

# Masteroppgave

Master i jordmorfag

Oktober, 2021

Kartlegging av kvaliteten på nettbasert norsk  
helseinformasjon for gravide, fødende og barselkvinner  
– En tverrsnittstudie om forutsetninger for informerte valg.

Kandidatnummer: 538 & 517

Emnekode: MAJO5900

Antall ord kappe: 7691

Antall ord artikkel: 3589

## **Forord**

Innholdet i denne masteroppgaven står for forfatternes regning.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært både givende og lærerikt. Det har utfordret oss i nye arbeidsmetoder og i stor grad bidratt til inspirasjon. Til tross for utfordringer og uforutsette hendelser underveis har vi kommet i mål, og vi er stolte over hva vi har produsert.

Det er mange som har bidratt på veien, og vi ønsker først og fremst å takke vår uunnværlige veileder, for inspirasjon til problemstilling, samt gode råd og bistand fra begynnelse til slutt. Veileders kunnskap og motivasjon har vært svært betydningsfullt for resultatet. Vi vil også takke utviklerne av MAPPinfo for at verktøyet deres har blitt gjort tilgjengelig for oss å bruke i arbeidet med vår masteroppgave.

En stor takk rettes mot vårt fakultet, masteroppgavens emneledere og lærere for øvrig, for deres bidrag til å gi oss grunnlaget for å kunne skrive en masteroppgave. Vi vil også takke våre medstudenter for innspill og nyttige seminarer underveis. Vi ønsker å takke våre aller nærmeste som har bidratt med oppmuntring, korrektur og gode råd gjennom arbeidet med masteroppgaven.

Sist, men ikke minst vil vi takke hverandre for et fremragende samarbeid, hvor vi hele veien har spilt hverandre gode i både motgang og medgang.

Oslo, oktober 2021.

## **Sammendrag**

**Tittel:** Kartlegging av kvaliteten på nettbasert norsk helseinformasjon for gravide, fødende og barselkvinner – En tverrsnittstudie om forutsetninger for informerte valg.

**Hensikt:** Å systematisk kartlegge hvordan tilgjengelig nettbasert helseinformasjon for gravide, fødende og barselkvinner tilrettelegger for informerte valg i fødselsomsorgen.

**Problemstilling:** Hvordan og i hvilken grad legger nettbasert helseinformasjon for gravide, fødende og barselkvinner i Norge til rette for informerte valg?

**Metode:** En tverrsnittstudie med kvantitativ tilnærming hvor kvaliteten på norsk helseinformasjon innen utvalgte tema i fødselsomsorgen vurderes ved bruk av måleinstrumentet MAPPinfo.

**Resultater:** Det totale utvalget (=N) består av 102 helseinformasjonsmaterialer innenfor temaene fosterdiagnostikk, glukosebelastning, seteleie, induksjon, smertelindring og nyfødtscreening. Interrater-reliabilitet og validitet var fremragende (gjennomsnitt av T-koeffisienten mellom primærkodere = 0,99, mellom primærkodere og ekspertkoder = 0,95). Gjennomsnittlig oppfyller utvalget 21% av det som minimale kvalitetskriterier etter måleinstrumentets standard (SD: 0,06, min: 0,11, maks: 0,43). Det var marginal variasjon i kvalitet mellom de ulike temaene.

**Konklusjon:** Resultatene indikerer behov for forbedring og videreutvikling av den nettbaserte helseinformasjonen slik at det i større grad kan danne grunnlag for informerte valg i fødselsomsorgen.

**Nøkkelord:** fødselsomsorg, informerte valg, samvalg, helseinformasjon

## **Abstract**

**Title:** Mapping the quality of online health information addressing pregnant women, women in labour and new mothers – A cross-sectional study of the prerequisites for informed choices.

**Purpose:** To systematically map whether and to which extent maternity related online health information facilitates informed choices regarding maternity care.

**Thesis:** Whether and to which extent does online health information for pregnant women, women in labour and new mothers in Norway facilitate informed choices?

**Method:** A cross-sectional study with a quantitative approach where the quality of a selected sample of Norwegian health information within maternity care is assessed using the measuring instrument MAPPinfo.

**Results:** The total sample (= N) consists of 102 health information materials within the topics screening for fetal anomalies, screening for gestational diabetes, breech position, induction of labour, pain management and newborn screening of congenital disorders. Interrater reliability and validity were excellent (mean of the T-coefficient between primary coders = 0.99, between primary coders and expert codes = 0.95). On average, the sample meets 21% of what is considered to be minimal quality criteria according to the standards of the measuring instrument (SD: 0.06, min: 0.11, max: 0.43). The variation between topics were marginal.

**Conclusion:** The results indicate a need for improvement and further development of the online health information so that it to a greater extent can form the basis for informed choices in maternity care.

**Keywords:** maternity care, informed choices, shared decision making, health information

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Masteroppgavens oppbygning .....	1
1.2 Bakgrunn.....	1
<b>2.0 Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>2</b>
2.1 Kunnskapsbasert praksis .....	2
2.1.1 Kunnskapsbasert praksis i jordmorfaget .....	2
2.2 Informerte valg.....	2
2.3 Samvalg.....	3
2.4 Kvalitetsstandarder for helseinformasjon .....	4
2.5 Forskningsstatus.....	5
<b>3.0 Formål og problemstilling .....</b>	<b>6</b>
3.1 Avgrensninger.....	6
<b>4.0 Metode .....</b>	<b>7</b>
4.1 Design .....	7
4.2 Målemetode.....	7
4.2.1 MAPPinfo .....	7
4.2.2 Måleinstrumentets utforming.....	7
4.2.3 Måleinstrumentets bruk.....	10
4.2.4 Måleinstrumentets validering.....	10
4.3 Utvalg.....	12
4.3.1 Populasjon .....	12
4.3.2 Søkestrategi.....	12
4.4 Analyser .....	13
4.5 Etske overveielser .....	13
<b>5.0 Resultater .....</b>	<b>14</b>
5.1 Sammendrag av vitenskapelig artikkel .....	14

5.2 Beskrivelse av utvalget .....	15
5.3 Reliabilitet og validitet på kvalitetsvurderinger.....	17
5.4 Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for det totale utvalget .....	18
5.4.1 Definisjoner.....	18
5.4.2 Transparens .....	18
5.4.3 Innhold .....	18
5.4.4 Presentasjon.....	19
5.5 Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet etter tema.....	19
5.5.1 Fosterdiagnostikk .....	19
5.5.2 Glukosebelastning .....	21
5.5.3 Seteleie .....	22
5.5.4 Induksjon.....	23
5.5.5 Smertelindring.....	24
5.5.6 Nyfødtscreening .....	25
5.6 Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for behandling versus diagnostikk .....	26
<b>6.0 Diskusjon .....</b>	<b>27</b>
6.1 Hovedfunn.....	27
6.2 Begrensninger .....	28
6.3 Funns i kontekst av teoretisk rammeverk og litteratur .....	31
6.4 Resultatenes betydning for klinisk praksis .....	32
6.5 Anbefalinger for videre forskning .....	33
<b>7.0 Konklusjon .....</b>	<b>35</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>42</b>
Vedlegg 1 – Gruppeprosess .....	42
Vedlegg 2 – ELSEVIER - Guide for Authors - Sexual & Reproductive HealthCare .....	43
Vedlegg 3 – MAPPinfo.....	63
Vedlegg 4 – Liste over helseinstitusjoner i Norge.....	85
Vedlegg 5 – Liste over alle inkluderte nettsider .....	86

Vedlegg 6 – Vitenskapelig artikkel.....	91
---	----

## **Tabeller**

Tabell 1 – Vurderingskriterier i MAPPinfo.....	8
Tabell 2 – Reliabilitet og validitet på kvalitetsvurderinger.....	17
Tabell 3 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for det totale utvalget.....	19
Tabell 4 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for fosterdiagnostikk.....	20
Tabell 5 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for glukosebelastning.....	21
Tabell 6 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for seteleie.....	22
Tabell 7 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for induksjon.....	23
Tabell 8 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for smertelindring.....	24
Tabell 9 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for nyfødtscreening.....	25
Tabell 10 – Kvalitet etter klassifikasjon.....	26

## **Figurer**

Figur 1 – Fosterdiagnostikk.....	20
Figur 2 – Utredning for svangerskapsdiabetes.....	21
Figur 3 – Seteleie.....	22
Figur 4 – Induksjon.....	23
Figur 5 – Smertelindring under fødsel.....	24
Figur 6 – Nyfødtscreening.....	25

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Masteroppgavens oppbygning**

Masteroppgaven er todelt og består av en kappe med tilhørende vitenskapelig artikkel. Artikkelen finnes i sin helhet som vedlegg 6 og følger gjeldende forfatterveiledning for tidsskriftet Sexual & Reproductive HealthCare (vedlegg 2).

Etter kappens innledning følger det teoretiske rammeverket. Formål og problemstilling vil deretter redegjøres for. Metodekapittelet vil beskrive studiens design, målemetoder, utvalg, analyser og etiske overveielser. Resultatkapittelet innledes med et sammendrag av den vitenskapelige artikkelen, før studiens resultater presenteres. Disse vil deretter diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket, forskningslitteratur, retningslinjer og gjeldende lovverk. Avslutningsvis følger studiens konklusjon.

### **1.2 Bakgrunn**

Med samfunnets økende fokus på kvinners autonomi og medbestemmelse i fødselsomsorgen, er kvalitet på helseinformasjon aktuelt. Det har de siste årene vært en økning i antall kvinner som benytter seg av ulike nettsider for informasjon relatert til svangerskap, fødsel og barseltid (Lagan et al., 2011). Helseinformasjon kan utvikles for ulike formål. Det kan for eksempel brukes for å øke deltakelsen i screeningprogrammer, selge medisinsk utstyr, øke pasienttilfredshet eller legge til rette for informerte valg. Helseinformasjonen man tidligere var avhengig av helsepersonell for å tilegne seg, er nå gjort mer tilgjengelig enn noen gang via internett. Fahy et al. (2014) beskriver denne utviklingen som et tveegget sverd. Til tross for de positive aspektene med en bruker som i større grad er informert, eksisterer det nettbaserte helseinformasjonskilder med svært varierende grad av kvalitet.

Dersom tilgjengelig helseinformasjonsmateriale er av lav kvalitet kan det medføre at brukergruppen tilegnes mangelfull eller feilaktig informasjon som på ugunstig vis kan påvirke helserelaterte avgjørelser. Informerte valg er ikke alene i pasientens interesse (Coulter & Ellins, 2007), det er også lovpålagt i mange land, inkludert Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). God kvalitet på helseinformasjon kan legge et verdifullt grunnlag for å delta i avgjørelser. Det er derfor av betydning at det eksisterer metoder for å sikre kvaliteten på tilgjengelig helseinformasjon.



## **2.0 Teoretisk rammeverk**

### **2.1 Kunnskapsbasert praksis**

I 2007 utpekte BMJ kunnskapsbasert medisin som en av de 15 viktigste medisinske milepælene siden 1840 (BMJ, 2021). Kunnskapsbasert praksis er definert som «samvittighetsfull, eksplisitt og fornuftig bruk av dagens beste tilgjengelige evidens i beslutninger om individuelle pasienters helse» (Sackett et al., 1996, s. 71). Ifølge Sacketts tilnærming må individuell klinisk erfaring kombineres med forskningskunnskap for å oppnå dette (Sackett et al., 1996). I litteraturen finnes ulike definisjoner av kunnskapsbasert praksis, imidlertid samsvarer innholdet i relativt stor grad (Nordtvedt et al., 2012).

I følge Haynes et al. (2002) handler kunnskapsbasert praksis i utgangspunktet om å finne den beste evidensen for en gitt klinisk problemstilling, og benytte denne i praksis. Helsepersonell må anvende klinisk blikk og ekspertise for å vurdere pasienten, og kombinere dette med forskningsevidens og pasientens egne preferanser, før det gis anbefalinger og råd. Alle disse faktorene må være tilstede for at praksisen skal kunne anses som kunnskapsbasert (Haynes et al., 2002).

#### **2.1.1 Kunnskapsbasert praksis i jordmorfaget**

Jordmorfaget krever en fleksibilitet i bruk av kunnskap. Dette innebærer blant annet å holde seg oppdatert på eksisterende forskning, og benytte denne i egen praksis. Formålet er å styrke jordmors beslutningsgrunnlag, og påse at kunnskapen stammer fra pålitelige kilder.

Kunnskap basert på erfaring og klinisk blikk skal også inkluderes, og brukeren, herunder kvinnens, egne ønsker og behov skal ivaretas (Nordtvedt et al., 2012). Når utøvelsen av faget er basert på det overnevnte vil praksisen være kunnskapsbasert (Reinar & Blix, 2017). For at jordmødre skal bidra til kunnskapsbasert praksis er det viktig at faggruppen selv deltar i forskningen, slik at relevante problemstillinger for faget belyses.

### **2.2 Informerte valg**

Et informert valg kan defineres som «et valg som er basert på relevant kunnskap, i samsvar med beslutningstakerens verdier, og atferdsmessig implementert» (Marteau et al., 2001).

Ifølge Marteau et al. (2001) skjer et informert valg enten når en person har en positiv holdning til å gjennomgå diagnostikk eller behandling, har relevant kunnskap om det

aktuelle, og gjennomgår det, eller når en person har en negativ holdning, har relevant kunnskap, og velger å ikke gjennomgå det.

Et uinformert valg kan blant annet skje etter påvirkning fra helsepersonell. Eksempelvis er det større sannsynlighet for at en bruker gjennomfører en behandling eller undersøkelse dersom informasjon kommer fra helsepersonell med positive holdninger, enn hvis den kommer fra en med mindre positive holdninger (Simpson et al., 1998). Valgprosessen kan også påvirkes av brukerens eget utgangspunkt. En kvinne kan være negativ til prosedyren som screener for kromosomavvik i svangerskapet, basert på hennes egen negative holdning til å avslutte et svangerskap basert på resultatet av screeningen. På den andre siden kan kvinnen ha en positiv holdning til undersøkelsen dersom hun befinner seg i en livssituasjon hvor ressursene ikke strekker til for å ta vare på et utsatt barn (Marteau et al., 2001).

Ved forsvarlige og tilgjengelige alternativer har pasient eller bruker i følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 rett til å medvirke i valg vedrørende egen helse.

Helseinformasjonen og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å motta informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Tilrettelegging for informerte valg i fødselsomsorgen krever at jordmor og kvinnen har som felles mål å oppnå individualisert helsehjelp.

### **2.3 Samvalg**

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de norske helseforetakene i oppgave å innføre samvalg som en del av helsehjelpen (Meld. St. 7 (2019–2020); Universitetssykehuset Nord-Norge). Samvalg er en prosess som øker sannsynligheten for et informert valg ved at brukeren i samarbeid med helsepersonell tar en beslutning om hvilken behandlingsmetode som passer best. Samvalg blir ansett som den beste praksismodellen for å ta beslutninger vedrørende egen helse (Helsenorge.no, 2019). Metoden hevdes å være implementert i flere domener innen helse, men i hvilken grad varierer.

Samvalg kan anses å være relevant innenfor fødselsomsorgen da gravide, fødende, og barselkvinner benytter seg av ulike helsetjenester når de gjennomgår en av livets største begivenheter. Brukergruppen har et uttalt behov for informasjon og autonomi i denne prosessen, og jordmor og annet helsepersonell har en plikt til å fylle dette

informasjonsbehovet (Eilertsen, 2017, s. 37), jamfør helsepersonelloven kapittel 2 § 10 (Helsepersonelloven, 1999). Verdens helseorganisasjon har påpekt at «fødsel er en fysiologisk prosess som kan oppnås uten komplikasjoner for de fleste kvinner og barn» (WHO, 2018, s. 1). I land hvor kvinner synes å være mer involvert i beslutninger er inngripen og intervensjonsratene lavere (Begley et al., 2019). Samvalg bør ideelt starte i svangerskapsomsorgen som en del av utviklingen av et tillitsfullt forhold mellom kvinnen og helsevesenet.

