jobb”.

4.2.2 Et udekt behov- mangel på informasjon

De fleste etterlyste at det var behov for informasjon og et rettet fokus på å være gravid i jobb da de befant seg i en ny situasjon og at de derfor trengte å bli kjent med sine rettigheter. Dette er

kunnskap de ikke innehadde fra tidligere og som de forklarte at de ikke hadde forutsetninger for å vite noe om. En sa det slik:

”Jeg har ikke gjort det før. Jeg vet ikke hvordan dette funker. Jeg gjør bare det de sier”.

Det fremkom fra en kvinne at det var informasjon som hun ikke kjente til, som hadde vært viktig og nødvendig å få vite om:

”Informasjon er viktig. Nå har ikke det skjedd for meg men det hadde vært fint med informasjon sånn at man vet mer. Å vite hva jeg har rett på, det skulle jeg gjerne ha visst. Det hadde spart meg for en del bekymringer angående jobb”.

Alle kvinnene beskrev at de hadde fått svært lite mot ingen informasjon tilknyttet det å være gravid i jobb. De opplevde at de ikke har fått informasjon om tilrettelegging av jobb, svangerskapsenger som et mulig alternativ til sykemelding eller andre rettigheter de hadde krav på i form av å være gravid arbeidstaker. Flere forklarte at svangerskapsomsorgen har hatt lite fokus og spørsmål rettet mot kvinnens arbeidsplass, miljø og hvordan hun har hatt det på jobb. En av kvinnene opplevde at svangerskapsomsorgen stadig fokuserte på hennes jobbsituasjon, hun forklarte at hun var sykemeldt før svangerskapets start, slik at hun jevnlig var hos sin lege for å snakke om jobb og eventuelt fornye sin sykemelding. Det synes hun hadde fungert godt, men informasjon angående hennes rettigheter i arbeidslivet var ikke tatt opp under disse konsultasjonene. Kvinnene følte seg trygge på at det fysiologiske ved å være gravid var godt ivaretatt men at det informative som omhandlet å være gravid i jobb stort sett var uteblitt fra konsultasjonene. Det fremkom at flere følte et savn etter å få mer informasjon fra svangerskapsomsorgen. En fortalte om sine svangerskapskonsultasjoner på denne måten:

”For enten jeg har vært hos lege eller jordmor så har det hovedsakelig vært for å sjekke om du er i god form. Er du i god form, også har jeg vært i god form og da er alt greit. Så er det å fylle ut skjemaene, så det er det”.

4.2.3 Kvinnene tar eget ansvar

Da ikke svangerskapsomsorgen tok initiativ til å spørre eller gi informasjon under konsultasjonen, tok kvinnene selv egenansvar gjennom å stille spørsmål for å få den informasjonen de hadde behov for. Det var i stor grad kvinnene som tok initiativ til informasjonsutveksling gjennom konsultasjonen. En beskrev det slik:

”Jeg føler at når det kommer til jordmor så er det sånn at det er det jeg tar opp som hun svarer på. Det går ikke så mye andre veien. Det er ikke mye hun forteller meg, det er alltid jeg som tar initiativet”.

Når de ikke har fått informasjon i forkant så synes noen av kvinnene at det var utfordrende å vite hva de skulle spørre om under konsultasjonene. De opplevde at de ikke har forutsetningene for å vite hva de skulle spørre om og at de dermed har gått glipp av informasjon. Flere av kvinnene ville helst ikke komme til det punktet at de måtte stille egne spørsmål for å få informasjon men at de befant seg i en situasjon hvor det ikke var annet alternativ. En fortalte om konsultasjonene slik:

”De har nok ikke gitt så mye informasjon sånn av seg selv. Det er nok mer hvis jeg lurer på noe så får jeg svar. Jeg føler at det er mye jeg kanskje ikke vet, men det er ikke alltid jeg vet hva jeg skal spørre om heller”.

En annen opplevde at det var uproblematisk at hun selv måtte ta initiativ til å få informasjon på konsultasjonene. Hun opplevde det som et eget og naturlig ansvar:

”Det er opp til meg selv også. Hva jeg sier og hva jeg trenger”.

Samtlige har søkt alternative informasjonskilder for å få informasjon, da oftest gjennom internett på forskjellige forum samt på NAV sine hjemmesider. Kvinnene har følt at de selv har egenansvar. De anså det som nødvendig å finne alternative informasjonskilder da det har vært lite informasjon som har omhandlet gravide i jobb underveis i svangerskapet. De har ulike erfaringer tilknyttet å finne frem til informasjonen de lette etter. En fortalte at hun fant frem til det hun ønsket å finne svar på:

”Jeg vet litt fordi jeg sitter og Googler meg til ganske mye. Det er der jeg har fått min informasjon om det jeg trenger”.

Andre synes at det var vanskelig å finne frem til informasjon på egenhånd og beskrev at de fortsatt ikke kjente til hva de hadde krav på. En kvinne uttrykte at hun følte seg usikker i denne søkeprosessen:

”Jeg prøvde å søke på NAV på nettet sånn arbeidssituasjonsmessig. Hva man kan søke på, kan man søke om penger, hva slags støtte kan man få, hva har man krav på når det gjelder jobb (..) Men det er nesten umulig å finne ut av. Jeg vet vel fortsatt ikke om jeg har funnet helt ut av det”.

4.2.4 Årsaker til at det gis manglende informasjon

Flere forklarte at de har kommet inn i systemet som friske gravide uten komplikasjoner og at det trolig kan ha gitt et inntrykk av at de ikke har hatt behov for å få informasjon, og at det derfor ikke var problematisert hvordan det gikk i arbeidslivet. Likeledes så påpekes det av flere at de også har et behov for informasjon. En kvinne fortalte om det på denne måten:

”Jeg tror at jeg har kommet inn som en person som har hatt det fint, og da er det ingen som har stilt spørsmålstegn eller følt at de har trengt å informere meg. Jeg har ikke stilt så mye spørsmål, og jeg har ikke hatt mye plager. Men det bør være et program for meg uansett. Alle har rett på den informasjonen. De kan ikke ta utgangspunktet i at jeg vet den informasjonen fra før”.

En opplevde at hun selv har hatt et ansvar for å kjenne på egne behov for å så si ifra hva hun trengte. Hun forklarte at årsaken til at det har vært lite informasjon i hennes tilfelle var at det ikke har vært relevant eller et behov for det. Da hun ikke har ytret noe om det, så har svangerskapsomsorgen ikke viet oppmerksomhet til det heller:

”Jeg synes at det er greit at jeg ikke har fått så mye informasjon eller at vi ikke har pratet noe særlig om det. Det hadde ikke vært så relevant i mitt tilfelle. Det er opp til meg også”.

4.3 Å føle seg alene i systemet

Da svangerskapsomsorgen ikke oppfylte deres behov så medførte det at de måtte ta seg frem i systemet på egenhånd. Denne kategorien er bundet sammen av tre subkategorier som alle bygger på en opplevelse av at det har vært manglende oppfølging og støttesystemer. Det har medført til usikkerhet og en følelse av at de stod alene. De opplevde at de befant seg i et system som ikke anerkjente behovet for oppfølging og oppmerksomhet tilknyttet å være gravid arbeidstaker.

4.3.1 Det er opp til en selv å få hjelp

For å fungere i jobb har flere hatt behov for økt oppfølging fra svangerskapsomsorgens side samt tiltak fra andre instanser i løpet av sitt svangerskap. Dette er tiltak de selv har tatt initiativ til og som har ført til at de har kunnet være i større stilling enn om de ikke fikk denne oppfølgingen. Noen fortalte at de trolig ikke ville fått denne hjelpen om de ikke hadde funnet frem til det selv.

Det har tatt tid og energi. Det har forekommet tilfeller der de har forhandlet seg frem til henvisninger fra lege for å få behandling og oppfølging for sine svangerskapsplager. En av kvinnene beskrev det på denne måten:

”At jeg ikke kunne få hjelp til hvor jeg kunne henvende meg, det synes jeg var dårlig. At jeg måtte finne ut av det selv. De tiltakene og hjelpen jeg har fått har jeg funnet ut av selv”.

Flere beskrev situasjoner hvor de har hatt følelsen av å stå alene. Deres beskrivelser fremkom gjennom hver og en sin unike fortelling av ulike selvopplevde situasjoner underveis i svangerskapet. Flere har måtte finne frem til tiltakene de har behov for på egenhånd uten hjelp i systemet og noen beskrev at de har gått glipp av relevant og vesentlig informasjon underveis i svangerskapet som de først har oppdaget da det var for sent. En fortalte at hun følte seg alene:

”Det føles rart fordi du sitter i en helt ny situasjon, helt alene og jeg har ingen venninner som er gravide. Jeg sitter der virkelig helt alene på mange måter. Så sitter man i Norge og da skulle man tro at det sånn helsemessig at det er et støtteapparat rundt deg. Det lille jeg har funnet ut av har jeg funnet ut av på egenhånd, helt alene. Og det er sikkert mye mer jeg burde vite om”.

