MASTEROPPGAVE

Masterstudium i jordmorfag

24.oktober 2019

Min fødsel, mitt valg. En metasyntese om kvinners opplevelse av informasjon og medbestemmelse ved induksjon

Kandidatnummer: 907 og 928

Antall ord: 13 311

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for jordmorfag

SAMMENDRAG

Tittel: Min fødsel, mitt valg. En metasyntese om kvinners opplevelse av informasjon og medbestemmelse ved induksjon av fødsel.

Formål: Kartlegge og sammenstille studier om kvinners opplevelse av informasjon og medbestemmelse ved induksjon av fødsel.

Problemstilling: Hvordan opplever kvinner at informasjon og medbestemmelse i beslutningen om induksjon ivaretas?

Metode og materiale: Det er utført et systematisk litteratursøk i fem databaser. Det ble inkludert fem artikler med kvalitativt design og en artikkel med et mixed method design til metasyntesen. Studiene ble utført i høyinntektsland og hadde til sammen 1584 deltagere. Det ble uført tematisk syntese ved hjelp av Thomas og Harden (2008) sin tre-trinnsanalyse.

Hovedresultat: I syntesen ble det identifisert tre analytiske temaer; opplevelse av medbestemmelse, opplevelse av informasjon og ulike behov ved induksjon. Kvinnene oppga å ha stor tillit til helsepersonellet og at de stolte på at helsepersonellet anbefalte rett behandling. Samtidig fortalte kvinnene at de opplevde å mangle relevant informasjon om induksjon og at det var for lite dialog rundt avgjørelsen. Både kvinnene og helsepersonellet hadde fokus på å ivareta barnets helse i avgjørelsen om induksjon. Kvinnene hadde ulike behov ved induksjon og det kunne gjenspeiles i opplevelsen.

Konklusjon: Resultatene i metasyntesen viser at kvinnene opplevde mangel på medbestemmelse og informasjon ved beslutningen om induksjon. Funnene kan tyde på at kvinnene hadde behov for mer individualisert og nyansert informasjon. Slik kunne de hatt mulighet til å påvirke valgene relatert til induksjon.

Nøkkelord: kvinne-sentrert omsorg, empowerment, informasjon, medbestemmelse, induksjon, induksjon av fødsel, opplevelse, beslutning.

ABSTRACT

Title: My birth, my choice. A metasynthesis about women's experience of information and involvement regarding the decision of induced labour.

Aim: To assess and collocate studies about how women experience information and involvement regarding the decision of induced labour.

Thesis question: How do women experience information and involvement regarded to the decision of induced labour?

Method: There were conducted a systematic literature search in five databases. Five articles with qualitative design and one article with mixed method design were included in the metasynthesis. All studies were conducted in high-income countries and included 1584 participants. The articles were analysed in three stages by using Thomas og Harden (2008) method for thematic synthesis.

Results: Three analytical themes were identified; experience of involvement, experience of information and different needs regarding induced labour. Women reported that they trusted health professionals and that they would recommend what was in their best interest. They also reported lack of relevant information and open discussion about the decision. Both women and health professionals prioritized the health of the baby when they considered an induction of labour. Women had different needs when they were induced and this could affect their birth experience.

Conclusion: The results from the metasynthesis found that women experienced lack of information and involvement regarding the decision of induced labour. This implies that women were in need of more individualized and balanced information in order to make informed choices regarding induced labour.

Keywords: Women-centred care, empowerment, information; involvement, decision-making, informed consent, induction, induced labour, experience.

FORORD

Dette har vært en krevende og spennende prosess. Å få lov til å belyse et så viktig tema, lære mer og forhåpentligvis inspirere andre er et privilegium. Vi må takke veiledere for konstruktive tilbakemeldinger og gode råd underveis i prosessen. Takk til venner som har lest oppgaven og hjulpet oss med korrektur. Til slutt må vi få takke våre fantastiske ektemenn for støtte, sjokolade, gode ord og tålmodighet gjennom hele prosessen.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING 6
1.1 Bakgrunn 6
1.2 Formål og problemstilling 9
1.3 Avgrensing 9
1.4 Begrepsavklaring 10
2.0 TEORETISK RAMMEVERK 11
2.1 Kvinne-sentrert omsorg 11
2.2 Lovverk 13
2.3 Retningslinjer 13
3.0 METODE 14
3.1 Forforståelse 14
3.2 Metasyntese 14
3.3 Inklusjon – og eksklusjonskriterier 15
3.4 SPIDER 16
3.5 Søkeprosess og databasevalg 18
3.6 Etiske overveielser 21
3.7 Vurdering av artiklenes kvalitet 21
3.8 Inkluderte artikler 23
3.9 Tematisk syntese 24
4.0 SYNTESE OG RESULTAT 26
4.1 Presentasjon av inkluderte studier 26
4.2 Linje – for – linje koding 29
4.3 Deskriptive temaer 31
4.4 Analytiske temaer 32

4.5 Presentasjon av resultat 33
5.0 DISKUSJON 39
5.1 Metodediskusjon 39
5.2 Resultatdiskusjon 43
6.0 AVSLUTNING 50
6.1 Implikasjoner til praksis og videre forskning 51
7.0 LITTERATURLISTE 52
VEDLEGG .....
Vedlegg 1 Ekskluderte artikler .....
Vedlegg 2 Ekskludert artikkel grunnet kvalitet .....
Vedlegg 3 Embase – søkehistorikk .....
Vedlegg 4 Maternity & Infant – søkehistorikk .....
Vedlegg 5 PsychInfo – søkehistorikk .....
Vedlegg 6 Cinahl – søkehistorikk .....
Vedlegg 7 Analyse trinn 2 .....
Vedlegg 8 Analyse trinn 3 .....

1.0 INNLEDNING

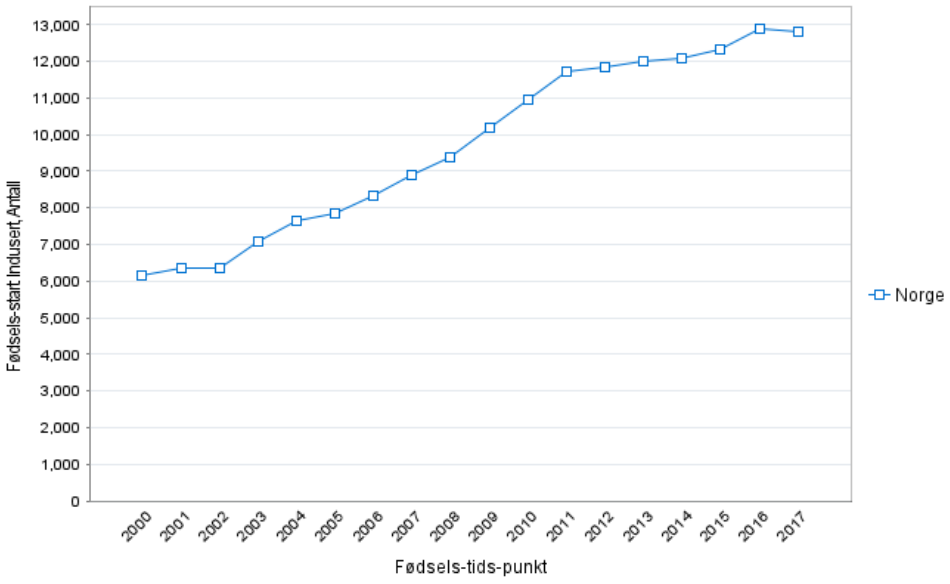
I dette kapittelet presenteres oppgaven, bakgrunn for valg av tema, problemstillingen, avgrensninger og begrepsavklaring.

Nippita, Porter, Seeho, Morris og Roberts (2017) har vært interessant og inspirerende lesing. Forfatterne beskriver i sin artikkel hvordan kvinnenes medbestemmelse i avgjørelsen om induksjon var påvirket av helsepersonellet. De intervjuet 21 jordmødre og 26 obstetrikere. Funnene i analysen viste at obstetrikerne var påvirket av oppfattelsen av risiko ved svangerskap og fødsel. I hvilken grad det var tilrettelagt for medbestemmelse ble påvirket av pasient og lege relasjonen og kvinnenes egne ressurser. Dette var interessant og gjenkjennbart fra praksiserfaring. Denne artikkelen inspirerte oss til å gjøre en studie om hvordan kvinnene selv opplever informasjon og medbestemmelse i beslutningen om induksjon.

1.1 Bakgrunn

I denne oppgaven ønsker vi å tilføre fagfeltet økt kunnskap og videreformidle hvordan kvinner opplever informasjonen og medbestemmelse i beslutningen om induksjon. Induksjoner er blitt en større del av fødselsomsorgen. I Norge er det sett en økning i antall induksjoner, på 10 år har det økt fra 15,3% i 2007 til 22,6% i 2017. Økning statistisk per år vises i figur 1 (Folkehelseinstituttet, 2018). I praksis har vi opplevd at noen kvinner ikke har fått informasjon om induksjon og heller ikke fått informasjon om hvorvidt det er et tilbud. Vi har også erfart tilfeller hvor avgjørelsen er tatt og induksjonsprosessen er startet, før kvinnene har fått tilstrekkelig informasjon om induksjon.

Som jordmor har man ansvar for å fremme det normale, jobbe helsefremmende og forebyggende i fødsel (Blix, 2017). Informasjon og medbestemmelse kan ifølge Murtagh og Folan (2014) legge grunnlaget for en opplevelse av mestring og en god fødselsopplevelse. J. Moore (2016) skriver at informasjonen som blir gitt fra helsepersonellet ofte er viktig for kvinnene. De stoler på informasjonen og legger det til grunn når de skal ta et valg. Dette gjør at informasjon og medbestemmelse ved induksjon er et aktuelt tema for jordmødre og leger.



Figur 1 statistikk fra Folkehelseinstituttet (2018).

Induksjon er blitt en av de vanligste intervensjonene i fødselsomsorgen (Murtagh & Folan, 2014). Oppegaard, Heimstad, Lippert og Salvadores-Hansen (2017) anbefaler i Veileder i fødselshjelp at induksjon av fødsel gjøres når man på grunnlag av mor eller barns helse ønsker å kunstig sette i gang fødselen etter svangerskapsuke 24. Det er flere indikasjoner som kan tilsi at fødselen skal settes i gang. Felles for de er at det er flere fordeler for mor og/eller barn ved å indusere fødselen, enn ved å fullføre svangerskapet (Oppegaard et al., 2017).

Indikasjonene for å kunstig sette i gang fødsel er:

- Overtidig svangerskap, 42 uker + 0 dager (Morken, Haavaldsen, Heimstad, Holdø & Øian, 2014)
- Preeklampsi/hypertensjon/svangerskapsrelatert hypertensjon
- Diabetes mellitus
- Intrauterin tilveksthemning
- Vannavgang >24 timer uten rier
- Tvillingsvangerskap
- Polyhydramnion/Oligohydramnion
- Svangerskapskolestase
- Andre medisinske/sosiale indikasjoner (Oppegaard et al., 2017)

Det er ulike måter som kan benyttes for igangsetting av fødsel. Valg av induksjonsmetode bedømmes ut ifra hvor moden livmorhalsen er og hvor i bekkenet barnets ledende del er. Etter å ha undersøkt dette bruker en et scoringssystem som heter Bishop's score for å beslutte hvilken induksjonsmetode som skal benyttes (Oppegaard et al., 2017). Det er ulike risikoer som kan oppstå ved induksjon (Schwarz, Gross, Heusser & Berger, 2016) og noen av de er også til dels forbundet med valg av induksjonsmetode. Induksjon gir økt risiko for hyperstimulering som kan føre til uterusruptur og asfyksi hos barnet. I tillegg ser man en økt risiko for både amnionitt, protrahert fødselsforløp og operativ forløsning som bruk av vakuum, tang eller keisersnitt (Oppegaard et al., 2017). Selv om induksjon fører med seg risikoer, kan det på ulike måter være positivt for kvinnen og/eller barnet. I en vurdering om induksjon, vil det medisinsk sett tas stilling til om fordelene ved induksjon er større enn ulempene (Rimmer, 2014, s. 421). I de fleste tilfeller er det en medisinsk årsak til induksjon. I noen tilfeller kan det være sosiale/psykososiale årsaker til induksjonen (Hildingsson, Karlstrom & Nystedt, 2011). I en norsk studie ble det sett på kvinners erfaringer med omsorgen i induksjon og opplevelse av å bli indusert ved overtidig svangerskap. Kvinnene i studien foretrakk å bli indusert, fremfor alternativet med hyppige kontroller etter svangerskapsuke 41. Selv om kvinnene oppga induksjonsprosessen som smertefull og intens, så hadde de en god fødselsopplevelse (Heimstad, Romundstad, Hyett, Mattsson & Salvesen, 2007). Selv har vi i vår praksis erfart at induksjon kan gi kvinner og deres partnere en forutsigbarhet og trygghet. For noen kan det være spesielt viktig, for eksempel kvinner med fødselsangst som opplever å ha behov for kontroll over situasjonen.

Tidligere forskning har vist at induksjon kan oppleves vanskelig for noen kvinner. Schwarz et al. (2016) sin studie viste at kvinnene var misfornøyde med opplevelsen av induksjon. Kvinnene engstet seg også for de mulige risikoene som kunne oppstå ved induksjon. Kvinnene i studien til Hildingsson et al. (2011) ytret bekymring for om barnet ville tåle induksjonen og fødselen. Noen opplevde en dårlig fødselsopplevelse, som kunne sees i sammenheng med et skifte i forventingene til sin egen fødsel (Hildingsson et al., 2011). Mange av kvinnene oppga at de ikke fikk mulighet til å være delaktig i avgjørelsen om induksjon og at det påvirket situasjonen negativt. De kvinnene som oppga å få alternativer og ha medbestemmelse uttrykte å være mer positiv til induksjonen (Schwarz et al., 2016).

Fra tidligere er det utført studier om opplevelsen av induksjon. Det er også gjort nyere studier med oppsummert forskning av opplevelsen ved induksjon. Det er forsket mindre på informasjon og medbestemmelse ved induksjonsavgjørelsen. Derfor kan denne oppgaven tilføre fagfeltet nyttig kunnskap.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å kartlegge og sammenstille studier om kvinners opplevelse av informasjon og medbestemmelse ved induksjon. Dette for å belyse viktigheten av informasjon og sette fokus på et viktig tema som er aktuelt for fødselsomsorgen. Erfaringer tilsier at induksjoner er en del av arbeidsoppgavene som jordmor. Med tanke på at statistikken viser at det er en økning i induksjoner (Folkehelseinstituttet, 2018), er det naturlig å tenke at det fortsatt vil være en del av jordmorens oppgaver i fremtiden.

Oppgavens problemstilling er:

«Hvordan opplever kvinner at informasjon og medbestemmelse i beslutningen om induksjon ivaretas?»

1.3 Avgrensing

I denne oppgaven blir det ikke beskrevet de ulike induksjonsmetodene eller opplevelsene ved bruk av de ulike metodene. Det kunne vært interessant i en annen oppgave, men i denne oppgaven ønsket vi å undersøke kvinners opplevelse relatert til informasjon og medbestemmelse. Det settes heller ikke fokus på induksjon grunnet fosterdød eller abort, da dette er en pasientgruppe med andre behov.

I oppgaven blir ordet opplevelse benyttet i problemstillingen. Fokuset i oppgaven vil være hvordan kvinnene opplever informasjonen og avgjørelsen om induksjon. Hvordan partneren eller helsepersonellet opplever dette blir ikke belyst. Da det er opplevelser som vil belyses i denne oppgaven, vil kvalitative studier være mest relevant. Forfatterne ønsker likevel å være åpne for å inkludere studier som anvender mixed method, men da fokusere og benytte den kvalitative delen av forskningen.

1.4 Begrepsavklaring

Induksjon er det norske, medisinske ordet for igangsettelse av fødsel. Det betyr at fødselen blir kunstig satt i gang på bakgrunn av medisinsk eller sosiale årsaker. Metoden som brukes kan være mekanisk stimulering av livmorhalsen og/eller ved hjelp av medikamenter. Stimuleringen fører til en inflammatorisk prosess som gjør at cervix blir myk, kortere og åpner seg opp. Videre i oppgaven vil ordet induksjon bli brukt om denne prosessen (Oppegaard et al., 2017). I Norge er ofte induksjon et samarbeid mellom lege og jordmor, men det er legens ansvar og fatte den endelige medisinske beslutningen om kvinnen anbefales induksjon (Eilertsen, 2015, s. 80).

Medbestemmelse kan i denne oppgaven forklares med at kvinnen gis mulighet til å være med å bestemme hvilken behandling hun skal ha. Det er forutsatt at det er en dialog og et samarbeid mellom kvinnen og helsepersonellet (Rene & Larsen, 2012, s. 218-219).