Begrepet helsekompetanse innebærer blant annet individets evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon (Le et al., 2021). Denne norske rapporten om befolkningens helsekompetanse utarbeidet av Helsedirektoratet i 2021, fant at det for mange opplevdes utfordrende å vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer. Dette understreker, ifølge rapporten, behovet for at den enkelte har tilgang til pålitelig helseinformasjon som inneholder nødvendige opplysninger for å forstå behandlingsalternativene. For at brukeren skal kunne delta i samvalgsprosesser ansees det som essensielt at helseinformasjonen tilpasses brukerens helsekompetanse (Le et al., 2021).

## **2.4 Kvalitetsstandarder for helseinformasjon**

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) produserer retningslinjer for helserelaterte temaer og gir anbefalinger for hvordan disse bør implementeres i klinisk praksis (2021). Ifølge disse retningslinjene er all helseinformasjon fra offentlige helseorganisasjoner lovpålagt å følge en kvalitetsstandard med spesifikke krav som skal tilfredsstillе brukerens behov. NICE fokuserer i hovedsak på den verbale kommunikasjonen mellom bruker og helsepersonell (NHS, 2017). The International Patient Decision Aid Standards Collaboration (2017) (IPDAS) definerer samvalgsverktøy som «kunnskapsbaserte hjelpemidler laget for å hjelpe pasienter med å delta i beslutninger og gjøre dem i stand til å ta spesifikke og informerte valg mellom ulike behandlingsalternativer». Siden IPDAS' første publisering har kriteriene blitt revidert flere ganger og resultert i utviklingen av en sjekkliste (Helsedirektoratet, 2017). Til tross for at IPDAS' kvalitetsstandard er operasjonalisert i en sjekkliste, er ikke alle punktene kunnskapsbaserte (Kasper et al., 2020). I 2017 ble IPDAS-kriteriene offisielt vedtatt som kvalitetsstandard for samvalgsverktøy av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017).

Kunnskapsbaserte kriterier for hvordan helseinformasjonsmateriale skal utformes for å legge til rette for informerte helsevalg ble først oppsummert av Bunge et al. (2010) og deretter som en del av en mer omfattende retningslinjeutvikling (Bunge et al., 2010; Kasper et al., 2020). "Guideline Evidence-Based Health Information" gir kunnskapsbaserte og etisk begrunnede anbefalinger for utvikling og utformingen av helseinformasjon. Retningslinjen gir tydelige anbefalinger med henhold til kvalitet der det eksisterer forskning eller etiske retningslinjer (Leitlinie Gesundheitsinformation, 2017a).

## **2.5 Forskningsstatus**

For å stadfeste behovet for studien, ble det gjennomført et søk blant eksisterende forskningslitteratur. Hensikten med søket var å kartlegge om det er gjort tilsvarende studier tidligere. Søket ble utført i databasene PubMed og Medline Ovid. Søkeordene som ble benyttet var «shared decision making», «patient information», «quality», «maternity care». Søket ga totalt 65 treff. Relevante artikler ble lest, men ingen ble benyttet i studien.

Basert på søkene forelå det på daværende tidspunkt ikke tilstrekkelig forskningslitteratur på måleinstrumentet MAPPinfo og forskning som evaluerer helseinformasjon relatert til fødselsomsorgen. Det ble dermed konkludert med at studien var relevant. Som første studie i Norge til å anvende et måleinstrument som operasjonaliserer internasjonale retningslinjer for kunnskapsbasert helseinformasjon, bidrar man til å sette en standard, forhåpentligvis til etterfølgelse. Målet er å bidra til å implementere kunnskaps- og etikkbaserte kvalitetsstandarder (Leitlinie Gesundheitsinformation, 2017a) også i det norske helsevesenet. Denne studien vil forhåpentligvis kunne være et første steg i retning av dette.

### **3.0 Formål og problemstilling**

Studiens mål er å systematisk kartlegge hvordan tilgjengelig nettbasert helseinformasjon legger til rette for at gravide, fødende og barselkvinner kan ta informerte valg og avgjørelser som omhandler egen kropp og helse. Vi har på bakgrunn av dette formulert følgende problemstilling:

*Hvordan og i hvilken grad legger nettbasert helseinformasjon for gravide, fødende og barselkvinner i Norge til rette for informerte valg?*

### **3.1 Avgrensninger**

For å være gjennomførbar i forhold til de gitte rammene av en masteroppgave er studien avgrenset til å omhandle et utvalg av relevante tema innen svangerskap, fødsel og barseltid. Studien inkluderer kun nettbaserte, offentlig tilgjengelige helseinformasjonskilder, og undersøker dermed ikke annet materiale som brosjyrer og individuell informasjon fra helsepersonell. Avgrensningen til nettbaserte helseinformasjonskilder er ikke alene pragmatisk, men også med hensikt. Hvis man setter brukerperspektiv i fokus, er nettbasert helseinformasjon essensielt med tanke på brukerens autonomi og uavhengighet. Det gir brukeren muligheten til å tilegne seg kunnskap og fatte beslutninger som gjelder egen helse, også uten å være avhengig av direkte informasjon fra helsepersonell.

## **4.0 Metode**

### **4.1 Design**

Studiens design er en tverrsnittstudie med kvantitativ tilnærming, der forekomst av kvalitetskriterier i et forhåndsdefinert utvalg av helseinformasjonsmateriale fastslås. Dette designet egner seg, da studiens hensikt er å kartlegge kvaliteten på helseinformasjon for gravide, fødende og barselkvinner på et gitt tidspunkt.

### **4.2 Målemetode**

#### **4.2.1 MAPPinfo**

For å vurdere kvaliteten på helseinformasjon er det valgt å benytte måleinstrumentet MAPPinfo. MAPPinfo er et validert måleinstrument som består av 19-23 kriterier fordelt på fire kategorier (definisjoner, transparens, innhold og presentasjon) (Kasper et al., 2021). Instrumentet brukes til å vurdere om kvaliteten på helseinformasjon er tilstrekkelig for at brukeren kan ta informerte valg omkring egen helse, herunder diagnostiske- eller behandlingsrelaterte problemstillinger (Kasper et al., 2020). Resultatene av vurderingen kan benyttes i videreutvikling av helseinformasjon. Det er ikke hensikten at måleinstrumentet skal brukes til å kvalitetssikre det faglige innholdet i helseinformasjonen. MAPPinfo bygger på retningslinjer som baserer seg på etiske krav og kunnskap om hvordan informasjon formidles forståelig og balansert (Leitlinie Gesundheitsinformation, 2017a). Måleinstrumentet undersøker om innholdet i helseinformasjonen oppfyller disse.

#### **4.2.2 Måleinstrumentets utforming**

MAPPinfo er et skåringsverktøy som ut ifra det foreliggende helseinformasjonsmaterialet kan vurdere kategoriene *definisjoner*, *transparens*, *innhold* og *presentasjon*, uten bakgrunnskunnskap om det gitte temaet (se vurderingskriterier presentert i Tabell 1). Ifølge MAPPinfos standard regnes det som essensielt at kriteriene i denne tilnærmingen benyttes for at brukeren skal kunne ta et informert valg (Kasper et al., 2020).

Tabell 1 – Vurderingskriterier i MAPPinfo.

Kategori	Punkt	Kriterium	Forklaring	Poeng
<b>Definisjon</b>	D1	Målgruppen for helseinformasjonen (HI) er klart definert.	<i>Sikrer at brukeren oppfatter at HI gjelder en selv, slik at en ikke feilaktig opplever seg inkludert i målgruppen.</i>	0/1
	D2	Det blir tydelig poengtert at formålet med HI er å fremme et informert valg om en konkret problemstilling	<i>Det kommer frem at HIs eksplisitte mål er at brukeren selv tar et valg, etter å ha tilegnet seg all informasjon som er relevant gjennom HI. Måten problemstillingen er definert på legger til rette for et informert valg.</i>	0/0,5/1
<b>Transparens</b>	T1	Forfatterne bak HI er oppgitt	<i>Det kommer tydelig frem hvem som er ansvarlig for HI og tilhørende kontaktinformasjon er oppgitt.</i>	0/0,5/1
	T2	Det er oppgitt hvem som har finansiert HI	<i>Informasjon om støtte til utviklingen og distribusjon redegjøres for. Oppramsing av sponsorer er ikke tilstrekkelig.</i>	0/1
	T3	Interessekonflikter og evt. håndtering av disse er oppgitt	<i>Strategi for håndtering av interessekonflikter redegjøres for. Å nevne at interessekonflikter ikke eksisterer er ikke tilstrekkelig.</i>	0/1
	T4	Dato for publisering og oppdatering er oppgitt	<i>Dato for publisering og oppdatering oppgis, eventuelt skal det fremlegges informasjon om neste planlagte oppdatering.</i>	0/0,5/1
	T5	Kildene til HI er oppgitt	<i>Kildene er tilordnet utsagn i teksten og fullstendig dokumentert i en referanseliste.</i>	0/0,5/1
	T6	Innholdet i HI er basert på systematiske søk, og tilstrekkelig informasjon om søkeprosessen er oppgitt	<i>Da det ikke er mulig å dokumentere om innholdet i HI er korrekt må systematiske søkestrategier dokumenteres slik at de kan etterprøves. Søkeord, søker, databaser, inklusjon og eksklusjonskriterier etc. skal oppgis.</i>	0/0,5/1
<b>Innhold</b>	I1	Den helserelevante problemstillingen forklares.	<i>Problemstillingens betydning og hvilken risiko som er tilknyttet redegjøres for.</i>	0/1
	I2	Valgalternativene blir nevnt og forklart	<i>Det skal vurderes om alle alternativer er omtalt og forklart, og om det kommer fram at det er brukerens valg.</i>	0/0,5/1
	I3	HI informerer om stokastisk usikkerhet	<i>HI må forklare at kunnskap på gruppenivå ikke sikkert kan overføres til individnivå. Kriteriet vurderer om HI tar høyde for feiltolkninger og usikkerhet knyttet til statistikk.</i>	0/1

I4/P1	Det naturlige forløpet av en sykdom presenteres på en tilfredsstillende måte	<i>Presentasjon av det naturlige forløpet av en tilstand er presentert med sannsynlighet. Dette skal tallfestes, det er ikke tilstrekkelig med verbale beskrivelser.</i>	0/1
I5/P2	Nytteverdien av alternativene presenteres på en tilfredsstillende måte	<i>Nytteverdien av tiltaket, heriblant om de ønskede effekter som for eksempel mindre symptombelastning, overlevelse og lignende er nevnt. Dette skal tallfestes, det er ikke tilstrekkelig med verbale beskrivelser.</i>	0/1
I6/P3	Skaden som følger med tiltakene presenteres på en tilfredsstillende måte	<i>Skade som følger med tiltakene, herunder uønskede konsekvenser som bivirkninger, komplikasjoner, kostnader og lignende oppgis. Dette skal tallfestes, det er ikke tilstrekkelig med verbale beskrivelser.</i>	0/1
I7/P4	Informasjon om testens egenskaper presenteres på en tilfredsstillende måte	<i>Ved diagnostiske problemstillinger skal testens egenskaper vurderes. Det gjøres rede for alle de omtalte undersøkelsenes testegenskaper og referansegrupper. Dette skal tallfestes, det er ikke tilstrekkelig med verbale beskrivelser.</i>	0/1/99

<b>Presentasjon</b>	<b>P5</b>	HI er nøytralt formulert	<i>Informasjonen som gis skal ivareta brukerens autonomi og må derfor formuleres nøytralt. Bruk av vurderinger eller anbefalinger unngås.</i>	0/1
	P6	Ingen bruk av narrativ	<i>Narrativer som pasienthistorier, skal ikke benyttes grunnet risiko for bias.</i>	0/1
	P7	Bruk av egne diagrammer	<i>Eventuelle diagrammer skal være tydelige og inneholde forklaringer. Stolpediagram og piktogram anses som tilfredsstillende.</i>	0/0,5/1/99
	P8	Gain Loss Framing	<i>Opplysninger vedrørende nytteverdi og skade blir supplert av komplementære utsagn, altså bruk av «gain loss framing».</i>	0/0,5/1

Tabellen viser hvilke kategorier og kriterier MAPPinfo vurderer. Kriterier med tilhørende forklaring og mulige poeng presenteres for å gi en oversikt over hvordan måleinstrumentet benyttes, og hva hvert kriterium innebærer (Kasper et al., 2020).



### **4.2.3 Måleinstrumentets bruk**

MAPPinfo kan vurdere helseinformasjon som retter seg mot en gitt brukergruppe. Behandlingen eller diagnostikken må innebære et medisinsk valg, og helseinformasjonen må være klart avgrenset til en nettside eller brosjyre (Kasper et al., 2020). Når måleinstrumentet brukes gis det poeng for hvordan helseinformasjonen skårer på hvert av de 19-23 kriteriene. Måleinstrumentet inneholder detaljerte forklaringer om hvert kriterium, slik at det ikke kreves systematisk opplæring før bruk. Ved to valgmuligheter gis det 0 eller 1 poeng under kodingen. Dersom det er tre valgmuligheter gis 0, 0,5 eller 1 poeng. Hvis et kriterium ikke er relevant ved det aktuelle helseinformasjonsmaterialet, er det kodet 99 (Kasper et al., 2020).

I denne studien har begge forfatterne, kalt primærkoderne, kodet datamaterialet selvstendig i Microsoft Excel, før resultatene av kodingen ble gjennomgått for å skape en felles konsensus på alle helseinformasjonskildene. Parallelt har en av MAPPinfos utviklere, heretter kalt ekspertkoder, gjennomgått og kodet datamaterialet. Deretter ble det etablert en felles konsensus mellom primærkodere og ekspertkoder. Dette ga totalt fem datarekker, en per primærkoder, en for første konsensus, en for ekspertkoder og en for endelig konsensus. Måleinstrumentet er oversatt fra tysk til norsk, men ettersom det ikke inneholder kultursensitive elementer er det i denne studien vurdert at det sannsynligvis ikke er behov for en ny validering av den norske versjonen. Oversettelsen er utført av og mottatt fra originalens førsteforfatter. MAPPinfo finnes i sin helhet som vedlegg 3.

### **4.2.4 Måleinstrumentets validering**

Måleinstrumentets valideringsstudie er per dags dato innlevert til godkjenning (Kasper et al., 2021). Studieprotokollen er mottatt som en personlig meddelelse fra studiens førsteforfatter. I måleinstrumentets første valideringsstudie ble det undersøkt seks ulike validitetsaspekter (Kasper et al., 2020). For å sikre måleinstrumentets innholdsvaliditet ble det tidlig i utviklingsfasen innhentet sakkyndigvurderinger fra eksperter i feltet som ikke tidligere har vært involvert i utviklingen. Gjennomgangen førte til hensiktsmessige justeringer av måleinstrumentet som tydeliggjorde skillet mellom de ulike kvalitetskriteriene (Kasper et al., 2020). Dette for å vurdere i hvilken grad utvalget av spørsmål dekket alle dimensjoner av det gitte fenomenet (Pripp, 2018; Svartdal, 2019).

Gjennomførbarheten av måleinstrumentet ble dokumentert med en studie som evaluerte flere anvendelsesprøver under deltagende observasjon. Her ble uklarheter korrigeret, kriterier spisset og svarformatet forenklet. Dette for å bedre måleinstrumentets brukervennlighet. Problemer underveis ble dokumentert og vurdert (Kasper et al., 2020).