4.3.2 Mangel på informasjon gir usikkerhet

Mangel på informasjon, førte til en viss grad av usikkerhet. Samtlige av kvinnene har følt seg usikker i arbeidslivet i løpet av sitt svangerskap på grunn av at de har manglet informasjon om sine rettigheter. Kvinnene var usikre på en rekke områder; (1) hvordan de stod i arbeidslivet i midlertidige stillinger, (2) muligheten til å få fast jobb når de var gravide, (3) om de kunne forhandle om lønn, (4) hva de kunne forvente av arbeidsgiver på jobb, (5) hva som forventes av de som arbeidstakere og (6) de var usikre på hvilket ansvarsområder svangerskapsomsorgen har for dem. Mange av kvinnene uttrykte at de ikke kjente til hvordan systemet rundt skulle ivareta og verne om deres interesser. En beskrev en situasjon som oppstod i svangerskapet slik:

”Hvis faktaene hadde vært der så hadde det kanskje vært enklere og tryggere, og føltes litt bedre å stå i jobb. Jeg turte ikke si at jeg var gravid før over halvveis i svangerskapet fordi jeg var i lønnsforhandlinger og jeg ikke visste hva jeg skulle forholde meg til. Det var slitsomt”.

4.3.3 De har ikke sett mine behov

Kvinnene beskrev at de ikke følte seg ”lest” av svangerskapsomsorgen ved at deres behov ikke var sett eller anerkjent. Det fremkom at kvinnene har fremmet både ønske og et behov for informasjon

og de har etterlyst tiltak for å kunne stå i jobb. Deres opplevelse var at oppfølgingen fra svangerskapsomsorgen ikke var individuelt tilpasset deres behov. Nesten samtlige har hatt et større behov for informasjon enn det de har mottatt. En beskrev sin opplevelse:

”(..) Som helsepersonell, det er jo nesten 50% av jobben din. Det å lese mennesker, å bli kjent med mennesker- det har jeg ikke følt stemmer. Det er kjipt når du kommer til lege eller jordmor og de ikke gir deg det du har behov for. Jeg går hjem etter timen og vet fortsatt ikke hvordan jeg skal forholde meg i arbeidslivet. ”.

4.4 Et ønske om å jobbe

Denne kategorien illustrerer hvordan kvinnene erfarte å få tilbud om sykemelding når de ikke anså det som nødvendig, og hvordan de opplevde å bli møtt av svangerskapsomsorgen når behovet for sykemelding forelå. Ønsket om å være i jobb var stort; opplevelsen av å bli tatt på alvor og følelsen av å få støtte var av betydning når det kom til å bli sykemeldt. Samtidig så opplevdes det som frustrerende at sykemelding var eneste mulighet, uten andre alternativer, da de egentlig søkte andre tiltak som kan være til hjelp for å kunne fortsette i jobb. Alle hadde en opplevelse av at det er enkelt å få sykemelding fra svangerskapsomsorgen. Kategorien baseres på to subkategorier.

4.4.1 Sykemelding som eneste alternativ, men et ønske om å jobbe

Alle kvinnene hadde et ønske om å jobbe under graviditeten. Deres opplevelse av å være på jobb var lystbetont og de synes at det var deilig å ha noe å gå til hver dag. De fleste erfarte under svangerskapet at det likevel var tyngre å komme seg igjennom jobbhverdagen noe som de og tok opp med svangerskapsomsorgen. De ble da anbefalt å ta imot sykemelding. En kvinne takket nei, til å bli sykemeldt, og fortsatte å jobbe en stund til, men ble deltids sykemeldt på et senere tidspunkt:

”Sykemelding ble tatt opp i uke 23, det var da han bragte det på banen og det eneste jeg ønsket var å fortsette som jeg gjorde på jobb”.

En annen kvinne ble anbefalt å bli sykemeldt men fortalte at hun i utgangspunktet ønsket å følge sine egne behov og selv velge hvordan hun skal leve livet sitt:

”Jeg har kanskje hatt godt av å blir satt tilbake med en sykemelding. Jeg kan se at det var smart å trappe ned og slappe av litt. Men jeg er jo frisk. Når jeg ikke merker noen tegn fra henne om at jeg

må stresse ned, så føler jeg at jeg trives best med å få gjøre det jeg har lyst til å gjøre. Da bør jeg jo gjøre det. Så lenge hun har det fint”.

Noen av kvinnene har hatt behov for råd og tiltak for å kunne fortsette i jobb. De har henvendt seg til svangerskapsomsorgen for å få bistand og det har resultert i et tilbud om sykemelding. De fortalte at tilbudet om sykemelding har kommet ved flere anledninger. Svangerskapsomsorgen har ikke tatt opp under konsultasjonene alternative muligheter til sykemelding; som tilretteleggelse av jobb, om de har snakket med sjefen sin om arbeidssituasjonen eller at det er gitt annen informasjon om deres rettigheter i arbeidslivet. En fortalte om at sykemelding var hennes eneste alternativ:

”Jeg ble aldri presentert for noe alternativ og måtte derfor være sykemeldt”.

De har enten funnet frem til egne tiltak for å kunne stå i jobb eller takket ja, til å bli sykemeldt i fravær av andre alternativer. En fortalte at hun har kjent frustrasjon rundt at hennes eneste alternativ er å bli sykemeldt da hun i utgangspunktet, har hatt et ønske om å være i jobb:

”Hva er alternativet mitt? Da sa han at han kunne gi meg en sykemelding. Sånt blir jeg ekstremt frustrert over fordi jeg har jo lyst til å jobbe”.

Kvinnene som ble sykemeldt opplevde det som svært enkelt å få sin sykemelding. En kvinne som ikke hadde hatt behov for sykemelding følte seg trygg på at det ikke ville sitte langt inne å gi henne en sykemelding hvis det var behov for det. De forklarte at det i stor grad var opp til de selv å bestemme når, og hvor mye, de ville sykemeldes. Kvinnene hadde både en forventning og en opplevelse om at var enkelt å bli sykemeldt. En kvinne fortalte om det slik:

”Jeg fikk sykemeldingen, men det synes jeg nesten ble for lett. Du får ikke en ordentlig sjekk heller. Jeg synes at det ligger mer i en undersøkelse enn å spørre hvordan jeg har det, klemme meg på hofta og skrive en sykemelding. Jeg kunne bare sagt at jeg hadde vondt for å få en sykemelding”.

En annen kvinne oppfattet at sykemelding ble ansett som første og beste løsning fra svangerskapsomsorgens side:

”Hvis man blir sykemeldt og man kunne før sykemeldingen hørt om tilretteleggelse av arbeid. Hørt om arbeidsgiver hadde mulighet til å tilrettelegge sånn at man kunne hatt en 100% stilling. At man tar stilling til tilretteleggelsen før man tar sykemeldingen. Fordi jeg tror at man har godt av hvis man kan jobbe og være i jobb. Å ikke løpe til NAV ved første og beste anledning. For det føles litt sånn at det mest naturlige å gjøre når du er gravid. At det er en enklere løsning”.

4.4.2 En opplevelse av støtte og en følelse av å bli tatt seriøst ved sykemelding

De kvinnene som har vært sykemeldt i løpet av sitt svangerskap erfarte i stor grad å bli tatt seriøst av sin lege. Det har vært rom for å snakke om sine plager og ubehag, de ble lyttet til og de opplevde å bli forstått. De hadde følelsen av å bli ivare tatt angående sykemelding. Hun sa det på denne måten:

”Han tar det jeg sier seriøst og undersøker eventuelt det som er problemet og så snakker vi eventuelt om sykemelding etter det. Det har vært veldig bra egentlig”.

De forklarte at det har vært en personlig prosess rundt det å godta å bli sykemeldt da de i utgangspunktet har hatt et ønske om å jobbe. Ved at de opplevde støtte og at de har blitt tatt på alvor har det gitt kvinnene en bedre følelse rundt det å bli sykemeldt. Kvinnen fortalte om det slik:

”Han har en forståelse og han får meg til å føle at det her går fint, det er ikke noe problem. Da er det sånn, da skal du ta det med ro. Da føles det litt bedre. Da har han en forståelse for det jeg sier og jeg blir tatt seriøst. Jeg har villet jobbet hele tiden, så det har føltes bedre sånn sett”.

