

MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG

November 2018

Jordmødres erfaringer med å gi informasjon til kvinner i svangerskapsomsorgen med fokus på epiduralanalgesi

En kvalitativ studie



Illustrasjon: Shutterstock, gjengitt med tillatelse

Kandidatnr: 602

Antall ord: 12305

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for SHA

Forord

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg tilegnet meg ny kunnskap som jeg vil ha nytte av i yrkeslivet. Prosessen har vært lang og tidkrevende og til tider har den vært utfordrende. Det har vært stunder med fortvilelse og entusiasme på en og samme tid, en prosess jeg ikke ville vært foruten.

Jeg vil rette en stor takk til informantene for deres interesse i min studie. Deres erfaringer har fått tanker og engasjement hos meg som jeg vil ta med meg videre i arbeidet med kvinner i svangerskapsomsorgen. Uten dere ville ikke denne studien vært mulig å gjennomføre.

En takk rettes til veiledere for gode råd og veiledning i denne tiden. Jeg ønsker å takke venner som har tatt seg tid til å lese korrektur og har kommet med konstruktive tilbakemeldinger og innspill.

Det sies at bak enhver suksessfull mann står det en kvinne, bak denne jordmoren står det en mann, min klippe og største støttespiller. Takk for at du har vist tålmodighet og kjærlighet i denne prosessen, og at du står på sidelinjen og heier, engasjerer og motiverer. Det betyr alt.

Oslo, november 2018.

Sammendrag

Tittel: Jordmødres erfaringer med å gi informasjon til kvinner i svangerskapsomsorgen med fokus på epiduralanalgesi.

Hensikt: Etablere innsikt og forståelse for hvordan jordmor gir informasjon om epiduralanalgesi til kvinner i svangerskapsomsorgen.

Problemstilling:

Hvordan erfarer jordmødre å gi informasjon til kvinner i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi?

Metode: Kvalitativt design. Semistrukturerte forskningsintervju med åtte jordmødre som har erfaring fra svangerskapsomsorgen.

Resultat: Funnene i studien tilsier at det er utfordringer som påvirker jordmors evne til å gi tilstrekkelig informasjon til kvinner i svangerskapsomsorgen om epidural.

Konklusjon: Både jordmor og helsestasjon bør vie tid og oppmerksomhet til disse utfordringene for å bedre kvinners evne til få å en reell mulighet å ta informerte valg og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapsomsorgen.

Nøkkelord: Erfaring, jordmor, informasjon, epidural, svangerskapsomsorgen

Abstract

Title: The midwives experience of providing information to women in antenatal care focusing on epidural analgesia.

Aim: Establish insight and understanding of how midwife provides information on epidural analgesia for women in antenatal care.

Thesis question: How do midwives experience providing information to women in antenatal care about epidural analgesia?

Method: The study has a qualitative design. The data material was collected by individual interview and with a qualitative manifest and latent content analysis.

Results: The findings in the study indicate that there are challenges that affect the midwife's ability to provide adequate information to women in antenatal care about epidural analgesia.

Conclusion: Both midwives and health centers should devote time and attention to these challenges to improve women's ability to have a real opportunity to make informed choices and to influence the follow-up in antenatal care.

Keywords: Experience, midwife, information, epidural, antenatal care.

INNHold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt med studien og problemstilling	1
1.2 Avgrensning av studien	1
1.3 Begrepsavklaring	2
2.0 BAKGRUNN	3
3.0 METODE	8
3.1 Kvalitativt design – det kvalitative forskningsintervju	8
3.2 Rekruttering og utvalg	9
3.3 Datainnsamling	10
3.4 Transkribering	13
3.5 Analyse	14
3.5.1 Meningsbærende enhet.....	14
3.5.2 Kondensert meningsbærende enhet.....	14
3.5.3 Kode.....	15
3.5.4 Underkategori og kategori.....	15
3.5.5 Tema	16
3.6 Forforståelse	16
3.7 Etske overveielser	17
4.0 RESULTATER	19
4.1 Informasjonsdeling i svangerskapsomsorgen	19
4.2 Premisser for samtalen	19
4.2.1 Kunnskap.....	19
4.2.2 Informasjon ved forespørsel	20
4.3 Holdninger og bevissthet	21
4.3.1 Individuell tilpassing.....	21
4.3.2 Selvbestemmelse.....	22
4.4 Rammer og verktøy	23
4.4.1 Tidsaspekt.....	23
4.4.2 Informasjonsverktøy	24
4.4.3 Språklig barriere	25

4.4.4. Rollefordeling.....	26
5.0 DISKUSJON	27
5.1 Diskusjon av resultater	27
5.1.1 Individuell tilpasning	27
5.1.2 Kunnskap.....	28
5.1.3 Informasjonsverktøy	30
5.1.4 Rollefordeling.....	32
5.1.5 Språkbarrieren	33
5.2 Diskusjon av studiens metodiske kvalitet	34
5.2.1 Diskusjon av forforståelse	35
5.2.2 Diskusjon av studiens design.....	35
5.2.3 Diskusjon av datainnsamling.....	36
5.2.4 Diskusjon av analyse.....	36
5.2.5 Diskusjon av etiske overveielser.....	37
5.2.6 Diskusjon av studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet.....	38
6.0 KONKLUSJON	40
6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	40
9.0 REFERANSELISTE	42

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 2 – Skjema til ledelsen om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NDS

Vedlegg 5 – Risikovurdering

1.0 INNLEDNING

Jeg opplevde under min tid på fødeavdelingen at en stor andel kvinner benyttet seg av epiduralanalgesi som smertelindringsmetode under fødselen. Dette til tross for at dette kan føre med seg flere bivirkninger. Ved fødeavdelingen var tiden ofte knapp og som jordmor hadde man ofte liten tid sammen med kvinnen. Dette begrenset ofte muligheten til å informere tilstrekkelig om smertelindringsmetoder. I den forbindelse ble jeg nysgjerrig på om dette stilte seg annerledes i svangerskapsomsorgen og førte til spørsmålet om hvordan jordmødre som følger kvinner under svangerskapet opplever å gi informasjon om epiduralanalgesi. Det har vært utfordrende å finne relevant litteratur og forskning rettet mot problemstillingen. Dette vekket nysgjerrigheten min ytterligere og førte til min problemstilling:

Hvordan erfarer jordmødre å gi informasjon til kvinner i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi?

1.1 Hensikt med studien og problemstilling

Hensikten med studien er å få innsikt i og en forståelse av hvordan jordmødre erfarer å informere kvinner i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi. Denne forståelsen kan være et viktig verktøy for helsepersonell i møte med gravide og fødende kvinner. Problemstillingen retter fokus mot et mindre belyst tema og kan gi en utdypet kunnskap og innsikt i betydningen av hvordan jordmødre handler i sin arbeidshverdag for å imøtekomme kvinnenens rett på informasjon. Studien kan skape engasjement innenfor et tema som er lite snakket om og gjennom økt innsikt og forståelse kan studien bidra til å tilrettelegge for kvinners mulighet til å foreta informert valg i samarbeid med jordmor.

1.2 Avgrensning av studien

Jeg har valgt å kun presentere og diskutere det informantene beskrev fra svangerskapsomsorgen, selv om flere av informantene også snakket om erfaringer fra fødeavdeling på sykehus.

1.3 Begrepsavklaring

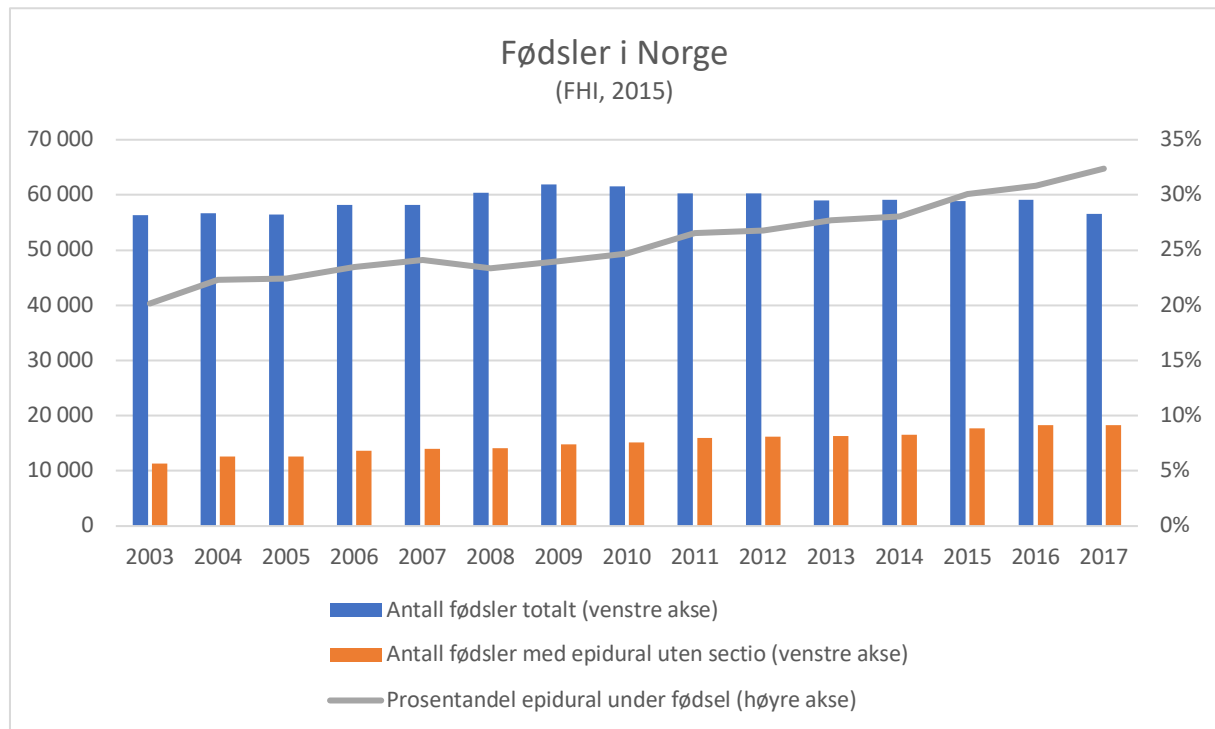
Erfaringer er en fellesbetegnelse på informasjon som erverves gjennom kunnskap fra eller viten ved selvopplevde situasjoner. I denne studien er erfaringene ervervet i møte med jordmødre i svangerskapsomsorgen.

Svangerskapsomsorgen er en tjeneste i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er stor oppslutning om tilbudet hos de gravide. Jordmødre er pålagt å tilby kvalitetsmessig god svangerskapsomsorg for å sikre god helse gjennom graviditeten (Helsedirektoratet, 2018, s. 2).

Epiduralanalgese er i dag den mest effektive smertelindringsmetoden for å lindre plagsomme, langvarige fødselssmerter og er et godt alternativ ved operative forløsninger og vaginal forløsning av seteleie (Maltau, 2001, s. 1564).

2.0 BAKGRUNN

Det ble født 56 547 barn i Norge i 2017 hvor 32,5% av fødslene ble gjennomført med epiduralanalgesi som smertelindringsmetode (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018). Dette gir en økningen i epiduralbruk på 61,5% i løpet av de siste 14 årene.



Figur1. Oversikt over antall fødsler i Norge og andel epidural. Laget av kandidaten 2018. Data er hentet ut fra folkehelseinstituttet (FHI, 2018).

Denne trenden trekkes også frem av Ellen Blix som sier at en fjerdedel av norske kvinner får epiduralanalgesi under fødsel (Blix, 2010, s. 398). I Storbritannia var andelen av kvinner som benyttet seg av epiduralanalgesi i 2017 17,9 prosent og viser at bruken av epiduralanalgesi er nedadgående (National Health Service, 2018).

Epiduralanalgesi er svært effektiv som smertelindringsmetode under fødsel, og spesielt gunstig ved for eksempel preeklampsi, flerlingsvangerskap, setefødsel eller dødfødsel (Blix, 2010, s. 398; Maltau, 2001). Strømskaug (referert i I. Ulvund, 2010a, s. 453) sier at epiduralanalgesi ble brukt som smertelindring første gang under fødsel i Norge i 1966. Epidural blir injisert i epiduralrommet ved hjelp av anestesilege ved at et tynt kateter tres inn i epiduralrommet. Det benyttes vanligvis en blanding av et lavdose-lokalanestetikum og et hurtigvirkende, fettopløselig opioid som injiseres via kateteret. Motorikken blir i liten grad

påvirket samtidig som at det gir en god smertelindring. Legemiddelet gis enten intermitterende eller via infusjonspumpe (Stocks & Griffiths, 2015, s. 76; I. Ulvund, 2010a, s. 453).

Oppmerksomheten rundt epidural går på sikkerheten og effekten den har, og mange helsepersonell og forbrukere er uvitende om potensielle ulemper med denne type smertelindring (Thorp & Breedlove, 1996). Roberts, Torvaldsen, Cameron og Olive (2004) peker på at metoden kan forstyrre mekanismene for en normal fødsel og i følge Norsk gynekologisk forening (2014) kan epiduralanalgesi forlenge fødselen, samtidig som at det er påvist mer bruk av oxytocin. I følge Thorp og Breedlove (1996) økes også sannsynligheten for instrumentelle inngrep og økning i kostnadene.