I valideringsprosessen ble måleinstrumentets pålitelighet testet ved at syv personer individuelt vurderte 50 ulike helseinformasjonskilder med MAPPinfo. Deretter ble det regnet ut interrater-reliabilitet (Kasper et al., 2020). Samsvar mellom de ulike koderne, altså høy interrater-reliabilitet, gir indikasjon for pålitelighet (Svartdal, 2020).

Kriterievaliditet viser hvor godt resultatene av en test korrelerer med et annet validert kriterium (Pripp, 2018). I valideringsprosessen ble vurderingskvaliteten av MAPPinfo sammenlignet med en uspesifisert ekspertvurdering på en Likert skala fra 0-10, laget av to eksperter innen kunnskapsbasert brukerinformatjon (Kasper et al., 2020).

Konstruktvaliditet viser om måleinstrumentet måler det fenomenet det er ment å måle (Pripp, 2018). For å vurdere måleinstrumentets konstruktvaliditet ble det brukt et nettbasert spørreskjema for å innhente bakgrunnsinformasjon om utviklingsprosessen. Spørreskjemaet ble gjennomført av utviklerne av de ulike helseinformasjonsmaterialene. Validiteten ble kalkulert som en korrelasjon mellom skåren som ble generert med MAPPinfo, med en mer omfattende vurdering som i tillegg støtter seg til utviklingsrelaterte kvalitetskriterier. Eksempler på disse kvalitetskriteriene er blant annet systematiske litteraturgjennomganger, ivaretagelse av brukernes preferanser eller evaluering (Kasper et al., 2020).

Divergent validitet undersøker om et instrument er for likt et allerede eksisterende instrument. Dette sier noe om behovet for et nytt instrument eller test (APA, 2021). MAPPinfo ble i denne sammenheng sammenlignet med verktøyet EQIP36, som også vurderer helseinformasjonskilder (Kasper et al., 2020). Graden av ulikhet mellom de to måleinstrumentene resulterte i at behovet for et nytt verktøy ble vurdert som nødvendig. Resultatene fra valideringsstudien er publisert i den tyske rapporten til Stiftung Gesundheitswissen, og vil snart være tilgjengelig på deres nettside. En forskningsartikkel er også under utvikling.

## **4.3 Utvalg**

### **4.3.1 Populasjon**

Utvalget av helseinformasjonsmateriale er hentet fra norske nettsider tilgjengelig i Googles søkemotor. Målet med utvalget var at det skulle representere sentrale tema innenfor fødselsomsorgen. Kriteriene for utvalget ble satt på bakgrunn av studiens problemstilling, og med krav om å være relatert til svangerskap, fødsel eller barseltid. Det måtte eksistere norsk nettbasert helseinformasjonsmateriale som henvendte seg til kvinnen, og inneholdt et valg. Temaene ble diskutert med veiledere fra klinikken, lærere og andre fagfolk, og bekreftet som et hensiktsmessig utvalg. Det ble vurdert å inkludere amming som tema, men besluttet å ekskludere det, da det i Norge eksisterer en offentlig nettbasert helseinformasjonsside på temaet, i samarbeid med Nasjonalt kompetansetjeneste for amming (Oslo Universitetssykehus, 2021a).

### **4.3.2 Søkestrategi**

Søk etter helseinformasjonsmateriale ble utført i Googles søkemotor, som ansees som tilgjengelig for norske gravide, og er den mest besøkte søkemotoren verden over (Alexa, 2021). Ved å benytte Google ble det inkludert helseinformasjonsmateriale som er tilgjengelige for alle, og ikke kun for helsepersonell. Det ble søkt systematisk med stikkord for hvert tema, alene og kombinert med navn på ulike helseinstitusjoner. Tilgjengelig, norskspråklig helseinformasjon laget for brukere ble inkludert. Da det er vist at de fleste nettbrukere kun besøker de 10 første lenkene i et googlesøk (Eysenbach & Köhler, 2002), ble det satt en avgrensning ved første side i søkemotoren. Helseinformasjon skrevet av lekfolk på forum og tabloidlignende nettsider ble ikke inkludert.

Utvalget av nettsider inkluderte blant annet Norsk Helseinformatikk, Helsenorge, Bioteknologirådet og Store Medisinske Leksikon. I tillegg til googlesøk ble de norske helseforetakenes nettsider gjennomgått, for å sikre at utvalget dekker alle sykehus. Helseinformasjonsmateriale fra disse ble inkludert i det endelige utvalget dersom tilgjengelig. Dette ble gjort da det må ansees som naturlig for en gravid kvinne å inkludere både fødested og problemstilling i et googlesøk. En oversikt over helseforetakene ble funnet på regjeringens nettsider (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). (Institusjonslisten finnes i sin helhet som vedlegg 4). Søkene ble utført i tidsrommet 16.07 til 20.08.2021

#### **4.4 Analyser**

Dataene ble analysert i IBM SPSS Statistics versjon 27 (IBM Corp, 2020). Fordi kildene ikke inneholdt sensitiv informasjon, kunne analysene lagres på masterstudentenes egne datamaskiner. For å kontrollere pålitelighet og validitet av måleprosedyren ble det regnet ut en interrater-reliabilitet, ved å bruke en kappa koeffisient, kalt «T», som kvantifiserer samsvar mellom koderne for hvert enkelte punkt (Grafe, 2017). T-koeffisienten kalkulerer en relasjon mellom observert og forventet overenstemmelse og skårer mellom 0 og 1, hvor høye verdier impliserer godt samsvar. Verdier mellom 0,4 og 0,5 ansees som tilfredsstillende, verdier høyere enn 0,6 som god, og over 0,8 som fremragende (Landis & Koch, 1977; Maxwell, 1977).

Helseinformasjonskvaliteten ble analysert ved å kalkulere flere ulike skårer. Totalskåren er gjennomsnittet av alle helseinformasjonsmaterialene. I tillegg ble det utregnet gjennomsnittsskårer for de fire kategoriene (definisjoner, transparens, innhold og presentasjon) for alle de tilhørende kriteriene. Både totalskårene og kategoriskårene ble korrigert for ulikt antall kriterier, som varierer mellom 19-23, da type problemstilling, og bruk av grafikk eller ikke, påvirker aktuelt antall. Fire av de 19 kriteriene i MAPPinfo (prevalens, nytteverdi, skade, testsikkerhet) inngår dobbelt i totalskåren fordi de både adresserer kategoriene innhold og presentasjon. Dermed får disse fire kriteriene dobbel vekt i kvalitetsvurderingen (Kasper et al., 2020). Resultatene presenteres på en beskrivende måte, visualisert i form av tabeller og figurer.

#### **4.5 Etiske overveielser**

Studien retter seg mot helseinformasjonsmateriale som ligger ute på nett, og gjennomføringen krever dermed ikke innsamling av sensitiv eller personlig data. Det var dermed ikke nødvendig å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller Norsk senter for forskningsdata (NSD) før oppstart av prosjektet. Etiske vurderinger i sammenheng med studien er knyttet til temaets innhold, som omhandler brukerens etiske rettigheter knyttet til kvalitet på helseinformasjon. Andre etiske vurderinger er knyttet til forfatterens egne forpliktelser om å anvende metoder på en hensiktsmessig og ansvarsfull måte. Studien bruker et måleinstrument som er validert, hvor data fra dette er under publisering (Kasper et al., 2021). I tillegg ble påliteligheten og validiteten av bearbeidingen av materialet dokumentert og tallfestet.

## 5.0 Resultater

### 5.1 Sammendrag av vitenskapelig artikkel

Studiens hensikt er å systematisk kartlegge hvordan og i hvilken grad tilgjengelig nettbasert helseinformasjon er lagt til rette for at kvinner kan ta informerte valg i fødselsomsorgen. Kvalitet på helseinformasjon legger et verdifullt grunnlag for å delta i avgjørelser, og det er derfor viktig at det eksisterer metoder for å sikre høy kvalitet på den tilgjengelige informasjonen. Konsekvensene ved at det tilgjengelige helseinformasjonsmaterialet er av lav kvalitet kan være at brukeren får mangelfull eller feilaktig informasjon som kan påvirke helserelaterte avgjørelser på ugunstig vis.

Studiens design er en tverrsnittstudie med kvantitativ tilnærming, der forekomst av kvalitetskriterier i et forhåndsdefinert utvalg av helseinformasjonsmateriale fastslås ved bruk av måleinstrumentet MAPPinfo. Som første studie i Norge til å anvende et måleinstrument som operasjonaliserer internasjonale retningslinjer for kunnskapsbasert helseinformasjon, kan man bidra til å sette en standard, forhåpentligvis til etterfølgelse. Målet er å bidra til å implementere kunnskaps- og etikkbaserte kvalitetsstandarder også i det norske helsevesenet.

Det totale utvalget (=N) består av 102 helseinformasjonsmaterialer innenfor temaene fosterdiagnostikk (N=13), glukosebelastning (N=10), seteleie (N=15), induksjon (N=19), smertelindring i fødsel (N=30) og nyfødtscreening (N=15). Sett totalt over dette materialet og kalkulert på punkt-nivå har primærkoderne samsvart i 99,5% av tilfellene. Interrater-reliabiliteten, vist gjennom kappa koeffisienten «T», er gjennomsnittlig på punkt-nivå 0,99. I gjennomsnitt oppfylte de inkluderte helseinformasjonsmaterialene 21% av kvalitetskriteriene (SD: 0,06, min: 0,11, maks: 0,43). Ingen av de inkluderte materialene ga akseptabel informasjon om fordeler eller skader ved de tilgjengelige medisinske alternativene. Kvalitetsvariasjon mellom temaer eller klassifikasjoner var marginal.

Som det kommer frem av kvalitetsvurderingen utført med MAPPinfo, oppfyller det inkluderte helseinformasjonsmaterialet ikke de minimale kvalitetskriteriene for kunnskapsbasert helseinformasjon. Dette kan innebære en barriere for informerte helsevalg. Det foreligger et behov for mer omfattende forskning på kvaliteten av norsk helseinformasjon både innen fødselsomsorgen og på andre domener.

## 5.2 Beskrivelse av utvalget

Det totale analyserte utvalget (=N) består av 102 helseinformasjonsmaterialer (se vedlegg 5 for alle inkluderte nettsider). I tillegg til nettsidene fra institusjonslisten som finnes i vedlegg 4, ble nettsidene Norsk Helseinformatikk, Helse Norge, Bioteknologirådet og Store medisinske leksikon også inkludert i utvalget.

Følgende seks tema oppfylte de satte kriteriene: fosterdiagnostikk (N=13), glukosebelastning (N=10), seteleie (N=15), induksjon (N=19), smertelindring i fødsel (N=30) og nyfødtscreening (N=15). Tre av temaene omhandler problemstillinger relatert til diagnostikk (fosterdiagnostikk, glukosebelastning og nyfødtscreening), mens de tre andre er behandlingsrelaterte (seteleie, induksjon og smertelindring). Totalt 38 av de inkluderte helseinformasjonsmaterialene er klassifisert som diagnostikk, totalt 64 er behandlingsrelaterte.

Fosterdiagnostikk er lovregulert i Bioteknologiloven og defineres på følgende måte i § 4-1: «med fosterdiagnostikk forstås i denne loven undersøkelse av føtale celler, foster eller en gravid kvinne med det formål å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper eller for å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret» (Bioteknologiloven, 2003). Andelen kvinner som får utført fosterdiagnostikk i svangerskapet har ligget stabilt på 11% de siste årene (Kahrs et al., 2020). Helsepersonell kan anbefale fosterdiagnostikk for en pasient, men kvinnen tar selv valget om hun ønsker å gjennomføre prosedyren. Valget om å utføre fosterdiagnostikk medfører en risikoavveining mellom den eksisterende faren for spontanabort, og eventuell oppdagelse av misdannelse på barnet. I tillegg kan foreldrene settes i et dilemma hvor de må avgjøre om de skal avbryte svangerskapet dersom det oppdages fosteravvik.

Utredning for svangerskapsdiabetes, herunder en glukosebelastningstest, er et screeningtilbud til gravide som fastslår om det foreligger svangerskapsdiabetes. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes anbefaler testen til kvinner som oppfyller et av seks gitte kriterier (Helsedirektoratet, 2021a). En glukosebelastningstest kan være ubehagelig og er valgfri å gjennomføre (Backe, 2017). Konsekvensene av å ikke utføre testen er uoppdaget svangerskapsdiabetes, som kan påvirke svangerskapet, fosteret og senere liv.

Et foster i seteleie kan fødes vaginalt eller ved hjelp av keisersnitt. Et keisersnitt er i seg selv forbundet med risiko. Maternelle og føtale fordeler og ulemper bør drøftes i samråd med kvinnen (MacSali et al., 2020). Ifølge Norsk veileder i fødselshjelp skal kvinner med barn i seteleie informeres og delta i beslutningen om man skal forsøke å snu barnet i magen ved hjelp av en ytre vending. En ytre vending er forbundet med lav risiko for komplikasjoner, men kan oppleves ubehagelig for kvinnen (Albrechtsen et al., 2020).

En fødsel kan induseres av maternelle eller føtale årsaker. Det anbefales at det foreligger en medisinsk indikasjon for induksjon (Oppegaard et al., 2020). Induksjon på «eget ønske» eller fordi kvinnen er engstelig eller sliten forekommer. Norsk veileder i fødselshjelp anser induksjon fremfor elektivt keisersnitt på eget ønske, uten medisinsk indikasjon, som et fornuftig kompromiss for flergangsfødende (Oppegaard et al., 2020). Risikoavveilingen ved å indukere en fødsel på kvinnens eget ønske er bivirkningene som medfølger å sette i gang en fødsel, samt muligheten for at induksjonen mislykkes. Dette må veies opp mot konsekvensene ved å fortsette svangerskapet.

Obstetrisk smertelindring består av en rekke alternativer. Både medikamentelle og ikke-medikamentelle alternativer er tilgjengelige i norske sykehus (Ullensvang et al., 2020). Fødselssmerte og smertelindring er omdiskuterte tema i fødselsomsorgen som engasjerer mange, og det foreligger varierende evidens for effekt av de ulike alternativene (Ullensvang et al., 2020). Dette underbygger kvinnens behov for informasjon i forkant. Bedøvelse i fødsel hos friske kvinner er valgfritt, og mange velger å føde uten smertelindring. Smertelindring i fødsel kan for noen være nødvendig for å gjøre fødselen overkommelig. Andre kan oppleve at det å føde uten smertelindring medfører mestringsfølelse, og at potensielle bivirkninger kan forstyrre den naturlige prosessen.

Nyfødtscreening tilbys rutinemessig på alle norske sykehus og er en blodprøve av det nyfødte barnet som screener for 25 alvorlige medfødte sykdommer (Oslo Universitetssykehus, 2021b). Undersøkelsen er frivillig, og retningslinjene sier tydelig at nyfødtscreening av barnet er et tilbud, og utføres etter samtykke fra barnets foreldre eller foresatte (Helsedirektoratet, 2021b). Den eventuelle avveilingen som gjøres i forhold til nyfødtscreening kan være at foreldrene ønsker å skåne barnet fra blodprøven og unngå at det lagres biologisk materiale av barnet.

### 5.3 Reliabilitet og validitet på kvalitetsvurderinger

Totalt sett samsvarer vurderingene av primærkoderne i 99,5% av tilfellene (kalkulert på punkt-nivå). Interrater-reliabiliteten, vist gjennom kappa koeffisienten «T» er gjennomsnittlig på punkt-nivå 0,99. Totalt sett samsvarer primærkodere og ekspertkoder i 95% av tilfellene. T-koeffisienten på punkt-nivå ligger gjennomsnittlig ved 0,94.

Tabell 2 – Reliabilitet og validitet på kvalitetsvurderinger.