Kvinnene erfarte å få støtte av lege tilknyttet sin sykemelding. Lege gav støtte gjennom å bekrefte at sykemelding var riktig i deres tilfelle eller at legen selv tok initiativ til sykemeldingen. Flere av kvinnene som var sykemeldt har opplevd at det har vært utfordrende å avgjøre når tiden var inne for sykemelding. Opplevelsen av støtte fra lege har ført til at kvinnen lettere har akseptert å bli sykemeldt:

”Når noen sier at det er greit at du sykemelder deg. Det synes jeg var veldig greit. Fordi da er det noen som tvinger deg til å slappe av. Det er vanskelig å sette seg selv i den situasjonen og si nå trenger jeg å slappe av litt”.

4.5 Manglende helhetlig oppfølging fra svangerskapsomsorgen

Denne kategorien baseres på to subkategorier. Det omhandler kvinnenenes erfaringer av svangerskapsomsorgen to ulike yrkesprofesjoner og hvilken betydning det viste seg å ha. Ulikt

fokus i konsultasjonen, og manglende samarbeid, har ført til usikkerhet vedrørende deres respektive ansvarsområder, har gitt et inntrykk av en manglende helhetlig oppfølging fra svangerskapsomsorgen.

4.5.1 Lege og jordmor har ulikt fokus i svangerskapskonsultasjonen

Lege og jordmor har hatt ulikt fokus under konsultasjonen hva gjelder det de informerer om, spør om og tar opp. Jordmor og lege har konsentrert seg om ulike områder under konsultasjonen og det har gitt en oppfatning av at lege og jordmor har ulike ansvarsområder i svangerskapsomsorgen. I følge kvinnene er organiseringen av svangerskapsomsorgen ikke gjennomgått eller forklart. Det har derfor for flere vært et bevisst valg å gå til både lege og jordmor, i en kombinasjon, for å få dekket flest mulig behov. En kvinne beskrev det på denne måten:

”Jeg opplever at lege har litt mer kroppslig fokus med blodprøver og urinprøver. Jobbsituasjonen er litt mer fastlegegeire uten at vi egentlig har snakket så mye om det, men hun har hvert fall spurt meg om jobb. Jordmor har aldri spurt eller snakket om jobb. Selve fødselen og graviditeten opplever jeg er mer jordmor sitt ansvar. Derfor har jeg fortsatt å gå til begge to”.

Alle kvinnene var usikre på om svangerskapsomsorgen har et ansvar for å formidle informasjon som omhandlet å være gravid i jobb da det har blitt gitt lite oppmerksomhet fra både lege og jordmor sin side.

4.5.2 Manglende samarbeid mellom jordmor og lege

Det fremkom at kvinnene opplevde at det var manglende samarbeidet mellom jordmor og lege var årsaken til at de har fått lite til ingen informasjon vedrørende det å være gravid i arbeidslivet. Da de to ulike yrkesprofesjonene ikke vet hva den andre har spurt eller informert om, så kan de ta for gitt at den andre allerede har spurt eller gitt aktuell informasjon. En beskrev det slik:

”Jeg tror fastlegene tror at jordmor informerer, eller at de tar det som en selvfølge at det er jordmor sin jobb. Det samme tenker jordmødrene. Da ender det opp med at ingen informerer om noe. Jeg fikk høre fra starten av at de skulle utfylle hverandre, det stemmer ikke helt”.

Med dette som bakgrunn så ville kvinnene tro at både jordmor og lege ville hatt interesse av å undersøke graviditetens påvirkning på arbeidet, da hver av profesjonene ikke vet hva den andre allerede har snakket om:

”Det jeg synes er vanskelig er at de ikke snakker med hverandre. De vet ikke hva slags informasjon jeg har fått fra den ene eller den andre. Man skulle tro at begge hadde hatt interesse av å spørre om hvordan det går på jobb. I og med at den andre ikke vet om det er spurt eller ikke”.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil empirien analyseres og diskuteres opp mot aktuelle lover, svangerskapsomsorgens anbefalinger og annen relevant forskning på området. Det fremkom flere funn av kvinnenes erfaringer. Resultatene står ikke isolert men har en relasjon til hverandre. For å strukturere diskusjonen og illustrere hvordan funnene henger sammen er resultatene delt opp i tre underkapitler. Metodens styrker og svakheter beskrives i et egen underkapittel, under metodediskusjon.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Nødvendig med informasjon?

Studien viste at kvinnene opplevde å være i en ny situasjon: de er gravide for første gang og de skal kombinere den nye rollen med å være i jobb. Livet har endret seg, og gjennom endringene oppstår det nye problemstillinger som de må forholde seg til. Kvinnene beskrev at det er behov for informasjon om egne rettigheter, at de ikke har denne kunnskapen fra tidligere og det kan være utfordrende å tilegne seg denne informasjonen på egenhånd. Studiens funn bekreftes av Bondas (2002), viss svangerskapsomsorg riktignok befinner seg i en annen kontekst, men funnene i studien viste at kvinnene hadde behov for informasjon om svangerskapet. Kvinnene ønsket råd og informasjon tidlig i svangerskapet for å kunne gjøre helsemessige endringer og for å kunne forberede seg på tiden som ville komme (Bondas, 2002). De viste at med lite erfaring så var det vanskelig for kvinnene å spørre og tilegne seg kunnskap på egen hånd (Bondas, 2002). Kvinnene i Bondas studie uttrykte et behov for generell informasjon i svangerskapet, det understreker likevel at kvinnene er i en situasjon hvor informasjon er nødvendig. Resultatene fra Bondas (2002) og min studie indikerer at svangerskapsomsorgen har et nødvendig og viktig ansvar i å formidle informasjon, og at det ikke er uproblematisk for kvinnene å tilegne seg den informasjonen de har behov for på egenhånd.

Det fremkom fra resultatene at kvinnene har fått mangelfull informasjon fra svangerskapsomsorgen om sine rettigheter i arbeidslivet. Dette kan indikere at svangerskapsomsorgen har fraskrevet seg det lovfestede ansvaret de innehar: svangerskapsomsorgens plikt til å informere, i følge (Helsepersonelloven, 1999). Kvinnenes rett til medvirkning og informasjon er ikke oppfylt da kvinnene ikke har mottatt den informasjonen de har krav på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2, så skal brukeren ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt

i tjenestetilbudet og hvilke rettigheter hun har. Gravide kvinners rettigheter i jobb er også lovfestet (Arbeidsmiljøloven, 2005; Folketrygdloven, 1997; Forskrift om utførelse av arbeid, 2011; Likestillingsloven, 2013) og vil naturlig falle inn under hva helsepersonell plikter å informere om. Det innebærer både informasjon om tilrettelegging (Arbeidsmiljøloven, 2005), rettigheter som skal sikre gravide likebehandling i arbeidslivet (Likestillingsloven, 2013) og Forskrift om utførelse av arbeid (2011) som skal verne om sikkerheten på arbeidsplassen til den gravide. Alle kvinner har krav på å få informasjon, uavhengig av om selv har ytret et ønske om det eller ikke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og helsepersonell er ansvarlig for å gi denne informasjonen (Helsepersonelloven, 1999).

Et av resultatene i denne studien viste at kvinnene har fått manglende informasjon fra svangerskapsomsorgen. Dette samsvarer med Fredriksen et al. (2010) studie. Et av funnene i denne studien antydte at det er lite oppmerksomhet på informasjon i svangerskapet vedrørende å være gravid i jobb, og at det var mangel på støtte- og oppfølgingssystemer (Fredriksen et al., 2010). En annen norsk studie har intervjuet jordmødre i svangerskapsomsorgen om deres oppfattelse av omsorg til yrkesaktive gravide kvinner (Alstveit, Severinsson, & Karlsen, 2011). Deres studie viste at jordmødrenes fremste strategi under konsultasjonen var å sørge for en åpen atmosfære for dialog. På bakgrunn av kvinnenes behov støttet jordmødrene kvinnene både ”internt” og ”eksternt”. Det ”eksterne” omhandlet å gi informativ støtte ved å forslå justeringer på jobb, hjelpe kvinnene å sette grenser for dem selv og anbefalinger på hvordan de kan organisere arbeidshverdagen. Jordmødrene erkjente at det var nødvendig å gi støtte og møte behovene til gravide i jobb (Alstveit et al., 2011). Det står i motsetning til resultatene i denne studien der det viste seg at temaet gravide i jobb ikke ble prioritert under svangerskapskonsultasjonene. Hvis svangerskapsomsorgen skal yte omsorg ut ifra behov så fordrer det både årvåkenhet og en sosial kompetanse for at kvinnenes behov skal fanges opp. Det risikerer også at kvinner som har behov for å få informasjon ikke får det. Kvinnene i denne studien uttrykte at de har kommet inn i svangerskapsomsorgen som friske gravide uten spesielle behov, det kan ha gitt et inntrykk av at kvinnens arbeidsliv ikke trenger og problematiseres i vesentlig grad. Det kan ha medvirket til at de ikke har mottatt informasjon. Som står i motsetning til hva kvinnene i studien faktisk uttrykte at de ønsket seg; at de hadde behov for informasjon om å være gravid i arbeidslivet. Hvis svangerskapsomsorgen etterlever de føringer og anbefalinger som er satt gjennom lovverket og Helsedirektoratas retningslinjer vedrørende å gi alle informasjon, vil det kunne bedre flere kvinner sitt utgangspunkt som gravide arbeidstakere. Når kvinner selv må ta initiativ til forhandlinger i arbeidslivet som angår tilrettelegging og andre tilpasninger (Alstveit, Severinsson, & Karlsen,