Black og Cyna (2006) beskriver hvilke risikofaktorer anestesileger rapporterer og diskuterer med kvinner ved bruk av epiduralanalgesi i fødsel. I sin studie trekkes spinalhodepine, punkturfeil, permanent nevrologisk skade, midlertidig nedsatt følelse i bein og blodtrykksfall som de fem mest vanlige risikoer som blir diskutert med kvinnen (Black & Cyna, 2006). Maltau (2001) peker på tilsvarende ulemper i sin artikkel og at jordmor plikter å informere kvinner om disse. Stirparo (2015, s. 66) sier at kvinner trenger informasjon om fordeler og ulemper relatert til epiduralanalgesi for å ta et informert valg. Videre anbefaler Stirparo (2015, s. 66) at jordmor gir kvinner nok informasjon slik at de kan ta en kvalifisert beslutning.

Det internasjonale forbundet for jordmødre definerer jordmor som en person som har fullført og bestått godkjent utdanning, og som har ervervet seg nødvendige kvalifikasjoner for å bli autorisert og/eller blir tildelt lisens til å utøve jordmorvirksomhet (International Confederation of Midwives [ICM], 2017). Det stilles krav til at jordmor skal være ansvarsbevisst og profesjonell, og skal arbeide sammen med kvinnen for å gi henne best mulig støtte, veiledning og omsorg i løpet av svangerskapet, fødsel og barseltid. Denne veiledning omfatter blant annet forberedelse til fødsel og foreldrerollen (International Confederation of Midwives, 2014).

For å høyne kvaliteten på jordmoromsorgen har ICM formulert etiske retningslinjer (ICM, 2014). I de etiske retningslinjene står det at jordmor skal utvikle et partnerskap med individuelle kvinner der de deler relevant informasjon som fører til informert beslutningsprosess, samtykke til en utviklende plan for omsorg og aksept av ansvar for

resultatene av deres valg (ICM, 2014, s. 1). Videre presiserer ICM at en jordmor har en sentral oppgave i å gi nødvendig veiledning og informasjon (ICM, 2014, s. 1). Dette støttes også av World Health Organization som i sitt avsnitt *Care in Normal Birth* poengterer at den viktigste jobben gjøres i forkant av fødsel ved å gi god informasjon (World Health Organization [WHO], 1996, s. 13).

Å kommunisere helsefaglig informasjon kan være utfordrende. Eide og Eide (2007, s. 17-22) beskriver elementer som empati, aktiv lytting, tillit, engasjement og tydelig formidling av innhold som nøkkelpunkter i hjelpende kommunikasjon. Videre skriver Eide og Eide at det er viktig å anerkjenne at forståelse av kultur, språk og fortolkning av meningsinnhold kan skape kommunikative utfordringer (Eide & Eide, 2007, s. 17-22). Dette kan forstås som at en standardisert kommunikasjonsform i mange tilfeller ikke vil være tilstrekkelig i møte med et mangfold av kvinner. Riddick-Thomas (2009, s. 60) sier at når en jordmor kommuniserer skal det tas hensyn til kvinnen som mottar informasjonen og omgivelsene. Selv med disse punktene tatt i betraktning, skal det likevel praktisk være mulig å tilrettelegge for informert valg til kvinnene (Riddick-Thomas, 2009, s. 60).

Draper (2004) sier at autonomi respekteres best hvis informasjon er tilpasset den enkelte kvinnens behov. Likevel bør det ligge til grunn retningslinjer for hva minimumsinformasjon bør være. Herunder er det forstått at informasjonsdeling skjer på et nivå der kvinnen vet nok til å stille spørsmål som gjør at jordmor kan skreddersy resten av informasjonen til pasientens behov (Draper, 2004, s. 27). På generelt grunnlag er det et spørsmål om balanse og en faglig vurdering ved å redusere mengde informasjon en kvinne trenger for å ta en avgjørelse. Relevant informasjon er det som forenkler autonomi, ingenting skal bevisst utelukkes som vil påvirke pasientens beslutning (Draper, 2004, s. 26). Draper (2004) peker også på at for mye informasjon kan føre til ubeslutsomhet og usikkerhet for kvinnen.

For å sikre at pasienten forstår informasjonen som er blitt gitt, påpeker Dimond (2011, s. 115) at det er betydelige fordeler ved å dele ut en informasjonsbrosjyre. Det samme bekreftes av Manning og Malone (2016, s. 103), hvor de fastslår at kombinasjonen av skriftlig og verbal informasjon er med på å fremheve budskapet. Ved å bruke mer enn en form for kommunikasjon er dette med på å øke forståelsen (Vögele, referert i Manning & Malone, 2016, s. 94). Black og Cyna (2006) bekrefter Dimond (2011) sitt poeng, og sier at verbal

informasjon sammen med standardiserte informasjonsskjemaer trolig er den mest hensiktsmessige måten for å tilrettelegge for gravide kvinners informerte valg.

Montgomery og Hale (2012) anbefaler at jordmor tilrettelegger for en samtale hvor kvinnen og deres partner blir informert om smertelindringsmetoder før fødsel. Her bør det gås i gjennom effekten av ulike medikamenter, samt risikoen og bivirkningen det har for mor og barn. Anbefalingen fra Montgomery og Hale (2012) er også nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre hvor det understrekes at jordmødre har særlig ansvar for å respektere kvinners rett til brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke (Den norske jordmorforening [DNJ], 2016).

Jordmor har som ansvar å utvikle og opprettholde relevante kunnskaper innenfor jordmorfaget, og holde seg faglig oppdatert til en hver tid (ICM, 2014, s. 2). Jordmødre har et ansvar for å utøve sin praksis gjennom oppdatert, evidensbasert og profesjonell kunnskap i alle miljøer og kulturer (ICM, 2014, s. 2). Tilsvarende krav er nedfelt i de nasjonalfaglige retningslinjene i svangerskapsomsorgen (2018, s. 6) hvor det står at jordmor skal gi kunnskapsbasert informasjon slik at kvinnen får en reel mulighet å ta informerte valg og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet.

Handlingsprogrammet Perinatal omsorg i Norge (NOU 1984:17, 1984) ligger til grunn for svangerskapsomsorgens virksomhet i Norge. Dette handlingsprogrammet utgjør en kvalitetskontroll av den offentlige styringen og i Norge ivaretas gravide kvinner i hovedsak av leger og jordmødre i svangerskapsomsorgen som er underlagt de nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2018). Svangerskapsomsorgen beskrives som en helsetjeneste som fremmer helse og forebygger sykdom. Tjenesten er et kostnadsfritt og frivillig tilbud, og består i hovedsak av åtte svangerskapskontroller (Helsedirektoratet, 2018, s. 2-9).

Jordmødre har et omfattende ansvar overfor kvinnen de møter i svangerskapsomsorgen. I yrkesetiske retningslinjer hos Den norske jordmorforening (2016, s. 1) er det beskrevet at “Jordmødre arbeider med kvinner, støtter deres rett til å delta aktivt i beslutninger vedrørende egen omsorg og myndiggjør kvinner til å snakke for seg selv om spørsmål som berører helsen til kvinner og deres familier i deres egen kultur”. Videre heter det at “Jordmødre ivaretar de

psykologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behovene til kvinnene når de søker helsetjeneste, uavhengig av deres livssituasjon.” (DNJ, 2016, s. 1).

En jordmor med jobb innenfor svangerskapskontroll må kjenne til lover og bestemmelser som gjelder for svangerskapet. Videre forventes det at de skal orientere den gravide om hvilke rettigheter hun har. Sentralt står retten til medvirkning i egen helsehjelp, men kapittelet inneholder også føringer om pasientens rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Plikten til å gi informasjon ligger hos jordmor, som har det faglige ansvaret for helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999). Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte. Det skal videre sikres at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene og at informasjonen er tilstrekkelig slik at kvinnen kan ivareta sine rettigheter i følge § 3-2, 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.

3.0 METODE

3.1 Kvalitativt design – det kvalitative forskningsintervju

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å benytte meg av kvalitativt design med individuell semistrukturert intervju som metode for å samle inn data (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 35). Kvalitativ metode er en forskningsstrategi for å beskrive, analysere og fortolke menneskelige erfaringer. Materialet består av tekst som er avledet fra samtaler i for eksempel intervjusituasjoner eller observasjoner (Malterud, 2011, s. 26). Ved at informantene deler sine personlige erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger kan det ved hjelp av kvalitativ metode, presentere mangfold og nyanser i det temaet jeg har valgt å studere (Malterud, 2011, s. 26). I denne studiens problemstilling søkes det etter informantenes erfaringer. I så måte er kvalitativt design hensiktsmessig fordi dette tillater forskeren å utforske mening, betydning og nyanser av atferd for å bedre forstå hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2011, s. 27).

Kvalitativt forskningsdesign har sitt utspring både i hermeneutikken og fenomenologien. *Hermeneutikken* er en erkjennelsestradisjon som handler om forståelse og tolkning av meninger i et menneskes uttrykk (Kvale et al., 2015, s. 73; Malterud, 2011, s. 44). En hermeneutisk tilnærming vektlegger fortolkningen, altså teksten kan forstås på flere måter og at det ikke finnes én sannhet. Med andre ord kan det sies at forskeren fortolker den allerede fortolket virkeligheten som informanten beskriver. Målet er å oppnå en gyldig beskrivelse av teksten (Thagaard, 2018, s. 37). *Fenomenologi* er en forståelsesform hvor menneskers erfaringer antas å være gyldig kunnskap. En forsker skal være forsiktig med å påberope seg en tydelig filosofi ved sin studie med mindre man innehar tilstrekkelig kunnskap om den fagfilosofiske litteraturen (Malterud, 2011, s. 45).

Jeg har valgt å analysere data ved hjelp av Graneheim og Lundman (2008) kvalitative manifest og latent innholdsanalyse (presentert nærmere i underkapittel 3.5). Denne analysemetoden fokuserer på tolkning av tekster og tillater forskeren å forstå materialet på forskjellige nivåer. Samtidig er kvalitativ innholdsanalyse fleksibel og kan for eksempel tilpasses datamateriale av varierende kvalitet og forskerens erfaring og kunnskap (Graneheim & Lundman, 2008, s. 171). Dette gir trygghet til meg som ny forsker.

3.2 Rekruttering og utvalg

For å få tak i informanter til studien valgte jeg å gjøre et strategisk utvalg (Malterud, 2011). Et strategisk utvalg tar utgangspunkt i en målsetting om at materialet skal ha best mulig utgangspunkt for å belyse spørsmålene studien stiller. Informantene bør derfor inneha kvalifikasjoner som oppfyller gitte kriterier (Malterud, 2011, s. 56). I tillegg til et strategisk utvalg brukte jeg bekvemmelighetsutvalg. Bekvemmelighetsutvalg innebærer at man har et tilgjengelighetsutvalg hvor man inkluderer informanter det er mulig å få tak i (Malterud, 2011, s. 57). For at informantene skulle inneha relevant erfaring for å best belyse problemstillingen, ble det utelukkende rekruttert via helsestasjoner. Inklusjonskriterier var at informantene jobbet i Sørøst-Norge, var jordmor og arbeidet i svangerskapsomsorgen.

Den 16. april 2018 sendte jeg ut e-post til 15 helsestasjoner i Sørøst-Norge med informasjon om studien. Jeg ønsket at helsestasjonen skulle dele ut skrivet om formålet med studien til sine jordmødre (vedlegg 1). Til tross for påminnelse til helsestasjonene i pågående uker, fikk jeg kun svar fra fem helsestasjoner. To av disse stilte seg positive til delta i studien, mens tre helsestasjoner kunne ikke delta på grunn av stor arbeidsbelastning og deltakelse i andre studier. Ettersom jeg bare hadde fått rekruttert to informanter til studien på dette tidspunktet, utvidet jeg den 13. juni 2018 min strategi til å rekruttere informanter via biveileder. Med andre ord bidro denne utvidelsen av rekrutteringsstrategien til at informanter ble rekruttert via et bekvemmelighetsutvalg. Ved å bruke denne metoden fikk jeg kontakt med syv interesserte informanter, hvorav alle av jordmødrene ble inkludert. Alle interesserte informanter oppfylte kriteriene for studien.

Hvor mange informanter som anbefales er avhengig av hvor rik informasjon utvalget kan gi oss, noe som påvirkes av utvalgets spesifisitet og hvor godt teoretisk forankret studien er, kvaliteten på interaksjonen og valg av analysemetode (Malterud, 2011, s. 60). Malterud skriver videre at om utvalget er rikt og variert, kan det utledes beskrivelser, begreper og teorier fra et mindre utvalg (Malterud, 2011, s. 60). Intensjonen var å få rikdom og variasjon i beskrivelsene ut i fra studiens problemstilling. Etter syv intervjuer konstaterte jeg at informantene uavhengig av hverandre hadde presentert lignende beskrivelser. For å forsikre meg om denne antagelsen gjennomførtes ytterligere to intervjuer og deretter besluttet jeg å avslutte datainnsamlingen. På grunn av teknisk utfordringer mistet jeg ett av intervjuene. Dermed ble det totalt åtte informanter i studien.

Hvis man har et svært homogent utvalg, altså at informantene er svært like, kan det være vanskelig å få frem ny kunnskap. Samtidig kan det å være like bety at informantene har et felles erfaringsgrunnlag (Malterud, 2011, s. 57). I denne studien er det rimelig å konkludere med at utvalget er homogent ettersom informantene har både samme kjønn, utdanning og yrke. Homogeniteten i utvalget sammen med problemstillingens grad av kompleksitet, tillot derfor et mindre antall informanter. På samme tid opplevde jeg at utvalgets meninger bidro til heterogenitet. Dette kan forklares av bakgrunnsvariablene informantene innehar, noe som bidro til å gi nyanserte og rike beskrivelser (se figur 2 for bakgrunnsvariabler).