	PEW	POW primærkoder	T (reliabilitet)	POW (primærkodere/ekspert)	T (validitet)
D1	0,5	1	1	,99	,98
D2	0,5	,99	,98	,83	,96
T1	0,5	1	1	1	1
T2	0,5	,99	,98	,98	,96
T3	0,5	1	1	,98	,96
T4	0,33	1	1	1	1
T5	0,33	1	1	,96	,96
T6	0,33	1	1	1	1
I1	0,5	,99	,98	,96	,92
I2	0,33	1	1	,96	,96
I3	0,5	1	1	1	1
I4	0,5	,99	,98	,98	,96
I5	0,5	1	1	,99	,98
I6	0,5	1	1	,90	,80
I7	0,5	1	1	,98	,96
P5	0,5	1	1	,98	,96
P6	0,5	1	1	1	1
P7	0,33	1	1	1	1
P8	0,33	1	1	,97	,97
Gjennomsnitt			0,995=99,5%		0,948=95%

*PEW viser forventet samsvar mellom primærkodere og POW viser det observerte samsvaret.*

*Kappa koeffisienten T viser interrater-reliabilitet mellom primærkoderne, mens POW (primærkodere/ekspert) viser observert samsvar mellom primærkodere og ekspertkoder. I siste kolonne viser T-koeffisienten validitet.*



## **5.4 Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for det totale utvalget**

Vurdert med MAPPinfo er kvaliteten på helseinformasjonsmaterialet sett over alle temaene gjennomsnittlig 0,21. Teoretisk spekter for alle kriterier er 0-1. Minimum- og maksimumsverdier vises i tabell 3.

### **5.4.1 Definisjoner**

I 82% av helseinformasjonsmaterialene gjøres det rede for at målgruppen er gravide, fødende eller barselkvinner. Kravet om å oppgi at formålet er å fremme et informert valg eller omhandler en egnet problemstilling oppfylles i 5% av det inkluderte materialet.

Gjennomsnittlig totalskår for kategorien er 0,44.

### **5.4.2 Transparens**

Forfatterinformasjon oppgis i tilfredsstillende grad i 3,9% av helseinformasjonsmaterialet. Til tross for at forfattere nevnes, trekkes det i poeng da det mangler tilhørende kontaktinformasjon. Opplysninger om finansiering finnes i 1,9% av helseinformasjonsmaterialene. Håndtering av interessekonflikter er gjort rede for i kun 0,9% av helseinformasjonsmaterialene. Dog har samtlige helseinformasjonsmaterialer oppgitt dato for siste oppdatering, men fordi det trekkes i poeng da det ikke er oppgitt dato for neste oppdatering, er gjennomsnittet for oppfylte kriterier 50%. Det er i gjennomsnitt 2,9% av materialet som i tilfredsstillende grad har oppgitt referanser. Ingen av de inkluderte helseinformasjonsmaterialene har oppgitt søkehistorikk eller informasjon om systematiske søk. Gjennomsnittlig totalskår for oppfylte kriterier i kategorien transparens er 0,98.

### **5.4.3 Innhold**

53,9% av helseinformasjonsmaterialet oppgir utdypende informasjon om den helserelevante problemstillingens betydning samt tilknyttet risiko. I 22% av helseinformasjonsmaterialet beskrives valgalternativene og formidler at det er opp til brukeren selv å velge. Samtlige helseinformasjonsmaterialer har unnlatt å informere om stokastisk usikkerhet.

Det naturlige forløpet og prevalensen av en tilstand er tallfestet og gjort rede for i 2,9% av materialet. Selv om forløpet presenteres, tallfestes prevalensen i liten grad, dermed trekkes helseinformasjonsmaterialet i poeng.

Gjennomsnittlig totalskår for kriteriet nytteverdi er 0% da det ikke tallfestes. Skade som medfølger tiltak, herunder uønskede konsekvenser som bivirkninger, komplikasjoner, kostnader og lignende oppgis gjennomsnittlig i 0% av helseinformasjonsmaterialet. Testegenskaper ved diagnostiske problemstillinger oppgis gjennomsnittlig i 2,6% av helseinformasjonsmaterialet. Gjennomsnittlig totalskår for kategorien er 0,83.

#### 5.4.4 Presentasjon

Gjennomsnittlig er innholdet nøytralt formulert i 98% av helseinformasjonsmaterialet. Gjennomsnittsskår for bruk av narrativer er 100% da det ikke benyttes i det inkluderte helseinformasjonsmaterialet. Da det ikke benyttes diagrammer regnes dette som «missing». Ingen av helseinformasjonsmaterialene har benyttet «gain loss framing» derav en gjennomsnittsskår på 0%. Gjennomsnittlig totalskår for kategorien er 0,36.

Tabell 3 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for det totale utvalget.

	Total gjennomsnitt	Gjennomsnitt definisjon	Gjennomsnitt transparens	Gjennomsnitt innhold	Gjennomsnitt presentasjon
<b>Totalt utvalg</b>					
N Valid	102	102	102	102	102
Missing	0	0	0	0	0
Gjennomsnitt	,20	,44	,09	,08	,36
Standardavvik	,06	,22	,06	,07	,05
Minimum	,11	,0	,08	,00	,29
Maksimum	,43	1,00	,50	,23	,43

Tabellen viser det totale gjennomsnittet for utvalget, samt gjennomsnitt for hver enkelt kategori i MAPPinfo. Standardavvik og minimum- og maksimumsverdier oppgis også.

### 5.5 Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet etter tema

Resultatene viser at kvaliteten er nokså lik sett totalt over de inkluderte temaene. Styrker og svakheter ved helseinformasjonsmaterialet ser ikke ut til å være temaspesifikke.

Standardavvik, minimum- og maksimum vises i tabell 4-9.

#### 5.5.1 Fosterdiagnostikk

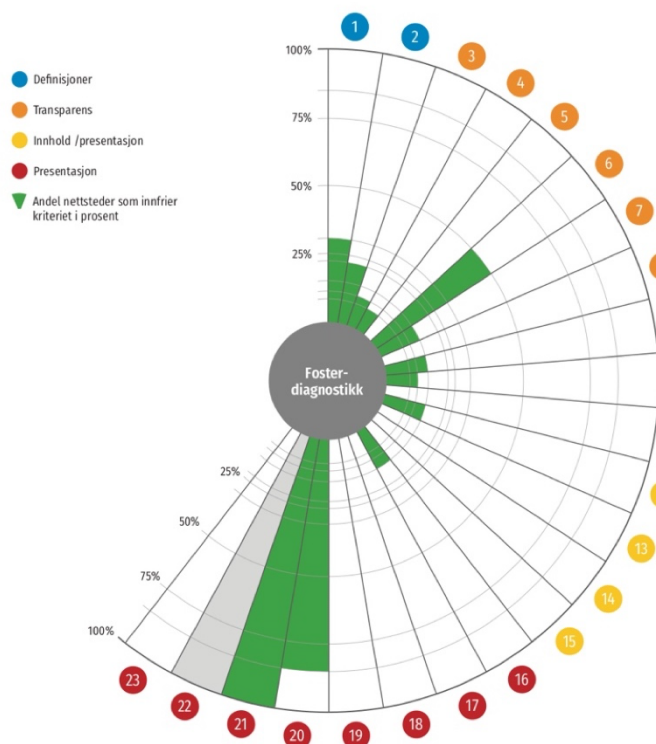
Total gjennomsnittsskår for temaet er 0,17. Innen de fire kategoriene i MAPPinfo, skårer fosterdiagnostikk høyest innen presentasjon med en gjennomsnittlig skår på 28,5%. Her får

en stor del av helseinformasjonsmaterialet poeng da det i tilfredsstillende grad oppgis risiko for mulige skader som fører med tiltaket. Fosterdiagnostikk skårer lavest for innhold, med 3,8%, da det eksempelvis ikke tallfestes nytteverdi av det aktuelle tiltaket.

Tabell 4 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for fosterdiagnostikk.

	Total gjennomsnitt	Gjennomsnitt definisjon	Gjennomsnitt transparens	Gjennomsnitt innhold	Gjennomsnitt presentasjon
<b>Fosterdiagnostikk</b>					
N Valid	13	13	13	13	13
Missing	0	0	0	0	0
Gjennomsnitt	,16	,26	,12	,03	,28
Standardavvik	,08	,43	,09	,06	,00
Minimum	,11	,00	,08	,00	,29
Maksimum	,34	1,00	,42	,23	,29

Tabellen viser det totale gjennomsnittet for temaet fosterdiagnostikk. Gjennomsnittskår for hver enkelt kategori i MAPPinfo, standardavvik, minimum- og maksimumsverdier oppgis også her.



Figur 1 – Fosterdiagnostikk.

Figurene har masterstudentene selv fått laget. Figur 1-6 viser i hvilken grad de 23 kvalitetskriteriene gjennomsnittlig oppfylles. Data for kriteriene 12 -15 vises to ganger (16-19) da de tilhører både kategorien innhold og presentasjon. Kriterier som ikke er aktuelle for et bestemt helseinformasjonsmateriale vises i fargen grå.

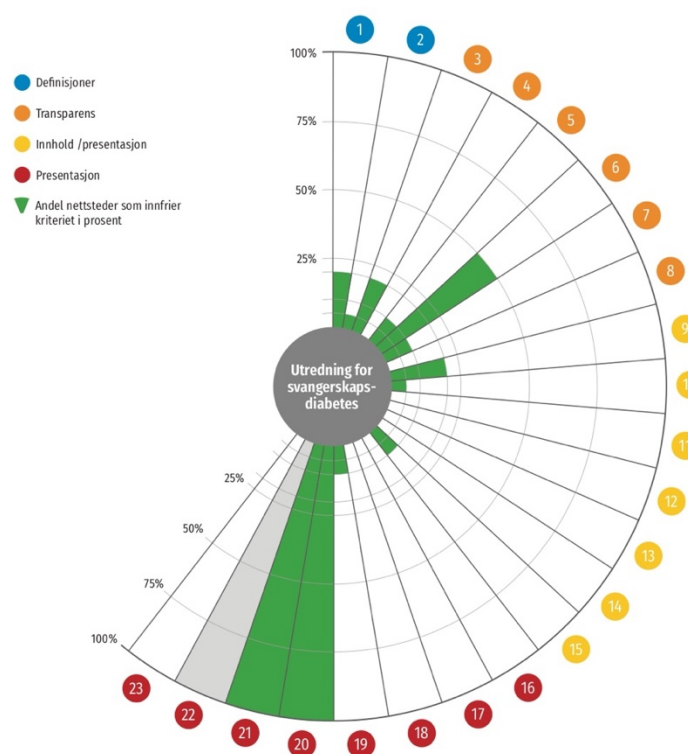
### 5.5.2 Glukosebelastning

Total gjennomsnittsskår for temaet er 0,16. Blant alle de inkluderte temaene har glukosebelastning den laveste totale gjennomsnittsskåren når det gjelder oppfylte kriterier i MAPPinfo. Innen de fire kategoriene skårer temaet i gjennomsnitt høyest innen presentasjon, med 30,0%. Her er det gitt poeng for eksempelvis nøytral formulering. Den laveste skåren oppnås i kategorien innhold, med 3,1% for utilstrekkelig informasjon om valgalternativer.

Tabell 5 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for glukosebelastning.

	Total gjennomsnitt	Gjennomsnitt definisjon	Gjennomsnitt transparens	Gjennomsnitt innhold	Gjennomsnitt presentasjon
<b>Glukosebelastning</b>					
N Valid	10	10	10	10	10
Missing	0	0	0	0	0
Gjennomsnitt	,16	,12	,15	,03	,30
Standardavvik	,11	,27	,14	,06	,04
Minimum	,11	,00	,08	,00	,29
Maksimum	,43	,75	,50	,18	,43

Tabellen viser det totale gjennomsnittet for temaet glukosebelastning. Gjennomsnittsskår for hver enkelt kategori i MAPPinfo, standardavvik, minimum- og maksimumsverdier oppgis også her.



Figur 2 – Utredning for svangerskapsdiabetes.

### 5.5.3 Seteleie

Total gjennomsnittsskår for temaet er 0,17. Eksempelvis skårer kategorien definisjoner i gjennomsnitt høyest, da målgruppen for helseinformasjon er tilfredsstillende definert i 50% av materialet. Kategorien med den laveste gjennomsnittlige skåren er innhold, med 0%.

Tabell 6 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for seteleie.

		Total gjennomsnitt	Gjennomsnitt definisjon	Gjennomsnitt transparens	Gjennomsnitt innhold	Gjennomsnitt presentasjon
<b>Seteleie</b>						
N	Valid	15	15	15	15	15
	Missing	0	0	0	0	0
	Gjennomsnitt	,17	,50	,08	,00	,40
	Standardavvik	,00	,00	,00	,00	,00
	Minimum	,18	,50	,08	,00	,40
	Maksimum	,18	,50	,08	,00	,40

Tabellen viser det totale gjennomsnittet for temaet seteleie. Gjennomsnittsskår for hver enkelt kategori i MAPPinfo, standardavvik, minimum- og maksimumsverdier oppgis også her.



Figur 3 – Seteleie.

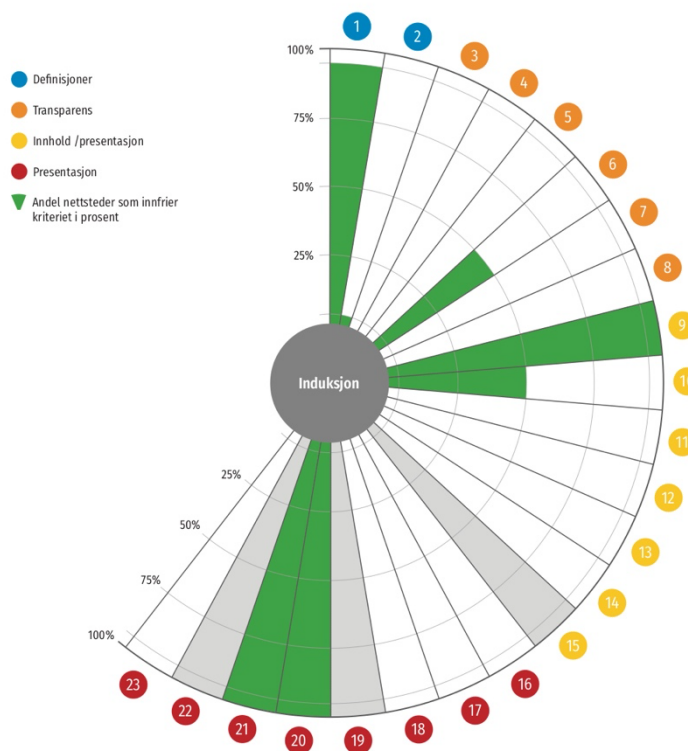
### 5.5.4 Induksjon

Temaet induksjon skårer høyest av de inkluderte temaene med en gjennomsnittsskår på 0,24. Helseinformasjonsmaterialet som omhandler induksjon skårer i gjennomsnitt høyest innen kategorien definisjoner med 48,6% oppfylte kriterier. Eksempelvis er målgruppen klart definert. Kategorien transparens skårer i lavest innen induksjon med et gjennomsnitt på 8,3%. Det er ikke oppgitt informasjon om finansiering av helseinformasjonen, noe som bidrar til det lave gjennomsnittet for temaet.

Tabell 7 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for induksjon.

	Total gjennomsnitt	Gjennomsnitt definisjon	Gjennomsnitt transparens	Gjennomsnitt innhold	Gjennomsnitt presentasjon
<b>Induksjon</b>					
N Valid	19	19	19	19	19
Missing	0	0	0	0	0
Gjennomsnitt	,24	,48	,08	,16	,40
Standardavvik	,00	,05	,00	,00	,00
Minimum	,23	,25	,08	,17	,40
Maksimum	,25	,50	,08	,17	,40

Tabellen viser det totale gjennomsnittet for temaet induksjon. Gjennomsnittsskår for hver enkelt kategori i MAPPinfo, standardavvik, minimum- og maksimumsverdier oppgis også her.