2010b; Fredriksen et al., 2010) vil informasjon om brukerrettigheter styrke ders posisjon i denne forhandlingen. Å gi informasjon vil gi enkeltindividet innflytelse, slik at hun selv kan påvirke avgjørelser som har konsekvenser for egen helse. Det vil harmonere med forebyggende helsearbeid som er integrert som en del av svangerskapsomsorgens uttrykte visjon. Det indikerer at svangerskapsomsorgens informasjonsstrategi bør bero på at samtlige kvinner får informasjon om sine rettigheter.

Denne studien fant at flere av kvinnene uttrykte at de fortsatt mot slutten av svangerskapet var usikre på sine rettigheter, på tross av at de forsøkte å tilegne seg informasjon både gjennom konsultasjonene i svangerskapsomsorgen og via andre kilder. Det er således mulig at kvinnene kan ha ”gått glipp” av flere av sine rettigheter da svangerskapsomsorgen ikke har informert om hva kvinnen egentlig har krav på. Fra svangerskapsomsorgens side var svangerskapsenger som et mulig alternativ til sykemelding aldri nevnt. Helde og Nossen (2016) viste at tallet på gravide som mottar svangerskapsenger har vært økende, men er fortsatt lavt. Det er mye som tyder på at det er et underforbruk av svangerskapsenger i Norge, og at det ofte skrives sykemelding der kvinnene heller skulle hatt svangerskapsenger (Idebanken, 2012). Hvis tilrettelegging ikke er mulig, og arbeidet er direkte eller indirekte skadelig for fosteret, skal svangerskapsenger alltid brukes. Dette er fravær som ikke skyldes sykdom og skal ikke regnes som sykefravær (Idebanken, 2012). Å bruke av sykepengere rettigheter, kan være en ulempe for den gravide kvinnen ved at det begrenser muligheter for sykemelding senere (Folketrygdloven, 1997). Det er usikkert hvorfor svangerskapsenger ikke er benyttet mer enn det er i dag. Da det tar lenger tid å fylle ut papirene for å søke om svangerskapsenger noe som gjør det til en mer tidskrevende prosess kan være en av forklaringene. Hva som tidligere har vært vanlig praksis i svangerskapsomsorgen kan også være en årsak. Lovverket legger opp til anvendelse av svangerskapsenger fremfor sykemelding hos friske gravide kvinner der tilrettelegging ikke er et alternativ (Folketrygdloven, 1997). For de kvinnene som er berettiget svangerskapsenger, vil det være en fordel at de får det de har krav på istedenfor å bli sykemeldt.

Kvinnene i denne studien beskrev at tilrettelegging på jobb var i liten, mot ingen grad, tatt frem under konsultasjonene. Det er arbeidsgiver som plikter å tilrettelegge for kvinnene (Arbeidsmiljøloven, 2005), men gjennom at kvinnene er klar over sine rettigheter kan hun selv påvirke sin arbeidssituasjon. Kvinnen har et ansvar som arbeidstaker og plikter å medvirke til at et forsvarlig arbeidsmiljø oppnås under graviditet (Arbeidsmiljøloven, 2005). Det vil derfor være nødvendig at kvinnen selv kjenner til at tilrettelegging og tilpasning av arbeidsoppgaver som

mulige alternativer, pålagt arbeidsgiver. Da vet kvinnen at hun har et forhandlingsgrunnlag. Ved at svangerskapsomsorgen informerer vil det bidra til å utvikle kvinnenes kunnskap som igjen kan bidra til å øke deres kapasitet i å handle for seg selv.

Forrige brukerundersøkelse vedrørende tilfredshet i svangerskapsomsorgen i Norge ble gjennomført i 2003, og viste at de tema som var dårligst dekket av svangerskapsomsorgen blant annet var sosial og trygderettigheter (TNS Gallup, 2003). Kvinnenes erfaringer i denne studien sammenfaller med hva denne brukerundersøkelsen uttrykker. Det er grunn til å anta at denne tematikken ikke har vært et fokusområde i svangerskapsomsorgen de siste 13 årene.

Selv om kvinnene beskyttes av et lovverk, viste et av resultatene i denne studien at kvinnene følte seg usikre i arbeidslivet. De henviste til at det under svangerskapet oppstod situasjoner på jobb hvor de var usikre på hvordan de skulle forholde seg som gravid arbeidstaker. Det i ulik grad opplevdes som belastende. De følte seg alene da de var usikre på svangerskapsomsorgens ansvarsområde, og de savnet et system som ivaretok dem. Lovverk har i hensikt å ivareta kvinnenes behov, det vil da være nødvendig at de kjenner til at lovverket eksisterer. Ut ifra funnene i studien, kan det tyde på at dagens praksis i svangerskapsomsorgen vedrørende å gi informasjon om kvinner sine yrkesrettigheter har mer å gå på. Hvor mange gravide i dag som savner informasjon om sine rettigheter, og hvordan informasjonen om deres kan nå ut til kvinnene på en best mulig måte vil være hensiktsmessig å se videre på. Kanskje det ville være nyttig og standardisere informasjon gjennom å legge konkrete føringer for hva svangerskapsomsorgen skal informere om, eller at det utarbeides et informasjonsskriv for å sikre at alle får lik informasjon? Ytterligere ville det være interessant å undersøke hvorfor svangerskapspengene ikke blir anvendt mer enn det er i dag.

5.1.2 Perspektiver på sykefravær

Kvinnene inkludert i studien var friske førstegangsgravide. Selv om kvinnene såkalt var friske per definisjon, var likevel fire av fem av kvinnene i varierende grad sykemeldte på grunn av svangerskapssymptomer. Svangerskapet er ansett som en normaltilstand, noe flere gravide kvinner kan oppleve som motsetningsfylt (Alstveit, Severinsson, & Karlsen, 2015; Fredriksen et al., 2010; Fredriksen, Moland, & Sundby, 2008). Som tidligere beskrevet i følge Helsedirektoratets (2005) retningslinjer for svangerskapsomsorgen er svangerskapssymptomer ikke definert som sykdom i svangerskapet, og er i utgangspunktet ikke kvalifisert for sykemelding (Folketrygdloven, 1997). Norske kvinner får innvilget sykemelding hvis plagene i svangerskapet er ”over normalt”, mens

sykemelding ikke blir innvilget for ”moderate plager” (Strand, 2002). Det legger opp til en praksis hvor vurderingene om sykepengen blir subjektiv og kan resultere i at det vil være en forskjell i hvem som får sykemelding for sine plager og hvem som ikke får det. Helserelaterte behov er sosialt konstruert og det er helsepersonell er ansvarlig for å bestemme hvilken behov som er legitime (Lian, 2000). Kvinnene i min studie uttrykte at det var enkelt å få sykemelding for sine svangerskapsplager, mot Fredriksen, Harris, Moland og Sundbye (2014) sin studie hvor kvinnene opplevde det som konfliktfylt rundt hvilken problemer som var berettiget for sykemelding. Det kan tyde på at gravide kvinner har ulike erfaringer vedrørende hva som er legitime behov for å få sykemelding og ikke.