Informant	Arbeidserfaring	Antall år som jordmor
1	Svangerskapsomsorgen	10 år
2	Svangerskapsomsorgen	9 år
3	Føde/barsel, svangerskapsomsorgen, helsesøster	12 år
4	Føde/barsel, svangerskapsomsorgen	12 år
5	Observasjonspost, svangerskapsomsorgen, leger uten grenser	10 år
6	Føde/barsel, observasjonspost, svangerskapsomsorgen	24 år
7	Fødeavdeling, fødepoliklinikk, svangerskapsomsorgen	28 år
8	Fødeavdeling, svangerskapsomsorgen	17 år

Figur 2. Oversikt bakgrunnsvariabler for informantene.

3.3 Datainnsamling

Essensen i et kvalitativt forskningsintervju er å forstå et fenomen gjennom samtale med mennesker (Malterud, 2011, s. 26). For å innhente jordmødrenes erfaringer ble semistrukturerte intervjuer benyttet. Denne intervjuformen er hensiktsmessig fordi deltakeren

gis større frihet og fleksibilitet til å fortelle om sine erfaringer, og kan gi forskeren anledning til å få vite noe man ikke hadde kjennskap til tidligere (Malterud, 2011, s. 129).

Innledningsvis ble også gruppeintervju vurdert. For å besvare forskningsspørsmålet i denne studien, opplevde jeg at denne intervjuformen ville stille for store krav til riktig gruppedynamikk. Malterud trekker frem at mangel på god dynamikk kan forhindre at avvikende synspunkter kommer frem eller at følsomme eller intime forhold kommer opp (Malterud, 2011, s. 68). Jeg ønsket at deltakeren skulle snakke fritt og styre samtalen og på den måten gis anledning til å sette premissene for å dele sine erfaringer.

Før gjennomføring av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide. Malterud (2011, s. 129) anbefaler at denne er skrevet i stikkordsform som en påminnelse av hvilke temaer forskeren ønsker å dekke. Guiden bør ikke standardiseres, men forskeren gjør lurt i å revidere den underveis i datainnsamlingsprosessen etter hvert som det gjøres erfaringer fra tidligere intervjuer. Kvale et al. (2015, s. 162) beskriver intervjuguiden som et manuskript som strukturerer intervjuforløpet. I semistrukturerte intervjuer inneholder guiden de temaer som man vil belyse og noen forslag til spørsmål (Kvale et al., 2015, s. 156).

Jeg utformet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3) for å hjelpe meg å holde fokus på tema, men samtidig gi anledning til fri dialog innenfor temaets rammer. Dette gjorde det mulig å styre samtalen unna mine forutinntatte meninger. Intervjuguiden omhandlet to nøkkelspørsmål; *hvordan erfarer du som jordmor å gi informasjon om epiduralanalgesi til kvinner og hvordan informerer du*. Oppfølgingsspørsmålene under hvert tema varierte fra intervju til intervju ettersom hva deltakeren snakket om.

Jordmødrene fikk selv velge tid og sted for intervju, og alle informantene ønsket å ha det på sin arbeidsplass. Før intervjuet startet hadde vi en uformell prat. Dette var viktig for å etablere kontakt mellom deltakeren og oppnå en mer avslappet og fortrolig stemning. Informantene fylte ut et skjema om bakgrunnsvariabler, samt skrev under informert samtykke før intervjuet begynte (vedlegg 1). I tillegg fikk de et skjema hvor arbeidsgiver måtte samtykke til intervjuet (vedlegg 2).

Det ble benyttet lydopptaker i alle intervjuene. I følge Kvale et al. (2015, s. 205) vil det å bruke lydopptaker under intervjuene bevare alt det som sies, på denne måten kan forskeren konsentrere seg om informantene og deres fortellinger. Lydopptakeren vil registrere ordbruk,

tonefall, pauser og lignende, slik at man kan gå tilbake å lytte (Kvale et al., 2015, s. 205). Min erfaring er at en lydopptaker var gunstig for å kunne frigjøre seg fra å skrive notater og kunne rette fokuset til informantene. En ulempe var at jeg mistet ett av intervjuene på grunn av tekniske problemer.

For å danne seg et bilde av hva som skulle diskuteres, fikk informantene se intervjuguiden før lydopptaket ble satt i gang. Innledningsvis ble formålet og etiske aspekter ved studien presentert. Det ble ikke tatt notater underveis for at samtalen skulle få en så naturlig flyt som mulig. Intervjuene ble gjennomført på jordmødrenes egen arbeidsplass. I tråd med OsloMet sine retningslinjer, benyttet jeg en lydopptaker via en applikasjon på mobiltelefonen under intervjuprosessen (OsloMet, 2017). Avslutningsvis ble samtlige informanter spurt om de hadde noe de ønsket å tilføye.

Intervjuene foregikk i perioden tirsdag 19. juni 2018 til og med torsdag 6. september 2018. Lengden på intervjuene varierte fra 22-35 minutter, i gjennomsnitt 25 minutter, eksklusive pauser. Det ble gjennomført et pilotintervju for å få en praktisk gjennomgang og for å sjekke at spørsmålene i guiden gav gode diskusjoner. Etter syvende semistrukturerte intervju opplevde jeg at jordmødrene kom med lignende beskrivelser av erfaringene fra praksis. Jeg utførte allikevel det åttende og niende intervjuet for å bekrefte at det ikke tilførte ny informasjon. Jeg følte jeg hadde fått et rikt, variert materiale og hadde derfor ikke behov for ytterligere intervjuer. Totalt intervjuet jeg ni informanter, hvorav ett av opptakene til intervjuet ble borte/ikke lastet opp via applikasjonen.

Antall Intervju	Type intervju	Varighet av opptak minutter
Intervju 1 (gjennomført 19.06.18)	Semistrukturert intervju	21:27
Intervju 2 (gjennomført 20.06.18)	Semistrukturert intervju	21:04

Intervju 3 (gjennomført 21 juni)	Semistrukturert intervju	33:22
Intervju 4 (gjennomført 22.06.18)	Semistrukturert intervju	20:08
Intervju 5 (gjennomført 27.06.18)	Semistrukturert intervju	22:53
Intervju 6 (gjennomført 28.06.18)	Semistrukturert intervju	22:05
Intervju 7 (gjennomført 02.08.18)	Semistrukturert intervju	35:01
Intervju 8 (gjennomført 06.09.18)	Semistrukturert intervju	27:35

Figur 3. Oversikt over antall intervjuer, type intervju og varighet av opptaket.

3.4 Transkribering

Ved å transkribere teksten gjør det at forskeren får gjenoppleve erfaringene fra feltarbeidet og gjøre seg kjent med temaer som kan gi mening i analysen. At forskeren selv utfører transkripsjonen gir større muligheter for å oppdage svakheter i materialet (Malterud, 2011, s. 78). En annen fordel er at meningsanalysen allerede er påbegynt, da man under transkriberingen vil til en viss grad huske eller gjøre seg tanker om de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen (Kvale et al., 2015, s. 207).

Transkriberingen ble utført umiddelbart i etterkant av hvert intervju. Det at diskusjonen var klarere i minnet gjorde det lettere å huske nyanser i samtalen. Jeg lyttet aktivt i opptakene og brukte høy lyd og øreplugg slik at jeg unngikk bakgrunnsstøy når jeg skrev teksten fra lydfilen. Enkelte avsnitt måtte lyttes til flere ganger fordi det var vanskelig å oppfatte hva som ble sagt. Når hele intervjuet var transkribert lyttet jeg til filen flere ganger for å gjengi

materialet korrekt. På denne måten mener jeg at materialet ble styrket og validert. De transkriberte intervjuene ble satt sammen til et dokument, min analyseenhet.

3.5 Analyse

For å analysere materialet, har jeg valgt å benytte meg av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2008). Dette er fordelaktig for å kunne forstå og beskrive meningsinnholdet hos informantene. Analysen blir gjennomført gjennom seks trinn for å systematisere, kondensere og abstrahere tekstmaterialet.

- 1) Meningsbærende enhet
- 2) Kondensert meningsbærende enhet
- 3) Kode
- 4) Underkategori
- 5) Kategori
- 6) Tema

En forutsetning for analysen er å velge analyseenheten. Intervjuene med informantene betegnes som analyseenhet, mens den delen av intervjuet som sammenfaller med intervju spørsmålet kalles domener (Graneheim & Lundman, 2008, s. 162).

3.5.1 Meningsbærende enhet

En meningsbærende enhet klassifiseres som en samling av ord og setninger som utgjør en viktig mening i lys av problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2008, s. 163). Etter transkribering av intervjuene, leste jeg igjennom materialet for å få en overordnet forståelse av innholdet. Deretter leste jeg igjennom på nytt for å identifisere viktig meningsbærende enheter som potensielt kan nyansere og gi meningsinnhold til problemstillingen. Jeg fant 195 meningsbærende enheter. Eksempel på meningsbærende enhet vises i figur 4.

3.5.2 Kondensert meningsbærende enhet

Kondensering er en prosess der de meningsbærende enhetene kortes ned samtidig som at det sentrale innholdet bevares. På denne måten blir innholdet mer letthåndterlig (Graneheim & Lundman, 2008, s. 163). Denne fremgangsmåten gav meg en bedre oversikt over innholdet i intervjuene og gjorde det lettere å sammenligne meningsbærende enheter på tvers av informantene. Jeg gikk igjennom kondenseringen flere ganger for å kontrollere at jeg ikke

mistet kjerneinnhold i enhetene. Eksempel på kondensert meningsbærende enhet vises i figur 4.

3.5.3 Kode

Koder benyttes for å ytterligere bryte ned kondenserte meningsbærende enheter. Dette kan forstås som etiketter eller merkelapper man setter på viktig innhold og tillater forskeren å se på dataene på en ny og annerledes måte (Graneheim & Lundman, 2008, s. 163). Ved å hente ut mening i de meningsbærende enhetene ble det skapt en kode til hver enhet. Også her måtte jeg passe på at meningen i enheten ble bevart. Eksempel på en kode vises i figur 4.

Meningsbærende enheter	Kondensert meningsbærende enheter	Koder
...Jeg vil jo alltid se an kvinnen og blir hun veldig skremt av det, så er det jo ikke alltid man går i detaljene om bivirkningene, men kanskje bare nevner at mange... Så kan det jo hende at man ikke går så detaljert i det selvfølgelig.	Avventer kvinnens reaksjon. Blir hun skremt, tilbakeholdes detaljer om bivirkninger.	Bivirkninger nevnes ikke alltid.
(...) Jeg tenker det er viktig at det ikke er jordmors holdning til epidural som kommer frem. Det er viktig å få med. (...) Her skal det være i forhold til hver enkelt kvinne og ikke hvordan jordmor opplever eller hva jordmor synes.	Jordmors holdning er ikke viktig. Det er opp til hver enkelt kvinne hva de ønsker.	Respektene kvinnens behov og ønsker.

Figur 4. Oversikt av meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter og koder.

3.5.4 Underkategori og kategori

En kategori består av flere koder som har lignende innhold og kan betraktes som et uttrykk for tekstens åpenbare innhold (Graneheim & Lundman, 2008, s. 163). Jeg valgte å lage underkategorier for å enklere identifisere hovedkategoriene. Ved å skrive ned alle kodene i Excel, ble det tilknyttet en underkategori for hver enkelt kode. Et viktig prinsipp innenfor innholdsanalysen er at ingen kode skal falle mellom, eller passe inn i to eller flere kategorier (Graneheim & Lundman, 2008, s. 163). Dette opplevde jeg som en utfordring, og måtte flere ganger revidere kategoriene. Disse ble deretter komprimert, slik at jeg sto igjen med ni underkategorier som jeg synes representerte innholdet i analyseenheten. Underkategoriene ble

deretter sortert til den kategorien som beskrev dem best. Utfallet av denne prosessen ble at jeg dannet tre kategorier (se figur 5).

3.5.5 Tema

I en innholdsanalyse er temaet å anse som den røde tråden av meninger som fremkommer kategorier og underkategorier. Med andre ord vil et tema gjenspeile det underliggende budskapet i informasjon som ble trukket ut av den faktiske teksten (Graneheim & Lundman, 2008, s. 164). Temaet som jeg utformet var informasjonsdeling i svangerskapsomsorgen.

Tema	Informasjonsdeling i svangerskapsomsorgen							
Kategori	Premisser for samtalen		Holdninger og bevissthet		Rammer og verktøy			
Underkategori	Kunnskap	Informasjon ved forespørsel	Individuell tilpasning	Selvbestemmelse	Tidsaspekt	Informasjonsverktøy	Språklig barriere	Rollefordeling

Figur 5. Oversikt over tema, kategori og underkategorier.

3.6 Forforståelse

Forforståelsen er kunnskap, erfaring og hypoteser forskeren tar med seg inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2011, s. 40). I følge Gadamer er forforståelsen viktig for å avdekke, diskutere, utvikle og øke egen bevissthet omkring temaet som studeres. Forståelsen påvirkes av forskerens intuisjon, innsikt og bevissthet rundt egne fordommer (Fleming, Gaidys & Robb, 2003; Nyström, 2008, s. 127). På den positive siden kan forforståelsen gi motivasjon til å gjennomføre forskningsprosessen rundt et bestemt tema. På den andre siden, kan forforståelsen fungere som skylapper og begrense forskerens evne til å tolke funnene sine eller å se sammenhenger. På bakgrunn av dette vil prosjektets troverdighet styrkes ved å redegjøre for sin forforståelse (Malterud, 2011, s. 41).