Figur 4 – Induksjon.

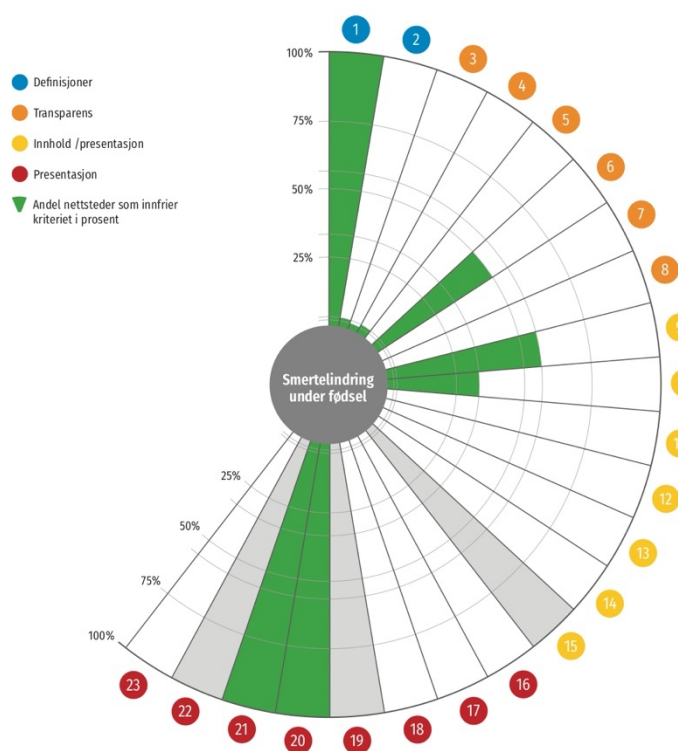
### 5.5.5 Smertelindring

Total gjennomsnittsskår for temaet smertelindring er 0,22. Innen de fire kategoriene i MAPPinfo, skårer temaet høyest innen definisjoner med en gjennomsnittlig skår på 51,6%. Poeng er gitt da problemet eksempelvis er definert. Smertelindring skårer lavest for transparens, med 9,1%, da det eksempelvis ikke oppgis referanser i tilfredsstillende grad.

Tabell 8 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for smertelindring.

		Total gjennomsnitt	Gjennomsnitt definisjon	Gjennomsnitt transparens	Gjennomsnitt innhold	Gjennomsnitt presentasjon
<b>Smertelindring</b>						
N	Valid	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0
	Gjennomsnitt	,22	,51	,09	,10	,40
	Standardavvik	,04	,09	,04	,08	,00
	Minimum	,18	,05	,08	,00	,40
	Maksimum	,35	1,00	,33	,17	,40

Tabellen viser det totale gjennomsnittet for temaet smertelindring. Gjennomsnittsskår for hver enkelt kategori i MAPPinfo, standardavvik, minimum- og maksimumsverdier oppgis også her.



Figur 5 – Smertelindring under fødsel.

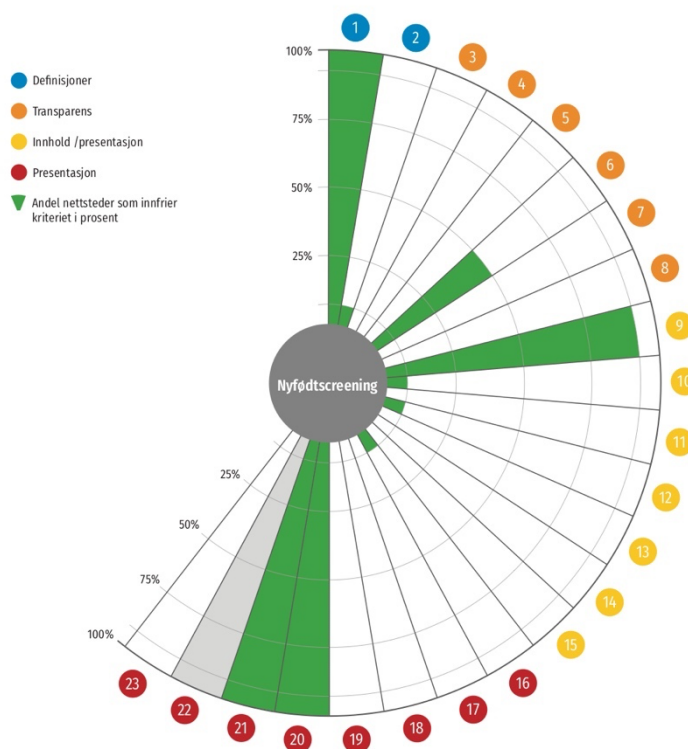
### 5.5.6 Nyfødtsscreening

Total gjennomsnittsskår for temaet er 0,21. Helseinformasjonsmaterialet som omhandler nyfødtsscreening skårer i gjennomsnitt høyest innen kategorien definisjoner, med 53,3%. Temaet skårer høyt da både målgruppen er klart definert, og helseinformasjonen definerer en egnet problemstilling. Den laveste gjennomsnittsskåren er 8,3% i kategorien transparens, da det eksempelvis mangler opplysninger om interessekonflikter og håndtering av disse.

Tabell 9 – Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for nyfødtsscreening.

	Total gjennomsnitt	Gjennomsnitt definisjon	Gjennomsnitt transparens	Gjennomsnitt innhold	Gjennomsnitt presentasjon
<b>Nyfødtsscreening</b>					
N Valid	15	15	15	15	15
Missing	0	0	0	0	0
Gjennomsnitt	,21	,53	,08	,09	,29
Standardavvik	,03	,12	,00	,02	,03
Minimum	,20	,50	,08	,09	,29
Maksimum	,34	1,00	,08	,18	,43

Tabellen viser det totale gjennomsnittet for temaet nyfødtsscreening. Gjennomsnittsskår for hver enkelt kategori i MAPPinfo, standardavvik, minimum- og maksimumsverdier oppgis også her.



Figur 6 – Nyfødtsscreening.



## 5.6 Kvalitet på helseinformasjonsmaterialet for behandling versus diagnostikk

MAPPinfo kan brukes til å vurdere helseinformasjon om diagnostikk/screening, behandling, forebygging og rehabilitering. Gjennomsnittlig fikk diagnostiske helseinformasjonsmaterialer noe lavere kvalitetsvurdering totalt, enn de behandlingsrelaterte (diagnostikk: 0,18, behandling: 0,22), men viser et større variasjonsspekter i studiens utvalg.

Innen diagnostikk skårer kategorien definisjoner i gjennomsnitt høyest med 33,5%.

Kategorien innhold skårer lavest med 5,9% oppfylte kriterier i gjennomsnitt. Innen behandling skårer kategorien definisjoner i gjennomsnitt høyest med 50,3%. Den laveste gjennomsnittsskåren finnes i kategorien transparens med 8,7% oppfylte kriterier.

Tabell 10 – Kvalitet etter klassifikasjon.

	Total gjennomsnitt	Gjennomsnitt definisjon	Gjennomsnitt transparens	Gjennomsnitt innhold	Gjennomsnitt presentasjon
<b>Diagnostikk</b>					
N Valid	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0
Gjennomsnitt	,18	,33	,11	,05	,29
Standardavvik	,07	,34	,09	,06	,03
Minimum	,11	,00	,08	,00	,29
Maksimum	,43	1,00	,50	,23	,43
<b>Behandling</b>					
N Valid	64	64	64	64	64
Missing	0	0	0	0	0
Gjennomsnitt	,22	,50	,08	,09	,40
Standardavvik	,04	,07	,03	,08	,00
Minimum	,18	,25	,08	,00	,40
Maksimum	,35	1,00	,33	,17	,40

Tabellen viser det totale gjennomsnittet for kvalitet etter klassifikasjonene diagnostikk og behandling.

Gjennomsnittsskår for hver enkelt kategori i MAPPinfo, standardavvik, minimum- og maksimumsverdier oppgis også her.

## 6.0 Diskusjon

Denne studien har med et tverrsnittsdesign undersøkt hvordan nettbasert helseinformasjon for gravide, fødende og barselkvinner i Norge legger til rette for informerte valg i fødselsomsorgen. Et utvalg av helseinformasjon innen seks sentrale tema ble vurdert med måleinstrumentet MAPPinfo, som anvender kunnskapsbaserte kvalitetskriterier for helseinformasjon.

### 6.1 Hovedfunn

Studiens hovedfunn indikerer et generelt lavt nivå av oppfylte kvalitetskriterier i de 102 utvalgte helseinformasjonsmaterialene. Gjennomsnittlig ble kun 21% av kvalitetskriteriene oppfylt etter måleinstrumentets standard. Dette kan tyde på at nettbasert helseinformasjon i utilstrekkelig grad legger til rette for informerte valg knyttet til de utvalgte temaene.

For det totale utvalget av helseinformasjonsmateriale hadde kategorien *definisjoner* i gjennomsnitt flest oppfylte kvalitetskriterier. Kategorien innebærer blant annet at målgruppen skal defineres, noe som er av betydning fra et brukerperspektiv da det gir inntrykk av hvem helseinformasjonen gjelder for. Det forhindrer også at brukeren feilaktig tolker helseinformasjonen til å omhandle seg selv.

Kategorien *innhold* hadde gjennomsnittlig færrest oppfylte kvalitetskriterier. Store deler av det utvalgte materialet manglet tilfredsstillende informasjon om den helserelevante problemstillingen, valgalternativer og det naturlige forløpet av en tilstand uten intervensjoner.

Når det gjelder helseinformasjonsmaterialet for hvert utvalgte tema, oppfylte induksjon av fødsel gjennomsnittlig flest kvalitetskriterier. Helseinformasjonen om induksjon fikk blant annet poeng for å redegjøre for den aktuelle problemstillingen, og presentere de aktuelle valgalternativene i tilfredsstillende grad. Helseinformasjon om induksjon ble undersøkt i Farnworth et al. (2021), hvor det kom frem at kvinner hverken følte seg godt nok informert, eller at det eksisterte et valg. Dette samsvarer med funn i resultatene i denne studien, da materialet om induksjon er trukket i poeng for å ikke fremstille alternativene som noe brukeren selv kan ta stilling til. Selv om resultatene viser at induksjon oppfylte flest kvalitetskriterier blant de utvalgte temaene, var gjennomsnittet kun 24%. Med dette resultatet er det sannsynlig å tro at kvinner som benytter seg av det inkluderte

helseinformasjonsmaterialet i denne studien kan ha samme opplevelse som beskrevet i studien til Farnworth et al. (2021). Helseinformasjonen om glukosebelastning hadde totalt lavest gjennomsnittskår på 16,3%, og legger dermed i lavest grad til rette for informerte valg basert på MAPPinfos kvalitetskriterier.

Når MAPPinfo benyttes for å vurdere kvalitet på helseinformasjon, skilles det som nevnt mellom diagnostisk- og behandlingsrelatert helseinformasjon. De behandlingsrelaterte helseinformasjonsmaterialene oppfylte i gjennomsnitt kvalitetskriteriene i noe høyere grad enn de relatert til diagnostikk. At resultatene viser det overnevnte kan medføre spekulasjoner i om utviklingen av helseinformasjonen i den ene klassifikasjonen prioriteres høyere enn den andre, og at det legges bedre til rette for informerte valg innen behandlingsrelaterte problemstillinger, enn det gjør innen diagnostiske. Samtidig er forskjellene marginale (18% og 22%) og kan like gjerne være en tilfeldighet. Når det kun er undersøkt seks tema totalt, skal det trolig ikke mye til for å påvirke resultatene den ene eller den andre veien. Det er ikke funnet noe som støtter ulik prioritering på grunnlag av klassifikasjon i undersøkt litteratur.

## **6.2 Begrensninger**

Forhåndsbestemte kriterier avgjorde hvilke tema som ble inkludert i studien. I utgangspunktet syntes det hensiktsmessig at utvalget besto av to tema for hvert aspekt av fødselsomsorgen, som vil si to tema innen svangerskap, to innen fødsel og to innen barseltid.

Inklusjonskriteriene førte imidlertid til at det endelige utvalget besto av to tema innen svangerskap (glukosebelastning og fosterdiagnostikk), tre tema innen fødsel (induksjon, smertelindring og seteleie), og ett tema innen barseltid (nyfødtscreening). Det kan diskuteres om utvalget er representativt med denne skjevheten, men samtidig eksisterer det en balanse i form av diagnostiske problemstillinger versus behandlingsrelaterte, med tre tema for hvert av klassifikasjonene. En naturlig begrensning i utvalget er rammene av en masteroppgave, som innskrenker masterstudentenes mulighet til å gi et helhetlig bilde av kvaliteten på helseinformasjon innenfor fødselsomsorgen. Med større kapasitet ville det vært mulig å undersøke kvaliteten i et større felt av fødselsomsorgen, samt inkludert andre typer helseinformasjonsmaterialer som brosjyrer og lignende.

En begrensning i studien kan være at aktuell tilgjengelig helseinformasjon er oversett eller glemt. For å sikre mot dette, har begge masterstudentene utført søkene, og

helseinstitusjonenes nettsider er gjennomgått for hvert enkelt utvalgte tema. Med bakgrunn i dette er risikoen for at det er oversett aktuelt materiale trolig lav. Utvalget i studien er hentet fra Googles søkemotor, som i flere studier refereres til som hyppig brukt av gravide kvinner som søker etter helseinformasjon på nett (Eysenbach & Köhler, 2002; Lagan et al., 2011; Wu Song et al., 2012). Det beskrives også at nettsider for helseinstitusjoner eller velkjente akademiske institusjoner foretrekkes (Lagan et al., 2011). Dette underbygger denne studiens valg av søkestrategi, og bidrar til å bekrefte utvalgets overførbarhet.

Det eksisterer en begrensning i datamaterialet knyttet til homogenitet, da helseinformasjonen på alle helseinstitusjonenes nettsider i stor grad er redundante. Av de 102 inkluderte helseinformasjonsmaterialene, finner man kun 20 unike kilder. Når store deler av helseinformasjonsmaterialet er identiske og av lav kvalitet, vil dette gi en lav skår til alle de dupliserte kildene. Dette fører igjen til et lavere gjennomsnitt enn det potensielt ville vært dersom innholdet og kvaliteten varierte. Det kan argumenteres for at denne dupliseringen har en negativ påvirkning da det kan gi inntrykk av at helseinformasjonen er korrekt, uavhengig av kvaliteten. I en global kvalitativ studie utført av Lagan et al. (2011) kom det frem at kvinner som søkte etter helseinformasjon hadde sine egne valideringsteknikker for å bekrefte funnene de gjorde på internett. En generell metode de benyttet seg av var å sammenligne nettsidene, og kryssjekke informasjonen. Dersom det samme ble gjentatt på flere nettsider, tolket de det som om at informasjonen måtte være korrekt. Dette kan gi en falsk trygghet, dersom helseinformasjonen skulle vise seg å være mangelfull eller ukorrekt. Imidlertid kan duplisering av helseinformasjon være positivt fordi man får den samme helseinformasjonen uavhengig av hvilket sykehus man tilhører, eller hvor i landet man er bosatt. I denne studien kunne man alternativt valgt å håndtere datamaterialet annerledes, og telle den dupliserte helseinformasjonen kun én gang, men ved å inkludere alle, sikrer man studien mot en eventuell seleksjonsbias.