På tross av den negative utviklingen i sykefravær på landsbasis indikerer denne studien sammen med andre studier at gravide ønsker, hvis muligheten er til stede, å være i jobb (Alstveit et al., 2010a; Campione, 2008). Det kan tyde på at økt sykefravær blant gravide kan skyldes andre forhold enn holdninger til arbeid. Jobben handler om identitet, mestring og interesser, - også under svangerskapet (Campione, 2008). Selv om kvinner i dag innehar multiple roller, viser Campione (2008) sin studie at arbeid har en stor påvirkning på kvinners velvære. Jobb er viktig, noe som også kvinnene i min studie uttrykker. Det argumenteres for at det vil være viktig at svangerskapsomsorgen fremmer kvinnenes alternativer slik at hun kan fortsette å arbeide fremfor å tilby sykemelding. Et av funnene i min studie var at sykemelding ikke ble problematisert i vesentlig grad og andre alternativer ikke ble fremmet. Kvinnen skal ikke fratas muligheten til å bli sykemeldt, men når kvinnen kan fungere i jobb, er det viktig at svangerskapsomsorgen og arbeidslivet legger til rette for dette. Empirien fra min studie kan gi et inntrykk av at sykemelding var en enklere løsning fremfor å fremme muligheten for tilrettelegging, bruk av svangerskapspenge og andre mulige tiltak som kvinnen har krav på. Flere studier tyder på at hvis arbeidet blir tilrettelagt reduseres fraværet (Kristensen et al., 2008; Strand, Wergeland, & Bjerkedal, 1998). Bare halvparten av de kvinnene som trenger tilrettelegging får det (Kristensen et al., 2008). Trolig skyldes det flere forhold. Både at det er vanskeligheter å tilrettelegge på en del arbeidsplasser, men også at det er et manglende fokus fra arbeidsliders side (Idebanken, 2012). I tillegg hvis ikke kvinnen kjenner til sine rettigheter, vil det kunne resultere i at tilrettelegging ikke blir fremmet som reel mulighet.

Dørheim et al. (2013) studie konkluderer med at sykemelding ofte har andre årsaker enn svangerskapet alene. Jobb,- og sosioøkonomiske faktorer er blant annet nevnt som mulige årsaker til at kvinnen blir sykemeldt under svangerskapet (Dørheim et al., 2013). Kvinnene i denne

studien etterlyste tiltak for å kunne fortsette i jobb. Begge studier gir et inntrykk av at flere kan fungere i jobb hvis det blir lagt til rette for det. Ansvaret hviler på flere skuldre og er avhengig av at alle parter bidrar. Arbeidsgiver er nødt for å leve opp til sitt pålagte ansvar, den gravide medarbeider må si ifra ved behov om justeringer av arbeidssituasjonen og svangerskapsomsorgen bør kartlegge arbeidssituasjonen og gi informasjon. Slik kan også svangerskapsomsorgen være en viktig medvirkende part, for å gi gravide de beste forutsetningene for å kunne fortsette i jobb under svangerskapet.

Resultatene i studien viste at holdningene til å bli sykemeldt er ambivalent. De har i utgangspunktet et sterkt ønske om å jobbe fremfor å bli sykemeldt, hvilket de hadde muligheten til ved flere anledninger. Samtidig så har de verdsatt at de har blitt tatt seriøst og fått støtte når deres behov for sykemelding var til stede. Dette samsvarer med studien til Fredriksen et al. (2010). Et av funnene i den studien er at gravide kvinnene ønsket å jobbe og det fremkommer at stilling og yrke er en viktig del av deres selvbilde. Kvinnene opplevde å bli sykemeldt som et nederlag, men også som en lettelse da det gav aksept for å ta vare på egen og barnet i magen sin velvære og helse (Fredriksen et al., 2010). Det kan gjenspeile det kvinnene i denne studien opplevde. Kvinnene ønsket å være i jobb under svangerskapet og flere la inn en stor innsats for å fortsette i arbeidet. Da de ble sykemeldt var det en indre prosess å erkjenne og godta at det var et faktum. Derfor verdsatte de at de fikk aksept hos sin lege. Når legen tok initiativ eller støttet opp under deres behov så slapp de å gjøre vurderingen alene; de ble skånet for ansvaret som hviler på den enkelte om å ta ansvar for egen og barnets helse og det gav legitimitet for å ta det med ro.

Regelverket skal virke restriktivt, men legger likevel opp til tolkning. Det er en skjønnsmessig medisinsk bedømmelse hvor grensen på ubehag og symptomer på sykdom som gir rett til sykepenger går. Ved uttalte svangerskapsplager, kan sykepenger gis. Det er da naturlig å drøfte hva legges i uttalte svangerskapsplager? Kan det hende at de løse definisjonene har ført til at praktiseringen av regelverket er blitt svært liberalt? Kan det være nødvendig å definere hva som er legitime behov for å standardisere en omsorg slik at helsepersonell skal slippe å foreta vanskelige avveininger ut ifra kvinnens ulike grader av symptomer? Ved å konkretisere begrepene kan det om mulig åpne opp for flere alternativer enn muligheten for sykemelding. På bakgrunn av funnene i denne samt andre studier vil det være nyttig og undersøke svangerskapsomsorgens holdninger til sykemelding, svangerskapsplager og tilrettelegging av arbeidet til gravide. Hvordan kan svangerskapsomsorgen sørge for at alle kvinner kjenner til at tilrettelegging av arbeidet er

lovpålagt slik at flere opplever å få det de har krav på? Hvilken vurderinger lege legger til grunn for å gi sykemelding ville også være interessant og viktig å se på.

5.1.3 Svangerskapsomsorgens rolle

Kvinnene opplevde at manglende samarbeid jordmor og lege i mellom kunne være en mulig årsak til det manglende fokuset på det å være gravid i jobb. I tillegg uttrykte kvinnene at jordmor og lege hadde ulikt fokus i konsultasjonene, angående hva de gjorde og informerte om, som førte til en oppfatning at de hadde ulike ansvarsområder i svangerskapsomsorgen. En systematisk oversikt konstaterer at svangerskapsomsorgen best skjer i samarbeid mellom jordmor og lege, som tyder på at kvinnen fritt kan velge etter eget ønske (Carroli et al., 2001). Ved at helsetjenesten er bestående av to ulike profesjoner, kan kvinnene oppleve å få det beste av to ”verdener”. På den andre siden så krever det en komplementær organisering som sikrer gode samarbeidsrutiner. Et prioritert mål ved svangerskapsomsorgen er å gjøre kvinnen i stand til å ta informerte beslutninger i alle deler av omsorgen (Helsedirektoratet, 2005). Kvinnenes erfaringer i denne studien impliserer et behov for en klargjøring av svangerskapsomsorgens ansvarsområde og hvordan organiseringen av tjenesten er lagt opp. Det samsvarer med Bondas (2002) studie hvor kvinnene uttrykket et ønske om å ha oversikt over hvordan oppfølgingen fra svangerskapsomsorgen skulle foregå. Når kvinnen fritt kan velge hvor hun vil følges opp i svangerskapet, av jordmor eller lege, må hun få muligheten til å fatte sin beslutning på riktig grunnlag. Da er det en forutsetning at kvinnene får informasjon om hvilket ansvar svangerskapsomsorgen har for kvinnen og hvordan tjenesten er organisert.

Funnene i studien indikerer at det er nødvendig med felles, og samme informasjon, fra både jordmor og lege for å møte kvinnenes behov for informasjon på en bedre måte. Jordmor og lege har felles plikt til å gi informasjon som er formulert og spesifisert i Retningslinjer for svangerskapsomsorgen og i lovverket: Helsedirektoratets (2005) retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefaler begge yrkesgrupper, lege og jordmor, å informere kvinnene om sine trykderettigheter i jobb og lovverket er gjeldende for begge yrkesgrupper, med fellesbetegnelsen helsepersonell, plikter å gi informasjon (Helsepersonelloven, 1999).

Historisk sett har graviditet vært ansett som en sykdom, og gravide kvinner definert som en pasient. Graviditet og fødsel ble betraktet som en risikotilstand, og det var vektlagt at kvinnen skulle hvile (Johannisson & Lyngar, 1996). Forventinger tilknyttet graden av aktivitet og deltakelse har endret seg stort siden den gang. Definisjonen av svangerskapet og fødsel har gradvis endret seg fra fokuset på å forhindre sykdom til å fremme helse. I Helsedirektoratets

retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005) anbefaler at svangerskap og fødsel bør anses som en normal fysiologisk tilstand og at gravide ikke bør stemples som syke. Det gjenspeiles også ut i fra retningslinjer for svangerskapsomsorgens konkrete råd, som anbefaler gravide kvinner å fortsette i jobb frem til uke 37 (Helsedirektoratet, 2005). Kvinnenes rolle i samfunnet har endret seg drastisk og i dag er nesten samtlige kvinner i fertil alder i arbeidslivet (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2015). Det kommer frem gjennom en rekke studier allerede presentert at gravide kvinner opplever det som svært strevsomt i arbeidslivet. Da er det viktig at svangerskapsomsorgen følger utviklingen og tilpasser tjenesten etter hva kvinnene har behov for. At det nå er en større andel gravide som befinner seg i arbeidslivet, åpner opp for at det kan være andre behov enn tidligere, og det stiller mulig nye krav til dagens svangerskapsomsorg. Når det forventes at gravide kvinner skal delta i arbeidslivet, da er det nødvendig med et tilbud som legger opp til at den gravide skal kunne fungere i jobb.