Helsepersonell er brukt som fellesbetegnelse for jordmødre og leger i oppgaven. Med unntak av når vi forklarer teorien kvinne-sentrert omsorg (Morgan, 2015) og omtaler studien til Renfrew et al. (2014) som omhandlet jordmors rolle spesifikt.

Pasient benyttes i oppgaven når lovverk omtales. Gravide kvinner inkluderes i kategorien pasient i lovverket (Eilertsen, 2015, s. 33).

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I denne metasyntesen er det nødvendig å redegjøre for hvilket perspektiv forfatterne går inn i oppgaven med. Det er relevant ettersom teorier eller perspektiver kan variere fra ulike fagfelt og oppgaver (Gough & Thomas, 2017, s. 45). En måte å forklare teori på er gjort av Høyer (2011). Han beskriver det som en abstrakt måte å si noe om virkeligheten på. Det er tre ulike måter å benytte teori i en oppgave. I metasyntesen er det valgt en metode Høyer (2011) kaller teori som «boksåpner». Teorien er som et verktøy, for å kunne bli inspirert til å skrive oppgaven og utføre analysen. Teorien blir en innfallsvinkel for hvordan forfatterne besvarer problemstillingen. I tillegg representeres annen litteratur, for at leser kan få en forståelse av temaet. I denne oppgaven er det benyttet kvinne-sentrert omsorg som teori. Forfatterne har også valgt å inkludere gjeldende lovverk og retningslinjer. Teorien er av betydning, ettersom det sier noe om hvilket syn og virkelighetsoppfatning en går inn i oppgaven med (Høyer, 2011).

2.1 Kvinne-sentrert omsorg

Begrepet kvinne-sentrert omsorg er på mange måter et kjent begrep innenfor jordmorfaget, men kan oppleves som diffust og svevende (Fahy, 2012). Det er beskrevet at ordet «midwife» (jordmor) egentlig betyr «med-kvinne». I selve yrkestittelen ligger det allerede en filosofi, en måte å utøve jordmorfaget på og hvordan jordmor kan opptre i møte med kvinnene. Denne teorien er relevant for problemstillingen, da den kan gi et perspektiv på hvordan jordmor kan ivareta kvinnene og deres individuelle behov.

Morgan (2015) har i sin artikkel forsøkt å omfavne begrepet og beskrive hva kvinne-sentrert omsorg innebærer. Det er blitt utført flere studier og forsøk på å definere kvinne-sentrert omsorg. Disse studiene har flere likheter, men en organisasjon for jordmødre i Canada har samlet funnene og utviklet en modell for jordmorpraksis. Modellen heter «Midwifery Model of Care» og lister opp disse punktene:

- Jordmor skal respektere og støtte sine pasienter, så kvinnene kan føde trygt, med styrke og verdighet

- Jordmor ser kvinnenes ulike behov og tar hensyn til kultur og personlige meninger
- Jordmor oppmuntrer kvinnene til å aktivt delta i sin behandling/omsorg
- Jordmor skal tilby tilpasset informasjon med hensikt å støtte kvinnene til et informert valg
- Jordmor oppmuntrer kvinnene, deres familie og andre viktige relasjoner til å fatte avgjørelser sammen – men kvinnenes ønsker skal legges størst vekt på
- Jordmor skal tilby omsorg som er kontinuerlig, personalisert og er ikke autoritær
- Jordmor responderer og tar hensyn til kvinnenes sosiale, følelsesmessige, kulturelle og fysiske behov
- Jordmor respekterer kvinnenes rett til å velge fra hvem og hvor de ønsker hjelp i svangerskap og fødsel

Disse punktene støttes også av hvordan Fahy (2012) beskriver kvinne – sentrert omsorg. Sett i lys av problemstillingen forklarer denne teorien hvordan jordmor kan arbeide for å legge til rette for informasjon og medbestemmelse. Tillit og kontinuerlig oppfølging er elementer kvinnene i studien til Fahy (2012) trekker frem som sentrale. Det inkluderer at jordmor og kvinnene er likeverdige og kvinnene er aktive i avgjørelser som skal tas. Kvinne-sentrert omsorg legger til rette for at kvinnene kan oppleve empowerment (Morgan, 2015).

2.1.1 Empowerment

Empowerment kan være et begrep, en prosess og et resultat. Empowerment kan oversettes til myndiggjøring, brukermedvirkning, bemyndigelse eller maktoverføring (Tveiten, 2012, s. 177-178). Tveiten (2012) beskriver empowerment som en prosess og en måte å jobbe på, hvor man hjelper mennesker til å ta i bruk egne ressurser slik at de kan ta kontroll over eget liv. I denne prosessen er helsepersonellet og kvinnene likeverdige parter. Helsepersonellet er ekspert på det faglige og kvinnene er ekspert på seg selv. Helsepersonellet og kvinnene skal kunne skape et samarbeid i denne prosessen. Samarbeid betyr at kvinnene får mulighet til å spørre, bli lyttet til, komme med innspill og bli tatt på alvor. Det betyr også at kvinnene får være med i beslutningsprosessen. Det må legges til rette og tilpasses den enkeltes evne og ressurser til å forstå, være kritisk og ta informerte valg. Noen ganger kan helsepersonellet oppleve at kvinnene ikke ønsker å medvirke i like stor grad. Dette kan også sees på som medvirkning, fordi muligheten til medvirkning er tilstede (Eilertsen, 2015, s. 57).

Empowerment som resultat betyr at kvinnene føler seg empowered og er i stand til å ta eller ha kontroll over det som har betydning for eget liv og helse (Tveiten, 2012, s. 175-179).

2.2 Lovverk

Slik det fremkommer i Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett til den informasjonen som er tilgjengelig for å få innsikt i egen helsetilstand og den hjelpen som skal gis. Det skal informeres om mulige bivirkninger og risikoer ved behandling og/eller undersøkelser. For at pasienten skal kunne medvirke til egen helsehjelp er det nødvendig at det er gitt nok informasjon til at pasienten kan ta et informert valg (Eilertsen, 2015, s. 57). Helsepersonellet må forsikre seg om at informasjonen de gir er forstått. Pasienten har lovpålagt rett til medvirkning ved egen helsehjelp, og skal kunne være med å påvirke hvilken behandling som velges. Medvirkningen må være individualisert til den enkelte pasient. Denne loven omfatter alle pasienter som er i kontakt med helsevesenet, også gravide kvinner (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999).

2.3 Retningslinjer

Helse-og omsorgsdepartementet (2009) skriver i stortingsmelding nr. 12 at helsepersonell må sikre seg at pasienten forstår informasjonen som blir gitt. Det er viktig for at den gravide skal kunne ta informerte valg og være med å påvirke sin egen svangerskap – og fødselsomsorg. Regjeringen legger vekt på at det er viktig med brukermedvirkning (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009). Dette kommer også tydelig frem i Helsedirektoratet (2010), veileder i kvalitetskrav til fødselsomsorgen.

World Health Organization (2018) har laget retningslinjer for induksjon av fødsel. Retningslinjene beskriver at induksjon kan skje når det foreligger medisinske grunner som tilsier at det er fordelaktig å sette i gang fødselen. Hvert tilfelle må vurderes individuelt og kvinners ønsker skal tas i betraktning. Induksjon må benyttes med forsiktighet da det foreligger flere risikofaktorer ved å indusere fødsel, derfor bør også induksjonen skje på sykehus med alle fasiliteter tilgjengelig for å best ivareta mor og barn (World Health Organization, 2018).

3.0 METODE

I dette kapittelet vil metoden for oppgaven bli presentert, redegjørelse for ulike valg som er tatt i prosessen, seleksjonskriterier, beskrivelse av systematisk søk, etiske vurderinger og kvalitetsvurdering av artikler.

3.1 Forforståelse

Det hver enkelt har med seg av erfaringer og opplevelser inn i arbeidet kalles forforståelse. Ens egen forforståelse kan påvirke hvordan man søker etter data, tolker resultater eller velger artikler. Forforståelsen kan være begrensende i prosessen hvis den ikke legges til side (Malterud, 2017a, s. 44-45). Forfatterne var bevisste på at de hadde en hypotese om at det var for lite informasjon og medbestemmelse ved spørsmål om induksjon. Det ble diskutert at det kunne være en risiko for å søke etter artikler som støttet hypotesen. Derfor har det vært viktig å være bevisste på å inkludere alle artikler som er relevant for problemstillingen. Det teoretiske rammeverket åpner opp for et syn og gir en beskrivelse av en «virkelighet». Teorien er benyttet som inspirasjon og det kan derfor ikke utelukkes at forfatterne kan ha vært påvirket i sin forforståelse, analyse og syn på oppgaven (Høyer, 2011). Det kan være en fordel at forfatterne har lite arbeidserfaring da det kan hjelpe oss med å være nøytrale i arbeidet med metasyntesen.

3.2 Metasyntese

I denne oppgaven er det valgt å gjøre en metasyntese. Det betyr at forfatterne sammenstiller, sammenligner og analyserer kvalitativ forskning. I analysen har vi brukt Thomas og Harden (2008) sin tre-trinnsanalyse. Denne metoden vil bli beskrevet i kapittel 3.9. Forfatterne har analysert primærstudier og presenterer nye resultater og tolkninger (Reinar & Jamtvedt, 2010). Metasyntese egnet seg godt for denne oppgavens problemstilling, da vi ønsket å undersøke kvinners opplevelse. Dette har gitt oss muligheten til å få tilgang til forskning som allerede er gjort og utforske om det er behov for videre forskning innenfor temaet (Gough, Oliver & Thomas, 2017, s. 1). Gjennom flere prøvesøk identifiserte vi at det var nok forskning til å kunne gjøre denne studien (Gough, Oliver, et al., 2017, s. 3). Kvinne-sentrert

omsorg har vært benyttet som teoretisk tilnærming i metasyntesen. Innenfor kvinne-sentrert omsorg står også empowerment sentralt (Morgan, 2015).

3.3 Inklusjon – og eksklusjonskriterier

Vi utformet inklusjon – og eksklusjonskriterier for metasyntesen. Disse er utformet på bakgrunn av problemstillingen og tilgjengelig forskning. Kriteriene har vært et viktig dokument og hjelpemiddel som har tydeliggjort hvilke artikler som skulle inkluderes i metasyntesen (Brunton, Stansfield, Caird & Thomas, 2017, s. 94).

Tabell 1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier, samt begrunnelse for dem

Inklusjonskriterier	Begrunnelse
Kvalitative/mixed method studier	Ønsker å få tak i relevante kvalitative data
Studier som undersøker induksjon, medbestemmelse/informert valg/empowerment	Det omhandler oppgavens problemstilling
Første – eller flergangsfødende	Alle har rett på tilpasset informasjon uavhengig av paritet
Kan være både lav – eller høyrisiko fødende før induksjonstart	Uavhengig av risikogruppe har kvinner rett på informasjon og medbestemmelse
Ulike årsaker til induksjon; overtid, unormal fostervekst, vannavgang, diabetes, eget ønske, mors alder, sosiale årsaker, flerlingsvangerskap, polyhydramnion/oligohydramnion og andre avvik/sykdommer.	Ser det ikke som hensiktsmessig å avgrense på årsak, da ses på et begrenset område ved induksjon
Primærstudier	For å unngå systematiske feil og være nærmest mulig råmateriale
Studier gjort i høyinntektsland	Skal være sammenlignbart med Norge og norske kvinner

Eksklusjonskriterier	Begrunnelse
Induksjon pga fosterdød, prematur fødsel, misdannelser eller senabort	Dette er en sårbar gruppe som kanskje vil være preget av sterke følelser
Artikler som er skrevet på andre språk enn norsk/svensk/ dansk eller engelsk	På grunn av oppgavens begrensning. Tid- og ressurskrevende med oversettelser
Studier eldre enn 15 år	For å sikre god kvalitet
Deltagere under 18 år	Studier gjort på mindreårige krever foresattes tillatelse. I tillegg er de en sårbar gruppe.

3.4 SPIDER

SPIDER er et arbeidsverktøy som er spesielt egnet ved kvalitative problemstillinger. Ved å bruke SPIDER blir det systematiske søket konkret. Hver bokstav er en forkortelse; S – sample (hvem du vil undersøke). PI – phenomenon of interest (hvilket fenomen vil du undersøke?). D – design (hva er studiets design og teoretiske rammeverk).
E– evaluation (evaluering/subjektive meninger). R – reaserch type (hva slags type studie leter du etter?) (Cooke, Smith & Booth, 2012). Det er brukt flere metoder for å finne søkeord, blant annet søkte forfatterne i database for MeSH-termer (Folkehelseinstituttet, u.å). Deretter ble noen av de ulike artiklene som var funnet under prøvesøk lest og det ble notert hvilke MeSH-termer og tekstord de hadde benyttet. Alle ordene ble satt inn i et SPIDER-skjema. Nedenfor har vi fylt inn søkeordene i SPIDER-tabellen.

Tabell 2 SPIDER, oversikt over søkeord

S	PI	D	E	R
Induserte kvinner	Opplevelse av informasjon og medbestemmelse	Kvinnesentret omsorg Empowerment	Subjektive meninger Utfall	Kvalitativ forskning
Søkeord	Søkeord	Søkeord	Søkeord	Søkeord
Induced labor Induced labour Induced lab* Women Pregnant women Induction Labor Labour Balloon Foley catheter Cervical balloon Misoprostol Amniotomy Oxytoc* Prostaglandin* Misodel Balloon catheter Cervix ripening Vaginal insert Dinoprostone	Information Communication Decision-making Life experience Experience* Informed consent Empower* Patient participation Involvement	Patient-centered care Women-centered care Empowerment Maternity care	Experience Opinion Attitude Improved commu-nication	Qualitative Phenomeno* Interview* Narrativ*

3.5 Søkeprosess og databasevalg

Søkestrategien utviklet seg over en periode fra april til juli 2019. Prosessen måtte gjentas og det ble gjort nye vurderinger i flere omganger (Kilvik & Lamøy, 2007, s. 13). Følgende databaser er valgt for systematiske søk; Cinahl, Embase, Medline, Maternity & Infant care og PsychInfo. Disse er alle anerkjente databaser som egner seg godt for å søke etter kvalitative studier. Maternity & Infant care og PsychInfo er noe mindre databaser, men relevante innenfor jordmorfaget.

Veiledningstimene med bibliotekar på Storbyuniversitetet – OsloMet, avdeling Kjeller har vært svært nyttig for å tilpasse søket og få nyttige råd. Etter den siste veiledningstimen ble et systematisk søk utført. Totalt ga dette søket fem inkluderte artikler, dette vurderte forfatterne til at var for lite datamateriale for metasyntesen. Derfor ble det besluttet å utvide søket fra 10 års begrensing til 15 år. Det resulterte i én relevant artikkel til som ble inkludert. Etter ny veiledning fikk forfatterne flere gode råd og gjorde et nytt systematisk søk med noen nye søkeord. Det ble et bredere søk, men det resulterte ikke i flere inkluderte artikler. Søket ga treff på en artikkel tilsynelatende publisert i mars 2019. "Induction of labour (IOL): are we giving women what they want?" av Rothnie, Gray og Kausar (2019). I forsøk på å finne artikkelen i fulltekst viste seg at det kun var abstrakt tilgjengelig. Forfatterne var i kontakt med hovedredaksjonen hos An International Journal of Obstetrics and Gynaecology – BJOG, de kunne ikke være behjelpelig med anskaffelse av fulltekst. Basert på abstrakt kunne denne artikkelen muligens kunne vært nyttig for problemstillingen.