Resultatene i denne studien er kun beskrevet med gjennomsnittsverdier, og har ikke blitt signifikanstestet. Dette kan anses som en begrensning. Når det gjelder studiens design er styrken til en tverrsnittstudie at den kan estimere forekomsten av et gitt problem i en populasjon. En svakhet er at det vil være vanskelig å si noe om bakenforliggende faktorer som eventuelt kan føre til en tilfeldig korrelasjon. Videre vil et slikt design ikke kunne si noe om årsak/virkningsforhold (Nordtvedt et al., 2012). En begrensning knyttet til MAPPinfo som måleinstrument er at det kun kan vurdere kvalitetskriterier som er forskningsbaserte.

Dersom det eksisterer kriterier som ikke er nedfelt i forskning, kan man ikke vite hvilken påvirkning disse har på kvaliteten på helseinformasjonen. Det er eksempelvis ikke forankret i forskning hvordan bildebruk påvirker helseinformasjonskvalitet (Leitlinie Gesundheitsinformation, 2017c). Det tilsvarende gjelder for narrativer, som ifølge den internasjonale retningslinjen anses som subjektive og ikke kunnskapsbaserte (Leitlinie Gesundheitsinformation, 2017b), selv om de i enkelte sammenhenger kan være positive og gjenkjennbare for leseren.

MAPPinfo representerer kun de kriteriene som kan vurderes på grunnlag av selve helseinformasjonsmaterialet, og er utviklet for vurdering av helseinformasjonsmateriale, uten bruk av sekundærkilder. Denne studien har derfor ikke vurdert utviklingsprosessen av de utvalgte helseinformasjonsmaterialene, som for eksempel kvalitetsvurdering av det faglige innholdet, litteraturen, systematiske litteratursøk, evaluering i målgruppen eller brukertesting. Dersom helseinformasjonen er basert på systematiske litteratursøk og forskning, men dette ikke oppgis, vil det ikke gis poeng. Ifølge MAPPinfo-instrumentet vil et eneste manglende oppfylt kriterium være et hinder for informerte valg (Kasper et al., 2020). Det skal dermed ikke mye til for å få en lav skår, dersom det mangler kunnskapsbaserte kvalitetskriterier i helseinformasjonen. Til tross for dette er det grunn til å tro at de utvalgte kriteriene gir et godt estimat hva gjelder kvalitetsvurdering, grunnet valideringsstudien som er gjennomført av MAPPinfo (Kasper et al., 2021). De undersøkte valideringsaspektene, samt den høye inter-rater-reliabiliteten og validiteten i denne studien formoder et godt tillitsgrunnlag til måleinstrumentet.

MAPPinfos poengfordeling kan også diskuteres som en begrensning. Eksempelvis vil dato for oppdatering av helseinformasjonsmaterialet skåres med like mange poeng som redegjørelse for potensielle skadevirkninger. Man kan diskutere om det er av større verdi for brukeren å informeres om nytteverdi av et aktuelt tiltak, enn opplysninger om dato for neste oppdatering. Fire av de 19 kriteriene i MAPPinfo regnes som nevnt to ganger, da de tilhører to kategorier. En eventuell svakhet eller styrke i disse kriteriene vil dermed telle dobbelt. Samtidig skal MAPPinfo gi en representativ fremstilling av kvaliteten på de vurderte helseinformasjonsmaterialene (Kasper et al., 2020), og dette er tatt høyde for i utviklingen og valideringen av måleinstrumentet. Det ville være vanskelig å forsvare en annen vektlegging av poeng i denne studien, da vilkårlig og individuell poenggivning trolig ville ført til varierende resultater. Dersom én koder ønsket å vektlegge søkestrategi med ti poeng, og en

annen ville vektlegge med to, ville dette påvirket instrumentets validitet. Imidlertid kunne man i en eventuell fremtidig revidering av instrumentet vurdert å vektlegge poengene annerledes, for eksempel ved en gradering.

Ingen økonomiske forhold har påvirket arbeidet med denne masteroppgaven. Det skal nevnes at masterstudentenes veileder har deltatt i utviklingen av MAPPinfo. Selv om det ikke kan indentifiseres hvor eller på hvilken måte dette har innvirket på arbeidet, kan det ikke utelukkes en påvirkning.

### **6.3 Funn i kontekst av teoretisk rammeverk og litteratur**

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan helseinformasjonsmaterialet legger til rette for informerte valg. Brukermedvirkning og samvalg er en stor del av kunnskapsbasert praksis. Ifølge Hoffmann et al. (2014) har de to tilnærmingene utviklet seg parallelt, og er avhengig av hverandre for å fungere i praksis. Uten brukermedvirkning og samvalg, begrenses muligheten for å oppnå kunnskapsbasert praksis slik det er definert. Når brukeren skal motta helseinformasjon ansees det som essensielt at tilstandens naturlige forløp, mulige alternativer, samt fordeler og ulemper ved å iverksette et tiltak, inkluderes og tallfestes basert på de beste tilgjengelige forskningsbevisene. At helseinformasjonen er av tilstrekkelig kvalitet, er også lovfestet. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 står det at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Dersom helseinformasjonen ikke møter disse kriteriene risikerer man at valg baseres på feilaktig eller mangelfull informasjon (Hoffmann et al., 2014).

Det kan stilles spørsmål ved om valg som tas på bakgrunn av helseinformasjonen undersøkt i denne studien, kan anses som informerte valg, når resultatene viser 21% oppfylte kvalitetskriterier. For at kunnskapsbasert praksis skal kunne etterfølges må helsepersonell legge til rette for at både samvalg og oppdatert forskning er en del av praksisen. Samvalg og kunnskapsbasert praksis er gjensidig avhengig av hverandre, og pasienten trenger begge (Hoffmann et al., 2014). Det er funnet sparsomt med litteratur som gjør rede for konsekvensene lav kvalitet på helseinformasjon har for brukergruppen. Det er derimot utført flere studier som belyser fordelene av at kvaliteten på helseinformasjonen er god.

Ifølge Barratt (2008) må det tilrettelegges for at brukergruppen får mulighet til å vektlegge sine preferanser i beslutninger angående egen helsehjelp. Informerte valg i fødselsomsorgen kan være komplekse, og at valgene baseres på både forskningsbasert kunnskap og brukerpreferanser ansees som essensielt (Michie et al., 2003). I Lagan et al. (2011) kom det frem at helseinformasjonen kvinnene tilegnet seg via internett, bidro til å etablere en trygghet i møte med helsepersonell, og etterlot dem informert, bemyndiget og i kontroll. Lagan et al. (2011) har videre antydnet at kvinner bruker internett som et slags samvalgsværktøy, da de i stor grad henvender seg dit for helseinformasjon. Kravene for å bli anerkjent som et samvalgsværktøy, er å følge retningslinjene til The International Patient Decision Aid Standards Collaboration (2017), som definerer hvilke kriterier samvalgsværktøy måles etter. I lys av denne studiens resultater, som viser lav grad av oppfylte kvalitetskriterier i det inkluderte helseinformasjonsmaterialet, kan det stilles spørsmål ved om utvalget kan kvalifisere som samvalgsværktøy. For at et valg skal være informert, må valget være basert på relevant kunnskap (Marteau et al., 2001). Når kvalitetskriteriene i helseinformasjonsmaterialet ikke oppfylles, legges det i utilstrekkelig grad til rette for informerte valg.

At kvinner benytter seg av internett på denne måten tydeliggjør hvorfor kvaliteten av den tilgjengelige helseinformasjonen er av betydning. Dette gjelder ikke bare samvalgsværktøy, men all tilgjengelig nettbasert helseinformasjon. Norge har kommet langt med å etablere offentlige tilgjengelige og oversiktlige helseinformasjonssider, med nettsidene Helsenorger og NHI. Det ligger derimot også et visst ansvar i en slik struktur, da nettsidenes navn og status gjerne tiltrekker seg brukeren. Etablering av disse offisielle informasjonsplattformene innebærer et ansvar utover brukervennlighet og tilgjengelighet for å garantere overholdelse av minimale kvalitetsstandarder. Det å sikre kvaliteten av innholdet, synes ut ifra denne studiens resultater, å ha et forbedringspotensial.

#### **6.4 Resultatenes betydning for klinisk praksis**

I fødselsomsorgen har helsepersonell et høyere nivå av kunnskap på fagområdet enn kvinnen. En viktig oppgave for den som yter helsehjelp er å etter beste evne og fornuft utligne dette nivået (Begley et al., 2019). International Code of Ethics for Midwives refererer til jordmors rolle i å myndiggjøre kvinnen, samt dele relevant informasjon som tilrettelegger for informert samtykke og informerte valg. Videre skal jordmor vektlegge og respektere retten til

brukermedvirkning, og sørge for at kvinnen er innforstått med konsekvensene av valgene hun tar (International Confederation of Midwives, 2014). En konsekvens av at tilgjengelig helseinformasjon er av lav kvalitet kan være at jordmor i både primær- og spesialisthelsetjenesten må kompensere med muntlig informasjon for å dekke brukergruppens behov. Dette kan igjen medføre at helseinformasjonen vil variere både i kvalitet og mengde, avhengig av hvilken jordmor man møter. Det kan diskuteres om det er vanskeligere for jordmor å inkludere en uinformert kvinne i avgjørelser, enn det er å inkludere en velinformert en. Dersom helseinformasjonen hadde vært tilfredsstillende, kunne det potensielt gjort det enklere for jordmor å involvere brukergruppen, og tilrettelegge for informerte valg.

Denne studien kan være relevant for klinisk praksis, da det trolig er av betydning å bli gjort oppmerksom på den lave kvaliteten på det utvalgte helseinformasjonsmaterialet. Ifølge Green et al. (1990) har kvinner behov for informasjon både før, under og etter fødsel. Det kommer videre frem at kvinner som anså seg selv som tilstrekkelig informert, og deltagende i beslutninger, hadde større sannsynlighet for en positiv fødselsopplevelse og et bedre grunnlag for tilknytning til barnet sitt (Green & Baston, 2003; Green et al., 1990). Dette tydeliggjør behovet og fordelene med god kvalitet på helseinformasjon og informerte valg. Det understreker også betydningen informerte valg kan ha for fødselsutfall og barseltid, noe som bør trekkes frem da svangerskap, fødsel og barseltid ikke alene handler om en pasient og et liv, men involverer en hel familie, og etableringen av denne.

## **6.5 Anbefalinger for videre forskning**

Da kvaliteten på nettbasert helseinformasjon synes å være lav i denne studiens resultater, kan dette ansees som grunnlag for videre forskning med hensyn til forbedring og videreutvikling. Det finnes flere tema innenfor fødselsomsorgen som burde undersøkes, ettersom god helseinformasjonskvalitet og muligheten til å ta informerte valg har en rekke fordeler, og derfor burde etterstrebes. Det kunne være av betydning å etablere hvem som skal utvikle, finansiere og oppdatere den aktuelle helseinformasjonen for at den i større grad skal møte de gitte kvalitetskriteriene, og om det er mulig å innføre en standard for utforming. Helseinformasjon kan ansees som en intervensjon som har betydning for pasientens helse. Det kan derfor diskuteres om helseinformasjon burde utvikles på lik linje med andre intervensjoner i helsevesenet. Dette krever et generelt økt fokus på informerte valg og brukermedvirkning.



Da dette er den første studien som publiseres med MAPPinfo som måleinstrument, finnes det ingen tilsvarende studier å sammenligne resultatene med. Det vil være av interesse å se om fremtidige studier vil konkludere med tilsvarende resultater, eller om kvaliteten på helseinformasjonen før den tid har blitt forbedret.

## **7.0 Konklusjon**

Basert på det aktuelle utvalget av nettbasert helseinformasjon viser resultatene at det i lite tilfredsstillende grad legges til rette for informerte valg i fødselsomsorgen. Resultatene indikerer behov for forbedring og videreutvikling av den nettbaserte helseinformasjonen, slik at det i større grad kan danne grunnlag for informerte valg. Håper er at studien vil bidra til å implementere retningslinjer om evidensbasert helseinformasjon i det norske helsevesenet.

## Litteraturliste

- Albrechtsen, S., Bjellmo, S., Von Brandis, P., Iversen, J. K., Jettestad, M. C., Sellevoll, H. B. & Steen, T. (2020). *Setefødsel og ytre vending*. Den Norske Legeforening. Hentet 18.06.2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp/setefodsels og-ytre-vending/>
- Alexa. (2021). *Top Sites – The top 500 sites on the web*. Hentet 22.09.2021 fra <https://www.alexa.com/topsites>
- APA. (2021). *Discriminant validity*. American Psychological Association. Hentet 17.08.2021 fra <https://dictionary.apa.org/discriminant-validity>
- Backe, B. (2017). Svangerskap og kroniske sykdommer. I A. B. E. & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 375-392). Cappelen Damm akademisk.
- Barratt, A. (2008). Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 407-412. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.054>
- Begley, K., Daly, D., Panda, S. & Begley, B. (2019). Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6). <https://doi.org/10.1111/jep.13243>
- Bioteknologiloven. (2003). *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.* (LOV-2003-12-05-100). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100#KAPITTEL_5)
- BMJ. (2021). *Medical milestones*. Hentet 14.09.2021 fra <https://www.bmj.com/content/medical-milestones>
- Bunge, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2010). What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 316-328. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.029>
- Coulter, A. & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 335(24), 24-27. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
- Eilertsen, B. (2017). Lover og forskrifter. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 32-44). Cappelen Damm akademisk.

- Eysenbach, G. & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and indepth interviews. *BMJ*, 324(573).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.324.7337.573>
- Fahy, E., Hardikar, R., Fox, A. & Mackay, S. (2014). Quality of patient health information on the Internet: reviewing a complex and evolving landscape. *Australasian Medical Journal*, 7(1), 24-28. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2014.1900>.
- Farnworth, A., Graham, R. H., Haighton, C. A. & Robson, S. C. (2021). How is high quality research evidence used in everyday decisions about induction of labour between pregnant women and maternity care professionals? An exploratory study. *Midwifery*, 100, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103030>
- Grafe, A. (2017). *Validation of a new inter-rater- reliability coefficient: weighted T. theses at the University of applied sciences and medical university.*
- Green, J. M. & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00253.x>
- Green, J. M., Coupland, V. A. & Kitzinger, J. V. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1), 15-24. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1990.tb00004.x>
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *EBM notebook*, 7, 36-38.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/ebm.7.2.36>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Oversikt over landets helseforetak*. Regjeringen.no. Hentet 18.08.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy som skal publiseres på helsenorge.no*. Hentet 01.07.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasient-og-brukerrettighetsloven/nasjonale-kvalitetskrav-til-samvalgsverktoy-som-skal-publiseres-pa-helsenorge.no>
- Helsedirektoratet. (2021a). Diagnostikk av diabetes, risikovurdering og oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes. I *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes* (s. 1-21).
- Helsedirektoratet. (2021b). *Nyfødtscreening og undersøkelser av nyfødte*. Hentet 30.08.2021 fra <https://www.helsenorge.no/etter-fodselse/helseundersokelser-av-nyfodte/>