Resultatene impliserer at svangerskapsomsorgen ikke fyller sitt fulle potensialet som et helhetlig helsetjenestetilbud. Kan det være nødvendig med en gjennomgang av samarbeidsrutinene mellom jordmor og lege for å sikre best mulig praksis? Fungerer svangerskapsomsorgen tilfredsstillende i dag? I tillegg hvordan kan vi sørge for at gravide kvinner kjenner til hvordan organiseringen av svangerskapsomsorgen er lagt opp? Samfunnsutviklingen har ført til at de aller fleste kvinner i alderen 20-40 år i dag er i jobb, har svangerskapsomsorgen fulgt denne utviklingen og tilpasset seg kvinnenes behov underveis? Kan det være nødvendig å stille spørsmålet om svangerskapsomsorgen er utdatert i henhold til hvilken rolle kvinnen i dag innehar? Dette er faktorer som kan være bidragende til å optimalisere oppfølgingen kvinnene får fra svangerskapsomsorgen.

5.2 Metodediskusjon

Metodens styrker og svakheter diskuteres ut ifra Graneheim og Lundman (2004) dimensjoner av troverdighet i kvalitative studier; gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

5.2.1 Gyldighet

Gyldighet handler om at man har undersøkt det man skulle undersøke og refererer til hvor godt data og trinnene underveis i prosessen passer overens med studiens hensikt (Graneheim & Lundman, 2004).

Det var avtalt med 5 ulike helsestasjoner om at jordmor skulle være behjelpelig med å dele ut informasjonsskriv om studien under konsultasjonen med kvinnene. Da det er kjent at jordmødre

har en presset arbeidshverdag på helsestasjonene så var avtalen at de skulle være behjelpelig med å dele ut informasjonsskrivet til kvinnene som passet inklusjonskriteriene uten ytterligere ansvar for å informere om studien. Ved ønsket deltakelse kunne kvinnene ta direkte kontakt med forskeren. Da det ikke var noen kvinner som tok kontakt gjennom denne prosessen, så ble det nødvendig å endre strategi til hvem som passet inklusjonskriteriene samt var tilgjengelige. Det er vanskelig å slå fast hvorfor det ikke var noen som meldte seg til studien. Mulige årsaksfaktorer kan ha vært at de ikke mottok muntlig informasjon om studien og/eller kvinnenens langt kommende graviditet, svangerskapsuke 37-39. Viktige prinsipper ble overholdt i rekrutteringsprosessen; frivillighet, anonymitet og at de som ønsket å delta ikke visste hvem jeg var, og omvendt.

Det er avgjørende at rekrutteringen er frivillig. Kvinnenes motivasjon for å delta i studien kan sees på som en styrke da det var deres egen beslutning og involveres i studien. På den andre siden så kan det føre til at man kan gå glipp av informasjon fra andre som ikke vil delta i studien. Det er mulig å anta at de som ønsker å delta i studien har noe de ønsker å fortelle om, og det preger hvilke historier som kommer frem.

Å fange ulike perspektiver kan ansees som en styrke da det øker sannsynligheten for å kaste lys på problemstillingen med større variasjon (Graneheim & Lundman, 2004). Studien inkluderte kun fem kvinner, og det kan ha begrenset spennet i de levde erfaringene som kom frem. På den andre siden representerte kvinnene bredde og variasjon. De er i ulik alder, med ulike type jobber og alle er fulgt av forskjellige helsestasjoner og allmennleger i svangerskapet. Videre kan det diskuteres om utvalget, til tross for denne variasjonen, ble noe homogent. Fire av de fem kvinnene som deltok i studien var sykemeldt i varierende grad. Det kunne, om mulig, vært fruktbart og hatt med flere kvinner som ikke var sykemeldt for å få en ytterligere bredde av kvinnens erfaringer. Ut fra et tilstrekkelig rikt materiale, studiens tidsbegrensning og et ønske om å gjennomføre en grundig analyse, var årsakene til at det totalt ble fem kvinner som deltok i studien.

Et annet vesentlig aspekt for å oppnå gyldighet er om valgt metode er kompatibel med studiens hensikt (Graneheim & Lundman, 2004). Gruppeintervju kan også være egnet ut ifra studiens formål. Det ville være praktisk vanskelig å gjennomføre, i tillegg ville det gi en annen type kunnskap enn individuell samtale, fordi konteksten er forskjellig (Malterud, 2011). Likevel vil jeg hevde at individuell intervju er godt egnet som design da det kan åpne opp for rikere og dypere

beskrivelser enn ved et gruppeintervju, i tillegg til at rammene rundt intervjuet kan virke tryggere og føre til at kvinnen åpner opp for sine erfaringer i større grad.

Data er samlet inn med en semistrukturerte intervjuguide. Det medførte at ikke alle intervjuene ble gjennomført likt. Intervjuguiden ble tilpasset og endret etter hva kvinnene snakket om. Selvfølgelig vil dette kunne gi noen implikasjoner for dataene. Likevel vil jeg hevde at ved å både være åpen og fokusert på sammen tid gav økt rom for flertydighet under intervjuene.

Underveis i arbeidet så har hovedveileder hatt tilgang til alt av materialet og vært deltagende under analyseprosessen. Fortolkning av mønstre og sammenhenger i subgrupper og kategorier er diskutert. Selv om realiteten er subjektiv og mangfoldig så argumenterer Graneheim og Lundman (2004) for verdien av dialog med andre under analysen for å avdekke om det er enighet i måten data er merket og kategorisert.

Forforståelsen påvirker hele forskningsprosessen, fra de innledende fasene til prosjektets slutt (Malterud, 2011). Utdanningsbakgrunn som jordmorstudent med tilegnet teori og erfaringer er med å danne min forforståelse. I tillegg er jeg kvinne, hvilket trolig gjør at jeg i større grad, kan identifisere meg med hva kvinnene opplever. Jeg har hatt et inntrykk av at det har vært høy forekomst av sykemeldte gravide. Det har skapt en nysgjerrighet på hvordan kvinner som er gravide i jobb erfarer dagens svangerskapsomsorg, og hvilke behov de egentlig har.

Det er som mål at det empiriske data best mulig skal reflektere deltakernes erfaringer (Malterud, 2011). Det ble bevisst lagt opp til dialog under intervjuene, for at materialet i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom meg som intervjuer og kvinnene som deltar. Da har kvinnene kunnet korrigere eventuelle tolkninger som ble gjort underveis i intervjuet. Jeg har forsøkt å holde meg i bakgrunnen samt vært tro mot det kvinnene har fortalt, ved å gjengi deres erfaringer på en lojal måte. Den menneskelige faktor har likevel stor betydning (Malterud, 2011). Den som gjennomfører studien vil være med å medskape data. Det mellommenneskelige spillet foregår i en sosial kontekst. Kontakten man får under intervjuet vil variere da mennesker er forskjellige. Gjennom dette samspillet kan ny kunnskap vokse frem og vil være en forutsetning for fortolkning og er en sentral del av forskningsprosessen (Malterud, 2011).

For å styrke gyldigheten ytterligere kunne det vært gjennomført informantvalidering; at kvinnene fikk lese igjennom det transkriberte materialet for å vurdere forfatterens fortolkning. Det har det ikke vært anledning til.

En av studiens svakheter er manglende erfaring med denne type arbeid. Kvale (2009) påpeker at selv etter mye innlært teori og veiledning kan elementer i arbeidsstrukturen og fortolkningen ha blitt redusert på grunn av manglende erfaring.

5.2.2 Pålitelighet

Et annet aspekt ved troverdighet er pålitelighet, som omfatter om undersøkelsene er til å stole på (Graneheim & Lundman, 2004). Det er forsøkt å vise gjennomsiktighet i gjennomføringen av studien gjennom detaljert fremstilling av forskningsprosessen. Eksempler er vist frem i form av tabeller for å gi innblikk i fremgangsmåten av analysen. Resultatene er presentert med sitater. All datainnsamling er gjennomført av samme person. All transkripsjon er utført selv og rett etter opptakene. Det kan ha medført til at det er mindre sannsynlig at deltakernes beskrivelser har blitt feiltolket (Malterud, 2011). Intervjuene er skrevet ut ordrett, hvilket har muliggjort en analyseprosess som ligger nære teksten.