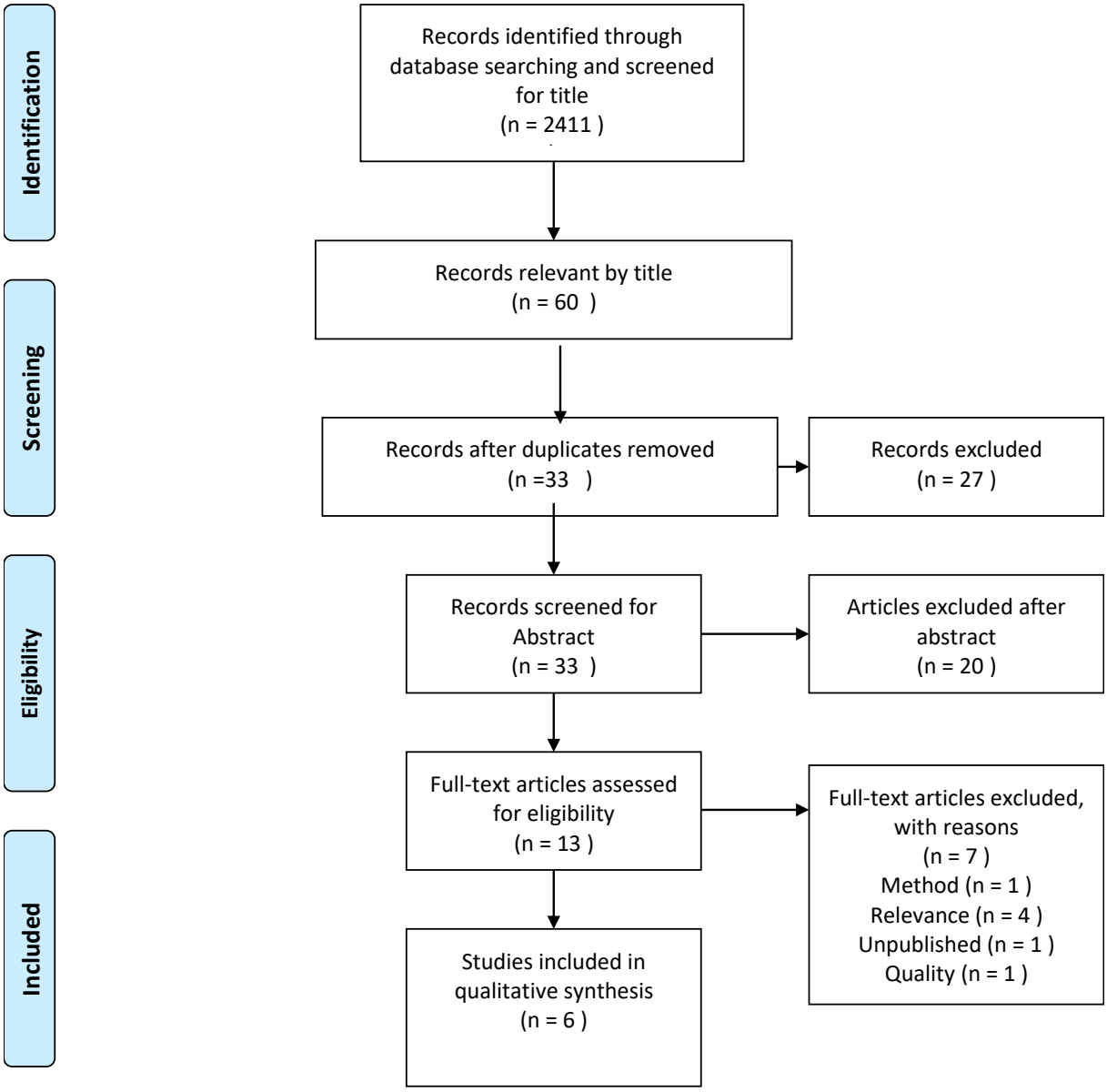
17. – 18. september 2019 ble søket gjennomført om igjen for å se om det var tilkommet ny forskning som kunne være relevant for metasyntesen. At forfatterne tilstrebet å finne alle relevante studier kan styrke metasyntesens interne validitet (Kornør & Bradley, 2008, s. 431). I tillegg ble dette gjort for å kvalitetssikre litteratursøket. Forfatterne ønsket å sikre at søkestrategien var etterprøvbar (Malterud, 2017b, s. 197). Det var ikke tilkommet forskning som kunne inkluderes i metsyntesen. Tabell 3 viser endelig søkestrategi med søkeord, sammensetning og treff i databasen Medline. Dette søket la grunnlaget for videre søk i de fire andre databasene (se vedlegg 3-6). I figur 2 fremgår flytskjema for det systematiske søket i alle fem databaser.

Tabell 3 Søkestrategi og treff i Medline

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily** 1946 to September 13, 2019

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	labor induction/	9138
2	(induce* or induction).mp.	3303311
3	(labor or labour or childbirth* or birth* or delivery).mp.	940524
4	2 and 3	102748
5	1 or 4	102748
6	(information or communication or decision making or informed consent or empower* or involvement or patient participation).mp.	2106939
7	access to information/ or information/ or information literacy/ or patient information/	6380
8	interpersonal communication/	0
9	decision making/ or patient decision making/ or shared decision making/	90396
10	informed consent/	35538
11	patient participation/ or empowerment/	36026
12	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	2112767
13	5 and 12	6774
14	(qualitative or phenomenolog* or narrat* or interview*).mp.	565206
15	qualitative research/	48333
16	narrative/	0
17	interview/	28677
18	experience*.mp.	1011109
19	14 or 15 or 16 or 17 or 18	1463695
20	14 or 15 or 16 or 17	565206
21	(balloon catheter or foley balloon catheter or balloon or cervical balloon or misoprostol or amniotomy or oxytoc* or prostaglandin* or misodel or cervix ripening or vaginal insert or dinoprostone).mp.	261196
22	Amniotomy/ or Oxytocin/ or Oxytocics/	22534
23	exp prostaglandins/	99250
24	Cervical Ripening/ or Dinoprostone/ or Administration, Intravaginal/ or Misoprostol/	35370
25	21 or 22 or 23 or 24	276878
26	3 and 25	20549
27	5 or 26	114294
28	12 and 19 and 27	1062
29	limit 28 to yr="2004 -Current"	630



Figur 2 Flytskjema for systematisk litteratursøk, basert på PRISMA transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses (2015).

3.6 Etiske overveielser

I metasyntesen er det kun inkludert artikler som allerede er godkjent av en etisk komite og/eller hvor det tydelig kommer frem etiske overveielser (Gough, Harden & Liabo, 2017, s. 259-263). Forfatterne har vært oppmerksomme og kritiske ved lesning, da det kan forekomme fusk med datamateriale, plagiat og forvrenging av materiale som er lagt frem. I litteratursøket var forfatterne etisk forpliktet til å inkludere alle artikler som er relevante og av god kvalitet, selv om det ikke støtter synet eller forforståelsen vår (Gough, Harden, et al., 2017, s. 259-263). Ettersom dette er en metasyntese har det ikke vært nødvendig å søke om tillatelse fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2015) eller NSD Personverntjenester (2018).

3.7 Vurdering av artiklenes kvalitet

Det er anbefalt av Kornør og Bradley (2008, s. 432) at flere forfattere kvalitetsvurderer studier på bakgrunn av en forhåndsbestemt strategi. Uavhengig av hverandre leste og vurderte forfatterne av metasyntesen alle relevante studier før kvalitetsvurderingen. Artiklenes kvalitet ble vurdert ved bruk av en kvalitativ sjekkliste, utarbeidet av Folkehelseinstituttet (2019). Ut ifra sjekklisten kan en gi score på hvert spørsmål og ut ifra scoren, klassifisere artiklene i høy, middels/moderat eller mangelfull kvalitet. Systematisk kvalitetsvurdering av hver artikkel ble utført av forfatterne sammen. Ved å samarbeide på denne måten, kunne forfatterne diskutere og sikre at innholdet i artiklene var forstått. Artikler som ble scoret som mangelfull, ble besluttet å ekskluderes. Høy eller middel/moderat kvalitet var ønskelig for å sikre metasyntesens interne og eksterne validitet (Kornør & Bradley, 2008, s. 432). Se tabell 4 for oversikt over klassifiseringen over de inkluderte artiklene. Gammie og Key (2014) ble utelukket på grunn av mangelfull kvalitet. Det sto ikke beskrevet fremgangsmåte for analyse av materialet, kritisk vurdering av utvalget eller bakgrunnsforhold. Se vedlegg 2 for fullstendig sjekkliste for Gammie og Key (2014).

Tabell 4 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

Artikkel	Kvalitet	Begrunnelse for trekk i score
Austin og Benn (2006)	Middels/moderat 8/10 JA	Uklart hva som er fra spørreskjema og intervju. Ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen.
Gatward, Simpson, Woodhart og et al. (2010)	Høy kvalitet 8/10 JA	Ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen. Står fremgangsmåte for analyse, men uklar analysemetode.
Jay, Thomas og Brooks (2018)	Høy kvalitet 10/10 JA	
J. E. Moore, Low, Titler, Dalton og Sampselle (2014)	Høy kvalitet 9/10 JA	Ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen.
Murtagh og Folan (2014)	Høy kvalitet 10/10 JA	
Simpson, Newman og Chirino (2010)	Høy kvalitet 8/10 JA	Ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen. Kvantitative og kvalitative resultater blandet.

3.8 Inkluderte artikler

Basert på relevansen og kvalitetsvurderingen besluttet forfatterne i felleskap hvilke artikler som skulle inkluderes i metasyntesen. Tabell 5 viser en oversikt over de inkluderte artiklene.

Tabell 5 Oversikt over inkluderte studier

Forfatter, årstall	Tidsskrift og land	Tittel	Metode og antall deltakere	Hovedspørsmål	Hovedresultat	Kvalitet
Austin og Benn (2006)	New Zealand, College of Midwives Journal New Zealand	Induction of labour: the influences on decision-making	Kvalitativ 79 kvinner og 74 helseperso nell	Forstå hvorfor førstegangsfødende velger induksjon og hva som påvirker avgjørelsen deres	Lite informasjon. Ikke informert valg. Tidligere induksjon enn nødvendig grunnet sykehuskapasitet.	Middels/ moderat
Gatward et al. (2010)	Women & Birth Australia	Women's experience of being induced for post-date pregnancy	Kvalitativ 23 kvinner	Kvinners opplevelse av induksjon ved overtidig svangerskap	Endring av forventninger og planer. Lite informasjon og forberedelse til induksjon.	Høy kvalitet
Jay et al. (2018)	British Journal of Midwifery Storbritannia	Induction of Labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study	Kvalitativ 21 kvinner	Hvordan førstegangsfødene får informasjon og gir samtykke til induksjon	Barnets sikkerhet i fokus. Lite informasjon fra helsepersonell.	Høy kvalitet
J. E. Moore et al. (2014)	Birth: Issues in Perinatal Care USA	Mowing towards patient-centred care: Women's decisions,	Kvalitativ 29 kvinner	Kvinners perspektiv på faktorer som påvirker induksjon	Manglende informert valg. Lite informasjon.	Høy kvalitet

		perception and experience of the induction of the labor process				
Murtagh og Folan (2014)	British Journal of Midwifery Irland	Women's experience of induction of labour for post-date pregnancy	Kvalitativ 9 kvinner	Kvinners erfaringer av induksjon og hvordan induksjon påvirker deres fødselsopplevelse	Lite informasjon. Tillitt til helsepersonell. Alene i induksjonen.	Høy kvalitet
Simpson et al. (2010)	The Journal of Perinatal Education USA	Patients' perspectives on the role of prepared childbirth education in decision making regarding elective labor induction	Mixed method 1349 kvinner	Hvorfor ønsker kvinner planlagt induksjon og påvirker deltagelse på fødselskurs avgjørelsen deres?	Legens anbefaling er viktigst i avgjørelse om induksjon	Høy kvalitet

3.9 Tematisk syntese

Som analyse for denne oppgaven gjøres en tematisk syntese. Hensikten er å belyse kvinners erfaringer, opplevelser, tanker, subjektive meninger og/eller holdninger. Målet er å kunne bringe frem ny kunnskap (Malterud, 2017a, s. 36-37). Tematisk syntese er presentert som en metode av Thomas og Harden (2008). De beskriver metoden som en tre-trinnsanalyse. Denne metoden samler og bringer frem resultatene fra primærstudiene på en oversiktlig måte. Metoden deles inn i tre trinn. I trinn 1 gjøres en koding "linje for linje" fra resultatavsnittene i primærstudiene. I trinn 2 går man videre fra arbeidet i trinn 1 og utvikler de deskriptive temaene. Trinn 1 og trinn 2 holdes "nært" primærstudiene. I trinn 3 utvikler man de analytiske temaene, det er først her selve fortolkningen vil foregå.

Det ble gjort et forsøk på analyse 12 – 16. august. I denne første runden ble analysen i trinn 1 utført feil. Det ble søkt veiledning på hvordan forfatterne kunne gå frem annerledes for å utføre analysen korrekt. Dette var en lærerik prosess, som ble en mulighet til å bli bedre kjent med datamaterialet og få en større forståelse av innholdet. I forsøk nummer to på utførelse av analysen var forfatterne oppmerksomme på å se materialet med et "åpent blikk" og ikke overse elementer. Alt av inkludert materiale ble analysert. Alle trinn i analysen ble utført i fellesskap, da det var behov for å kunne diskutere og bli enige om kodene og organiseringen. Nærmere beskrivelse av utførelsen av analysen er presentert i hovedkapittel 4.0.

4.0 SYNTESE OG RESULTAT

I dette kapittelet vil de inkluderte artiklene i metasyntesen presenteres. Deretter gis beskrivelse av utførelsen av syntesen og resultatene presenteres i tekst.

4.1 Presentasjon av inkluderte studier

4.1.1 Induction of labour: the influences on decision-making (Austin & Benn, 2006).

Denne studien var en del av en større studie som har benyttet seg av spørreskjema som metode. Den større studien involverte 504 kvinner. De undersøkte årsak, metode og utfall for mor og barn ved induksjon. Studien som er inkludert i vår metasyntese ønsket å gå videre fra den større studien og forsøke å forstå hvorfor førstegangsfødende kvinner blir indusert og hva som påvirker avgjørelsen. De anvendte et strukturert spørreskjema med åpne spørsmål. De har benyttet tematisk analyse for å finne meningsbærende enheter. Majoriteten av kvinnene ble indusert grunnet overtidig svangerskap. Det kvinnene oppga som mest positivt med induksjonen var å bli ferdig med svangerskapet og kunne forholde seg til en fastsatt dato for fødsel. Det kvinnene oppga som mest negativt var smerteopplevelsen, unaturlig fødsel og at risikoer for intervensjoner økte. Kvinnene hadde liten kjennskap til de negative bivirkningene ved induksjon. De opplevde å ikke få tilstrekkelig informasjon til å kunne ta et informert valg. Ofte ble kvinnene indusert tidligere enn nødvendig på grunn av kapasitetsmangel på sykehuset.

4.1.2 Women's experiences of being induced for post-date pregnancy (Gatward et al., 2010).

Denne studien undersøkte hvordan førstegangsfødende opplevde å bli indusert grunnet overtidig svangerskap. Av de inkluderte kvinnene ble 18 stykker indusert og 5 kvinner gikk i spontan fødsel. Kvinnene som gikk spontant i fødsel ble inkludert i studien som en sammenligningsgruppe. De intervjuet kvinnene tre ganger. Første gang ved avgjørelsen om induksjon, andre gang tidlig i induksjonsprosessen og siste gang etter fødsel. De stilte kvinnene spørsmål som ga de mulighet til å beskrive sine egne erfaringer med induksjon. Intervjuene ble transkribert og dataene ble analysert. Kvinnene som ble indusert følte at tiden var ute og at kroppen hadde sviktet. Kvinnene ga uttrykk for at forventningene og planene for fødselen måtte endres. Kvinnene opplevde at de hadde ambivalente følelser til induksjonen.

På en side var de glad for å se enden på graviditeten, men samtidig var de bekymret for om barnet var klar for fødselen. Kvinnene oppga også mangel på informasjon og forberedelse før induksjonen.

4.1.3 Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study (Jay et al., 2018).

Jay et al. (2018) undersøkte hvordan førstegangsfødende har behov for informasjon og hvordan de ga samtykke til induksjon av fødselen. De benyttet kvalitativ metode med semistruktruerte intervjuer. En av kvinnene ble intervjuet per telefon, resterende ble intervjuet i eget hjem 3-6 uker etter fødsel. I analysen identifiserte forfatterne fire hovedtemaer; kilde til informasjon, medbestemmelse i avgjørelsen, risikovurdering og partners påvirkning. Kvinnene henvendte seg ofte til familie og venner for informasjon. I avgjørelsen handlet det om at kvinnene «godtok» planen om induksjon, men de ble ikke presentert alternative muligheter. I risikovurdering ble det lagt størst vekt på barnets sikkerhet og kvinnene stolte på at helsepersonellet anbefalte det som var best. Kvinnene opplevde partners mening som viktig og den ble vektlagt ved vurderingen om induksjon. Det konkluderes med at helsepersonell bør legge til rette for god tid i konsultasjonen og en åpen diskusjon med kvinnene. Forfatterne mener at på denne måten kan kvinnene ta et informert valg om induksjon.

4.1.4 Moving toward patient-centered care: Women's decisions, perceptions, and experiences of the induction of labor process (J. E. Moore et al., 2014).