Arbeidslivet har gitt meg erfaringer i å takle medmenneskelige situasjoner, fra livets start til slutt. Undring og refleksjon over mellommenneskelige møter med fremmede som jeg har kommet nær som jordmor har vært en berikelse. Som jordmor i svangerskapsomsorgen vet jeg selv hvordan arbeidshverdagen på godt og vondt kan påvirke evnen til å yte omsorg. Jeg er kjent med retningslinjene om at kvinner har rett på individuell tilpasning, samtidig som at

deres rett på innflytelse i oppfølgingen og mulighet til å foreta informerte valg skal respekteres.

Min personlige erfaring tilsier at tiden ikke alltid strekker til i møter med gravide og kan påvirke muligheten til å gi tilstrekkelig informasjon. Disse erfaringene blandet med kunnskap gjennom studier, kurs og forskning har dannet min forforståelse. Med dette som bakgrunn er det viktig at jeg ikke lar mine forkunnskaper påvirke informantenes fortellinger eller funn i materialet.

3.7 Etiske overveielser

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata [NSD] (2018) (vedlegg 4) og gjennomført i overensstemmelse med Helsinkideklarasjonen (World Medical Assosiation [WMA], 2018). I denne deklarasjonen heter det blant annet at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter (WMA, 2018). Tilsvarende står nedfelt i Helseforskningsloven (2008, § 5):

Forskningen skal være basert på respekt for forskningsdeltakerens menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakerens velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser.

Ved medisinsk forskning som omfatter mennesker er det viktig at formålet er viktigere enn belastningen som deltakerne eventuelt blir påført som følge av forskningen (Malterud, 2011, s. 201). Det er viktig at forskeren kjenner og forstår disse forskningsetiske prinsippene og reglene. Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter, og gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som utforskes. I slike situasjoner skal vi bruke skjønn til å utøve en ansvarlig forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin kunnskap eller sin hverdag (WMA, 2018).

Opplysninger og vurderinger som kan knyttes til enkeltpersoner anses å være personopplysninger (OsloMet, 2017). For å sikre deltakernes anonymitet valgte jeg å gi alle et pseudonym i tekstmaterialet. Prosjektets tilhørighet er ikke spesifisert i oppgaven og jeg har omskrevet og standardisert sitater fra dialekter til bokmål for å minimere risikoen for at informantene skal være gjenkjennbare. I så måte anser jeg at studien håndterer

personopplysninger i tråd med NSD og OsloMet sine retningslinjer (Norsk senter for forskningsdata, 2018; OsloMet, 2017).

På det tidspunktet jeg sendte inn meldeskjema til NSD var problemstillingens ordlyd noe annerledes. Revidert meldeskjema er ikke sendt inn da den endrede ordlyden anses å være av mindre betydning for problemstillingen.

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv til deltakerne som inkluderte et samtykkeskjema (vedlegg 1). I tillegg ble det utarbeidet et skriv til å gjennomføre datainnsamling fra hver enkelt leder ved de respektive helsestasjonene hvor jeg ønsket å intervju (vedlegg 2). Alle informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og skrev deretter under på samtykkeerklæringen. Deltakerne ble forsikret om at deres anonymitet ville bli ivaretatt og at de kunne trekke seg fra studien før analyseprosessen var startet. Ingen av deltakerne har i ettertid tatt kontakt for å melde seg av studien.

Det ble informert om at lydopptakene ville oppbevares i et lukket skap under hele prosessen, for deretter å bli slettet i etterkant av studien. Samtykkeerklæringen ble oppbevart etter gjeldende regler (OsloMet, 2017). Jordmødrene som deltok i min studie ble informert om at de kunne trekke seg uten begrunnelse. Jeg oppfordret å ta kontakt hvis de lurte på noe og de fikk tilbud om å lese den ferdige studien.

4.0 RESULTATER

Det overordnede temaet i analysen er informasjonsdeling i svangerskapsomsorgen. Temaet vil først bli presentert, som summerer opp i korte trekk hva hovedfunnene er. Deretter følger en kort oppsummering av kategoriene, for at funnene senere blir presentert under hver underkategori i rangert rekkefølge, jamfør figur 5.

4.1 Informasjonsdeling i svangerskapsomsorgen

Flere av jordmødrene i intervjuene kunne fortelle at det var utfordringer i forbindelse med å gi tilstrekkelig informasjon om epidural i svangerskapsomsorgen. Det er mange årsaker til dette, men en fremtredende forklaring var kvinnens mottagelighet.

De kvinnene som selv etterspurte informasjon om temaet fikk oftere en mer grunnleggende forklaring. Jordmødre opplevde at disse oftere hadde lest seg opp på temaet, noe som gjorde det enklere å gå i dybden på smertelindringsmetoder. En hemmende faktor i jordmødrenes informasjonsdeling var språkbarrierer. I samtaler med minoritetskvinner, selv med tolk til sted, gav det jordmor en viss usikkerhet ved hvorvidt budskapet ble forstått. Et annet usikkerhetsmoment var jordmors egen kunnskap om epiduralanalgesi. De fleste informantene baserte sin kunnskap på egne erfaringer, og var i liten grad oppdatert på ny forskning om temaet. Avslutningsvis trekkes individuell tilpassing av omsorgen som en viktig faktor for hvor mye informasjon som ble gitt. Alle informantene var bevisste dette prinsippet og sa at det ikke var praktisk mulig å gi lik informasjon til alle.

4.2 Premisser for samtalen

Jordmødrene i studien beskrev at det var viktig å informere kvinnene om epiduralanalgesi slik at de har muligheten til å ta en avgjørelse basert på kunnskap. Samtidig ble det angitt at mye av samtalen baserte seg på jordmors egen erfaring og at det hersket usikkerhet hvorvidt den forskningsbaserte kunnskapen var oppdatert. Videre nevnte flere av informantene at temaet epidural ikke ble regelmessig dekket med mindre kvinnene selv tok det opp.

4.2.1 Kunnskap

Et overordnet funn er at samtlige jordmødre gav uttrykk for at erfaringsbasert kunnskap dominerte deres veiledning og informasjonsdeling til kvinnene. Denne kunnskapen baseres i

stor grad på deres erfaring fra ulike arbeidsplasser, mens enkelte informanter brukte erfaring fra egen fødsel. Flere av informantene supplerer egne erfaringer med forskningsbasert kunnskap ervervet gjennom studier og kurs. Majoriteten gav likevel uttrykk for at deres kunnskap i enda større grad kunne baseres på relevant forskning.

Jeg vil tro hovedvekten min går på erfaring. Prøver å lese og følge med på ting også som skjer rundt her, men jeg føler jeg bygger mye på min erfaring opp gjennom mange år.

“Trine”

Det uttrykkes usikkerhet hvorvidt den forskningsbaserte kunnskapen som benyttes er oppdatert, og i hvilken grad kurs man deltar på er basert på erfaringer eller forskning. Videre ble det beskrevet at jordmor ikke aktivt går inn for å søke etter ny og oppdatert informasjon om temaet, men legger til grunn at dette gjøres av “andre” innenfor helsevesenet. Flere informanter erkjente at de ikke hadde lest forskning om epidural de siste årene og at dette var grunnen til at de i stor grad baserte seg på erfaringsbasert kunnskap. Om smertelindringsmetoder ble det gitt uttrykk for av flere at deres kunnskap kunne være utdatert eller utilstrekkelig. En informant uttalte at hun satte sin lit til at anestesilege eller jordmødre på fødeavdeling ville gi mer utdypende informasjon til den fødende kvinnen.

4.2.2 Informasjon ved forespørsel

Flertallet av informantene ga kun informasjon om smertelindring og epidural dersom kvinnen selv tok opp temaet. Det ble nevnt at det kom an på om kvinnen selv viste interesse og ønske om å lære. Dersom dette ikke var tilfelle, ønsket ikke jordmor å overøse kvinnene med informasjon. Det uttryktes at smertelindring måtte være en naturlig del av samtalen før det ble tatt opp og at man så an kvinnens behov. Noen anga at de lot seg styre av stemningen og hvilket forhold de hadde med kvinnen. Dersom kjemien tillot det, ble det nevnt at mer omfattende informasjon ble gitt til enkelte.

Flere informanter sa at det ikke var en del av planleggingen å diskutere temaet, men ville gi informasjon ved forespørsel dersom partneren var med. Det erkjennes av enkelte jordmødre at det snakkes for lite om epidural og at det burde brukes mer tid for å dekke temaet. Et fåtall av

jordmødrene uttrykte at de aktivt planlegger slik at smertelindring generelt, og epiduralanalgesi spesielt, blir snakket om. Dette skjer som oftest ved samtale om fødsel.

Jeg gjør det hvis noen spør om epidural... Hvis det blir et naturlig tema å ta opp. Hvis de ikke spør meg om epidural overhodet så har jeg ikke, så er det ikke sikkert jeg gir det informerte valget til alle gravide i svangerskapet...

“Tonje”

4.3 Holdninger og bevissthet

Jordmødrene i denne studien var samstemte i at både individuell tilpasning og kvinnens rett til selvbestemmelse var viktige prinsipper i deres råd og veiledning. I ulik grad ble det informert forskjellig avhengig av kvinnens mottagelighet og interesse for det aktuelle temaet.

4.3.1 Individuell tilpassing

Gjennomgående i samtlige intervjuer var at jordmødrene tilpasset informasjonen individuelt i konsultasjonene med kvinnene. Eksempler på uttalelser som er beskrivende for dette var; ”du må jo tilpasse den enkelte”, ”individuell tilpassing er jeg veldig bevisst på” og ”det er ikke noe fast svar på det, det avhenger av kvinnen som sitter her.” Flere beskrev at de var bevisste på kravet om å ta hensyn til kvinnens unike behov.

En gjennomgående trend i intervjuene var at deler av informasjon om epidural ble holdt tilbake. Som eksempel ble det trukket frem at kvinner som uttrykte frykt for fødselen ikke ble informert om alle bivirkninger av epidural. Epidural nevnes i enkelte tilfeller som et positivt verktøy for å overkomme frykten enkelte kvinner opplever. Eventuelt så dekkes de viktigste aspektene ved smertelindringsmetoden uten å gå i detalj om de negative effektene.

Graden av informasjon som ble gitt, kom an på hvilke kunnskaper kvinnene besatt fra før. Jordmødrene opplevde at det var lettere å ha en mer dyptgående samtale med kvinnene som hadde lest seg opp i forkant. Det erkjentes at de som viste størst interesse fikk mest informasjon. I motsatt tilfelle opplevde flere av informantene at det var vanskelig å gå i dybden på temaet og å benytte faguttrykk dersom kvinnen ikke var mottagelig. Eksempelvis ble det nevnt at kvinnene som var opptatt av bivirkninger, fikk mer informasjonen om dette.

Det ble også nevnt at det var en balansegang å vite hvor mye informasjon som skulle gis til kvinnene. Dersom kvinnene ikke tidligere har vært gjennom en fødsel eller hadde lest seg opp om temaet, ble fokuset å gi overordnet informasjon. Et annet poeng som kom frem under intervjuene, var at tillitsforholdet mellom jordmor og kvinnen kunne virke inn på mengden informasjon som ble gitt. I de tilfellene jordmor hadde et godt forhold til kvinnen, beskrev de at det var enklere å ha en god diskusjon om temaet.

Jeg har ikke noen sånn fastlagt at jeg setter av tid for å snakke om fødsel, for det pleier som regel å komme naturlig (...) Noen ganger anbefaler jeg det (...) Her er det individuell tilpassing av svangerskapsomsorgen og det er jeg veldig bevisst på. (...) Jeg vil jo alltid se an kvinnen og blir hun veldig skremt av det, så er det ikke alltid man går i detaljene om bivirkningene, men kanskje bare nevner de... Istedentfor å fortelle om, inngående om at man kan få hodepine i 14 dager etterpå hvis den blir satt feil, så kan det hende man ikke går så detaljert i det selvfølgelig. Det er jo en måte å tilpasse på.

“Maja”

4.3.2 Selvbestemmelse

Et gjennomgående fokus for jordmødrene var å respektere kvinnes rett til selvbestemmelse. To av informantene nevnte eksempelvis at jordmors egen holdning til epidural ikke var viktig, eller at jordmors egne synspunkter burde holdes for seg selv.

Dersom kvinnen tidlig hadde bestemt seg for en smertelindringsmetode, uttrykte flere av jordmødrene at de ikke prøvde å endre kvinnens synspunkt. Derimot bidro de til å aktivt legge en plan i samråd med kvinnen. To av deltakerne nevnte i denne sammenheng at de aktivt forsøkte å overtale kvinnen til å ikke bestemme seg for tidlig. Det kan være eksterne faktorer som vil kunne endre behovet for smertelindring på et senere tidspunkt.

(...) Altså, at det stort sett er kvinnens eget valg, men noen ganger vil helsepersonell også gå inn å anbefale og at det kan være lurt å lytte til jordmors anbefalinger.

“Lone”

4.4 Rammer og verktøy

Rammene jordmor forholder seg til i svangerskapsomsorgen er med på å sette premisser for deres evne til å informere kvinner om epiduralanalgesi. Både tiden man har til rådighet og språklige utfordringer med kvinner i svangerskapsomsorgen, oppleves av jordmødrene som en hemmende faktor for deres evne til å gi god informasjon om epiduralanalgesi.

Informasjonen gis muntlig og det er liten tilgang på skriftlig materiale. Flere av informantene trakk også frem at det er uklar rollefordeling i helsevesenet angående hvem som skal gi informasjonen.