- Helsenorge.no. (2019). *Hva er samvalg?* Hentet 02.07.2021 fra <https://www.helsenorge.no/samvalg-v2/hva-er-samvalg/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10>
- Hoffmann, T. C., Montori, V. M. & Del Mar, C. (2014). The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA*, 312(13), 1295-1296. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.10186>
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows* IBM Corp.
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hentet 14.09.2021 fra <https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html>
- Kahrs, B. H., Haugen, G. & Sande, R. (2020). *Prenatal diagnostikk*. Den Norske Legeforening. Hentet 07.09.2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp/prenatal-diagnostikk/>
- Kasper, J., Lühnen, J., Hinneburg, J., Siebenhofer, A., Posch, N., Berger-Höger, B., Grafe, A., Keppler, J. & Steckelberg, A. (2020). MAPPinfo, mapping quality of health information: study protocol for a validation study of an assessment instrument. *BMJ Open*, 10(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040572>
- Kasper, J., Lühnen, J., Hinneburg, J., Siebenhofer, A., Posch, N., Berger-Höger, B., Grafe, A., Keppler, J. & Steckelberg, A. (2021). MAPPinfo, mapping quality of health information: validation study of an assessment instrument (in review). *PlosOne*.
- Lagan, B. M., Sinclair, M. & Kernohan, W. G. (2011). What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth Issues in Perinatal Care*, 38(4), 336-345. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x>
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2529310>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Guttersrud, Ø. & Joranger, P. (2021). *Befolkningens helsekompetanse del I - The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19)* (IS-2959). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
- Leitlinie Gesundheitsinformation. (2017a). *Guideline evidence-based health information - The Guideline project*. Hentet 02.07.2021 fra <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/guideline/das-leitlinienprojekt/?lang=en>

- Leitlinie Gesundheitsinformation. (2017b). *Using narratives*. Hentet 22.09.2021 fra <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/guideline/using-narratives/?lang=en>
- Leitlinie Gesundheitsinformation. (2017c). *Using pictures and drawings*. Hentet 22.09.2021 fra <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/guideline/using-pictures-and-drawings/?lang=en>
- Macsali, F., Kolås, T., Sugulle, M., Strøm-Roum, E. M. & Steen, T. (2020). *Keisersnitt*. Den Norske Legeforening. Hentet 07.09.2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gyneologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp/keisersnitt/>
- Marteau, T. M., Dormandy, E. & Michie, S. (2001). A measure of informed choice. *Health Expectations*, 4(2), 99-108. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2001.00140.x>
- Maxwell, A. E. (1977). Coefficients of agreement between observers and their interpretation. *British Journal of Psychiatry*, 130, 79-83. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.1.79>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
- Michie, S., Dormandy, E. & Marteau, T. M. (2003). Informed choice: understanding knowledge in the context of screening uptake. *Patient Educ Couns*, 50(3), 247-253. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(03\)00044-2](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(03)00044-2)
- NHS. (2017). *Accessible Information Standard*. Hentet 21.09.2021 fra <https://www.england.nhs.uk/ourwork/accessibleinfo/>
- Nordtvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Lena, V., Nordheim, L. & Reinar, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.
- Oppegaard, K. S., Dögl, M., Sun, C., Hill, S., Ween-Velken, M. & Sørbye, I. K. (2020). *Induksjon/igangsettelse av fødsel - Modning av cervix/livmorhalsen før fødsel*. Den Norske Legeforening. Hentet 30.08.2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gyneologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp/induksjonigangsettelse-av-fodsels-modning-av-cervixlivmorhalsen-for-fodsels/>
- Oslo Universitetssykehus. (2021a). *Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA)*. Hentet 27.09.2021 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings-nka>

- Oslo Universitetssykehus. (2021b). *Nyfødtscreening*. Hentet 30.08.2021 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodtscreeningen/nyfodtscreening#foreldreinformasjon>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>
- Pripp, A. H. (2018). *Validitet*. Tidsskriftet - den norske legeforening. Hentet 17.08.2021 fra <https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet>
- Reinar, L. M. & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 66-78). Cappelen Damm akademisk.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023). <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Simpson, W. M., Johnstone, F. D., Boyd, F. M., Goldberg, D. J., Hart, G. J. & Prescott, R. J. (1998). Uptake and acceptability of antenatal HIV testing: randomised controlled trial of different methods of offering the test. *BMJ*, (316), 262-267. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7127.262>
- Svartdal, F. (2019). *Validitet i psykologi*. Store norske leksikon. Hentet 17.08.2021 fra [https://snl.no/validitet\\_i\\_psykologi](https://snl.no/validitet_i_psykologi)
- Svartdal, F. (2020). *Reliabilitet*. Store norske leksikon. Hentet 17.08.2021 fra <https://snl.no/reliabilitet>
- The International Patient Decision Aid Standards Collaboration. (2017). *The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration*. Hentet 15.09.2021 fra <http://ipdas.ohri.ca/index.html>
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Shared decision making*. Hentet 14.09.2021 fra <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>
- Ullensvang, K., Sjøen, G. H., Sørbye, I. K., Bakkan, M. H. & Johnsen, H. H. (2020). *Smertelindring*. Den Norske Legeforening. Hentet 30.08.2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp/smertelindring/>
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (10.09.2021). *Samvalg*. Hentet 14.09.2021 fra <https://unn.no/samvalg>

WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. Hentet 29.09.2021 fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

Wu Song, F., West, J. E., Lundy, L. & Dahmen, N. S. (2012). WOMEN, PREGNANCY, AND HEALTH INFORMATION ONLINE: The Making of Informed Patients and Ideal Mothers. *Gender and Society*, 26(5), 773-798. <https://doi.org/https://www.jstor.org/stable/41705725>



## **Vedlegg**

### **Vedlegg 1 – Gruppeprosess**

Arbeidet med masteroppgaven har vært et gjensidig samarbeid mellom de to masterstudentene. Utvikling og presisering av problemstilling har skjedd i fellesskap og i samråd med veileder. Datamaterialet er kodet individuelt, før det senere er utviklet en felles konsensus. I perioden vi har hatt til rådighet har masterstudentene unngått å fordele arbeidsoppgaver, men heller prioritert å sitte sammen for å tilrettelegge for at utvikling og bearbeidelse av tekst bærer preg av en god flyt. Dette tror og håper vi at gjenspeiles i teksten.

## Vedlegg 2 – ELSEVIER - Guide for Authors - Sexual & Reproductive HealthCare

### INTRODUCTION

#### *Aim*

*Sexual and Reproductive Healthcare* is a peer-reviewed, quarterly, multidisciplinary journal of the Swedish Association of Midwives. It is a global forum for health research and policy topics. It publishes original research, scientifically-based review articles, study protocols and invited editorials and commentaries related to sexual and reproductive health care. Studies with various methodologies are welcome.

The journal welcomes original papers in all aspects of sexual and reproductive health including family planning and counseling, management of pregnancy, labour and birth, breastfeeding, postnatal care, parenthood, abortion, infertility and IVF, sexually transmitted diseases and HIV prevention, and issues related to the menopausal and post-menopausal years. Also welcome would be topics such as cultural, educational, historical and professional aspects of reproductive and sexual health.

The journal audience would include researchers, social scientists, health care providers as well as policy and decision makers in sexual and reproductive health.

#### *Types of Papers*

*Abstracts:* A structured abstract is required for all original research articles. The structured abstract, limited to 250 words, should contain all and only the following major headings: **Objective; Methods; Results** and **Conclusion**.

*Original articles:* a full-length report of original basic or clinical investigation (3000-5000 words including tables, up to 30 references). A structured abstract of no more than 250 words with the following sections (objective, methods, results, conclusions) is required. The rest of the paper should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion, References.

*Short communications* must not exceed 1,000 words with no more than one table or illustration and five references. An unstructured abstract of no more than 100 words is required. The text should be structured in four parts: Introduction, Methods, Results and Discussion.

*Review articles:* a comprehensive review of prior publications relating to an important clinical subject (2000-3000 words and 30-50 references). An unstructured abstract of no more than 250 words is required. The Introduction should indicate why the topic is

important and should state the specific objective(s) of the review. The Conclusion should include the clinical implications and observations regarding the need for additional research.

*Guest editorials:* must not exceed 1,000 words and five references.

*Letters to the Editor:* a question or challenge to an article published recently in *Sexual and Reproductive Healthcare*. Letters must be received within 6 weeks of publication of the article to which they refer and should be no longer than 250 words.

*Study protocols:* will only be considered for proposed or ongoing trials that have not completed patient recruitment at the time of submission. Study protocols without ethical approval will generally not be considered. The Abstract should not exceed 250 words and should include; Background, Methods, Discussion and Trial.

Please also note that we do not consider revised resubmissions of previously rejected papers.

### **Contact Details for Submission**

Submission of manuscripts proceeds entirely online at <https://www.editorialmanager.com/SRHC>.

### **Submission checklist**

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

#### **Ensure that the following items are present:**

One author has been designated as the corresponding author with contact details: • E-mail address

- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

*Manuscript:*

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided • Indicate clearly if color should be used for any figures in print *Graphical Abstracts / Highlights files* (where applicable)

*Supplemental files* (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

## **BEFORE YOU BEGIN**

Manuscripts must adhere to recognised reporting guidelines relevant to the research design. Please upload the appropriate and completed Reporting Guideline Checklist during your manuscript submission process.

*Observational cohort, case control and cross sectional studies* - STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology STROBE Checklist

*Quasi-experimental/non-randomised evaluations* - TREND - Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/trend/>

*Randomised (and quasi-randomised) controlled trial* - CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

*Systematic Review of Controlled Trials* - PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

*Systematic Review of Observational Studies* - MOOSE - Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/meta-analysis-of-observational-studies-in-epidemiolog>

*Reporting the range of methods used to improve healthcare* - SQUIRE - Standards for Quality Improvement Reporting Excellence SQUIRE Checklist

Qualitative researchers are encouraged to consult the guideline listed below:

*Qualitative research* - SRQR - Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations SRQR Checklist

*Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* **MMAT *Ethics in publishing***

Please see our information on [Ethics in publishing](#).

### ***Policy and Ethics***

All manuscripts reporting data from studies involving human participants should include a statement that the research protocol was approved by the relevant institutional review board or ethics committees. Please state in the Method section the manner in which informed consent was obtained from the participants. The work described in your article must have been carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans

<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

### ***Informed consent and patient details***

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent, which should be documented in the paper. Appropriate consents, permissions and releases must be obtained where an author wishes to include case details or other personal information or images of patients and any other individuals in an Elsevier publication. Written consents must be retained by the author but copies should not be provided to the journal. Only if specifically requested by the journal in exceptional circumstances (for example if a legal issue arises) the author must provide copies of the consents or evidence that such consents have been obtained. For more information, please review the [Elsevier Policy on the Use of Images or Personal Information of Patients or other Individuals](#). Unless you have written permission from the patient (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any patient included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

### ***Declaration of interest***

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of

interest statement in the title page file (if double anonymized) or the manuscript file (if single anonymized). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations of interest: none'. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#).

### ***Submission declaration and verification***

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service [Crossref Similarity Check](#).

### ***Use of inclusive language***

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Content should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader; contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition; and use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, stereotypes, slang, reference to dominant culture and/or cultural assumptions. We advise to seek gender neutrality by using plural nouns ("clinicians, patients/clients") as default/wherever possible to avoid using "he, she," or "he/she." We recommend avoiding the use of descriptors that refer to personal attributes such as age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition unless they are relevant and valid. These guidelines are meant as a point of reference to help identify appropriate language but are by no means exhaustive or definitive.

### ***Contributors***

Submission of multi-authored manuscripts to this journal requires the consent of each author and all have to sign the covering letter. All authors of, and all contributors must specify their individual contributions at the end of the text. The following format is suggested: "I declare that I participated in the (here list contributions made to the study) and that I have seen and approved the final version. I have the following conflicts

of interest" (list here all relevant conflicts and source of funding). This should be listed in the "Comments" field in EM.

### **Changes to authorship**

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

### **Copyright**

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

### **Author rights**

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#).

#### *Elsevier supports responsible sharing*

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

### **Role of the funding source**

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

### **Open access**

Please visit our [Open Access page](#) for more information.

#### *Language (usage and editing services)*

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's Author Services.

### **Submission**

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

### **Referees**

To expedite the review process Authors are encouraged to provide the editorial office with the names and email addresses of two potential referees that are able to competently review the article submitted for possible publication. The referees are not to be associated with or involved with the article in any way or be from the same institution as the author(s) involved with the article.



## **PREPARATION**

### ***Peer review***

This journal operates a double anonymized review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. Editors are not involved in decisions about papers which they have written themselves or have been written by family members or colleagues or which relate to products or services in which the editor has an interest. Any such submission is subject to all of the journal's usual procedures, with peer review handled independently of the relevant editor and their research groups. [More information on types of peer review.](#)

### ***Double anonymized review***

This journal uses double anonymized review, which means the identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

*Title page (with author details):* This should include the title, authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

*Anonymized manuscript (no author details):* The main body of the paper (including the references, figures, tables and any acknowledgements) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

### ***Review Criteria***

Each paper that the editor/s assess as suitable for peer review is allocated to two reviewers who are asked to assess the paper against one of the Journal's three sets of reviewing criteria i.e. 1) Quantitative Research; 2) Qualitative Research; 3) Scholarly Paper Review Criteria.

View the Review criteria [here](#).

### ***Detailed Response to Reviewers***

When submitting a revised manuscript, a Detailed Response to Reviewers must accompany the revision. This document must not contain any of the Author(s) details.

### ***Use of word processing software***

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used.

The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

### **Article structure**

#### *Introduction*

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

#### **Materials and Methods**

The Methods section should describe the research methodology in sufficient detail that others could reasonably be expected to be able to duplicate the work. However, if the methodology has been previously published, the appropriate reference should be cited, and a full description is not required.

Methods of statistical analysis should be identified and, when appropriate, the basis for their selection stated. Statistical software programs used should be cited in the text. *P* values should be expressed to no more than three decimal places. For qualitative studies, please explain all steps in the process of analysis so that the reader is able to follow.

#### **Results**

The Results section should present the findings in appropriate detail. Tables and figures may be used, but duplication between text and tables or figures is to be avoided. If quotations are used, please limit the number

#### *Discussion*

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A

combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

### *Conclusions*

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

### **Essential title page information**

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower- case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

### **Highlights**

Highlights are mandatory for this journal as they help increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

### **Abstract**

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

### *Graphical abstract*

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our information site.

Authors can make use of Elsevier's [Illustration Services](#) to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

### **Keywords**

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords and avoid general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, "and", "of"). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

### *Abbreviations*

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

### *Acknowledgements*

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the

references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

#### *Formatting of funding sources*

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

#### *Nomenclature and units*

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other quantities are mentioned, give their equivalent in SI. You are urged to consult [IUPAC: Nomenclature of Organic Chemistry](#) for further information.

#### *Footnotes*

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

## **Artwork**

#### *Electronic artwork*

##### *General points*

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman,

Symbol, or use fonts that look similar.

- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

**You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.**

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi. TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

**Please do not:**

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

*Color artwork*

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding**

**the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

#### *Figure captions*

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

#### **Tables**

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

#### **References**

Authors are responsible for the accuracy of references. The 'Vancouver' style is used. References appearing for the first time in a table or figure should be cited in the text where the table or figure is mentioned.

#### *Citation in text*

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

#### *Reference links*

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references,

please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is highly encouraged.

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

#### *Web references*

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

#### *Data references*

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

#### *Reference management software*

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software.](#)

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link:



<http://open.mendeley.com/use-citation-style/sexual-and-reproductive-healthcare>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice.

### *Reference formatting*

There are no strict requirements on reference formatting at submission. References can be in any style or format as long as the style is consistent. Where applicable, author(s) name(s), journal title/ book title, chapter title/article title, year of publication, volume number/book chapter and the article number or pagination must be present. Use of DOI is highly encouraged. The reference style used by the journal will be applied to the accepted article by Elsevier at the proof stage. Note that missing data will be highlighted at proof stage for the author to correct. If you do wish to format the references yourself they should be arranged according to the following examples:

### *Reference style*

*Text:* Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given.

*List:* Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

### *Examples:*

Reference to a journal publication:

[1] Van der Geer J, Hanraads JA, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun* 2010;163:51–9. <https://doi.org/10.1016/j.Sc.2010.00372>.