Denne studien av J. E. Moore et al. (2014) undersøkte hvilke faktorer som påvirket førstegangsfødendes valg ved induksjon av fødsel. Studien benyttet et kvalitativt design, hvor det er brukt grounded theory. Kvinnene ble intervjuet både før og etter induksjonen. Intervjuene ble analysert i en tre-trinns analyse. I intervjuet før induksjonen identifiserte forfatterne fem hovedtemaer; barnets sikkerhet, tillitt til helsepersonell, lettelse over å slippe ubehag og/eller engstelse, reduksjon av risiko og manglende informert valg. Kvinnene etterlyste mer generell informasjon om induksjon, med fokus på blant annet prosessen, medisiner, fordeler og/eller ulemper ved induksjonen. I intervjuet etter induksjonen ble det presentert fem andre hovedtemaer; manglende informert valg, induksjonen opplevdes som en del av en «sjekkliste», tillit til helsepersonell, glad over å ha blitt indusert og forslag til forbedringer. Flere av kvinnene opplevde at de ikke fikk informasjon om ulike risikoer før

etter induksjonen var satt i gang. Induksjon ble presentert som en naturlig del av graviditeten og opplevdes som neste punkt på «sjekklisten». Til tross for at de opplevde å ikke få nok informasjon, stilte ikke kvinnene spørsmål. De oppga å ikke vite hva de skulle spørre om og at de uansett hadde tillit til legens avgjørelse.

4.1.5 Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy (Murtagh & Folan, 2014).

Murtagh og Folan (2014) har utført en kvalitativ studie med deskriptiv fenomenologisk tilnærming. De undersøkte hvordan førstegangsfødende kvinner opplevde å bli indusert til fødsel og hvordan det påvirket fødselsopplevelsen. Kvinnene ble indusert på grunn av overtidig svangerskap. Semistrukturerte intervjuer ble benyttet som metode og analysert ved hjelp av Giorgi's metode for analyse. Fire hovedtemaer ble identifisert; induksjon ble ikke som forventet, mangel på informasjon, tillit til helsepersonell og friskt barn overgår alt. Smertene ved induksjonen var ikke som forventet og de opplevde at modningsprosessen tok lengre tid enn forventet. Noen av kvinnene opplevde at de ikke fikk informasjon og ble overlatt til å «finne ut av ting selv». Ingen av kvinnene stilte spørsmål ved legens anbefaling om induksjon, da de hadde tillit til legen. Selv om kvinnene trakk frem negative erfaringer med induksjon, opplevde kvinnene det som viktigst at de fødte et friskt barn. Studien konkluderer med at det er behov for større fokus på informasjon, medbestemmelse og å legge til rette for informert valg ved induksjon av fødsel.

4.1.6 Patients' Perspectives on the Role of Prepared Childbirth Education in Decision Making Regarding Elective Labor Induction (Simpson et al., 2010).

Simpson et al. (2010) har utført en mixed method studie. De undersøkte hvorfor noen kvinner ønsket en planlagt induksjon og om forberedende fødselskurs påvirket avgjørelsen deres. 1349 førstegangsfødende kvinner fikk utdelt spørreskjema, hvor de på slutten av skjemaet ble bedt om å gjøre rede for hva som påvirket om de ville ha en planlagt induksjon eller ikke. I den kvalitative analysen har forfatterne analysert svarene i det åpne spørsmålet. Studien presenterte at fødselskurset ga objektiv informasjon som la grunnlaget for informert valg og ønsker for fødselen. Noen kvinner oppga at kurset kun bekreftet hva de allerede visste om induksjon. Selv om kurset var nyttig og informativt, oppga kvinnene at det var legen som

hadde størst påvirkningskraft. Studien viste hvordan objektiv informasjon, samarbeid med helsepersonell og medbestemmelse kan ha påvirket fødselen og opplevelsen.

4.2 Linje – for – linje koding

Trinn 1 – linje – for –linje koding ble gjennomført ved å bruke dataprogrammet Word. Forfatterne valgte å bruke klipp og lim metoden. Denne måten å arbeide på ble ansett som oversiktlig og det var fint å jobbe manuelt med materialet. Det var ikke ønskelig at et dataprogram skulle gjøre arbeidet for oss, da forfatterne ønsket å jobbe nært med materialet (Longhofer, Floersch & Hoy, 2013, s. 42-43). Alt materiale som var relevant for problemstillingen ble hentet ut fra resultatavsnittene i primærstudiene, både forfatternes fortolkning og sitater. Dette ble de meningsbærende enhetene. Derifra ble hver meningsbærende enhet tolket linje for linje. Se tabell nummer 6 for eksempler på dette.
Det var tilfeller hvor de meningsbærende enhetene i fellesskap ble lest flere ganger for å forstå innholdet. Hvilken kode som ble benyttet, ble forfatterne enige om sammen. Linje – for – linje kodingen gjorde det mulig å gå dypere inn i studiene og hente ut meningsinnholdet i setningene (Thomas & Harden, 2008). Etter å ha fullført trinn 1 i analysen, ble det utført en gjennomgang av alle brukte koder. Noen koder var tilnærmet like og det ble besluttet å slå disse sammen. Trinn 1 resulterte i 74 ulike koder.

Tabell 6 Utdrag fra analyse trinn 1

Primærstudie	Trinn 1 – linje for linje
I definitely wanted to avoid a c-section. My doctor said one way to do that would be to wait for natural labor (Simpson et al., 2010).	Frykt for ytterligere intervensjoner. Helsepersonell rådet til å vente med induksjon.
All women described the induction as being imposed externally, with hospital policy defining when time was up. They understood they had a limited time left for the natural onset of labour. Jane (C) said, ‘‘I understand that I am overdue and that hospital policy is not to let a women go over 14 days without some kind of induction,’’	Sykehusets retningslinjer var førende for induksjonen.

and Lara (I) declared, ‘‘I feel like I was on someone else’s clock.’’ (Gatward et al., 2010).	
Participants in this study considered their doctors to always ‘know what was best’ in terms of their individual care, as well as that of their babies. The notion of challenging them never came into question because they trusted entirely that what they were being advised was in their best interest. *‘Well they make it sound like the best thing ... I never even would think to question a doctor ... I mean they are doctors ... like it’s their profession and I totally trust them to be telling me to do what is right for the baby.’ [Lisa] (Murtagh & Folan, 2014).*	Stoler på at helsepersonell vet best Kvinnene etterspør ikke mer informasjon.
Fear of increased interventions: Shifting expectations included believing that induction led to more interventions. Lyndall (I) expressed a common concern: The perception is there that the more medical intervention you have at the start the more likely it is to escalate into something (Gatward et al., 2010).	Frykt for ytterligere intervensjoner. God forståelse av risikoer ved induksjon.
Few women sought further information from midwives, as they saw no need at the time induction was first offered. With hindsight, however, many stated that they would have preferred to have known more, particularly regarding the duration and procedures (Jay et al., 2018).	Kvinnene etterspør ikke mer informasjon. Skulle I ettertid av induksjon ønske de hadde mer informasjon om varighet og prosessen.
The most common positive effects identified by the women were “the pregnancy coming to an end” (n = 31, 39%), *“more control about when having baby”* (n=30, 38%) and *“less risk/stress for baby, safe”* (n=21, 27%) (Austin & Benn, 2006).	Lettelse over at ventetiden er over. Induksjon gir kontroll over fødselsstart Det viktigste er å få et friskt barn.

With the exception of a few women, women felt that the IOL was the right decision. They framed their satisfaction with the decision within the context of the benefits (e.g., reducing anxiety). I look back and it's positive. Even with the decels, even with everything else, because she came out healthy. We prevented harm to her by being induced. Safety was an issue (J. E. Moore et al., 2014).	Opplever at induksjon var riktig avgjørelse Det viktigste er å få et friskt barn

4.3 Deskriptive temaer

I trinn 2 av analysen ble de de deskriptive temaene identifisert. Her ble også klipp – og lim metoden i dataprogrammet Word benyttet. Prosessen i trinn 2 startet med plassering av koder som beskrev samme tema i ulike kolonner i en tabell. Forfatterne registrerte også hvor mange ganger kodene fra trinn 1 ble benyttet for å kunne danne et bilde av hva som var gjennomgående i datamaterialet. Noen av de mest brukte kodene var "Mangel på relevant informasjon om induksjon" (16 ganger), "Stoler på at helsepersonell vet best" (12 ganger), "Det viktigste er å få et friskt barn" (9 ganger) og "Sykehusets retningslinjer var førende for induksjonen" (7 ganger). Se vedlegg 7 med utfyllende eksempler for hvordan kodene er sortert. Etter å ha plassert kodene sammen under ulike temaer og sett hvor mange ganger hver enkelt kode var benyttet, ble de deskriptive temaene identifisert. Tabell 7 er et utdrag fra trinn 2 i analysen.

Tabell 7 Utdrag fra analyse trinn 2

Linje-for-linje	Deskriptive temaer
Sykehusets retningslinjer var førende for induksjonen.	Liten medbestemmelse
Følelse av at fokuset flyttes fra å skulle møte barnet og til induksjonen. Følelse av å være underlagt systemet.	Induksjon gir en annerledes fødsel enn planlagt Liten medbestemmelse Liten medbestemmelse

Opplever å ikke ha fått et valg.	
Frykt for ytterligere intervensjoner. God forståelse av risikoer ved induksjon.	Induksjon gir en annerledes fødsel enn planlagt God kunnskap og forståelse av induksjon
Kvinnene etterspør ikke mer informasjon. Skulle i ettertid av induksjon ønske de hadde mer informasjon om varighet og prosessen.	Utfordringer med kommunikasjon Manglende kunnskap og forståelse av induksjon
Lettelse over at ventetiden er over. Induksjon gir kontroll over fødselsstart Det viktigste er å få et friskt barn.	Positive erfaringer med induksjon Positive erfaringer med induksjon Barnets helse er felles fokus
Opplever at induksjon var riktig avgjørelse Det viktigste er å få et friskt barn	Positive erfaringer med induksjon Barnets helse er felles fokus

I trinn 2 av analysen ble 10 deskriptive temaer identifisert:

- Tillitt til helsepersonell
- Liten medbestemmelse
- Positive erfaringer med induksjon
- Negative erfaringer med induksjon
- Induksjon gir en annerledes fødsel enn planlagt
- Manglende kunnskap og forståelse av induksjon
- God kunnskap og forståelse av induksjon
- Barnets helse er felles fokus
- Utfordringer med kommunikasjon
- Støtte fra helsepersonell med avventing med induksjon

4.4 Analytiske temaer

I siste trinn er de 10 deskriptive temaene fortolket til analytiske temaer. Forfatterne samarbeidet tett også i denne prosessen. Vi hadde en visuell oversikt over de deskriptive

temaene og diskuterte den underliggende meningen. Etter flere forsøk med å sortere de deskriptive temaene ble helheten i datamaterialet forstått. Resultatet av analysen ble 3 analytiske temaer som var gjennomgående og besvarende for problemstillingen. I tabell 8 vises de analytiske temaene med de deskriptive temaene sortert nedenfor.

Tabell 8, analyse trinn 3

1 **Opplevelse av medbestemmelse**	**2** **Opplevelse av informasjon**	**3** **Ulike behov ved induksjon**
Tillit til helsepersonell	Barnets helse er felles fokus	Positive erfaringer med induksjon
Liten medbestemmelse	Manglende kunnskap og forståelse av induksjon	Negative erfaringer med induksjon
Støtte fra helsepersonell med avventing av induksjon	God kunnskap og forståelse av induksjon	Induksjon gir en annerledes fødsel enn planlagt
Utfordringer med kommunikasjon		

4.5 Presentasjon av resultat

I dette underkapittelet vil de tre analytiske temaene bli presentert og beskrevet.

4.5.1 Opplevelse av medbestemmelse

I fire av seks artikler beskrev kvinnene at de stolte på helsepersonellet og stolte på at de visste og anbefalte hva som var best for kvinnene (Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010). Flere beskrev at de hadde stor respekt for fagkunnskapen helsepersonellet hadde og at de ikke ville gå imot deres anbefalinger (J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010).

> *You know as far as I'm concerned, when the doctor says you should be induced then they know best ... I would never go against that [Valerie](Murtagh & Folan, 2014, s. 108).*

> *If medical professionals advise you that that's the best thing and the least risky thing, then, you know, you'd be very brave to do something different really.* (Emily, post-dates pregnancy) *(Jay et al., 2018, s. 26)*

Helsepersonellet støttet seg ofte på sykehusets retningslinjer og fulgte disse i avgjørelsen om induksjon. Kvinnene fortalte at de forsto at sykehuset hadde retningslinjer og at helsepersonellet følte seg forpliktet til å følge disse (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010; Jay et al., 2018). Noen ganger var det også tilfeller hvor det ble planlagt induksjon av hensyn til logistikken på sykehuset (Austin & Benn, 2006; Simpson et al., 2010).

> *(…) Other LMCs (Midwife, Obstetrician and General Practitioner) said they "tell them [the women at 40 weeks about induction then book them in so [they] don't miss out on a space (…) (Austin & Benn, 2006, s. 9).*

Flere kvinner oppga at det var lite rom for spørsmål og/eller diskusjon rundt avgjørelsen om induksjon (Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014). Noen kvinner opplevde å ikke få et valg (Gatward et al., 2010; Jay et al., 2018). De oppga at dette kunne gi en følelse av å være underlagt systemet og/eller helsepersonellet (Gatward et al., 2010). Det var i noen tilfeller en opplevelse av at helsepersonellet så på induksjon som et naturlig steg videre i graviditeten og en del av "sjekklista" (Austin & Benn, 2006; J. E. Moore et al., 2014). Som eksemplifisert med dette sitatet:

> *(…) One woman had asked to speak with her obstetrician after the vaginal exam to discuss a way of avoiding the induction. The midwife who did the Bishop's score for this woman said the cervix needed to ripen some more to which Jess responded with, ''I guess that means I need to have the Prostaglandin'' and reported: The midwife said, 'Oh, it's already in'. I guess it implies consent that I have checked into the hospital. For her, that Prostaglandin has been so long out of the fridge but you know, my child and my feelings about labour are more important and she could just take another one out! (Gatward et al., 2010, s. 7).*

Flere av kvinnene etterspurte ikke mer informasjon, fordi de stolte på helsepersonellet. Noen visste ikke hva de skulle spørre om eller de opplevde det som upassende å spørre (Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010). Seleksjon av informasjon forekom, noen ønsket ikke å høre negative sider ved induksjon. De beskrev også hvordan de ikke klarte å få med seg all informasjonen som ble gitt, spesielt ved detaljer om metode og prosedyre (Austin & Benn, 2006; Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014). Misforståelser mellom helsepersonell og pasienten, eller helsepersonellet seg imellom kunne oppstå når det gjaldt for eksempel induksjonsårsak (Austin & Benn, 2006). En kvinne fortalte at hun trodde induksjon med prostaglandin gel var definert som «naturlig» induksjon, og at det var amniotomi og riestimulerende medisiner intravenøst som var «unaturlig» induksjon (Gatward et al., 2010).

> *Fear of the prospect of ''the drip'', or ''breaking the waters'' was the most frightening aspect for 12 (52%) of the women. However, having labour initiated with the prostaglandin gel was within their definition of natural birth. It was the ''drip'' that crossed the line to an unnatural intervention for 17 (73%) (...)" (Gatward et al., 2010, s. 6)*

Ved to tilfeller i analysen avventet kvinnene induksjon på eget ønske, med støtte fra helsepersonellet (Jay et al., 2018; Simpson et al., 2010). Ved et tilfelle fikk en kvinne tilbud om å avvente induksjon, med avtale om å komme til sykehuset for hyppige kontroller. Det opplevde hun som en belastning og ønsket heller og induseres (Jay et al., 2018). Noen forsøkte alternative metoder hjemme for å få i gang fødselen, som for eksempel å ha samleie eller bruk av lakserende middel (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010). Noen av kvinnene fikk anbefalt fra helsepersonellet å vente med induksjon, da de hadde troen på en naturlig fødsel og at det beste ville være for kvinnene å vente på spontan fødselsstart (Gatward et al., 2010; Simpson et al., 2010).

4.5.2 Opplevelse av informasjon

I fem av seks inkluderte artikler oppga kvinnene at de manglet informasjon (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010; Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014).

Mangel på informasjon kunne også føre til manglende forståelse om induksjonsprosessen (Gatward et al., 2010; Jay et al., 2018). *''A little bit from Google, a little bit from my sister […] because my midwife didn't explain a lot to me […] From, like, friends and family''(Tanya, postdates pregnancy) (Jay et al., 2018, s. 25).* Det var likevel noen av kvinnene som uttrykte å ha kunnskap og forståelse for årsaken til induksjonen og risikoene (Gatward et al., 2010; Simpson et al., 2010).