4.4.1 Tidsaspekt

Flere av informantene pekte på tid som en begrensende faktor for å kunne gi god informasjon om smertelindring. Det opplevdes at dette forhindret at jordmor kunne gå i detalj på temaet og at kun overordnede aspekt ble dekket. En informant pekte på at dette var hovedutfordringen for å kunne gi god informasjon generelt, ikke bare for smertelindring. Det ble nevnt at under svangerskapet er det noen få timer man har til rådighet med kvinnen. Samtidig er det mange temaer som skal dekkes og som jordmor må det gjøres prioriteringer. I tillegg var mye av veiledningen brukerstyrt, noe som i sum gir lite rom til å konsekvent dekke epidural som smertelindringsmetode.

Enkelte av jordmødrene satte av egne timer til kun å snakke om fødsel. Det ble påpekt at dette gir rom til jordmor å informere tilstrekkelig samt at kvinnen får anledning til å stille spørsmål. Én jordmor hentydet at tidsutfordringen til en viss grad ble løst av at helsestasjonen arrangerer egne kurs for kvinnene. Jordmoren opplevde at dette ga en god plattform for informasjonsdeling. Derimot sa vedkommende at sommeren var ekstra utfordrende. Ferieavvikling gjør tiden knapp og påvirket muligheten til å gi tilstrekkelig informasjon.

Det går veldig mye på tid. (...) Det er der utfordringen ligger synes jeg. (...) Tiden begrenser hva vi kan snakke om.

4.4.2 Informasjonsverktøy

Majoriteten av jordmødrene gav informasjon bilateralt i muntlig form. Informasjon om epidural gis i varierende grad og kom an på om det ble etterspurt av kvinnene. Flere jordmødre pekte på at det ikke fantes rutiner å støtte seg på vedrørende informasjonsdeling om smertelindringsmetoder. Materialet viste at enkelte jordmødre tok i bruk visuelle hjelpemidler for å kommunisere informasjon til sine gravide. Noen av jordmødrene fortalte at de generelt opplevde det som positivt at kvinnene selv tilegnet seg informasjon via blant annet apper og nettsteder. Samtidig ble det anført at de i enkelte tilfeller måtte hjelpe kvinnene til å avklare informasjonens kvalitet og de oppfordret til kildekritikk. Et utsagn fra jordmor “jeg anbefaler de ikke å google, men å bruke hels norge og sånn da, og bruke de her forskningsbaserte sidene.” En annen erfaring informantene gjorde seg, var at kvinnene ofte søkte informasjon fra eget nettverk som hos egen mor, søster eller venninner.

Ingen av jordmødrene sa at de har tilgang på skriftlig informasjon i form av brosjyrer eller lignende. Det ble eksempelvis sagt at “jeg har ikke sånn standardpakke som jeg gir til alle”. Flere uttrykte videre at det kunne vært lettere om det var ferdig standardisert informasjon tilgjengelig. Samtidig er det mange temaer som skal belyses, så omfanget av skriftlig informasjon kan fort bli omfattende. En av informantene fortalte at hun på generelt grunnlag henviste til sykehusenes nettsider for ytterligere informasjon om smertelindring dersom temaet ble diskutert.

En av de åtte informantene fortalte at deres arbeidsplass tilbød fødselsforberedende kurs til alle kvinner. Dersom kvinnen ikke kunne delta, var det mulig å få kurset individuelt på et senere tidspunkt. Alternativt kunne kvinnene få tilgang på kursmateriale som PowerPoint og lignende. Flere jordmødre nevnte at de normalt henviser kvinnene til fødselsforberedende kurs tilbudt av sykehusene. På disse kursene er det også tilgang på filmer som dekker smertelindringsmetoder. Utover dette blir kvinner henvist til nettsteder som hels norge.no eller helsedirektoratets nettsider hvor forskningsbasert informasjon er tilgjengelig.

Vi holder et fødselsforberedende kurs som alle kvinner får tilbud om (...) Da går vi litt igjennom epidural eller forskjellig smertelindring generelt. (...) De som ikke får tilbudet om det holder jeg et privat fødselsforberedende kurs for her på kontoret. (...) Vi har en PowerPoint som vi bruker og her er det slides med bilder som beskriver hvordan epidural ser ut og sånne ting.

“Stine”

Vi kunne hatt.. (...) enda bedre innarbeidet rutiner i forhold til dette.

“Silje”

4.4.3 Språklig barriere

Språkbarrierer ble løftet frem av samtlige informanter som utfordrende i deres veiledning til kvinner. Flere erkjente at det kunne gå på bekostning av å gi samme mengde informasjon som til kvinner som behersker norsk. En av informantene sa at språket blir “enklere”, noe som vanskeliggjorde det å gå i detalj på temaer som epidural. I tillegg påpekte flere at deres engelsk ikke nødvendigvis tillot dem å informere tilstrekkelig. Det opplevdes som vanskelig å nyansere samtalen samtidig som at mye tid gikk med på å kontrollsjekke at kvinnen hadde forstått hva som ble sagt. Derimot mente en annen jordmor at de fikk tilgang på samme informasjon som kvinner som behersker språket.

Informantene sa at de aktivt benyttet seg av tolk dersom kvinnen ikke behersket språket. Erfaringene var stort sett positive, men flere jordmødre sa at dette kunne variere. Eksempelvis ble det trukket frem at om tolken ikke behersker medisinske uttrykk eller har liten forståelse for helsefaget, var dette til hinder for å gi god informasjon. I tilfeller der tolk ikke var tilgjengelig, benyttet enkelte jordmødre seg av ektefelle. En jordmor sådde tvil om ektefellene var i stand til å gi korrekt oversettelse av hva som blir sagt.

Det ble uttrykt av flere at kultur kan ha betydning for informasjonen som gis. Flere jordmødre anga at mange minoritetskvinner var skeptiske til å få epiduralanalgesi. Dette skyldtes for eksempel frykt for permanente ryggsmarter.

Det er utfordrende hvis det er språklig vanskeligheter, selvfølgelig (...) og hvis vi ikke har tolk tilgjengelig. Og med tolk kan det være utfordrende med tanke på tolkens kompetanse også. Vi har ymse erfaringer med bruk av tolk og i forhold til kvaliteten på tolken også. (...) Noen ganger hvis tolken ikke har hørt om epidural (...) er det vanskelig å oversette og gi kvinnen en god beskrivelse uansett hvor godt jeg informerer.

“Maja”

4.4.4. Rollefordeling

I intervjuene kom det frem at flere jordmødre opplevde usikkerhet hvorvidt de hadde ansvaret for å gi tilstrekkelig informasjon om epidural, eller om dette ble gjort på sykehuset. En jordmor fortalte at hun så for seg at anestesilegen er i en bedre posisjon til å gi god informasjon om temaet. En annen uttrykte at hun håpet at kvinnene blir møtt av personalet på sykehuset og at de har tid til å gå igjennom temaet.

Noen jordmødre anerkjente at kvinnene burde få informasjon før fødsel, for på sykehuset kunne tiden være enda knappere. En jordmor sa for eksempel at svangerskapsomsorgen er et bedre sted for å gi inngående informasjon om epiduralanalgesi. Kvinnene opplevdes som mer mottagelige for informasjon på dette stadiet i graviditeten.

(...) Det er en balansegang der hvor mye informasjon skal man gi og hvor mye er riktig å gi. Men så er det og viktig at vi informerer en god del i svangerskapet, for når de kommer inn i fødsel så kan de kanskje ikke ta den avgjørelsen akkurat der og da, nødvendigvis. Så det er viktig at de er litt forberedt når de kommer inn.

“Elise”

5.0 DISKUSJON

I denne studien har jeg valg å diskutere de fem mest fremtredende resultatene. Diskusjon av studiens kvalitet presenteres avslutningsvis i kapittelet, med fokus på *engasjement, bearbeidelse, fortolkning, kritikk, anvendelighet, relevans og etikk*.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Individuell tilpasning

Det å tilpasse informasjon individuelt til kvinnene var et gjennomgående fokus hos samtlige informanter. Dette er i tråd med nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen der det fremheves at jordmor skal styrke kvinnens autonomi og mestring av morsrollen ved å være lydhøre og ta hensyn til kvinnenes unike behov (Helsedirektoratet, 2018, s. 6). Gravide har ulik kunnskap og livserfaring, og informasjonsbehovet er individuelt. I samtalen med kvinnen og eventuell partner, kartlegges behovet for informasjon. Informasjonen må være god nok til at alle gravide har tilstrekkelig grunnlag for å medvirke og ta valg om egen helse. Slike samtaler tilrettelegges individuelt for å imøtekomme kvinner og familier med særlige behov (Helsedirektoratet, 2018, s. 7). Resultatene i studien viser at informantene la stor vekt på nettopp disse retningslinjene fra Helsedirektoratet. Det ble gitt en rekke eksempler på hvordan kvinnens mottagelighet påvirket graden av informasjon som ble gitt. Kvinner som aktivt spurte om temaet fikk vite mer enn i tilfeller hvor kvinnen uttrykte engstelse.

I yrkesetiske retningslinjer for jordmødre står det at jordmødre skal dele relevant informasjon for å styrke kvinnens brukermedvirkning og informerte valg (DNJ, 2016). Videre ble det trukket frem at flere jordmødre synes det var enklere å snakke inngående om epiduralanalgesi med kvinner som hadde lest seg opp i forkant. Disse sitatene kan forstås som at kvinner som er interesserte og har selv undersøkt, får tilgang på ytterligere informasjon. Dette kan være med på å forsterke informasjonsgapet mellom denne gruppen av kvinner og andre som ikke viser tilsvarende interesse. Ut i fra perspektivet om informert valg, kan det diskuteres om sistnevnte gruppe får samme mulighet til å ta beslutninger basert på god og tilstrekkelig kunnskap.

Helsepersonell skal være forsiktig med å utelate informasjon. Hvor mye informasjon en kvinne trenger for å kunne fatte en beslutning er et spørsmål om balanse og faglig vurdering.

Draper (2004) påpeker at for mye informasjon kan føre til ubesluttsomhet og usikkerhet hos kvinnen, samtidig understrekes det at informasjon som kan påvirke kvinnens beslutning ikke skal utelukkes (Draper, 2004, s. 26). Balanse er et viktig stikkord ved tilrettelegging av informasjon.

Fra intervjuene kom det frem at jordmor i mange tilfeller valgte å tilbakeholde negative sider ved epiduralanalgesi. Ofte skyldtes dette at kvinnen uttrykte engstelse for fødselen. Jordmødrene ønsket i disse tilfellene å ikke forsterke frykten og valgte å trekke frem epiduralanalgesi som et godt hjelpemiddel. Denne tilnærmingen kan være hensiktsmessig ut i fra en engstelig kvinnes behov. Ved å informere om epidural som et hjelpemiddel kan dette bidra til å dempe kvinnens angst. I så måte kan det sies at jordmor imøtekommer kvinnens unike behov og hjelper henne til å mestre morsrollen. På den andre siden kan det også argumenteres for at denne fremgangsmåten ikke er til det beste for kvinnen. En engstelig kvinne bør også få tilsvarende informasjon som andre kvinner. Med bakgrunn i Draper (2004) sin påstand nevnt ovenfor, kan bivirkninger ved epiduralanalgesi sies å være kritisk informasjon som kan påvirke en kvinnens valg hvorvidt hun ønsker å benytte epidural eller ikke.

Fra en jordmors ståsted kan informasjonsdeling i svangerskapsomsorgen oppleves som et dilemma. For å gi en god og effektiv veiledning vil det være behov å tilnærme seg situasjoner ulikt ut i fra kvinnenens unike behov. Likefullt står prinsippet om informert valg svært sentralt i de nasjonale retningslinjene. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-1) presiseres det at kvinnen må ha tilgang på nødvendig informasjon om helsehjelpen for å ivareta sine egne rettigheter og for å utføre et informert valg. En slik lov stadfester hva en jordmors rolle innebærer når det gjelder å tilrettelegge informasjon til gravide kvinner. Disse forventningene tatt i betraktning, stiller derfor krav om å finne optimal balanse mellom individuell tilpasning og tilstrekkelig informasjonsdeling.

5.1.2 Kunnskap

Jordmor har et behov for en sammensatt kunnskapsbase som erverves på flere ulike måter, blant annet gjennom praktisk og teoretisk kunnskap (Berg, 2005, s. 9). Den teoretiske kunnskapen er grunnleggende for jordmor å besitte i sine møter med gravide kvinner, og dette er noe som jordmor selv har ansvaret for å tilegne seg. Majoriteten av jordmødrene i denne studien erkjenner at de i stor grad baserer seg på praktisk kunnskap når de gir informasjon om

epiduralanalgesi. Samtidig uttrykte flere av informantene at de i enda større grad kunne basert seg på forskningsbasert informasjon. Den teoretiske kunnskapen de besitter er i stor grad ervervet under jordmorstudiene. I noen tilfeller er dette lang tid siden, og flere jordmødre sa at de var usikre på om ny og oppdatert forskning er tilgjengelig.

Siden informantene representerer forskjellige helsestasjoner, kan det stilles spørsmål hvorvidt det er tilstrekkelig fokus på oppdatert teoretisk kunnskap i svangerskapsomsorgen. Berg (2005, s. 14) sier at som jordmor gis det en sikkerhet i at den profesjonelle rollen ivaretas ved å ha kunnskap om alle faktorer og mulige komplikasjoner som kan oppstå. Videre beskriver Berg i sin studie at det mangler kunnskap hos mange jordmødre, og at det er behov for å styrke denne kunnskapen for å ivareta det normale i et svangerskap selv med risikofaktorer tilstede (Berg, 2005, s. 15).