5.2.3 Overførbarhet

Troverdighet inkluderer også spørsmålet om overførbarhet, som referer til i hvilken grad resultatene kan overføres eller anvendes i andre kontekster eller situasjoner enn der studien er gjennomført (Graneheim & Lundman, 2004). I følge Graneheim og Lundman (2004) kan forfatteren komme med forslag, men det er opp til leseren å bestemme om funnene kan overføres til en annen kontekst.

For å gi leseren anledning til å vurdere studiens overførbarhet så er konteksten, utvalget, datainnsamlingen og analyseprosessen nøye beskrevet. En rik presentasjon av funnene sammen med sitater er presentert for at leseren kan vurdere om meningen gir innsikt av betydning for andre kontekster.

Denne studien tar utgangspunkt i en problemstilling få har undersøkt tidligere. I denne sammenheng åpner studien opp for nye spørsmål omkring svangerskapsomsorgens oppfølging av gravide kvinner i jobb. Med studiens induktive tilnærming var utgangspunktet å systematisere kvinnenenes erfaringer, og kvinnene i seg selv skulle danne empirien. Studien er en fortolket utgave av noen bestemte erfaringer og fungerer ikke som en fasit. Funnene gir likevel kunnskap og innsikt som kan anvendes i annen forskning, gjennom å danne grunnlag for andre studier som omhandler gravide i jobb sin helse og hvordan kvinnene på mest hensiktsmessig måte kan ivaretas i oppfølgingen av svangerskapsomsorgen.

6 Konklusjon og implikasjoner for praksis og videre forskning

Denne studien har satt søkelyset på hvordan friske førstegangs gravide kvinner erfarer svangerskapsomsorgen i Norge tilknyttet å være gravid i jobb. Kvinnene beskrev et mangfold av erfaringer som understøtter hvilken behov de opplever å ha under sitt svangerskap. Det er flere sentrale funn i denne studien. Det viste seg at kvinnene hadde behov for å få informasjon om å være gravid i jobb, de erfarte manglende fokus og informasjon om yrkesrettigheter fra svangerskapsomsorgen, de følte seg usikre i arbeidslivet da informasjonen ikke forelå og det forekom at de måtte finne frem til hjelp i systemet alene. Kvinnene problematiserte bruken av sykemelding, og de savnet at svangerskapsomsorgen fremmet alternativer slik at de heller kunne fortsette i jobb. Erkjennelsen av å bli sykemeldt måtte for flere bearbeides, da ønsket om å jobbe var stort. Derfor var det godt når svangerskapsomsorgen støttet opp når sykemelding var nødvendig. Kvinnene opplevde at det var uklarheter rundt svangerskapsomsorgens organisering og ansvarsområde, og uttrykte et ønske om å få informasjon vedrørende dette.

Resultatene viste et komplekst samspill, et nettverk av erfaringer ervervet fra svangerskapsomsorgen. Studien impliserer at svangerskapsomsorgen har en viktig rolle som et informativt tilbud. Studien tyder på at det er behov for å vie tid og oppmerksomhet under svangerskapskonsultasjonene tilknyttet informasjon om å være gravid i jobb. Videre indikerer studien at gravide har behov for klargjøring av jordmor og lege sitt ansvarsområde og hvordan tjenesten er organisert. Det kan se ut til at det er viktig at gravide i jobb kjenner til at det er alternativer i arbeidslivet, slik at sykemelding ikke fremstår som eneste alternativ. Hvis svangerskapsomsorgen oppfyller sitt informative ansvar kan det bidra til å bedre kvinnenes forutsetninger til å ivareta egen helse når de er gravid og i arbeidslivet.

Det er et lite utforsket område og studien har et begrenset omfang. Det gjør det nødvendig å gjennomføre mer omfattende studier som vil gi bedre innsikt, forståelse og øke kunnskapen på feltet. Funnene fra denne studien kan danne grunnlaget for ny forskning rettet mot gravide i jobb sin helhetlige helse, hvordan svangerskapsomsorgen kan imøtekomme deres behov og hvordan arbeidslivet kan bidra til at flest mulig gravide kan fungere godt i jobb. Videre forskning vil være viktig for å bedre gravide kvinner sine forutsetningene i arbeidslivet, med overordnet mål om at gravide yrkesaktive kvinner opplever å ha god helse, samt at de blir ivaretatt av systemet rundt seg.

Det vil i det videre arbeidet være viktig at gravide kvinner får en sentral plass i forskningen. Deres stemme vil gi viktige bidrag for å identifisere hvordan svangerskapsomsorgen best kan ivareta deres interesser som gravid i arbeidslivet. En ny brukerundersøkelse kan identifisere hvordan gravide opplever dagens svangerskapsomsorg. Det kan være nødvendig å kartlegge forekomst for å vurdere om det er nødvendig med forbedringer av allerede eksisterende praksis. Både kvalitative og kvantitative undersøkelser kan være aktuelt for å undersøke hva som er den mest effektive måten svangerskapsomsorgen kan sikre at alle gravide kvinner mottar god informasjon om sine rettigheter. Det vil også være sentralt som en del av kunnskapsgrunnlaget å kartlegge svangerskapsomsorgens holdninger til tilrettelegging, svangerskapspengene og sykemelding. Legenes perspektiver, hva de baserer sine utskrivelser av sykemeldinger på, kan være aktuelt å se videre på.

Litteraturliste

- Alstveit, M., Severinsson, E., & Karlsen, B. (2010a). Living on the edge of being overstretched - a Norwegian qualitative study of employed pregnant women. *Health Care for Women International*, 31(6), 533-551. doi:10.1080/07399331003611459
- Alstveit, M., Severinsson, E., & Karlsen, B. (2010b). Obtaining confirmation through social relationships: Norwegian first-time mothers' experiences while on maternity leave. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 113-118. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00508.x
- Alstveit, M., Severinsson, E., & Karlsen, B. (2011). Maternity care professionals' perceptions of supporting employed women in Norway. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), 316-322. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00620.x
- Alstveit, M., Severinsson, E., & Karlsen, B. (2015). Health Resources and Strategies among Employed Women in Norway during Pregnancy and Early Motherhood. *Nursing Research and Practice*, n/a. doi:10.1155/2015/705892
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern. LOV-06-17-62. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4 - KAPITTEL_4
- Arbeidstilsynet. (2006). Veiledning om arbeidstakere som er gravide, nylig har født eller ammer - risikovurdering og iverksetting av tiltak. Retrieved from <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=77952>
- Bergsjø, P. (2006). *Svangerskapsomsorg* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondas, T. (2000). *Att vara med barn : en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid*. Åbo akademis förlag, Åbo.
- Bondas, T. (2002). Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery*, 18(1), 61-71. doi:10.1054/midw.2002.0295
- Campione, W. (2008). Employed Women's Well-Being: The Global and Daily Impact of Work. *Journal of Family and Economic Issues*, 29(3), 346-361. doi:10.1007/s10834-008-9107-x
- Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Mugford, M., . . . Bergsjø, P. (2001). WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *The Lancet*, 357(9268), 1565-1570. doi:10.1016/S0140-6736(00)04723-1
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*
- Dørheim, S., Bjorvatn, B., & Eberhard - Gran, M. (2013). Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(5), 521-530. doi:10.1111/1471-0528.12035

- Europakommisjonen. (2000, 20. november). The introduction of measures to encourage improvements in the safety and health at work of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding. Retrieved from <http://www.handboka.no/Dok/Pdf/Atb/gravide.pdf>
- Folketrygdloven. (1997). Lov om folketrygd. LOV-1997-02-28-19. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven>
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. (2016). Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. FOR-2016-06-22-770. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-06-22-770?q=stønad til dekning av utgifter](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-06-22-770?q=stønad%20til%20dekning%20av%20utgifter)
- Forskrift om utførelse av arbeid. (2011). Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav. FOR-2011-12-06-1357. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/KAPITTEL 2-6 - KAPITTEL 2-6](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/KAPITTEL_2-6-KAPITTEL_2-6)
- Fredriksen, E. H., Harris, J., Moland, K. M., & Sundby, J. (2010). "A Defeat not to Be Ultra-Fit": Expectations and Experiences Related to Pregnancy and Employment in Contemporary Norway. *NORA: Nordic Journal of Women's Studies*, 18(3), 167-184. doi:10.1080/08038740.2010.498766
- Fredriksen, E. H., Harris, J., Moland, K. M., & Sundby, J. (2014). "They Ask Whether This Is Real or Fake": A Qualitative Norwegian Study of Pregnancy Complaints and Access to Social Benefits. *Health Care for Women International*, 35(3), 266-284 219p. doi:10.1080/07399332.2013.794463
- Fredriksen, E. H., Moland, K. M., & Sundby, J. (2008). "Listen to your body": A qualitative text analysis of internet discussions related to pregnancy health and pelvic girdle pain in pregnancy. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 294-299. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.02.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hamre, B. (2010). Svangerskapsomsorg. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (pp. 249-262). Oslo: Akribe.
- Helde, I., & Nossen, J. P. (2016). Sykefravær blant gravide 2001-2014. *Arbeid og velferd*, 1(2016), 121-134.
- Helsedirektoratet. (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL 2 - §10](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2-§10)