Noen av kvinnene oppfattet at helsepersonellet forventet at de skulle ha forkunnskaper om induksjon (Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014). Av disse kvinnene var det enkelte som så seg nødt til å søke etter informasjon på egenhånd, da de ikke følte at helsepersonellet hadde tid til å informere de tilstrekkelig (Jay et al., 2018). Flere anså fortsatt helsepersonellet som den viktigste kilden til informasjon og de stolte på informasjonen (Gatward et al., 2010; J. E. Moore et al., 2014). Det var også tilfeller av at informasjonen som var gitt kun omhandlet logistikken og det praktiske ved induksjon, for eksempel oppmøtetidspunkt og til hvilke klokkeslett de skulle få medikamenter (J. E. Moore et al., 2014). Kvinnene oppga at de hadde mottatt informasjon om induksjon skriftlig, men savnet mer informasjon muntlig av helsepersonellet (Austin & Benn, 2006; Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014). De kvinnene som hadde deltatt på forberedende fødselskurs, fortalte at disse kursene i liten grad informerte om induksjon (Austin & Benn, 2006; Jay et al., 2018). I ettertid innså flere av kvinnene at de skulle fått mer informasjon om varigheten av induksjonen og selve prosessen (Jay et al., 2018).

> *As women continued to discuss their induction of labour experience and the unexpected events that occurred (i.e., pain intensity, impact on baby, no eating, limited mobility, and increased risk of cesarean section), it became apparent that these items were not explained before the induction of labour. Instead, women were informed about the medications, the logistics, risks, and options after they had arrived at the hospital for their scheduled induction of labour (J. E. Moore et al., 2014, s. 143).*

Et tema i analysen var at barnets helse skulle i varetas. I fem av seks artikler fokuserte kvinnene på at det viktigste var å få et friskt barn (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010;

Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014). Et fåtall av kvinnene uttrykte bekymring for at barnet ikke skulle tåle selve induksjonen (Gatward et al., 2010). To kvinner ga uttrykk for at det var viktigere for de at barnet var friskt, enn å unngå induksjon (Murtagh & Folan, 2014). Kvinnene opplevde at helsepersonellet fokuserte på å ivareta barnets helse i informasjonen som ble gitt (J. E. Moore et al., 2014; Simpson et al., 2010). I et tilfelle fortalte en kvinne at helsepersonellet hadde oppgitt at induksjonsårsaken var barnets helse og sikkerhet. Ved ettersyn i kvinnens sykehusjournal, var det ikke dokumentert at barnets helse var til bekymring (J. E. Moore et al., 2014).

> *I knew I would be at risk for a c-section if I had an induction, so I wasn't planning on it, but when my doctor said the baby was getting too big, I decided that he knows what's best for me and my baby (Simpson et al., 2010, s. 27).*

4.5.3 Ulike behov ved induksjon

Flere beskrev at det å skulle bli indusert var en stor omstilling. Mange hadde ønsket og forberedt seg på en spontan fødselsstart. Induksjon ble sett på som medisinsk og annerledes (Gatward et al., 2010). Kvinnene opplevde forventingene for fødsel ikke ble som planlagt og at de var skuffet over egen kropp (Gatward et al., 2010; Simpson et al., 2010). Kvinnene var klar over at induksjon kunne oppleves mer smertefullt (Austin & Benn, 2006; Murtagh & Folan, 2014), og i tillegg fryktet de ytterligere intervensjoner, som for eksempel operative forløsninger (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010; Simpson et al., 2010). To kvinner forklarte at de følte fokuset ble flyttet fra å skulle møte barnet og det naturlige rundt fødsel, til det medisinske som skulle foregå (Gatward et al., 2010).

> *(…) I visualised all through my pregnancy that I will have my pre-labour at home that I would go into labour spontaneously. I prepared myself emotionally for that, so it was quite confronting to realise that time had run out. I would be induced. It meant quite a shift in my expectations. It is a pride, going into labour. My expectations are all changed. A couple of months ago there it was all going to be a natural birth and I will be in the bath - all wonderful, now it's all getting a bit clinical and a bit medicalised* (Gatward et al., 2010, s. 6).

Induksjon kunne også oppleves som en slags lettelse for enkelte av kvinnene. Endelig var ventetiden over; de kunne få møte barnet sitt og bli kvitt ubehag. Fire artikler nevner dette som en positiv effekt av å bli indusert (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010; J. E. Moore et al., 2014; Simpson et al., 2010). Noen av kvinnene tok initiativet til induksjon fordi de ønsket å treffe barnet Gatward et al. (2010). Det var også tilfeller hvor kvinnene i utgangspunktet ikke ønsket induksjon, men fant motivasjon og glede over å endelig skulle få treffe barnet sitt. Å få en induksjonsdato kunne gi en opplevelse av kontroll over fødselsstart (Austin & Benn, 2006; J. E. Moore et al., 2014).

> *(…) I am just relieved that something is going to happen to be honest because I have been waiting and waiting and it is time basically. It's time for the baby to be born. I just want to meet the baby now (Gatward et al., 2010, s. 5).*

I tre artikler ble det identifisert at kvinnene hadde en dårlig opplevelse av å bli indusert. Induksjonsprosessen kunne være lang, krevende og føltes utmattende (Gatward et al., 2010; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010).

> *(…) 'Although I read it could take a while I still was surprised at how long it took and how slow everything was to progress... by the time I actually got to have my epidural I was so tired and an emotional wreck.' [Laura] (Murtagh & Folan, 2014, s. 106).*

Kvinnene beskrev en følelse av å være hjelpeløse og at barnet ble «tvunget ut» (Gatward et al., 2010; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010). Noen av kvinnene opplevde at sykehusavdelingene hadde tidspress og det å bli flyttet rundt mellom flere avdelinger skapte en følelse av uro (Gatward et al., 2010).

5.0 DISKUSJON

Første del av diskusjonen vil omhandle den metodiske diskusjonen. Videre vil resultatene diskuteres i lys av relevant forskning, lovverk og teoretisk rammeverk. Hvert analytiske tema vil bli diskutert separat.

5.1 Metodediskusjon

Det er blitt presentert hvordan forfatterne har tenkt og arbeidet gjennom hele prosessen med metasyntesen. Det har vært viktig slik at leseren kan få innsikt og forståelse for hvordan forfatterne har arbeidet, tolket og lagt frem resultatene (Malterud, 2017b, s. 48-49). I dette kapittelet diskuteres metodiske valg, styrker og begrensinger ved oppgaven. Diskusjonen er delt inn i underkapitler som tar for seg de ulike stegene i prosessen.

5.1.1 Diskusjon av studiedesign og etiske vurderinger

Det er valgt å gjøre en metasyntese basert på Thomas og Harden (2008) sin tre-trinns analyse for å besvare problemstillingen. Risikoer ved en metasynese er at forfatterne kan ha gjort feil i søkemetode, vurdering av artikler eller feiltolking i analysen av datamateriale (Brunton et al., 2017, s. 120). For å undersøke opplevelser og erfaringer var det fordelaktig å benytte kvalitativ tilnærming (Malterud, 2017b, s. 30-32). Metasyntesen sammenstilte data fra seks enkeltstudier. Ved at resultatene ble sammenstilt og det ble utført en ny analyse kan det være anvendbart for fagfeltet og gi en større faglig tyngde (Kornør & Bradley, 2008, s. 426-427). Gough, Oliver, et al. (2017, s. 8-10) forklarer hvordan en systematisk litteraturstudie krever at forskeren har faglig kunnskap og erfaring. En begrensing for oppgaven er at forfatterne ikke har erfaring med metasyntese fra tidligere.

Som forfattere av metasyntesen er en ansvarlig for konsekvent og korrekt referering av kilder. Tidligere har det vært tendens til at kvalitativ forskning ikke har blitt respektert og referert korrekt i like stor grad som kvantitativ forskning (Grimen & Ingstad, 2008, s. 331). Av respekt til forskerne og deres arbeid, er det utført gjennomgående referering til forfatterne og deres studie i metasyntesen. I presentasjon av resultat refereres det til forfatterne løpende når

funn er presentert. Det har vært drøftet at denne referansestilen kan ha medført en uoversiktlig tekst, men grunnet krav til referansestil i oppgaven måtte det løses på denne måten.

5.1.2 Diskusjon av inklusjon- og eksklusjonskriterier

Problemstillingen og inklusjon – og eksklusjonskriteriene kan ha vært begrensende for det systematiske søket. Det kan ha medført at en kan ha gått glipp av relevante artikler (Gough, Oliver, et al., 2017, s. 12). Det er imidlertid et krav om at artiklene er like nok til å kunne sammenlignes (Kornør & Bradley, 2008, s. 433). Et eksempel på en begrensing ved inklusjon – og eksklusjonskriteriene var at oppgaven kun skulle inkludere primærstudier. Av den grunn ble Henderson og Redshaw (2013) ekskludert basert på abstraktet, da de beskrev at deres forskning var en sekundæranalyse. Da fulltekst i etterkant ble lest for å kunne benyttes i resultatdiskusjonen, kom det frem at de analyserte egne datasett. Dette sto ikke beskrevet i abstraktet. Studien hadde opprinnelig et annet hovedmål og forfatterne kalte det derfor en sekundæranalyse. Dette kan ses på som en systematisk feil på grunn av forfatternes uerfarenhet både faglig og metodisk. Ved videre forskning innen temaet ville det vært gunstig å inkludere sekundæranalyser som seleksjonskriteriene. Grunnet relevansen i Henderson og Redshaw (2013) er den valgt å anvende videre i resultatdiskusjonen. Opprinnelig var det et ønske om å inkludere flergangsfødende i metasyntesen. Det er imidlertid ingen inkluderte artikler med flergangsfødende representert i datasettene. Det kan tenkes at analysen ville hatt et annet resultat dersom flergangsfødende også var inkludert i metasyntesen.

5.1.3 Diskusjon av søkeprosess og seleksjon

Det systematiske søket ble utviklet over en lengere periode med rådgiving fra veileder og bibliotekar, for å tilstrebe et mettet datamateriale (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30). Det har blitt gjort justeringer underveis med utvidelse av publiseringsår og søkeordsammensetning. Forfatterne utførte alle litteratursøk samt utvelgelsesprosessen av artikler sammen. Det har vært en kvalitetssikring for å unngå at en person har oversett en relevant artikkel (Brunton et al., 2017, s. 120). Uavhengig av hverandre gikk vi gjennom 2411 treff og vurderte relevans basert på tittel. Hvis en eller begge ønsket å gå videre til lesing av abstrakt ble det gjort. Begge forfatterne leste alle abstrakt som var selektert til vurdering. Oppsto det usikkerhet eller uenighet om relevans, ble den inkludert videre til fulltekstlesning.

Gjennomlesning av artiklene i fulltekst gjorde forfatterne i første omgang individuelt. Artiklenes relevans og kvalitet ble diskutert i fellesskap. Beslutningen om å inkludere eller ekskludere artiklene ble fattet sammen. Da det oppsto usikkerhet om en artikkel skulle inkluderes, ble det rådført med veileder. Denne måten å arbeide på er anbefalt og beskrevet av Brunton et al. (2017, s. 120). Det er imidlertid en begrensning at vi er uerfarne med systematiske søk. I ettertid av utvelgelsesprosessen har vi sett at språklig og metodisk uerfarenhet kan ha medført at forfatterne mistolket en aktuell artikkel fra Roberts og Walsh (2019). Dette er en kvalitativ studie som ble ekskludert basert på abstrakt grunnet tema. Abstraktet ga inntrykk av at artikkelen kun fokuserer på kvinners opplevelse av å motsette seg induksjon. Ved lesing av fulltekst i prosessen med diskusjon av resultatene, ble det klart for forfatterne at artikkelen tok for seg flere sider ved opplevelsen av overtidig svangerskap og induksjon. Dette kunne vært aktuelt for problemstillingen og kunne gitt andre analytiske funn, da denne også har inkludert flergangsfødende. Roberts og Walsh (2019) er inkludert videre i diskusjonen da den tilfører funnene faglig perspektiv.

5.1.4 Diskusjon av analyse

Analysen har vært en lærerik og utfordrende prosess for forfatterne. Ved analysen og fortolkningen av datamaterialet har forfatterne måttet være kritiske til arbeidet underveis (Kornør & Bradley, 2008, s. 428). Det var en risiko for å fortolke materialet feil, ettersom primæranalysen allerede var utført av artikkelforfatterne. Det er også risiko for at artikkelforfatterne har mistolket i sin primæranalyse. En mistolkning i primæranalysen kan påvirke våre resultater (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Styrken med analysen er at den utført to ganger, dette er en kvalitetssikring på at analysemetoden og datamaterialet er forstått. Forfatterne hadde ingen erfaring fra tidligere med Thomas og Harden (2008) og det kan ha svekket analysenivået i oppgaven. De inkluderte artiklene er skrevet på engelsk. Av hensyn til oppgavens helhet, er analysen utført på norsk. Det vil si at de meningsbærende enhetene er på engelsk, men resterende trinn i analysen er utført på norsk. Forfatterne kan ikke utelukke at det kan ha skjedd feil i forståelse og feiltolkning på grunn av språket. Det har vært en fordel å være to forfattere, da det har gjort det mulig å diskutere og samarbeide i de ulike analysetrinnene. Dette har vært spesielt verdifullt i trinn 3 av analysen, ettersom utarbeidelse av de analytiske temaene kan bli påvirket av egne meninger og forforståelse

(Thomas & Harden, 2008). Forfatterne kan ikke si at oppgaven gir svar på sannheten, men en versjon av den (Malterud, 2017a, s. 199).

5.1.5 Diskusjon av inkluderte artikler og metasyntesens validitet

Ved ulike litteratursøk ble det erfart at flere av artikkelforfatterne henviste til hverandres studier i bakgrunn og diskusjon. Forskningsfeltet kan muligens antas å være snevert. I vurderingen om artikler skulle inkluderes i metasyntesen ble studiens reliabilitet og validitet vurdert. For å kunne stole på resultatene til artiklene måtte studiene vært utført nøyaktig, være godt dokumentert og belyse formålet. I metasyntesen er dette viktig, ettersom det vil påvirke oppgaven sin validitet (Grimen & Ingstad, 2008, s. 326). De inkluderte studiene har blitt kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekkliste for kvalitative studier (Aveyard, 2019, s. 125-126). Sjekklisten fra Folkehelseinstituttet (2019) ble benyttet da den er utviklet for en systematisk gjennomgang av artikler. Scoringssystemet har vært nyttig for å gjøre en faglig vurdering og kvalitetsvurderingen vil kunne etterprøves av leseren. Alle seks inkluderte artikler har vært utført hensiktsmessig for å besvare sin problemstilling. Problemstillingen i oppgaven er spesifikk, seleksjonskriterier er tydelige og de inkluderte studiene benytter relevante kartleggingsmetoder. Disse elementene styrker sammenstillingen av datamaterialet i metasyntesen som er utført (Malterud, 2017b, s. 23-24). En sammenstilling av de inkluderte studiene kan styrke funnene sammenlignet med en enkelt studie alene (Kornør & Bradley, 2008, s. 426-427).

At ingen av de inkluderte studiene i metasyntesen ble utført i Norge, kan være en begrensning for overførbarheten i norsk fødselsomsorg (Malterud, 2017b, s. 23-24). Empowerment, pasient-sentrert omsorg og økt fokus på medbestemmelse er en relativt ny måte både å tenke og arbeide på (Gammersvik, 2012, s. 114). Det kan være en forklaring på hvorfor ingen norske studier har forsket på dette innenfor temaet induksjon. Derimot er de inkluderte studiene utført i høyinntekstland som styrker overførbarhetsgrunnlaget til norske kvinner. De inkluderte studiene har kun med førstegangsfødende kvinner i datasettet. Dette styrker overførbarheten til førstegangsfødende, men svekker grunnlaget for at funnene er overførbart til flergangsfødende kvinner (Malterud, 2017b, s. 23-24).

5.2 Resultatdiskusjon

I analysen ble det identifisert tre analytiske temaer; opplevelse av medbestemmelse, opplevelse av informasjon og ulike behov ved induksjon. Kvinnene beskrev at de hadde tillit til helsepersonellet og at de anbefalte riktig behandling. Mange av kvinnene skulle ønske det var mer åpen diskusjon rundt selve avgjørelsen. Flere opplevde å få lite relevant informasjon om induksjon. Å ivareta barnets helse var det viktigste for kvinnene og helsepersonellet. Kvinnene hadde ulike behov ved induksjon og dette kan ha påvirket fødselsopplevelsen.