Det stilles krav til jordmor om at hun skal utføre god kvalitetsmessig svangerskapsomsorg, noe som innebærer at hun skal være i stand til å videreformidle informasjon og kunnskap til de gravide kvinnene. Kunnskapsmangel hos jordmor kan føre til at kvinnene ikke får den informasjonen de er lovpålagt å få vite. I følge Berg (2005, s. 18) er det fokus på at jordmor må være kompetent og inneha kunnskap om temaer som hun skal snakke om på svangerskapskontrollene og angir at jordmødre har mangel på slik kunnskap. Resultatene i studien viser at det er variasjon i hvor stor grad jordmødrene snakker om epiduralanalgesi med de gravide. Det er mange grunner til dette, men flere uttrykker usikkerhet hvorvidt deres kunnskap er tilstrekkelig. Med bakgrunn i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) hvor det står at gravide bør få kunnskapsbasert informasjon og få en reell mulighet å ta informerte valg, kan en jordmors mangel på kunnskap forringe kvinnens mulighet til å ta et tilstrekkelig informert valg.

Flere av informantene gav uttrykk for at de forventet at det i stor grad var opp til arbeidsgiver å tilrettelegge for kurs og seminarer. Dette samsvarer ikke helt med hva det internasjonale jordmorforbundet sier i retningslinjer der det står at jordmor selv har et ansvar om å holde seg faglig oppdatert til enhver tid (ICM, 2017). Basert på resultatene i studien er det et gap mellom gjeldende retningslinjer og hvordan jordmødrene selv tar ansvar for å holde seg oppdatert.

I jordmoryrket blir det ofte sagt at praksisen er kunnskapsbasert. En vanlig definisjon på dette er at “kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon” (Helsebiblioteket, 2016, 1. avsn.). I praksis betyr det å finne og vurdere forskningsresultater for å holde seg oppdatert. Under intervjuene kommer det frem at flere av jordmødrene ikke har oppdatert seg på nyere forskning, noe som kan påvirke hvordan de legger til rette informasjon slik at kvinnen kan ta avgjørelser basert på oppdatert kunnskap. Det er vanskelig å argumentere for at jordmødre alene har et individuelt ansvar for å være oppdatert til enhver tid på ny kunnskap. Fra intervjuene kom det frem at det manglet prosedyrer ved arbeidsplassen for opplæring og oppdatering av jordmorfaglig kunnskap. Jordmor selv har ansvaret for å vedlikeholde sin kunnskap, men helsestasjonen kan i større grad legge til rette for dette. For eksempel kan arbeidsgiver sette av regelmessig tid hvor jordmor kan oppdatere seg på relevant forskning og retningslinjer.

5.1.3 Informasjonsverktøy

Den gode samtalen fremheves av jordmødrene i studien som et viktig hjelpemiddel for å bygge relasjon og tillit mellom jordmor og kvinne. For de fleste av informantene er dette også den foretrukne metoden for å gi relevant informasjon i svangerskapet. Ingeborg Ulvund (2010b, s. 282) beskriver at samtalen er et viktig redskap for at jordmor kan bygge relasjon og hvor kvinnen føler seg unik og viktig. Empatisk kommunikasjon kan føre til en dypere kontakt mellom jordmor og kvinnen og jordmor engasjeres dypere i kvinnens opplevelser og følelser (Ulvund, 2010b, s. 282). Dette vil også gi et godt utgangspunkt for å gi individuell tilpasning under svangerskapet. Utfordringen med å primært basere seg på muntlig informasjonsdelingen, er at det stiller høye krav til både jordmors kunnskap og kommunikasjonsevner. Seefat-van Teeffelen, Nieuwenhuijze og Korstjens (2011, s. 125) sier i sin studie at utbyttet en kvinne får av konsultasjonen avhenger blant annet av jordmors personlighet og evne til kommunikasjon. Om jordmor ikke besitter kunnskapen eller om budskapet kan misforstås, vil dette påvirke kvinnens mulighet til å foreta et reelt informert valg.

De fleste jordmødre i denne studien informerer muntlig om epiduralanalgesi. Om dette er en av årsakene til at gravide kvinner henvender seg til andre kilder vites ikke, men basert på informantene er det svært utbredt at kvinnene benytter seg av informasjon på internett. Dette betyr at kvinnene har et informasjonsbehov som ikke nødvendigvis er dekket i

svangerskapsomsorgen. Sayakhot og Carolan-Olah (2016) har forsket på kvinners bruk av internett som informasjonskilde i svangerskapet, og fant at kvinner i liten grad diskuterer informasjon de har tilegnet seg herfra med jordmor eller annet helsepersonell. Med dette som utgangspunkt, har jordmor liten anledning til å verifisere kunnskapen den gravide har ervervet seg. Widarsson, Kerstis, Sarkadi, Engström og Sundquist (2012, s. 43) anbefaler derfor at jordmor tematiserer dette i svangerskapskonsultasjonen slik at hun kan bistå til å finne gode informasjonskilder og bidra med kildekritikk.

Det at den gravide benytter internett bekrefter også at det er etterspørsel etter skriftlig informasjon. Dimond (2011, s. 115) tar for seg dette informasjonsverktøyet og sier at for å sikre at kvinnen forstår informasjonen som er blitt gitt, er det betydelige fordeler ved å dele ut en informasjonsbrosjyre. Det samme fastslås av Manning og Malone (2016, s. 103) som konkluderer med at en kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon er med på å fremheve budskapet. I en studie gjort av Stapleton, Kirkham og Thomas (2002) ble det testet å gi ut informasjonsbrosjyrer til gravide kvinner. De fleste jordmødrene rapporterte at de syntes det var fint å ha brosjyrene og gav de anledning til å bedre reflektere over informasjonen. Samtidig sier Seefat-van Teeffelen et al. (2011, s. 125) at å utarbeide kortfattede informasjonsskriv om relevante temaer til gravide sørger for at kvinnene gis lik, kvalitetssikret informasjon.

Majoriteten av jordmødrene i denne studien benyttet ikke skriftlig informasjon om epiduralanalgesi i deres kommunikasjon med kvinnene. Derimot så de det som positivt om de hadde for eksempel en informasjonsbrosjyre tilgjengelig. Slik skriftlig informasjon ville gjort det enklere å gi tilstrekkelig informasjon om sentrale temaer som epiduralanalgesi. Samtidig ble det påpekt at for mye informasjon, muntlig og skriftlig, kan bli for omfattende for kvinnen. Dette støttes også av Draper (2004, s. 26), som sier at for mye informasjon kan føre til ubesluttsomhet og usikkerhet hos den som mottar helseveiledning. For å adressere en slik problemstilling kan det være hensiktsmessig å avklare hva som betraktes som minimumsinformasjon innenfor et gitt tema som smertelindringsmetoder. På den måten legger man til rette for at kvinnen vet nok til å stille spørsmål som gjør at jordmor kan skreddersy resten av informasjonen etter hennes behov.

En av informantene i denne studien delte sine erfaringer om fødselsforberedende kurs tilbudt av hennes arbeidsgiver. De andre jordmødrene i studien fortalte at deres helsestasjon ikke

tilbød tilsvarende mulighet, men at kvinnene ble anbefalt å delta på sykehusenes kurs. I lys av de to foregående avsnittene, vil et fødselsforberedende kurs gi et godt utgangspunkt for å kombinere skriftlig og muntlig informasjon. Som den ene informanten fortalte, ble kursmateriale som PowerPoint tilgjengeliggjort for deltakerne. Samtidig kan det gi et godt utgangspunkt for å gi et minimum av informasjon for relevante temaer.

5.1.4 Rollefordeling

For at kvinnene skal oppleve et helhetlig, forutsigbart og faglig godt tilbud i helse- og omsorgstjenestene, bør usikkerhet i rollefordelingen mellom helsestasjon og sykehuset avklares. I intervjuene med informantene kom det frem at de opplevde usikkerhet rundt hvem som har ansvar for å gi inngående informasjon om smertelindringsmetoder. Flere jordmødre satte sin lit til at helsepersonell ved fødeavdelingen vil ta seg tid til å snakke om temaet. På Oslo Universitetssykehus sine hjemmesider anbefales derimot kvinner til å kontakte sin jordmor ved svangerskapskontrollen (Oslo Universitetssykehus, 2018). Med dette som utgangspunkt, stilles det spørsmålstegn ved om rollefordelingen mellom helsestasjon og sykehus er tydelig nok.

Ved at helsetjenesten bistås av både lege og jordmor, kan kvinnene dra nytte av oppfølging og veiledning av begge profesjoner. På den ene 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, 2018). Uavhengig om rollefordeling har jordmor og lege felles plikt til å gi informasjon som er formulert og spesifisert i Nasjonal faglig retningslinje i svangerskapsomsorgen (2018); Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefaler begge yrkesgrupper, lege og jordmor, å informere kvinnen i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, jamfør Helsepersonelloven (1999).

I Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen står det at “gravide skal oppleve en samordnet tjeneste og få vite hvem som skal yte de aktuelle tjenestene i fødsels- og barselomsorgen i helseforetaket og i det lokale tilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten” (Helsedirektoratet, 2018, s. 6). Dette kan i enkelte tilfeller gå utover den gravide. Dersom kvinnen ikke får tilstrekkelig informasjon om epidural fra jordmor i svangerskapsomsorgen, er det en risiko for at dette heller ikke blir gjort ved sykehuset der tiden kan være knapp.

Widarsson et al. (2012, s. 39) hevder at gravide ser på jordmor som en pålitelig kilde til informasjon og rådgivning, og at de føler seg trygge på den informasjonen de får fra jordmor. Gjennom å gi nødvendig og nyttig informasjon til den gravide kan jordmor bidra til at kvinnene kan ta et reelt valg basert på informasjonen som er gitt til dem (Helsedirektoratet, 2018, s. 6). Om det da hersker tvil rundt hvem som har ansvaret for å gi denne informasjonen, kan kvinnens mulighet til å ta et informert valg forringes.

5.1.5 Språkbarrieren

Helsedirektoratet sier i sin veileder (2011, s. 5) at språk- og kommunikasjonsproblemer har negative konsekvenser i både behandlingssituasjonen og i informasjonsformidlingen. Dette kan føre til misforståelser og manglende informasjon kan i negativ grad påvirke utfallet av behandlingen. Den språklige barrieren kan føre til at den gravide får redusert tilgang på helsetjenester og dårligere kvalitet på omsorgstjenester.

Det stilles klare forventninger til jordmor i møte med minoritetskvinner. Helsedirektoratet (2018, s. 6) stadfester blant annet at svangerskapsomsorgen må være kultursensitiv og legge til rette for familier med migrant- og innvandrerbakgrunn. Gravide har rett på informasjon om sin helsetilstand og om helsehjelpen som skal gis. Informasjonen skal være tilpasset individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2 og § 3-5). I tråd med dette skal det sikres at kvinnen forstår informasjonen som blir gitt.

Informantene i denne studien opplever språkbarriere som spesielt utfordrende i deres veiledning til gravide. Dette hinderet påvirker både evnen til å nyansere informasjonen og å gå i dybden på temaer som epiduralanalgesi. Det er for eksempel vanskelig å benytte medisinskfaglige uttrykk og mye tid går også med til å kontrollere at kvinnen har forstått budskapet. I lys av Kjersti Bakkens doktorgradsavhandling (2016, s. 9) fremkommer det at enkelte grupper av innvandrere har økt risiko for å oppleve komplikasjoner under fødsel. Bakken (2016, s. 10) anbefaler videre at svangerskapsomsorgen tilpasses ved å investere og utvikle tolketjenesten, samt at jordmortjenesten styrkes i svangerskapsomsorgen.

Helsedirektoratet (2011, s. 2) skriver i sin veileder om kommunikasjon via tolk at for å ivareta kravet om like tjenester til hele befolkningen, forutsetter dette i mange tilfeller tilrettelagt

informasjonsdeling ved hjelp av tolk. Videre står det at gjensidig forståelse og god kommunikasjon er en grunnpilar i møtet mellom jordmor og den gravide (Helsedirektoratet, 2011). Informantene i denne studien sier at de aktivt benytter seg av tolk, og har stort sett gode erfaringer med dette. Likevel opplever de at tolken i varierende grad er innforstått med medisinske uttrykk. Dette gjør det usikkert hvorvidt oversettelsen blir gjort riktig. Her presiserer Helsedirektoratet (2011, s. 6) at det er jordmors ansvar å fremskaffe tolk med nødvendige kvalifikasjoner. I praksis kan dette løses ved at jordmor spesifiserer hva konsultasjonen skal omhandle i bestillingen av tolketjenester.

Det ble også nevnt at tolketjenester ikke tilbys på alle språk. To av jordmødrene fortalte at de har benyttet familiemedlemmer eller partner for bistand. Helsedirektoratet (2011, s. 2) fraråder i sin veileder å benytte ukvalifiserte personer, familiemedlemmer, til og med barn, til tolking. Det angis i veilederen at å tolke er et stort ansvar som stiller krav til modenhet, kunnskap og særskilte egenskaper. Å benytte seg av ukvalifisert tolk kan medføre at viktig informasjon holdes tilbake og at helsehjelpen ikke blir optimal (Helsedirektoratet, 2011, s. 7).

Med dette som utgangspunkt kan det stilles spørsmålsteget om jordmødrene har oppdatert seg på gjeldende regelverk. Det kan oppleves som fleksibelt og løsningsorientert å benytte seg av tilgjengelige personer for oversettelse, men dette kan være med på å øke risikoen for komplikasjoner i fødselen. Statistikken viser at minoritetskvinner er mer utsatt for risikoer og da bør ikke svangerskapsomsorgen være med på å forsterke denne utviklingen. Helsedirektoratet (2011) er også tydelig på dette området og fraråder enhver bruk av ukvalifiserte tolker.