- Idebanken. (2012). Gravid medarbeider. Å tilrettelegge er gull verdt. *Idebanken.org*, 5-41.
- Johannisson, K., & Lyngar, M. (1996). *Det mørke kontinentet : kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo: Aventura.
- Kristensen, P., Nordhagen, R., Wergeland, E., & Bjerkedal, T. (2008). Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and child cohort study (MoBa).
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen T.M., & Rygge J.F. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lian, O. S. (2000). Behovet for helsetjenester - naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(1), 111-114.
- Likestillingsloven. (2013). Lov om likestilling mellom kjønnene. LOV-2013-06-21-59. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-59?q=likestillingsloven>
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Myklebø, S., & Thune, O. (2010). Sykefravær blant gravide. *Arbeid og velferd*, 2, 54-59.
- Mæland, J. G. (2014). *Trygd eller arbeid? : et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- NOU 1984:17. (1984). *Perinatal omsorg i Norge : helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Retrieved <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization* (6th ed. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rieck, K. M. E., & Telle, K. (2013). Sick leave before, during and after pregnancy. *Acta Sociologica*, 56(2), 117-137. doi:10.1177/0001699312468805
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2015). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015*. Statens arbeidsmiljøinstitutt
- Strand, K. (2002). Gravid i arbeid - integrering eller fravær? : kjønnsordningens dilemmaer (pp. 217-232). Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.

- Strand, K., Wergeland, E., & Bjerkedal, T. (1998). Job Adjustment as a Means to Reduce Sickness Absence During Pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 53(6), 340-341.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*: Gyldendal Akademisk.
- TNS gallup. (2003). *Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge : rapport fra brukerundersøkelse*
- World Health Organization. (2001, 05. februar). Strategic Action Plan for the health of Women in Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/69532/E73519.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2009a, 03. mars). European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf
- World Health Organization. (2009b). Women and Health: Today`s Evidence Tomorrow`s agenda. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44168/1/9789241563857_eng.pdf
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191. doi:10.1001/jama.2013.281053

Vedlegg 1



Zada Pajalic
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 06.06.2016

Vår ref: 48639 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48639</i>	<i>Svangerskapsomsorgens oppfølging- en kvalitativ studie av gravide kvinner i jobb</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Zada Pajalic</i>
<i>Student</i>	<i>Tina Linnerud</i>

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/personvern/meldeplikt/skjema.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, 27.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

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

Vedlegg 2

Hei

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering, mottatt 18.05.2016, vår referanse 2016/1014.

Prosjektets tittel er: «Svangerskapsomsorgens oppfølging- en kvalitativ studie av gravide kvinner i jobb».

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf §4 bokstav a.

Det er formålet med prosjektet som er avgjørende for om prosjektet skal legges frem for REK, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter eller benytter helseopplysninger.

Formålet med dette prosjektet er å få frem hvilken behov førstegangsgravide i jobb har for informasjon og råd fra svangerskapsomsorgen tilknyttet å være gravid i jobb, og hvordan de opplever å bli møtt. Prosjektet vil belyse friske gravide kvinner sin opplevelse av å være i jobb og identifisere hvilke erfaringer og behov de har for råd og informasjon i svangerskapet tilknyttet å være gravid i jobb.

Basert på opplysningene som gis, er ikke formålet med prosjektet å fremskaffe ny kunnskap om helse, sykdom, diagnostikk eller behandling. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Gjøril Bergva

Komitéssekretær
REK sør-øst D
Tlf: 22 84 55 29



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Svangerskapsomsorgens oppfølging- en kvalitativ studie av gravide kvinner i jobb”

Bakgrunn og formål

Formålet med dette prosjektet er å identifisere hvilken behov den gravide kvinnen i jobb har for oppfølging av jordmor eller lege i svangerskapsomsorgen.

Prosjektet er en del av et masterstudie i jordmorfag på HIOA, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kriteriet for å delta i studien er at du er førstegangsgavid fra uke 37, er over 20 år, har vært yrkesaktiv i minst 50% av svangerskapet, med normalt svangerskap og er norsktalende.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Det vil bli gjennomført et intervju med deg alene. Intervjuet vil dreie seg om hvordan du har hatt det i svangerskapet ditt tilknyttet det å være gravid og i jobb, hvilken ønsker og behov du har for oppfølging og hvordan du opplever å bli møtt og fulgt opp av lege eller jordmor i svangerskapsomsorgen.

Det vil ikke bli innhentet data fra andre kilder eller registre. Jeg vil bruke båndopptaker og skrive notater i intervjuet. Intervjuet vil ta ca. 1 time, og vi vil sammen avtale tidspunkt og sted for gjennomføringen av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til materialet som kommer frem i intervjuet. Det vil ikke være nødvendig å registrere sensitive personopplysninger om deg. Materialet som publiseres vil anonymiseres og deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet skal etter planen avsluttes 27.oktober 2016, og alle opplysninger som lydopptak og epostadresser vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Hvis du ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke deg fra prosjektet vil det ikke få noen innvirkning på deres forhold til behandlere eller andre.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Tina Linnerud, tlf: **92044153** eller sendt epost til: tina_linnerud@hotmail.com

Ta gjerne også kontakt med veileder for prosjektet, førsteamanuensis Zada Pajalic ved Høgskolen i Oslo og Akershus, tlf: **67236370** eller sendt epost til: zada.pajalic@hioa.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vedlegg 4

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5

Intervjuguide

- Hvilken svangerskapsuke er du i nå?
- Kan du fortelle om hvordan svangerskapet ditt har vært?
- Jobbet du før du ble gravid, eventuelt i hvor stor stilling?
- Kan du fortelle hva du jobber du med?
- Kan du fortelle om forventinger og tanker hadde du før du ble gravid om å være gravid i jobb? Ble det sånn du forventet at det skulle bli?
- Hvordan opplever du å være gravid og jobbe? Synes du at opplevelsen av å være gravid og i jobb har endret seg gjennom svangerskapet?
- Har du vært sykemeldt under graviditeten din?
Kan du du fortelle om hvordan du opplevde det?
- (*Ved sykemelding under svangerskapet*):
Hva var viktig for deg når du ble sykemeldt?
- Føler du at det forventes at du skal jobbe i svangerskapet? Opplever du at det påvirker deg i noen grad? Beskriv eventuelt hvordan du opplever det.

- Hva tenker du at er viktig å vite om svangerskapet?
- Hva tenker du at er viktig å vite om å være gravid i jobb?
- Hva tenker du at er viktig i oppfølgingen av gravide i jobb?

- Har svangerskapsomsorgen spurt deg om arbeidet ditt eller om arbeidsmiljøet?
- Hvordan har svangerskapsomsorgen informert deg om dine rettigheter: tilrettelegging på jobb, svangerskapspengene og sykemelding? Er det noe av informasjonen det hadde vært nyttig å få tidligere i svangerskapet?
- Kan du fortelle om hvordan svangerskapsomsorgen har snakket med deg om hvilken fysiske forandringer svangerskapet gjør med kroppen?
- Føler du at gjennom den informasjonen du har fått av svangerskapsomsorgen deg bedre forberedt på å være gravid og jobbe?
- Føler du at det er rom for å drøfte problemstillinger tilknyttet jobb i svangerskapsomsorgen? *Kom gjerne med eksempler*
- Tror du at informasjonen fra svangerskapsomsorgen har påvirket deg i det å være gravid i jobb? På hvilken måte?
- Har du mottatt skriftlig informasjon om å være gravid i jobb?
- Hvordan ville du opplevd det å spørre om sykemelding eller svangerskapspengene hvis det er aktuelt?
- Er det noe du kunne tenke deg at var annerledes med tanke på hvordan oppfølgingen har vært i svangerskapet?
- Opplever du støtte fra svangerskapsomsorgen?
- Er det noe jeg ikke har spurt om, som du vil fortelle mer om? Eller er det noe annet du vil fortelle om?