5.2.1 Opplevelse av medbestemmelse

Funnene fra metasyntesen kan tyde på at kvinnene hadde stor tillit til helsepersonellet når det gjaldt avgjørelsen om induksjon. Diamond-Brown (2016) har gjort forskning på lege-pasient forholdet relatert til avgjørelser i fødselsomsorgen. Denne studien kan også relateres til jordmor-pasient relasjonen. Diamond-Brown (2016) beskriver hvordan tillit kan benyttes i en utrygg situasjon, ved at avgjørelser fattes sammen eller ved at kvinnene har tillit til helsepersonellet og deres vurderinger. Hvis kvinnene og helsepersonellet har møttes gjennom svangerskapsomsorgen, kan det styrke tilliten ved avgjørelser relatert til fødsel. Diamond-Brown (2016) sin studie kan støttes av kvinne-sentrert omsorg som innehar de samme elementene om at kvinnene bør få tilbud om kontinuerlig og personalisert omsorg. Omsorgen bør ta utgangspunkt i kvinnenes ønsker, behov og legge til rette for felles kommunikasjon og beslutningstaking (Morgan, 2015).

I metasyntesen opplevde kvinnene at det var lite diskusjon rundt avgjørelsen om induksjon (Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014). Samtidig uttrykte kvinnene at de stolte på helsepersonellet, da de innehar fagkunnskap og kvinnene tenkte at helsepersonellet visste hva som var deres beste (Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010). Ved å ha tillit til helsepersonellet kan kvinnene ha delegert bort noe av makten til å ta vurderinger til helsepersonellet (Grimen, 2009). Grimen (2009) har skrevet en artikkel om konsekvensene av mangel på åpen diskusjon om maktforholdet i pasient-lege-relasjonen. Helsepersonellet bør reflektere rundt sin makt og være bevisst sin rolle. Det kan være en utfordring at helsepersonellet innehar fagkunnskapen og kvinnene kan ha følt seg tvunget til å stole på det de fikk presentert av informasjon. Kvinnene kan ha vært sårbare,

fysisk eller psykisk, i møte med helsevesenet. På den måten kan helsepersonellet ha hatt en makt og overtalt kvinnene til å velge det de anbefalte. Det er en fordel at man i avgjørelsen om induksjon har en åpen kommunikasjon og tillit (Grimen, 2009). Tilliten kan imidlertid bli svekket hvis helsepersonellet er usikre på hvilken behandling som er den beste for kvinnen og/eller barnet (Epstein et al., 2005). I noen tilfeller stolte kvinnene på helsepersonellet og etterspurte derfor ikke mer informasjon (Austin & Benn, 2006; Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010). Forfatterne av metasyntesen reflekterer over om det at kvinnene ikke etterspurte eller søkte etter mer informasjon kunne indikere at kvinnene ble mindre delaktig til egen behandling. Diamond-Brown (2016) beskriver at ikke alle kvinnene ønsket å være delaktige i avgjørelsene omkring egen helse og fødsel, noen følte seg tryggere når de ble fortalt hva de skulle gjøre. At kvinnen inntok en passiv rolle og samtykket til helsepersonellets plan kan ha vært en form for medbestemmelse (Eilertsen, 2015, s. 57). På en annen side beskriver Dy og Purnell (2012) hvordan kvinnene kunne få en passiv rolle dersom de ikke hadde tillit til helsepersonellet, dette kunne påvirke graden av medbestemmelse. Verdiene og oppfatningene til helsepersonellet kan også ha påvirket hvordan de la til rette for medbestemmelse. Mangel på kunnskap eller misforståelser mellom helsepersonell og kvinnene kunne føre til mindre medbestemmelse når avgjørelser skulle tas (Dy & Purnell, 2012).

Funnene i metasyntesen viste at kvinnene opplevde at å ikke ha et valg når det gjaldt å bli indusert og at det var lite dialog rundt avgjørelsen (Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014). Dette støttes av funnene til Schwarz et al. (2016), Roberts og Walsh (2019) og Henderson og Redshaw (2013). Henderson og Redshaw (2013) fant i sin mix-method studie at noen av kvinnene opplevde lite informasjon og medbestemmelse rundt avgjørelsen om induksjon. De følte at helsepersonellet tok avgjørelsen. Kvinnene følte heller ikke at de kunne stille spørsmål ved avgjørelsen ettersom helsepersonell innehar kunnskap om faget. Grimen (2009) skriver at en dialog mellom helsepersonellet og kvinnene ikke vil kunne være likeverdig grunnet skjevfordeling av faglig kompetanse. Man bør likevel tilstrebe å legge til rette for en toveiskommunikasjon relatert til kvinnenes valg. National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) skriver i sine retningslinjer at kvinnene burde få muligheten til å ta egne informerte valg i samråd med helsepersonellet. Ved å følge disse retningslinjene og benytte kvinne-sentrert omsorg kan helsepersonellet være bidragsytere slik at kvinnene kan oppleve å

bli empowered. For at kvinnen skal oppleve å bli empowered krever det at helsepersonellet legger grunnlaget for gjensidig respekt, åpen kommunikasjon med informasjon og tilrettelegging for medbestemmelse. På denne måten kan kvinnene og deres ønsker og behov være i sentrum (Morgan, 2015).

Kvinnene inkludert i denne oppgaven følte at induksjonen var en del av helsepersonellets rutine og de opplevde å være underlagt systemet (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010; Jay et al., 2018). Roberts og Walsh (2019) beskriver i sin studie at noen kvinner ikke hadde oppfattet at de kunne si nei til induksjon. Kvinnene fulgte helsepersonellets plan selv om de i utgangspunktet ikke ønsket dette. Forfatterne av metasyntesen har diskutert om disse funnene kan bety at det er systemet og prosedyrene som er i fokus, i stedet for kvinnene. Derimot opplevde noen av kvinnene å bli sett i Henderson og Redshaw (2013) sin studie. De opplevde å bli grundig informert og følte seg derfor godt ivaretatt. I dette tilfellet er prinsippene for kvinne-sentrert omsorg bevart. Hvordan helsepersonellet benytter kvinne-sentrert omsorg kan bli påvirket av ulike oppfatninger og tilnærminger til fødselsomsorgen (Diamond-Brown, 2016). Hvis helsepersonellet og kvinnene har ulike oppfatninger og behov, kan ulikhetene vanskeliggjøre kommunikasjon og avgjørelsen som skal tas. Helsepersonellet kan gi sin faglige anbefaling, selv om det ikke er noen sikker måte å vite utfallet for hver enkelt kvinne (Diamond-Brown, 2016).

Mange av kvinnene i metasyntesen opplevde at de ikke hadde nok informasjon til å kunne være delaktige i avgjørelsen om induksjon. I Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) står det at pasienten har krav på nok informasjon til å kunne ha innsikt i sin egen helsetilstand. Pasienten skal også ha informasjon om potensielle bivirkninger og risiko ved helsehjelpen, noe som bidrar til at pasienten kan ta et informert valg. Det er helsepersonellets ansvar å gi pasienten nok og riktig informasjon (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Sett i lys av kvinne-sentrert omsorg er det helsepersonellets oppgave å oppmuntre kvinnene til påvirke og ta valg. Kvinnene bør også oppmuntres til å delta aktivt når det er snakk om sin egen behandling og omsorg (Morgan, 2015). Helsepersonellet har ansvar for å informere kvinnene om både mors helse og barnets tilstand (Eilertsen, 2015). Avgjørelsene kan gjerne tas sammen med familie og andre med viktige relasjoner, men kvinnenes ønsker og meninger veier tyngst. Ved å gi kvinnene nok informasjon om risikoer og fordeler ved ulike

behandlinger/intervensjoner, vil kvinnene kunne oppleve empowerment og være med å ta avgjørelser omkring egen helse (Hunter et al., 2017).

5.2.2 Opplevelse av informasjon

Kvinnene i oppgaven opplevde å mangle relevant informasjon om induksjon. Det gjaldt for eksempel informasjon om induksjonsårsak, positive/negative sider ved induksjon og selve prosessen (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010; Jay et al., 2018). Det kan støttes av funnene til Schwarz et al. (2016) som har utført en kvantitativ studie med 698 deltagere, hvor de så på kvinners erfaring med induksjon av fødsel. I studien uttrykte mange av kvinnene at de skulle ønske de hadde fått mer informasjon om alternativer til å bli indusert og mer informasjon om medisinene (Schwarz et al., 2016). Det kan tenkes at helsepersonellet har forsøkt å formidle informasjonen, men at kvinnene ikke husker eller ikke har forstått hva som er blitt sagt. Berry (2007, s. 70-71) beskriver hvordan rekkefølgen på informasjonen man gir har betydning for hva pasientene husker. Den mest relevante informasjonen om virkning og bivirkning av behandling/medisiner bør presenteres først. Ved å gjøre dette er det mer sannsynlig at pasientene vil huske informasjonen. På en annen side beskriver Berry (2007, s. 81) hvordan pasientene bare mottar informasjon de selv ønsker. Det kom også frem i metasyntesen, hvor noen av kvinnene fortalte at de ikke ønsket å bli informert om de negative sidene ved induksjon (Austin & Benn, 2006). En egnet måte for helsepersonell å formidle informasjon på, er å være ærlig og tydelig på hva man anbefaler, men også respektere kvinnenes autonomi og egne ønsker (Berry, 2007, s. 81). Epstein et al. (2005) beskriver at pasienten alltid skal være i sentrum ved å bruke pasient sentrert kommunikasjon. For å oppnå dette bør pasientens perspektiv og psykososiale omstendigheter tas hensyn til. I tillegg er det viktig at helsepersonellet og pasientene har en felles forståelse og er likeverdige parter. For at dette skal være mulig er gjensidig tillit grunnlaget. Dette samsvarer med hva Morgan (2015) forklarer om kvinne-sentrert omsorg. Sett i lys av disse teoriene kan avgjørelsen om induksjon ta utgangspunkt i en balansert toveis kommunikasjon. Helsepersonellet bør presentere alternativer og forsikre seg om at kvinnene har forstått informasjonen. Anbefalingene bør ta utgangspunkt i helsepersonellets faglige vurdering og pasientens preferanser. (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; World Health Organization, 2018) presiserer at helsepersonellet plikter å tilpasse informasjonen til den enkelte situasjon og kvinnen.

Kvinnene fortalte at helsepersonellet fokuserte på å ivareta barnets helse i avgjørelsen om induksjon. Mange av kvinnene oppga også at det viktigste for dem var å få et friskt barn (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010; Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014). Grimen (2009) forklarer hvordan helsepersonellet kan misbruke sin fagkunnskap og pasientens tillit til å presentere informasjonen slik at pasienten velger helsepersonellets anbefaling. På en annen side kan det være at helsepersonellet vurderte at barnets helse var den viktigste informasjonen som måtte formidles og derfor husket kvinnene det best. Berry (2007, s. 81) beskriver hvordan helsepersonellet legger føringen for hvordan og hvilken informasjon som gis. Edwards, Elwyn, Covey, Matthews og Pill (2001) har gjort en litteraturstudie på hvordan helsepersonell formidler risikoer. Det var større sannsynlighet at pasienten valgte deres anbefalinger relatert til behandling/undersøkelse, hvis de fokuserte på risikoene ved å ikke gjennomføre deres anbefaling, fremfor fordelene. Ved informasjon om risikoer var det de mest alvorlige, som for eksempel dødelighet pasientene husket best (Edwards et al., 2001). Sett i lys av denne studien kan det indikere at kvinnene derfor husker informasjonen om risikoene for barnets helse best. Det kan også tenkes at dette derfor brukes som en årsak for å overbevise kvinnene til å godta induksjon.

Flere oppga å ha mottatt skriftlig informasjon om induksjon (Austin & Benn, 2006; Jay et al., 2018; J. E. Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014). Forfatterne av metasyntesen mener at skriftlig informasjon kan ha flere fordeler. For eksempel kan all relevant informasjon samles og leses av kvinnene flere ganger. På en annen side kan skriftlig informasjon være begrenset, hvis det ikke er tilbud om forklaring muntlig av helsepersonellet. Kvinnene i metasyntesen oppga at de savnet muntlig gjennomgang av den skriftlige informasjonen de fikk utdelt (J. E. Moore et al., 2014). Hvis ikke skriftlig informasjon blir supplert med muntlig gjennomgang, kan det føre til at helsepersonellet ikke får forsikret seg om at informasjonen er forstått riktig, slik som lovverket krever (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Det kan tenkes at en muntlig gjennomgang kunne ført til at kvinnene i metasyntesen kunne fått en større forståelse for induksjonsprosessen. Clausen, Juhl og Rydahl (2016) har gjort en kvalitetssikringsstudie av brosjyrer som ble gitt ut ved danske sykehus ved induksjon med misoprostol. Et funn fra studien viste at det ikke kommer tydelig frem at induksjon er et tilbud. Fordelene ved induksjon var nevnt, derimot kom ikke risikoene tydelig frem (Clausen et al., 2016). Disse funnene kan støttes av forfatternes erfaring fra praksis, hvor skriftlig informasjon kan fremstå

mangelfull. Det er nødvendigvis ikke gjeldende for fødselsomsorgen i resten av landet. Ved at kvinnene ikke fikk nok informasjon, oppga de å føle seg uforberedt til induksjonen (Murtagh & Folan, 2014). Lothian (2018) beskriver hvordan informasjon og forberedelse er viktig for å kunne legge til rette for en god fødselsopplevelse. Med bakgrunn i dette kan informasjon styrke kvinnene til å ta informerte valg. Slik kan de være delaktige i behandlingen sånn som kvinne-sentret omsorg beskriver. Helsepersonellet har et ansvar for å styrke og støtte kvinnene, så de kan føde trygt – med styrke og verdighet (Morgan, 2015).

5.2.3 Ulike behov ved induksjon

Noen av kvinnene i metasyntesen hadde en positiv erfaring med induksjon (Gatward et al., 2010; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010). Funnene kan støttes av studien til Heimstad et al. (2007). Dette var en norsk kvantitativ studie hvor 508 kvinner ble randomisert i graviditetsuke 41 til induksjon eller til å gå til kontroll hver tredje dag. 74% av kvinnene ønsket å bli indusert ved 41 uker og ville valgt det samme igjen ved en eventuell neste graviditet. Det kan samsvare med at noen av kvinnene i metasyntesen opplevde induksjonen som en lettelse. For disse kvinnene betydde det at ventetiden var over at og at de skulle få treffe barnet (Austin & Benn, 2006; Gatward et al., 2010; J. E. Moore et al., 2014; Simpson et al., 2010). Noen av kvinnene så også på induksjon som positivt da det ga kontroll over fødselsstart (Austin & Benn, 2006; J. E. Moore et al., 2014). Laache (2017, s. 410-413) beskriver at kvinner som kan ha vært utsatt for traumatiske hendelser kan ha et større behov for forutsigbarhet og kontroll over fødselen. Induksjon i slike tilfeller kan være kvinne-sentrert og «empowering» ved at kvinnene får ta kontroll over situasjonen. Det er viktig at helsepersonellet ser kvinnene og deres behov (Morgan, 2015). World Health Organization (2018) sine retningslinjer om indusert fødsel støtter dette, kvinnenes individuelle behov og ønsker bør imøtekommes. At kvinnene opplever å bli møtt, kan gjøre det lettere å takle fødselsarbeidet (Laache, 2017, s. 411-412).

Flere av kvinnne i oppgaven oppga å ha en dårlig opplevelse av induksjonen (Gatward et al., 2010; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010). Skuffelse over å bli indusert og en følelse av å være hjelpeløs var noe av det kvinnene opplevde (Gatward et al., 2010; Simpson et al., 2010). Induksjon krevde at kvinnene måtte omstille seg og det kunne oppleves

utfordrende, da fødselen ble mer medikalisert (Gatward et al., 2010). Lignende funn er gjort av Henderson og Redshaw (2013), hvor kvinnene var mindre fornøyd med kommunikasjonen og ivaretakelsen ved induksjon. De fortalte at de ikke følte seg prioritert før de var i aktiv fødsel og at induksjonsprosessen var i fokus. I lys av funnene til Henderson og Redshaw (2013) og metasyntesens resultater kan det tyde på at omsorgen ikke var personalisert, men autoritær (Morgan, 2015). Dette kan forklares med et skjevt maktforhold mellom helsepersonellet og kvinnene (Grimen, 2009).

Akuamoah-Boateng og Spencer (2018) beskriver at kvinner har ulik oppfatning av svangerskap og fødsel. Dette bør helsepersonellet være bevisste på i møte og ved dialog med kvinnene når induksjon skal avgjøres. Sett fra Renfrew et al. (2014) sin studie er jordmødre spesielt egnet til dette. Dette er en mixed method studie i fire deler, hvor det beskrives spesifikt hvordan jordmødre fremmer det normale og arbeider forebyggende. Jordmødre legger til rette for gjensidig respekt, støtter kvinnene og oppmuntrer de til å bruke egne ressurser. Sett i sammenheng med kvinne-sentrert omsorg (Morgan, 2015) og Renfrew et al. (2014) sin studie kan jordmødre kartlegge kvinnenes ulike ønsker og behov før avgjørelsen om induksjon tas. Slik kan kvinnene oppleve å bli sett og at behovene blir ivaretatt. Hvis jordmødre benytter teori for kvinne-sentrert omsorg i sitt arbeid, kan det legges til rette for at kvinnene opplever sin fødsel som empowering (Morgan, 2015).