5.2 Diskusjon av studiens metodiske kvalitet

Studiens kvalitet vil herunder diskuteres ut fra evalueringsmetoden EPICURE. Denne modellen blir sett på en dynamisk måte og kvalitetsvurderer en studie. Videre er EPICURE ansett for å være generell og kan benyttes på tvers av forskningstradisjoner (Stige, Malterud & Midtgarden, 2011). Forforståelse og begreper som validitet, pålitelighet og overførbarhet belyses i teksten. Vurderinger av styrker og svakheter blir diskutert for å vurdere studiens gyldighet (Kvale et al., 2015, s. 272).

5.2.1 Diskusjon av forforståelse

Engasjementet for tematikken i studien utgjør første elementet i EPICURE (Stige et al., 2011). At jeg selv jobber innenfor svangerskapsomsorgen kan ha vært med å prege min forforståelse, selv om jeg har etterstrebet å la materialet tale for seg. Gjennom samtaler med erfarne forskere, ressurspersoner og jordmødre har min forforståelse av temaet endret seg. Dette kan også ha satt preg på analyseprosessen, eksempelvis gjennom at jeg i analysen valgte vekk koder jeg tidligere anså som relevante. En styrke med min studie er at jeg selv er jordmor og har erfaring på tematikken fra tidligere og har aktivt oppsøkt kompetente miljøer med lang erfaring.

Informasjonsdeling om epiduralanalgesi i svangerskapsomsorgen er et tema som engasjerer meg. Dette kan ha preget studien og vært en begrensning ved at jeg ikke har sett alle sider like klart. Malterud (2011, s. 40) sier at forforståelsen i stor grad kan prege analyseprosessen og kan ha innvirkning for tolkingen av data. Jeg har vært bevisst på min egen erfaring og bakgrunn og opplevde under intervjuene at jeg klarte å legge det til siden og lot jordmødrene snakke fritt og uavbrutt om temaet.

5.2.2 Diskusjon av studiens design

Kvalitativ metode benyttes for å beskrive, analysere og fortolke menneskelige erfaringer og opplevelser (Malterud, 2011, s. 26). I etterkant av studien er jeg trygg på at denne metoden var riktig valg for å analysere materialet. Dette gav meg muligheten til å få økt innsikt i jordmødrenes erfaringer ved informasjonsdeling i svangerskapsomsorgen. Valg av semistrukturerte intervju er en styrke da det fører til innholdsrike svar som kan gi meg et bedre utgangspunkt for å svare på problemstillingen (Malterud, 2011, s. 129). Jeg opplevde at denne formen for intervju fungerte bra siden jordmødrene åpnet seg og i flere tilfeller gav rike skildringer av sine erfaringer og tanker. En utfordring ved denne forskningsmetoden var at den åpnet opp for fleksibilitet i valg av analysemetode. For en uerfaren forsker som jobbet alene, var dette kilde til en del usikkerhet. Det hjalp derfor å ha tilgang på relevant forskning og studier for å finne optimal analysemetode.

Videre gjorde jeg et strategisk utvalg. Dette betyr at utvalget settes sammen slik at innholdet har best mulig potensial til å svare på problemstillingen (Malterud, 2011, s. 56). I min problemstilling har jeg allerede beskrevet at det er jordmødre som er interessante for spørsmålet jeg stiller. Jeg gjorde et bevisst valg ved å ikke snakke med fagansvarlige eller

ledere. Tanken med dette er at de kan ha en agenda bak sine svar i og med at de sitter med et større ansvar. Det at informantene hadde en variert bakgrunn og erfaring innenfor jordmorfaget er verdifullt for å gi et mangfoldig bilde av tematikken. En ung jordmor kan tenkes å være bedre oppdatert på faglitteratur enn en mer erfaren, siden det ikke er så lenge siden førstnevnte fullførte studiet. Samtidig opplevde jeg at under intervjuet med en godt erfaren jordmor at vedkommende hadde rike skildringer fra mange av hennes opplevelser i svangerskapsomsorgen.

5.2.3 Diskusjon av datainnsamling

Jeg valgte å gjøre et pilotintervju i forkant og på den måten fikk jeg øvd meg på intervjusettingen og fikk tilbakemeldinger på gjennomføringen. Dette var nyttig og jeg erfarte blant annet at jeg skulle være tålmodig og gi informantene tid til å utdype sine svar. Et poeng som Colin Rees (2011) trekker frem er at intervjuobjektet skal føle seg avslappet og komfortabel. Intervjuene ble derfor foretatt i lokaler som deltakeren ønsket og det ble satt av tid i arbeidstiden. Alle intervjudeltakerne ønsket å utføre intervjuene innenfor arbeidstiden, noe som rent praktisk var til fordel for jordmødrene. For studien sin del opplevde jeg at dette var til dels distraherende. Flere av jordmødrene klarte ikke å fri seg fra sine arbeidsoppgaver og tittet til stadighet på klokken.

Underveis i intervjuene hadde jeg fokus på å forstå og fange opp jordmødrenes erfaringer. Som Malterud (2011, s. 182) skriver er enhver utveksling av kunnskap i risikozonen for misforståelser. Det er lett å anta at man forstår budskapet for å sikre flyt i samtalen. Ved å oppsummere intervjuene til slutt sørget jeg for å validere med deltakerne at deres meninger og erfaringer ble korrekt oppfattet. Avslutningsvis i intervjuene spurte jeg også informantene om de hadde mer å tilføye. Flere ganger opplevde jeg at de gav utdypende forklaringer som var med på å forsterke materialet.

5.2.4 Diskusjon av analyse

Jeg valgte å analysere data ved hjelp av Graneheim og Lundman (2008) kvalitative manifest og latent innholdsanalyse. Denne analysemetoden er fleksibel og kan for eksempel tilpasses datamateriale av varierende kvalitet og forskerens erfaring og kunnskap (Graneheim & Lundman, 2008, s. 171). Dette gav trygghet til meg som relativt ny forsker. Samtidig påpeker Graneheim og Lundman (2008) at forskeren skal la teksten tale for seg selv. Under analysen

opplevde jeg det som utfordrende å ikke trekke konklusjoner basert på egne erfaringer og synspunkter. For å adressere dette måtte jeg lese de transkriberte sidene flere ganger for å kontrollere at mine egne meninger ikke la uønskede premisser for videre analyse. At resultatene har belyst sider jeg ikke hadde forutsett kan være med på å bekrefte at jeg har klart å sette forforståelsen til side.

Tredje ledd i EPICURE er «Interpretation» som betyr fortolkning og innebærer handlingen med å skape mening ved å identifisere mønstre og utvikle kontekster til å forstå opplevelser og beskrivelser (Stige et al., 2011, s. 44). Underveis i analysen måtte jeg stadig vekk ta et steg tilbake og se på hva problemstillingen spurte om. Gjentatte ganger måtte jeg justere underkategoriene og kategoriene for at dette kunne lede til et relevant tema.

5.2.5 Diskusjon av etiske overveielser

Siste element i EPICURE er «ethics» og referer til hvordan verdier og moralske prinsipper er integrert i handlinger og refleksjoner innenfor forskningen (Stige et al., 2011, s. 48). Etiske overveielser er tatt i betraktning gjennom hele forskningsprosessen for at informantene ikke skulle belastet unødig. Alle informantene har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, med vekt på frivillighet, anonymitet og hva det ville innebære og delta i studien. Det ble gjort for å sikre at jordmødrene var velinformert og følte seg ivaretatt, i tråd med retningslinjer (Norsk senter for forskningsdata, 2018).

For å sikre anonymiteten er helsestasjonene hvor jordmødrene er ansatt betegnet som helsestasjon i Sørøst-Norge. Gjennom denne prosessen er etiske forhold vurdert og det er kun meg som forsker som har hatt tilgang på materialet. Ved utførelse av kvalitative studier med intervju som datainnsamlingsmetode kan mangel på god dynamikk forhindre at avvikende synspunkter kommer frem eller at følsomme eller intime forhold kommer opp (Malterud, 2011, s. 68). Jeg ønsket at deltakeren skulle snakke fritt og styre samtalen og på den måten gis anledning til å sette premissene for å dele sine erfaringer. Jeg anser det som en styrke at etiske overveielser er tatt i betraktning gjennom hele prosessen.

5.2.6 Diskusjon av studiens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

Begrepet «processing» er andre element i EPICURE. Dette steget viser til å produsere, analysere og beskytte empiriske data og stiller krav til grundighet, og at det skal tilrettelegges for mulig etterprøvbarehet (Stige et al., 2011, s. 43). For å sikre studiens troverdighet valgte jeg å gå systematisk til verks og å vise studiens metodedel i detalj. Troverdighet sier noe om validiteten til studien og reliabilitet er hvor pålitelige resultatene er, og er en del av redskapet EPICURE (Stige et al., 2011). Dette er samme grunn til at jeg har valgt en omfattende presentasjon av resultater. Jeg begrenset også kategoriene i resultatdelen for å ikke få et for stort og uoversiktlig materiale, men heller gå i dybden på enkelte temaer. Dette er alle elementer som er med på å styrke min studie. Jeg la også ved enkelte sitater for å illustrere hvordan intervjusituasjonen var. Videre har jeg lagt ved intervjuguide, analyseprosess og informasjonsskriv for å gi åpenhet i forskningsprosjektet.

«Critique» er fjerde element i EPICURE, og kritikk refererer til vurdering av muligheter og begrensninger i forskningen (Stige et al., 2011). En forsker skal vurdere om funnene i studien kan være med på å utgjøre en forskjell og kan bidra til ny kunnskap som kan benyttes i praksis (Malterud, 2011, s. 20). Funnene i studien gir innblikk i hvordan jordmor opplever å gi informasjon til kvinner i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi. Ved at problemstillingen spør om informasjonsdeling generelt og epidural spesielt, kan dette gi innsikt på flere områder.

Det overordnede målet for en studie er at andre kan dra lærdom av forskerens bidrag. Med dette menes en test hvorvidt funnene i studien kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger og som utgjør anvendelighet og relevans. Dette er femte og sjette steg i EPICURE (Stige et al., 2011, s. 46-47). Det endelige svaret på om den vitenskapelige kunnskapen som er avdekket av forskeren har relevans, får man når prosjektet er ferdig og studien publisert. Det er først da vi vil se om andre kan bruke denne innsikten til noe nyttig og viktig. Det kreves nemlig av vitenskapelig kunnskap at den på en eller annen måte tilfører noe nytt i forhold til det vi vet fra før (Malterud, 2011). Dette var et særlig utfordrende punkt ettersom det stiller krav til originalitet ved vitenskapelig kunnskap. For å angripe dette brukte jeg god tid på å definere problemstillingen min. Jeg har presentert flere varianter av problemstillingen til medstudenter, kolleger og veileder inntil jeg fant en beskrivelse som var både tydelig nok og tok for seg et kunnskapsområde som hadde lite relevant forskning fra før. Min studie er innovent temaer som

språkbarrierer, individuell tilpasning og informasjonsdeling. Samtidig mener jeg at studien tilfører noe nytt ettersom den fokuserer spesielt på svangerskapsomsorgen.

6.0 KONKLUSJON

I mitt møte med jordmødrene i denne studien har jeg fått en bedre innsikt i hvordan det tilrettelegges for å gi informasjon i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi.

Jordmødrenes betraktninger tilsier at deres utgangspunkt for god informasjonsdeling avhenger av en rekke faktorer.

Det mest overraskende funnet var at i mange tilfeller snakker ikke jordmor med kvinnen om smertelindringsmetoder i det hele tatt. For at det blir et samtaletema må det komme på forespørsel fra kvinnen selv. Av andre fremtredende faktorer som påvirket muligheten til informasjonsdeling, trekker jordmødrene frem språklige utfordringer, individuell tilpasning, kunnskapsmangel og manglende informasjonsverktøy.

Sentralt i Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (2018) står det at gravide bør få kunnskapsbasert informasjon og få en reell mulighet å ta informerte valg og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet. Basert på funnene i denne oppgaven ser det ikke ut til at dette oppfylles i alle tilfeller. For å adressere disse utfordringene mener jeg at ansvaret må deles mellom jordmor selv og arbeidsgiver.

Jordmor må være innforstått med hva som forventes som arbeidstaker. Det å benytte seg av ukvalifiserte personer til oversettelse er i strid med retningslinjene. Resultatene indikerer også at jordmor har behov for et kunnskapsløft. Forventningene fra internasjonale og nasjonale forbund er likevel klare på at dette er jordmors eget ansvar.

Samtidig kan arbeidsgiver tilrettelegge enda bedre. Eksempelvis kan det gjennom prosedyrer konkretiseres bedre hvilke temaer en jordmor skal dekke gjennom svangerskapskonsultasjonene. Videre kan for eksempel helsestasjonene være med på å utarbeide skriftlig materiale for å sørge for at kvinnene enkelt får tilgang på kvalitetssikret materiale. Avslutningsvis ser jeg også fordeler ved at arbeidsgiver setter av regelmessig tid hvor jordmor kan oppdatere seg på relevant forskning og retningslinjer.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Dette er et lite utforsket område og studien har et begrenset omfang, både i form av informanter, geografisk dekning og tematikk. Det gjør det nødvendig å gjennomføre mer

omfattende studier for å gi bedre forståelse og overførbarhet på feltet. Resultatene i denne oppgaven kan hjelpe både helsestasjoner og jordmødre til å utarbeide enda bedre informasjonsdelingsstrategier. Videre forskning kan være viktig for å identifisere hvilke grep som må tas.