6.0 AVSLUTNING

Formålet med metasyntesen var å kartlegge og sammenstille studier om kvinners opplevelse av informasjon og medbestemmelse ved beslutningen om induksjon. Induksjonstallene i Norge er økende (Folkehelseinstituttet, 2018) og en forståelse av hvordan kvinnene oppfatter dette synes viktig. Forfatterne har utført en metasyntese med seks inkluderte artikler. Analysen identifiserte tre analytiske temaer; opplevelse av medbestemmelse, opplevelse av informasjon og ulike behov ved induksjon.

Funnene belyser at kvinnene oppga å ha tillitt til helsepersonellet i avgjørelsen om induksjon. De stolte på at helsepersonellet hadde gode faglige anbefalinger. I tillegg opplevde kvinnene at det var lite rom for diskusjon rundt avgjørelsen om induksjon. Det er ikke mulig å konkludere med at tillit til helsepersonellet svekket eller styrket kvinnenes medbestemmelse, da det avhenger av relasjonen og kommunikasjonen mellom helsepersonellet og kvinnene (Diamond-Brown, 2016; Epstein et al., 2005). Dette kan være et funn til refleksjon og bevisstgjøring for helsepersonell i fødselsomsorgen. Kvinnene opplevde at de manglet relevant informasjon om induksjon. Flere opplevde at informasjonen som ble gitt kun omhandlet barnets helse. Helsepersonellet bør derfor være bevisste på hvordan de presenterer informasjonen til kvinnene (Berry, 2007). Kvinnene har ifølge lovverket rett på informasjon slik at de kan være med å ta et informert valg (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Behovene er ulike og dette må helsepersonellet ta hensyn til i møte med kvinnene. Kvinnenes ønsker bør respekteres og de bør gis mulighet til å medvirke, i henhold til lovverket og kvinne-sentrert omsorg (Morgan, 2015; Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999). Noen kvinner hadde en positiv erfaring med induksjon. Det kan være tilfeller hvor kvinnene har behov for å ha kontroll og induksjon kan være forutsigbart med tanke på fødselsstart (Laache, 2017, s. 410-413).

En samlet vurdering av resultatene og diskusjonen kan indikere at kvinnene trenger mer individualisert og nyansert informasjon, for å få økt medbestemmelse ved beslutningen om induksjon. Deltagerne i de inkluderte artiklene var førstegangsfødende og resultatene kan av den grunn muligens ikke være overførbart til flergangsfødende.

6.1 Implikasjoner til praksis og videre forskning

Denne studien kan være med å belyse et viktig og aktuelt tema innenfor fødselsomsorgen. Funnene indikerer at det er behov for økt bevissthet og videre forskning om medbestemmelse ved induksjonsavgjørelsen. Funnene indikerer også at kvinnene har behov for utfyllende muntlig og skriftlig informasjon om induksjon før beslutningen tas. Det kunne vært relevant med en kvalitetssikringsstudie som undersøker og ser på rutiner for informasjon og skriftlig informasjonsmateriale på norske fødeavdelinger. På sikt kunne det vært utviklet en informasjonsbrosjyre eller prosedyre for informasjon ved induksjon.

7.0 LITTERATURLISTE

Akuamoah-Boateng, J. & Spencer, R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labor for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, *67*, 46-56. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.018

Austin, D. & Benn, C. (2006). Induction of labour: the influences on decision making. *New Zealand College of Midwives Journal*, (34), 6-11. Hentet fra https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106351886&site=ehost-live

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed. utg.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.

Berry, D. (2007). *Health communication : theory and practice*. Maidenhead: Open University Press.

Blix, E. (2017). Å fremme normal fødsel. I *Jordmorboka* (2. utg., s. 424-432). Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2017.

Brunton, G., Stansfield, C., Caird, J. & Thomas, J. (2017). Finding relevant studies. I D. A. Gough, S. Oliver & J. Thomas (Red.), *An introduction to systematic reviews* (Second edition. utg., s. 93-122). Los Angeles: SAGE.

Clausen, J. A., Juhl, M. & Rydahl, E. (2016). Quality assessment of patient leaflets on misoprostol-induced labour: does written information adhere to international standards for patient involvement and informed consent? *BMJ Open*, *6*(5), e011333. Hentet fra http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed17&AN=619799543

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:embase&id=pmid:27235300&id=doi:10.1136%2Fbmjopen-2016-011333&issn=2044-6055&isbn=&volume=6&issue=5&spage=e011333&pages=e011333&date=2016&title=BMJ+open&atitle=Quality+assessment+of+patient+leaflets+on+misoprostol-induced+labour%3A+does+written+information+adhere+to+international+standards+for+patient+involvement+and+informed+consent%3F&aulast=Clausen

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4885466/pdf/bmjopen-2016-011333.pdf

Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, *22*(10), 1435-1443. https://doi.org/10.1177/1049732312452938

De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Diamond-Brown, L. (2016). *The doctor-patient relationship as a toolkit for uncertain clinical decisions*. Exeter :.

Dy, S. M. & Purnell, T. S. (2012). *Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review*. Exeter :.

Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J., Matthews, E. & Pill, R. (2001). Presenting risk information--a review of the effects of "framing" and other manipulations on patient outcomes. *Journal of Health Communication*, *6*(1), 61-82. Hentet fra

http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=11317424

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:11317424&id=doi:10.1080%2F10810730150501413&issn=1081-0730&isbn=&volume=6&issue=1&spage=61&pages=61-82&date=2001&title=Journal+of+Health+Communication&atitle=Presenting+risk+information--a+review+of+the+effects+of+%22framing%22+and+other+manipulations+on+patient+outcomes.&aulast=Edwards

Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (5. rev. utg.). Oslo: Jussboka.no.

Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L. & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine, 61*(7), 1516-1528. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001

Fahy, K. (2012). *What is woman-centred care and why does it matter?* Women and Birth. December 2012, Vol.25(4).

Folkehelseinstituttet. (2018). Medisinsk fødselsregister, statistikkbank. . Hentet 2019 fra http://statistikkbank.fhi.no/mfr/

Folkehelseinstituttet. (2019, 23.04.2019). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet 30.05.2019 fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklister.pdf

Folkehelseinstituttet. (u.å). MeSH. I. Hentet 07.06.2019 fra http://mesh.uia.no/

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I T. B. Larsen & Å. Gammersvik (Red.), *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (s. 99-119). Bergen: Fagbokforlaget.

Gammie, N. & Key, S. (2014). Time's up! Women's experience of induction of labour. *Practising Midwife, 17*(4), 15-18. Hentet fra https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107844874&site=ehost-live

Gatward, H., Simpson, M., Woodhart, L. & et al. (2010). Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *Women and Birth: the Journal of the Australian College of Midwives, 23*(1), 3-9. Hentet fra http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=201003198

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=1871-5192&isbn=&volume=23&issue=1&spage=3&pages=3-9&date=2010&title=Women+and+Birth%3A+the+Journal+of+the+Australian+College+of+Midwives&atitle=Women%27s+experiences+of+being+induced+for+post-date+pregnancy&aulast=Gatward

Gough, D. A., Harden, A. & Liabo, K. (2017). Developing justifiable evidence claims. I D. A. Gough, S. Oliver & J. Thomas (Red.), *An introduction to systematic reviews* (Second edition. utg., s. 251-277). Los Angeles: SAGE.

Gough, D. A., Oliver, S. & Thomas, J. (2017). Introducing systematic reviews. I D. A. Gough, S. Oliver & J. Thomas (Red.), *An introduction to systematic reviews* (Second edition. utg., s. 1-17). Los Angeles: SAGE.

Gough, D. A. & Thomas, J. (2017). Commonality and diversity in reviews. I D. A. Gough, S. Oliver & J. Thomas (Red.), *An introduction to systematic reviews* (Second edition. utg., s. 43-70). Los Angeles: SAGE.

Grimen, H. (2009). Power, Trust, and Risk. *Medical Anthropology Quarterly, 23*(1), 16-33. https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2009.01035.x

Grimen, H. & Ingstad, B. (2008). Kvalitative forskningsopplegg. I P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (s. s. 321-350). Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.

Heimstad, R., Romundstad, P. R., Hyett, J., Mattsson, L.-A. & Salvesen, K. A. (2007). Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 86*(8), 950. https://doi.org/10.1080/00016340701416929

Helse-og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet- om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (st.meld. nr. 12 (2008-2009)).* Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/

Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødeselsomsorgen (veileder IS-1877).* Hentet fra file:///C:/Users/lines/AppData/Local/Temp/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Henderson, J. & Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 92*(10), 1159. https://doi.org/10.1111/aogs.12211

Hildingsson, I., Karlstrom, A. & Nystedt, A. (2011). Women's experiences of induction of labour - Findings from a swedish regional study. *Journal of Paediatrics and Child Health, 1),* 82. Hentet fra http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=70656324

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1111%2Fj.1440-1754.2011.02047.x&issn=1034-4810&isbn=&volume=47&issue=SUPPL.+1&spage=82&pages=82&date=2011&title=Journal+of+Paediatrics+and+Child+Health&atitle=Women%27s+experiences+of+induction+of+labour+-+Findings+from+a+swedish+regional+study&aulast=Hildingsson

Hunter, A., Devane, D., Houghton, C., Grealish, A., Tully, A. & Smith, V. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy & Childbirth, 17*(1), 322. Hentet fra http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med13&AN=28946844

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:28946844&id=doi:10.1186%2Fs12884-017-1521-3&issn=1471-2393&isbn=&volume=17&issue=1&spage=322&pages=322&date=2017&title=BMC+Pregnancy+%26+Childbirth&atitle=Woman-centred+care+during+pregnancy+and+birth+in+Ireland%3A+thematic+analysis+of+women%27s+and+clinicians%27+experiences.&aulast=Hunter

Høyer, K. (2011). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I L. Koch & S. Vallgårda (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. utg., s. 17-41). København: Munksgaard.

Jay, A., Thomas, H. & Brooks, F. (2018). Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study. *British Journal of Midwifery*, *26*(1), 22-29. https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.1.22

Kilvik, A. & Lamøy, L. I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Kornør, H. & Bradley, P. M. (2008). Kunnskapsbasert praksis og kritisk vurdering av systematiske oversikter. I P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., s. 425-440). Oslo: Gyldendal akademisk.

Laache, I. (2017). Tilstander hos kvinnen som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid. I *Jordmorboka* (2. utg., s. 393- 417). Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2017.

Longhofer, J. L., Floersch, J. & Hoy, J. (2013). *Qualitative methods for practice research*. Oxford: Oxford University Press.

Lothian, J. A. (2018). Preparation for childbirth. I C. J. Lockwood & V. A. Barss (Red.). UpToDate. Hentet 29.08.2019 fra https://www.uptodate.com/contents/preparation-for-childbirth/print

Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Moore, J. (2016). Women's voices in maternity care: The triad of shared decision making, informed consent, and evidence-based practices. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *30*(3), 218-223. Hentet fra http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc13a&AN=2016-44348-014

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:10.1097%2FJPN.0000000000000182&issn=0893-2190&isbn=&volume=30&issue=3&spage=218&pages=218-223&date=2016&title=The+Journal+of+Perinatal+%26+Neonatal+Nursing&atitle=Women%27s+voices+in+maternity+care%3A+The+triad+of+shared+decision+making%2C+informed+consent%2C+and+evidence-based+practices.&aulast=Moore

Moore, J. E., Low, L. K., Titler, M. G., Dalton, V. K. & Sampselle, C. M. (2014). Moving toward patient-centered care: Women's decisions, perceptions, and experiences of the induction of labor process. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *41*(2), 138-146. Hentet fra http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed15&AN=602083799

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:embase&id=pmid:24702312&id=doi:10.1111%2Fbirt.12080&issn=1523-536X&isbn=&volume=41&issue=2&spage=138&pages=138-146&date=2014&title=Birth+%28Berkeley%2C+Calif.%29&atitle=Moving+toward+patient-centered+care%3A+Women%27s+decisions%2C+perceptions%2C+and+experiences+of+the+induction+of+labor+process&aulast=Moore

Morgan, L. (2015). Conceptualizing woman-centered care in midwifery. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, *14*(1), 8-15.

Morken, N.-H., Haavaldsen, C., Heimstad, R., Holdø, B. & Øian, P. (2014). Veileder i fødselshjelp. Kapittel 35, Overtidig svangerskap. . Hentet 23.05.2019 fra https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Overtidig-svangerskap/

Murtagh, M. & Folan, M. (2014). Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy. *British Journal of Midwifery, 22*(2), 105-110. Hentet fra https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104020843&site=ehost-live

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). Inducing labour clinical guideline. Hentet 30.09.2019 fra https://www.nice.org.uk/guidance/cg70

Nippita, T. A., Porter, M., Seeho, S. K., Morris, J. M. & Roberts, C. L. (2017). Variation in clinical decision-making for induction of labour: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth, 17*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1518-y

NSD Personverntjenester. (2018, 03.10.2018). Må jeg melde prosjektet mitt? Hentet 06.05.2019 fra https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html?fbclid=IwAR3yMTOOrkgqvLUOPKTXUEluM1JdvIe1EwjmPSvudDjXH1Z9aujIbcBrE4E

Oppegaard, K. S., Heimstad, R., Lippert, T. & Salvadores-Hansen, T. (2017, 03.11.2017). Veileder i fødselshjelp. Kapittel 33, Cervixmodning/Induksjon av fødsel. . Hentet 18.04.2019 fra https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Utgatte-kapitler/Cervixmodninginduksjon-av-fodsel/

Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

PRISMA transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. (2015). PRISMA flow diagram. Hentet 18.09.2019 fra http://www.prisma-statement.org/

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015). Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK. Hentet 06.05.2019 fra https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n

Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien Forskning*, (3), 238-246. https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121

Rene, B. & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning. I T. B. Larsen & Å. Gammersvik (Red.), *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (s. 217-229). Bergen: Fagbokforlaget.

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., … Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet, 384*(9948), 1129-1145. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3

Rimmer, A. (2014). Prolonged pregnancy and disorders of uterine action. I J. E. Marshall, M. D. Raynor & M. F. Myles (Red.), *Myles midwives* (16th ed. utg., s. 418-433). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Roberts, J. & Walsh, D. (2019). "Babies come when they are ready": Women's experiences of resisting the medicalisation of prolonged pregnancy. *Feminism & Psychology, 29*(1), 40-57. https://doi.org/10.1177/0959353518799386

Rothnie, K., Gray, L. & Kausar, S. (2019). Induction of labour (IOL): Are we giving women what they want? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 126 (Supplement 1)*, 102-103. Hentet fra

http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emexb&AN=627142546

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1111%2F1471-0528.15635&issn=1471-0528&isbn=&volume=126&issue=Supplement+1&spage=102&pages=102-103&date=2019&title=BJOG%3A+An+International+Journal+of+Obstetrics+and+Gynaecology&atitle=Induction+of+labour+%28IOL%29%3A+Are+we+giving+women+what+they+want%3F&aulast=Rothnie

Schwarz, C., Gross, M. M., Heusser, P. & Berger, B. (2016). Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery, 35*, 3-10. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.002

Simpson, K. R., Newman, G. & Chirino, O. R. (2010). Patients' perspectives on the role of prepared childbirth education in decision making regarding elective labor induction. *Journal of Perinatal Education, 19*(3), 21-32. Hentet fra http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=prem1&AN=21629391

http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:21629391&id=doi:10.1624%2F105812410X514396&issn=1058-1243&isbn=&volume=19&issue=3&spage=21&pages=21-32&date=2010&title=Journal+of+Perinatal+Education&atitle=Patients%27+perspectives+on+the+role+of+prepared+childbirth+education+in+decision+making+regarding+elective+labor+induction.&aulast=Simpson

Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews.(Research article). *BMC Medical Research Methodology, 8*(45), 45.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning : sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: induction of labour at or beyond term. Geneva: World Health Organization; 2018. Hentet 28.05.2019 fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf?ua=1

VEDLEGG

Vedlegg 1 Ekskluderte artikler

Forfatter, årstall	Tidsskrift og land	Tittel	Metode	Hovedspørsmål	Hovedresultat	Eksklusjons årsak
Gammie, N Key, S. 2014	The practising midwife Skottland	Time's up!	Kvalitativ	Kvinners erfaringer av forberedelse til induksjon	Nervøsitet. God informasjon. Følelse av at tiden er ute.	Mangelfull kvalitet, derfor ikke tatt med.
Brown, S. J. S. Furber, C. M. 2015	Sexual and Reproductive Healthcare The UK	Women's experiences of cervical ripening as inpatients on an antenatal ward	Kvalitativ	For å få forståelse av kvinners opplevelse av cervix manipulering når de er innlagt på en fødeavdeling.	Strenge avdelingsregler gjorde at kvinnene følte seg utrygge og uten mulighet for å ha partner med seg hele tiden. For lite informasjon om prosessen.	Ikke relevant for vår problemstilling. Ingenting om avgjørelsen og lite om informasjon.
Clausen, J. A. Juhl, M. Rydahl, E. 2016	British journal of midwifery Danmark	Quality assessment of patient leaflets on misoprostol-induced labour: does written information adhere to international standards for patient involvement and informed consent?	Evaluert pasient-brosjyrer om induksjon, brukt eget scoringssystem.	Vurdere kvaliteten av skriftlig informasjon om induksjon ved flere sykehus i Danmark.	Brosjyrene var generelt for dårlig, lite informasjon. Det manglet informasjon om kvinnenes muligheter og rett til informert valg. Informasjonen varierte mye fra sykehus til sykehus, noe som gjorde at kvinnene fikk veldig variert informasjon.	Ikke gjort intervjuer, kun vurdert skriftlig informasjons brosjyrer.

Moore, J. E. Titler, M. G. Kane Low, L. Dalton, V. K. Sampselle, C. M. 2015	Women's health issues USA	Transforming Patient-Centered Care: Development of the Evidence Informed Decision Making through Engagement Model	Kvalitativ	Teste en utviklet modell som sikrer pasient-medbestemmelse	For å kunne gi forskningsbasert god omsorg til kvinner, må pasienten til enhver tid være i fokus.	Ikke relevant for vår problemstilling.
Oster, C. Adelson, P. L. Wilkinson, C. Turnbull, D. 2011	Health & place Australia	Inpatient versus outpatient cervical priming for induction of labour: Therapeutic landscapes and women's preferences	Kvalitativ	Utforske kvinners preferanser ved induksjon, poliklinisk eller inneliggende.	Kvinnene føler seg komfortable og trygge hjemme. Allikevel er sikkerheten og tryggheten ved sykehuset en viktig faktor.	Ikke relevant for vår problemstilling.
Schwarz, C. Gross, M.M. Heusser, P. Berger, B. 2016	Midwifery Tyskland	Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany	Kvantitativ	Kvinners erfaring med induksjon av fødsel.	Kvinners forventninger og behov ved induksjon av fødsel blir ikke møtt.	Kvantitativ.

Vedlegg 2 Ekskludert artikkel grunnet kvalitet

Time's up! Women's experience of induction of labour. (Gammie & Key, 2014)			
	JA	UKLART	NEI
1. Er formålet med studien klart formulert?	X		
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	X		
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?		X Analysemetode er ikke beskrevet.	
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?		X Ikke kritisk vurdering av utvalget.	
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?		X Står kun at det er semistrukturert intervju.	
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?			X
7. Er etiske forhold vurdert?	X		
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data			X

forståelig, tydelig og rimelig?			
Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?		X	
9. Er funnene klart presentert?	X		
10.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	X		

Vedlegg 3 Embase – søkehistorikk

Database(s): **Embase** 1980 to 2019 Week 37

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	labor induction/	11607
2	(induce* or induction).mp.	3506003
3	(labor or labour or childbirth* or birth* or delivery).mp.	1222618
4	2 and 3	127923
5	1 or 4	127923
6	(information or communication or decision making or informed consent or empower* or involvement or patient participation).mp.	3096657
7	access to information/ or information/ or information literacy/ or patient information/	59023
8	interpersonal communication/	149290
9	decision making/ or patient decision making/ or shared decision making/	225739
10	informed consent/	100811
11	patient participation/ or empowerment/	33594
12	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	3096657
13	5 and 12	9469
14	(qualitative or phenomenolog* or narrat* or interview*).mp.	712225
15	qualitative research/	67512
16	narrative/	10468
17	interview/	193297
18	experience*.mp.	1384373
19	14 or 15 or 16 or 17 or 18	1949463
20	13 and 19	1198
21	(balloon catheter or foley balloon catheter or balloon or cervical balloon or misoprostol or amniotomy or oxytoc* or prostaglandin* or misodel or cervix ripening or vaginal insert or dinoprostone).mp.	328872
22	balloon catheter/	16530
23	uterine cervix ripening/	2589
24	misoprostol/	11626
25	oxytocin/ or amniotomy/	28203
26	prostaglandin E2/ or prostaglandin/	80652
27	21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26	328872
28	3 and 27	29308
29	5 or 28	146125
30	12 and 19 and 29	1454
31	limit 30 to yr="2004 -Current"	1227

Vedlegg 4 Maternity & Infant – søkehistorikk

Database(s): **Maternity & Infant Care Database (MIDIRS)** 1971 to August 2019

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	Labour - induced.de.	1805
2	(induce* or induction).mp.	11495
3	(labor or labour or childbirth* or birth* or delivery).mp.	120113
4	2 and 3	7681
5	1 or 4	7681
6	(information or communication or decision making or informed consent or empower* or involvement or patient participation).mp.	37764
7	Information.de.	19
8	(Communication or Consumer information).de.	3274
9	(Consumer choice or Decision making or Informed choice).de.	4707
10	(Informed consent or Consumer rights).de.	1983
11	(Woman-centred care or Empowerment).de.	1321
12	Consumer participation.de.	383
13	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	40766
14	5 and 13	893
15	(qualitative or phenomenolog* or narrat* or interview*).mp.	17435
16	(Qualitative research or Phenomenology).de.	314
17	Personal experiences.de.	88
18	Interviews.de.	132
19	15 or 16 or 17 or 18	17503
20	(balloon catheter or foley balloon catheter or balloon or cervical balloon or misoprostol or amniotomy or oxytoc* or prostaglandin* or misodel or cervix ripening or vaginal insert or dinoprostone).mp.	4738
21	(Balloon dilatation or Cervical ripening).de.	491
22	(Oxytocics or Dinoprostone or Amniotomy or Oxytocin).de.	1021
23	Misoprostol.de.	365
24	Prostaglandins.de.	268
25	20 or 21 or 22 or 23 or 24	4828
26	3 and 25	4047
27	5 or 26	9718
28	13 and 19 and 27	104
29	limit 28 to yr="2004 -Current"	69

Vedlegg 5 PsychInfo – søkehistorikk

Database(s): **PsycINFO** 1806 to September Week 2 2019

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	induced labor.mp.	25
2	(induce* or induction).mp.	203538
3	(labor or labour or childbirth* or birth* or delivery).mp.	167484
4	2 and 3	5257
5	1 or 4	5257
6	(information or communication or decision making or informed consent or empower* or involvement or patient participation).mp.	857580
7	information/ or information literacy/	14319
8	communication/	24995
9	decision making/	70946
10	informed consent/	4186
11	empowerment/ or involvement/	13940
12	client participation/ or participation/	9759
13	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	863082
14	5 and 13	705
15	(qualitative or phenomenolog* or narrat* or interview*).mp.	539572
16	qualitative research/ or interviews/	16300
17	narratives/	18763
18	phenomenology/	13126
19	experience*.mp.	645403
20	15 or 16 or 17 or 18 or 19	1020512
21	(balloon catheter or foley balloon catheter or balloon or cervical balloon or misoprostol or amniotomy or oxytoc* or prostaglandin* or misodel or cervix ripening or vaginal insert or dinoprostone).mp.	7827
22	3 and 21	497
23	5 or 22	5604
24	13 and 20 and 23	206
25	limit 24 to yr="2004 -Current"	167

Vedlegg 6 Cinahl – søkehistorikk

Tuesday, September 17, 2019 9:17:54 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S60	S26 AND S37 AND S58	Limiters - Published Date: 20040101-20191231 Search modes Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	318
S59	S26 AND S37 AND S58	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	362
S58	S12 OR S57	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	15,778
S57	S10 AND S56	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	3,719

			Database - CINAHL with Full Text	
S56	S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,180
S55	dinoprostone	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	529
S54	vaginal insert	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	107
S53	Cervix ripening			30
			Database - CINAHL with Full Text	
S52	Misodel	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	4

			Database - CINAHL with Full Text	
S51	Prostaglandin*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5,929
S50	Oxytoc*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,575
S49	Amniotomy	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	182
S48	misoprostol	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,942

S47	cervical balloon	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	89
S46	Foley balloon catheter	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	91
S45	balloon catheter	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,173
S44	(MH "Dinoprostone")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	472
S43	(MH "Administration, Intravaginal")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,270

S42	(MH "Prostaglandins E") OR (MH "Prostaglandins")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,167
S41	(MH "Oxytocin")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,058
S40	(MH "Fetal Membranes, Artificial Rupture")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	149
S39	(MH "Misoprostol")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	1,550

S38	(MH "Cervix Dilatation and Effacement")			771
			Database - CINAHL with Full Text	
S37	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	636,081
S36	experience*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	371,295
S35	phenomenolog*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	21,203
S34	interview*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	282,955

S33	narrat*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	35,325
S32	qualitative	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	146,377
S31	(MH "Phenomenology")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,290
S30	(MH "Interviews")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	135,723
S29	(MH "Narratives")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	15,964

S28	(MH "Qualitative Studies")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	98,916
S27	S12 AND S26	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,486
S26	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	767,255
S25	(MH "Consumer Participation")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	17,770
S24	(MH "Empowerment")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	11,801

S23	(MH "Consent")			16,844
			Database - CINAHL with Full Text	
S22	(MH "Decision Making") OR (MH "Decision Making, Patient") OR (MH "Decision Making, Clinical") OR (MH "Decision Making, Shared")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	84,272
S21	(MH "Communication")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	66,664
S20	(MH "Information Literacy") OR (MH "Information Needs")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	14,669
S19	patient participation	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4,483

S18	involvement	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	63,292
S17	empower*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24,348
S16	informed consent	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	12,480
S15	decision making	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	126,522
S14	communication	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	162,973

S13	information	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	445,833
S12	S1 OR S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,726
S11	S9 AND S10	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,726
S10	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	272,707
S9	S2 OR S3	Search modes -	Interface - EBSCOhost	255,818

		Boolean/Phrase	Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S8	delivery	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	153,463
S7	"birth*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	97,668
S6	Childbirth*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	29,686
S5	labour	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	46,327

S4	labor	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	46,327
S3	induction	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	31,296
S2	"induce*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	237,230

			Database - CINAHL with Full Text	
S1	(MH "Labor, Induced")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,759

Vedlegg 7 Analyse trinn 2

1 Tillit til helsepersonell	2 Liten medbestemmelse	3 Positive erfaringer med induksjon	4 Negative erfaringer med induksjon	5 Induksjon gir en annerledes fødsel enn planlagt	6 Manglende kunnskap og forståelse av induksjon	7 God kunnskap og forståelse av induksjon	8 Barnets helse er felles fokus	9 Utfordringer med kommunikasjon	10 Støtte fra helsepersonell med avventing av induksjon
Stoler på at helsepersonell vet best (12) Helsepersonell ser på induksjon som et naturlig steg videre (2)	Sykehusets retningslinjer var førende for induksjonen (7) Lite rom for spørsmål/diskusjon rundt avgjørelsen om induksjon (5) Satt opp til induksjon på grunn av hensyn til logistikk på sykehuset (3) Opplever å ikke ha fått et valg. (3) Følelse av å være underlagt systemet. (2)	Lettelse over at ventetiden er over. (5) God opplevelse av induksjon (4) Ønsker induksjon for å møte barnet. (3) Ønske om å bli indusert. (3) Motivasjon for fødsel/induksjon er å treffe barnet. (2) Induksjon gir kontroll over fødselsstart (2) Opplever at induksjon var riktig avgjørelse (1) God omsorg i fødsel kompenserte	Dårlig opplevelse av å bli indusert. (6) Induksjonsprosessen oppleves utmattende (2) Opplever stress med hyppige kontroller pga avventing med induksjon, vil da heller induseres (1) Føler seg hjelpeløs ved induksjon (1) Kvinnen opplever tidspress i avdelingen. (1) En følelse av at barnet blir	Stor omstilling fra å planlegge spontan fødsel til å måtte induseres (5) Ønske om normal fødsel. (5) Frykt for ytterligere intervensjoner. (4) Skuffelse over å bli indusert (3) Induksjon mer smertefullt (3) Ønske om å unngå induksjon. (2) Induksjon sees på som unaturlig (1) Følelse av at fokuset flyttes fra å skulle møte barnet og til induksjonen (1)	Mangel på relevant informasjon om induksjon. (16) Mangler informasjon og forståelse for prosessen ved induksjon. (4) Følte seg uforberedt til induksjon (4) Leter etter informasjon om induksjon på egenhånd (3) Liten forståelse for årsak til induksjon. (2) Svangerskapskurs informerer lite om induksjon. (2) Liten forståelse av risiko for overtidig svangerskap (2)	Informasjon om induksjon gis skriftlig. (6) God forståelse av risikoer ved induksjon. (2) Helsepersonell hovedkilde til informasjon. (2) God forståelse av risiko ved overtidig svangerskap. (1)	Det viktigste er å få et friskt barn (9) Helsepersonell fokuserer på barnets helse ved induksjon (4) Bekymret for hvordan barnet skal tåle Induksjon (2) Friskt barn er viktigere enn fødselsopplevelsen (2) Helsepersonell tar opp barnets helse som induksjonsårsak selv om det ikke dokumentert som årsak (1)	Kvinnene etterspør ikke mer informasjon. (6) Får ikke med seg all informasjon som blir sagt. (3) Ulik oppfatning av induksjonsårsak av kvinne og helsepersonell (2) Ønsket ikke negativ informasjon om induksjon (2) Kvinnene opplever at helsepersonell forventer at de har kunnskap om induksjon. (2) Kommunikasjonsvikt mellom helsepersonell ifht induksjonsårsak (1) Mangel på samarbeid mellom kvinne, jordmor og lege (1)	Helsepersonell rådet til å vente med induksjon. (7) Helsepersonell har tro på naturlig fødsel (3) Forsøker alternative metoder for å få i gang fødselen (3) Avventet induksjon på eget ønske (2)

	Kvinnen ble påvirket av partners holdning til induksjon (1) Fått medisiner for å induseres uten å vite og samtykke(1)	for å måtte bli indusert. (1)	«tvunget» ut (1) Opplever uro og stress ved å bli flyttet mellom flere avdelinger. (1)	Endret fokus fra det normale til det medikaliserte i fødselsprosessen (1) Frustrasjon over å ikke gå i spontan fødsel. (1) Leter etter informasjon om hvordan de selv kan få i gang fødsel. (1)	Kun informasjon om logistikk (2) Kvinnene har hørt ulik informasjon om induksjon (1) Mye skriftlig informasjon, vanskelig å få oversikt og å huske hva de har lest. (1) Kvinnene opplever at helsepersonell ikke har tid til å informere. (1) Skulle i ettertid av induksjon ønske de hadde mer informasjon om varighet og prosessen. (1) Ulik forståelse av induksjon på overtid. (1) Familie og venner hovedkilde for informasjon. (1)			Kvinnene tror ikke induksjon vil gjelde for de (1) Kvinnene velger å sortere ut informasjon som ikke angår de (1) Misoppfatning av hvilke intervensjoner som er induksjon og ikke (1) Kvinnene har egne tidsoppfatninger på hvor lang induksjonen vil være. (1) Ønsker å vite at induksjon er et valg (1)	

Tall stående i parentes ( ), betyr hvor mange ganger koden er brukt i trinn 1, linje – for – linje kodingen.

74 linje – for – linje koder fører til 10 beskrivende temaer

Vedlegg 8 Analyse trinn 3

Trinn 2 – deskriptive temaer	Trinn 3 – analytiske temaer
Liten medbestemmelse	Opplevelse av medbestemmelse
Induksjon gir en annerledes fødsel enn planlagt Liten medbestemmelse Liten medbestemmelse	Ulike behov ved induksjon Opplevelse av medbestemmelse Opplevelse av medbestemmelse
Induksjon gir en annerledes fødsel enn planlagt God kunnskap og forståelse av induksjon	Ulike behov ved induksjon Opplevelse av informasjon
Utfordringer med kommunikasjon Manglende kunnskap og forståelse av induksjon	Opplevelse av medbestemmelse Opplevelse av informasjon
Positive erfaringer med induksjon Positive erfaringer med induksjon Barnets helse er felles fokus	Ulike behov ved induksjon Ulike behov ved induksjon Opplevelse av informasjon
Positive erfaringer med induksjon Barnets helse er felles fokus	Ulike behov ved induksjon Opplevelse av informasjon