I det videre arbeidet kan det være interessant å få høre hvordan kvinner selv oppfatter informasjonsdeling i svangerskapsomsorgen. Dette kan bidra til å ytterligere belyse områder innenfor temaet og vurdere om det er nødvendig med forbedringer. Både kvalitative og kvantitative undersøkelser kan være aktuelt for å undersøke hva som er den mest effektive fremgangsmåten for at alle kvinner mottar tilstrekkelig informasjon om deres graviditet.

9.0 REFERANSELISTE

- Bakken, K. S. (2016). *Obstetric outcomes of immigrants in a low-risk maternity ward in Norway*. University of Oslo, Faculty of Medicine.
- Berg, M. (2005). A Midwifery Model of Care for Childbearing women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *Journal Of Perinatal Education*, 14(1), 9-21. <https://doi.org/10.1624/105812405x23577>
- Black, J. D. B. & Cyna, A. M. (2006). Issues of consent for regional analgesia in labour: A survey of obstetric anaesthesia. *Anaesthesia and Intensive Care*, 34(2), 254-260.
- Blix, E. (2010). Fødselens dynamikk. I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka - Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 393-398). Oslo: Akribe.
- Den norske jordmorforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Hentet 28. januar 2018 fra <http://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Dimond, B. (2011). Law and the midwife. I J. Magill-Cuerden & S. Macdonald (Red.), *Mayer's midwifery* (14. utg., s. 105-122). London: Baillière Tindall.
- Draper, H. (2004). Ethics and consent in midwifery. I L. Frith & H. Draper (Red.), *Ethics and midwifery : issues in contemporary practice* (2. utg., s. 19-39). Edinburgh: Books for Midwives.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fleming, V., Gaidys, U. & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: Developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2), 113-120. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. Hentet 21. november 2018 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur, 2008.
- Helsebiblioteket. (2016). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 11. mai 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk. Hentet 18. november 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet 10. november 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Svangerskapsomsorgen.pdf>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- International Confederation of Midwives. (2014). International Code of Ethics for Midwives. Hentet 19. november 2018 fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2017). International Definition of the Midwife. Hentet 28. januar 2018 2018 fra https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Maltau, J. M. (2001). Epiduralanalgesi ved fødsel. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(13), 1564-1564.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Manning, V. & Malone, M. (2016). Information giving in health promotion. I J. Bowden & V. Manning (Red.), *Health promotion in midwifery. Principles and Practice* (3. utg., s. 93-105). Boca Raton, FL: CPC Press Taylor & Francis Group
- Montgomery, A. & Hale, T. W. (2012). ABM clinical protocol #15: analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med*, 7(6), 547-553.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2012.9977>
- National Health Service. (2018). NHS Maternity Statistics, England 2017-2018 - Statistics Tables Hentet 21. nov 2018 fra <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2017-18>
- Norsk gynekologisk forening - Den Norske Legeforening. (2014). Smertelindring. Hentet 28. januar 2018 fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselsjelp-2014/Smertelindring/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). Personverntjenester. Hentet 10.juni 2018 fra <http://www.nsd.uib.no>
- NOU 1984:17. (1984). *Perinatal omsorg i Norge : helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nyström, M. (2008). Hermeneutik. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 125-143). Lund: Studentlitteratur, 2008.
- Oslo Universitetssykehus. (2018). Fødsel og barsel på Ullevål sykehus. Hentet 22. november 2018 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/fodselsjelp-og-barsel?sted=ullevaal-sykehus>

- OsloMet. (2017). Behandling av personopplysninger i studieoppgaver. Hentet 10. juni 2018 fra <https://student.oslomet.no/behandling-av-personopplysninger-i-studieoppgaver>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven.%20Lov%20>.
- Rees, C. (2011). *An Introduction to Research for Midwives E-Book*. London: London: Elsevier Health Sciences.
- Riddick-Thomas, N. M. (2009). Ethics in midwifery. I D. M. Fraser, M. F. Myles & M. A. Cooper (Red.), *Myles textbook for midwives* (15. utg., s. 55-66). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Roberts, C. L., Torvaldsen, S., Cameron, C. A. & Olive, E. (2004). Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. I(Vol. 111, s. 1333-1340). Oxford, UK and Malden, USA.
- Sayakhot, P. & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. I: Figshare.
- Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M. & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27(1), e122-e127.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.006>
- Stapleton, H., Kirkham, M. & Thomas, G. (2002). Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. (Papers). *British Medical Journal*, 324(7338), 639.
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2011). EPICURE ; et dialogisk redskab til evaluering af kvalitativ forskning. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(1), 33-56.

- Stirparo, S. (2015). Maternal expectations, information, and satisfaction with labor analgesia. I G. Capogna (Red.), *Epidural Labor Analgesia - Childbirth Without Pain* (s. 63-71). Switzerland: Springer, 2015.
- Stocks, G. M. & Griffiths, S. K. (2015). Initiation of labor analgesia: Epidural, CSE. I G. Capogna (Red.), *Epidural Labor Analgesia - Childbirth Without Pain* (s. 73-88). Switzerland: Springer, 2015.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorp, J. A. & Breedlove, G. (1996). Epidural Analgesia in Labor: An Evaluation of Risks and Benefits. *Birth*, 23(2), 63-83. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1996.tb00833.x>
- Ulvund, I. (2010a). Fødselssmerte og smertelindring. I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka - Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 439-455). Oslo: Akribe.
- Ulvund, I. (2010b). Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka - Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 276-287). Oslo: Akribe.
- Widarsson, M., Kerstis, B., Sarkadi, A., Engström, G. & Sundquist, K. (2012). Support Needs of Expectant Mothers and Fathers: a Qualitative Study. *Journal Of Perinatal Education*, 21(1), 36-44. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.36>
- World Health Organization. (1996). Safe Motherhood - Care in Normal Birth: a practical guide. Hentet 16. november 2018 fra http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf
- World Medical Association. (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet 28. januar 2018 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Jordmødres erfaringer med fokus på informert valg til kvinner i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi”

Oslo Met i samarbeid med studenten gjennomfører et prosjekt om informert valg til kvinner om epiduralanalgesi i svangerskapsomsorgen. Hensikten med studien er å undersøke å analysere jordmødrenes erfaringer, holdninger og kunnskaper om informert valg. Prosjektet er en masterstudie ved Fakultetet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.

Hensikten er å få en dypere forståelse for hvordan jordmødre informerer gravide kvinner om epiduralanalgesi.

Jeg inviterer Deg til å delta i forskningsprosjektet som deltaker av et intervju med fokus på informert valg. Intervjuet vil foregå over ca 30-90 minutter i perioden juni-september 2018.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Presentasjon av resultatene kommer til å forbli anonyme. Dataene vil bli behandlet av prosjektleder, veileder og databehandler.

Alle som arbeider med prosjektet har taushetsplikt, dataene som hver enkelt har besvart forblir anonyme og vil ikke bli offentliggjort. Ved publikasjoner skal ingen deltaker kunne gjenkjennes. Data makuleres ved prosjektslutt. Prosjektet skal etter planen avsluttes i april 2019.

Det er frivilling å delta i studien, og du kan trekke ditt samtykke innen dataene analyseres, uten å oppgi noen grunn. Dersom du velger å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til prosjektet, ta kontakt med student [REDACTED], telefonnummer [REDACTED] eller [REDACTED]. Evt kan veileder [REDACTED] kontaktes, telefonnummer [REDACTED] eller [REDACTED].

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Arbeidserfaring:

Ansenitet som jordmor:

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Forespørsel til ledelsen om deltakelse i forskningsprosjektet

”Jordmødres erfaringer med fokus på informert valg til kvinner i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi”

Oslo Met i samarbeid med studenten gjennomfører et prosjekt om informert valg til kvinner om epiduralanalgesi i svangerskapsomsorgen. Hensikten med studien er å undersøke å analysere jordmødrenes erfaringer, holdninger og kunnskaper om informert valg. Prosjektet er en masterstudie ved Fakultetet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.

Jeg ønsker Din tillatelse til å invitere personalet i Din organisasjon til å delta i forskningsprosjektet. Jeg vil invitere personalet som er involverte i jordmor konsultasjoner og ønsker at de deltar i et intervju. Spørsmålene handler om profesjonens erfaringer og kunnskap om informert valg vedrørende epiduralanalgesi. Intervjuets lengde er ca. 30-60 minutter.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Presentasjon av resultatene kommer til å forbli anonyme. Dataene vil bli behandlet av prosjektleder, veileder og databehandler. Alle som arbeider med prosjektet har taushetsplikt, dataene som hver enkelt har besvart forblir anonyme og vil ikke bli offentliggjort. Ved publikasjoner skal ingen deltaker kunne

gjenkjennes. Data makuleres ved prosjektslutt. Prosjektet skal etter planen avsluttes i april 2019.

Det er frivilling å delta i studien, og du kan trekke ditt samtykke innen dataene analyseres, uten å oppgi noen grunn. Dersom du velger å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til prosjektet, ta kontakt med student [REDACTED], telefonnummer [REDACTED] eller [REDACTED]. Evt kan veileder [REDACTED] kontaktes, telefonnummer [REDACTED] mail [REDACTED]

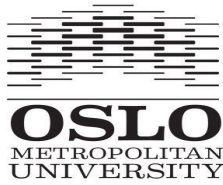
Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og tillater at personalet deltar i studien

(Signatur og dato)

Vedlegg 3.



Intervjuguide

”Jordmødres erfaringer med fokus på informert valg til kvinner i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi”

1. Kan du fortelle om hvordan du som jordmor erfarer å gi informasjon om epiduralanalgesi til kvinner i svangerskapsomsorgen?
2. Hvordan innleder du informasjon?
3. Hvordan avslutter du informasjon?
4. Komplementerer du muntlig informasjon med skriftlig informasjon? Og i så fall hvilken?
5. Kan du fortelle hva du bygger din informasjon om epidural smertelindring på?
Forskning?

6. Kan du fortelle om hvordan du informerer ei gravid kvinne som ønsker epiduralanalgesi? (prøver du å få henne på andre tanker?)
7. Bruker du å vise en film om smertelindring?
8. Kan du gi eksempler på hvordan du informerer?
9. Kan du fortelle hvordan du tilpasser informasjonen individuelt?
10. Hva er det viktigste du forteller når du informerer om smertelindring?
11. Kan du fortelle om dine erfaringer med hvordan kvinnene er forberedt på temaet? Kan du gi noen eksempler?
12. Kan du si noe om hva du synes er utfordrende med å informere kvinnene i den grad du ønsker? Kan du gi noen eksempler?
13. Kan du fortelle hvordan du gir samme informasjon til kvinner som ikke har norsk som morsmål? Anser du at disse kvinnene får samme mulighet til tilsvarende informasjon?
14. Informerer du om ikke ønskede effekter av epiduralanalgesi? Kan du gi noen eksempler?
15. Kan du fortelle hva som er din generelle oppfatning om bruken av epiduralanalgesi?
16. Ønsker du å fortelle om noe jeg ikke har spurt deg om?



0379 OSLO

Vår dato: 26.04.2018

Vår ref: 60251 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.04.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

60251 *Jordmødres erfaringer med fokus på informert valg til kvinner i svangerskapsomsorgen om epiduralanalgesi*
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens overste leder*
Daglig ansvarlig
Student

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Høgskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskolen i Oslo og Akershus er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

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

Vedlegg 5

RISIKOVURDERING		
Virksomhet: OsloMET-storbyuniversitet	Avdeling: Fakultet for helsevitenskap Påbygg master i jordmorfag	
Kontaktpersoner: ██████████ ██████████, master student i jordmorfag ██████████, veileder	Telefon: ██████████	
Vurdert av: ██████████ i samråd med eneansvarlig Ellen Blix Dato: 23.05.2018	Avdeling: HV SHA1	Telefon: ██████████

Forhold som er vurdert (Uønsket hendelse)	Konsekvens for	Risikonivå	Nødvendig med tiltak
<eksempel>			Alltid Ja på Høy og Meget høy
1. Uvedkommende kan kjenne igjen opplysninger i filen, da den ikke er tilstrekkelig avidentifisert	__Konfidensialitet __Integritet __Tilgjengelighet __Kvalitet	X Lavt __Middels __Høy __Meget høy	X NEI
2. Koblingsnøkkel er ikke forsvarlig sikret	__Konfidensialitet X Integritet __Tilgjengelighet __Kvalitet	__Lagt X Middels __Høy __Meget høy	X JA
3. Uønsket utlevering av personopplysninger	__Konfidensialitet X Integritet __Tilgjengelighet __Kvalitet	__Lagt X Middels __Høy __Meget høy	X JA
4. Tap eller tyveri av fil lagret på bærbart utstyr	__Konfidensialitet __Integritet __Tilgjengelighet __Kvalitet	X Lavt __Middels __Høy __Meget høy	X NEI
5. Kopi av forskningsdata lagres eksternt	__Konfidensialitet __Integritet __Tilgjengelighet __Kvalitet	X Lavt __Middels __Høy __Meget høy	X NEI
6. Annet: informerte samtykkene	__Konfidensialitet __Integritet __Tilgjengelighet __Kvalitet	x Lavt __Middels __Høy __Meget høy	X NEI

Beskrivelse av tiltak (I prioritert rekkefølge)	Betydning/Kommentar	Ref. linjenummer over
1. Minnepenn er passordbeskyttet, kryptert slik at bare den som håndterer koden kan tilkomme innholdet og er låst inn når den ikke er i bruk.		2
2. Transkriberingen av kvalitative data samlet via intervjuer skjer på universitetets komputer.		3
3. Oppbevares forseglet i en konvolutt (slik at veileder ikke kan se dem) i universitetets låste skap og destrueres etter avsluttet datainnsamling		6