Reference to a journal publication with an article number:

[2] Van der Geer J, Hanraads JA, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *Heliyon*. 2018;19:e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00205>

Reference to a book:

[3] Strunk Jr W, White EB. *The elements of style*. 4th ed. New York: Longman; 2000.

Reference to a chapter in an edited book:

[4] Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, editors. *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc; 2009, p. 281–304. Reference to a website:

[5] Cancer Research UK. *Cancer statistics reports for the UK*, <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 [accessed 13 March 2003].

Reference to a dataset:

[dataset] [6] Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Mortality data for Japanese

oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015.  
<https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Note shortened form for last page number. e.g., 51–9, and that for more than 6 authors the first 6 should be listed followed by 'et al.' For further details you are referred to 'Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals' (J Am Med Assoc 1997;277:927–34) (see also [Samples of Formatted References](#)).

#### *Journal abbreviations source*

Journal names should be abbreviated according to the [List of Title Word Abbreviations](#).

#### **Video**

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including [ScienceDirect](#). Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our [video instruction pages](#). Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

#### **Data visualization**

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

#### **Supplementary material**

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit

your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

### **Research data**

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

#### *Data linking*

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

#### *Mendeley Data*

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data

(including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. During the submission process, after uploading your manuscript, you will have the opportunity to upload your relevant datasets directly to *Mendeley Data*. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the [Mendeley Data for journals page](#).

#### *Data statement*

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).

#### *Additional information*

### **AFTER ACCEPTANCE**

#### **Online proof correction**

To ensure a fast publication process of the article, we kindly ask authors to provide us with their proof corrections within two days. Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

## **Offprints**

The corresponding author will, at no cost, receive a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Author Services](#).

Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

## **AUTHOR INQUIRIES**

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

Kilde: <https://www.elsevier.com/journals/sexual-and-reproductive-healthcare/1877-5756/guide-for-authors>

## **Vedlegg 3 – MAPPinfo**

### **Sjekkliste for kvalitetsvurdering av helseinformasjon - MAPPinfo (MAPPIN Health Information Quality)**

#### **Om verktøyet:**

MAPPinfo er utviklet for å kartlegge og vurdere kvaliteten på helseinformasjonsmaterieell (Jönsson et al.) rettet mot lekfolk. Instrumentet operasjonaliserer gjeldende kvalitetskriterier, basert på internasjonale retningslinjer for kunnskapsbasert pasientinformasjon [1,2,3]. MAPPinfo kan anvendes for vurdering av materiale som gir informasjon om medisinske beslutninger, altså beslutninger om forebyggende tiltak, helsefremming, screening, diagnostikk, behandling, palliasjon, rehabilitering, pleie omsorg, oppfølging og mestring av sykdom. Det skal ikke brukes for vurdering av andre typer helseinformasjon, som f.eks. informasjon om gjennomføring av et tiltak, struktur på helsevesenet eller generelle råd om helse.

Instrumentet legger til rette for vurdering av kvalitetskriterier som kan observeres direkte i selve informasjonsmaterialet. For noen av kriteriene kan det også være nødvendig å vurdere metoderapport eller lignende, dersom dette ligger vedlagt. Skåringsverktøyet er inndelt i flere kategorier, der de følgende kategoriene kan vurderes ut ifra det som blir presentert i materialet, uten noen form for bakgrunnskunnskap om temaet, eller informasjon om hvordan materialet ble utviklet: DEFINISJONER, TRANSPARENS, INNHOLD og PRESENTASJON. Skåringsverktøyet kan ikke brukes for å vurdere om informasjonen er faglig korrekt, eller om metodene som er brukt i utarbeidelsen av HI var hensiktsmessige.

MAPPinfo strukturerer vurderingen av om HI oppfyller anbefalinger fra gjeldende retningslinjer. Retningslinjene er basert på kunnskapsoppsummering og etiske normer. Kriteriene som inngår i denne tilnærmingen, anses som essensielle for å fremme informerte valg, men ikke nødvendigvis tilstrekkelig. Flere aspekter som kan være avgjørende for kvaliteten på HI blir ikke vurdert av MAPPinfo, fordi det ikke finnes tilstrekkelig grunnlag for en anbefaling. Samtidig vil ett enkelt ikke oppfylt kriterium i MAPPinfo anses å hindre informerte valg.

MAPPinfo krever ingen observatørtrening, og kan brukes av alle med basiskunnskap for kunnskapsbasert praksis.

## Generelle instruksjoner for vurderingsprosessen

Før du setter i gang med vurderingen av en HI, forsikre deg om at HI oppfyller kravene for bruk av MAPPinfo:

1. HI retter seg mot pasienter, pårørende eller andre uten utdanning innen helse.  
MAPPinfo er ikke egnet for vurdering av informasjonsmateriell rettet mot f.eks. leger.
2. HI gir informasjon om et medisinsk valg, der det finnes flere alternativer (f.eks. ulike behandlingsoalternativ, valg om deltagelse i screening mm.).
3. HI er klart avgrenset, f.eks. som en brosjyre, en nettside, et informasjonsskriv el.  
Referanser til andre informasjonskilder som tvinger brukeren til å forlate selve HI er ikke medregnet. Med unntak av kriterier i MAPPinfo der det eksplisitt er gitt rom for å inkludere slike kilder, skal kun informasjonen i selve HI vurderes. Dersom informasjonen presenteres på nett, skal som hovedregel HI defineres som én internettdress (URL), uten å inkludere lenker til andre kilder.

Enkelte kriterier (som f.eks. transparens på metainformasjon som interessekonflikt, systematisk søkestrategi) kan kreve at du følger lenker til en annen kilde, f.eks. en metoderapport. Når du undersøker slike lenker, må du ta hensyn til om disse lenkene vil være tilgjengelige og enkle å bruke for leseren.

Når du skal bedømme hvert kriterium, er det viktig at du alltid støtter deg på de forklaringene og definisjonene som finnes under Manual. Dersom du føler deg usikker på et ord eller begrep, ber vi om at du slår opp dette før du fortsetter. Selv om du mener at du gjenkjenner relevante kvalitetstegn, skal du ikke skåre for dette hvis de ikke står omtalt i manualen.

Informasjon som skal vurderes:				
Kilde / Link:				
Problem:				
Klassifikasjon:	<input type="checkbox"/> Diagnostikk/Screening	<input type="checkbox"/> Behandling	<input type="checkbox"/> Forebygging	<input type="checkbox"/> Rehabilitering

<b>Koder</b>	
Navn:	
<b>DEFINISJONER 1</b>	<b>Målgruppen for HI er klart definert</b>
<p><b>MANUAL:</b></p> <p>Målgruppen eller indikasjonen for HI er oppgitt, og tydelig definert (f.eks. sykdomsstadium, alder, familiær risiko og kjønn). Det er viktig at brukeren selv kan skjønne <u>om informasjonen i HI gjelder en selv</u> (f.eks. risikovurderinger, sjanser for å bli frisk), eller hvilken informasjon han/hun må innhente for å avklare dette. Det er viktig at brukeren ikke feilaktig opplever seg inkludert som målgruppe (f.eks: “Informasjonen retter seg mot pasienter med brystkreft.”; her mangler det avgrensning mtp. tumorstadium, tumorstørrelse el., som vil ha betydning for om behandlingsalternativene presentert i HI er aktuelle for pasienten). Avhengig av tema må det vurderes hvor strengt dette skal skåres. Her må en vurdere risikoen for at brukeren feilaktig føler seg adressert, og konsekvensen av dette.</p> <p><b>GOOD PRACTICE EKSEMPEL</b></p> <p><i><u>Hvem retter brosjyren seg mot?</u></i></p> <p><i>Informasjonen i denne brosjyren gjelder folk flest. Den gjelder ikke for personer med kjent inflammatorisk og/eller genetisk tarmsykdom (f.eks. Colitis ulcerosa, familiær adenomatose polyposis (FAP)), eller personer med økt forekomst av tarmkreft i nær familie (1. og 2. gradsslektninger). Informasjonen er heller ikke ment for deg som allerede har fått diagnosen tarmkreft.</i></p> <p><b>VURDERING:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Målgruppen er uklar/ikke tydelig definert.</p> <p><input type="checkbox"/> Målgruppen er tilfredsstillende definert.</p>	



<b>DEFINISJONER 2</b>	<b>Det blir tydelig poengtert at formålet med HI er å fremme et informert valg om en konkret problemstilling.</b>
<p><b>MANUAL:</b></p> <p>Dette kriteriet brukes for å vurdere om formålet med HI er i tråd med <u>retningslinjene</u>. Vurderingen må være todelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HI oppgir sitt formål om å støtte et informert valg. Med informert valg menes at brukeren selv tar valget, etter å ha fått all informasjon som er relevant for valget. Begrepet “informert valg” kan også omskrives; f.eks. “Du må selv danne deg et bilde før du tar valget”. Formålet må nevnes i begynnelsen av teksten. Der informasjonen er en nettside, må formålet oppgis på et prominent sted (evt. overskriften: “Har du kunnskap, tar du bedre valg!”).</li> <li>2. HI omhandler en egnet problemstilling. En problemstilling regnes som <u>uegnet</u> dersom et informert valg ikke er aktuelt. Dette kan f.eks. være når HI er ment å promotere et tilbud. Det kan også være når HI åpenbart ikke har som formål å gi pasienten en fullstendig oversikt over de alternativ som finnes, f.eks. ved å definere bort noen av alternativene. (Negativeksempel: “<i>Nettstedet skal informere om hormonelle prevensjonsmidler</i>” - mens ikke-hormonell prevensjon blir ekskludert).</li> </ol> <p><b>GOOD PRACTICE EKSEMPEL:</b></p> <p><u>Formålet med brosjyren</u></p> <p>Denne brosjyren er ment for personer som ønsker å vite mer om utredning og screening for tarmkreft. En slik utredning vil være nyttig for noen, mens andre vil ta skade av en slik undersøkelse. Brosjyren vil hjelpe deg med å avgjøre om du ønsker å delta i undersøkelsen eller ikke [Steckelberg 2011].</p>	
<p><b>VURDERING:</b></p> <p><input type="checkbox"/> HI definerer hverken formålet (å ta et informert valg) eller en egnet problemstilling (for informert valg).</p> <p><input type="checkbox"/> HI definerer enten formålet eller en egnet problemstilling</p> <p><input type="checkbox"/> HI definerer både formålet og en egnet problemstilling</p>	

<b>TRANSPARENS 1</b>	<b>Forfatterne bak HI er oppgitt</b>
<p><b>MANUAL:</b></p> <p>Det er tydelig hvem som er ansvarlig for utarbeidelsen av HI. Forfatterne skal oppgis på samme måte som i en vitenskapelig publikasjon, enten i selve HI eller i et metodedokument som er lett tilgjengelig for leseren. Det er ikke tilstrekkelig bare at HI ligger på hjemmesiden til en helseaktør, eller at det refereres til en institusjon som forfatter (f.eks. informasjonen er utarbeidet av en helseforsikring). For at kriteriet skal være fullstendig oppfylt, kreves det også at kontaktinformasjon (e-postadresse, telefonnummer el.) er oppgitt. Dette trenger ikke nødvendigvis kontaktinformasjon til forfatteren selv, men til utgiver.</p>	
<p><b>VURDERING:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Forfatteren(e) er ikke oppgitt (uavhengig av om det er oppgitt kontaktinformasjon).</p> <p><input type="checkbox"/> Forfatteren(e) er oppgitt, men uten kontaktinformasjon.</p> <p><input type="checkbox"/> Både forfatteren(e) og kontaktinformasjon er oppgitt.</p>	
<b>TRANSPARENS 2</b>	<b><i>Det er oppgitt hvem som har finansiert HI</i></b>
<p><b>MANUAL:</b></p> <p>Det må redegjøres for hvem som har bidratt med støtte til utviklingen og distribusjon av informasjonsmaterialet. Det er ikke tilstrekkelig å ramse opp generelle samarbeidspartnere eller sponsorer. Støtten må altså knyttes direkte til denne HI. Finansieringsbeløpet må ikke oppgis.</p>	
<p><b>VURDERING:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Opplysninger om finansiering mangler</p> <p><input type="checkbox"/> Informasjon om finansiering er oppgitt</p>	

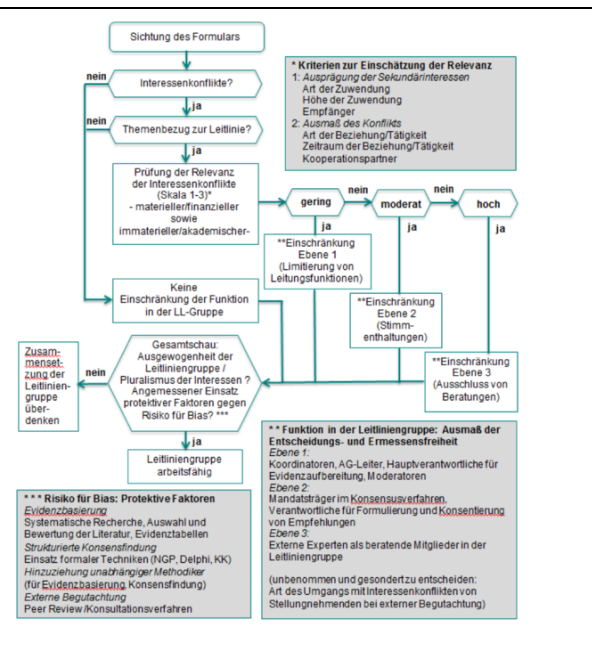
**MANUAL:**

Begrepet interessekonflikt brukes når forfatter eller utgiver har egeninteresse for at leseren skal ta et visst valg, f.eks. pga mulighet for økonomisk gevinst. Dette gjelder uavhengig av om rådene som gis faktisk er påvirket av forfatterens/utgiverens evt. egeninteresser. Det er heller ikke nødvendig at mottakeren/brukeren/leseren selv er bevisst på at det finnes en interessekonflikt.

Det er umulig for den som vurderer HI å kartlegge om evt. interessekonflikter er fullstendig oppgitt, eller om det faktisk finnes potensiale for forvrengning av informasjon. Å bare oppgi en liste med interesser, mottatte tilskudd eller kort uttalelse fra forfatteren er meningsløst. Derimot bør det finnes en redegjørelse for utgiverens strategi for identifisering og håndtering av interessekonflikter. En slik redegjørelse må enten finnes i selve HI, eller være direkte tilgjengelig for leseren (f.eks. via en lenke). Det gis poeng dersom forfatterens/utgivers interesser er oppgitt, og håndteringen av disse er dokumentert og tilgjengelig. Det er ikke tilstrekkelig bare å si at det ikke fantes interessekonflikter.

**GOOD PRACTICE EKSEMPEL:**

1. AWMF er en organisasjon som utvikler kunnskapsbaserte retningslinjer for håndtering av interessekonflikter. På sin hjemmeside presenterer de en algoritme for risikovurdering av interessekonflikter, og håndtering av disse ved utvikling av retningslinjer



[AWMF 2018]

*Fremgangsmåten for å redusere risikoen for forvrengning av informasjon i utviklingen av en retningslinje er presentert på en utfyllende og konkret måte på AWMF sine hjemmesider.*

2. Et eksempel fra en kunnskapsbasert retningslinje som viser at det er mulig å utelukke interessekonflikter i utviklingsprosessen: Risikoen for påvirkning av interessekonflikter ble minimert ved å bestille det

systematiske søket, utvalg og vurdering av litteratur fra personer uten relasjon til industrien eller interesseforeninger [Stangl S, 2017].

**VURDERING:**

- Opplysninger om hvordan mulige interessekonflikter ble håndtert mangler
- Det er redegjort for hvordan mulige interessekonflikter er håndtert

**TRANSPARENS 4**    **Dato for publisering og oppdateringer er oppgitt**

**MANUAL:**

Det er oppgitt dato enten for publisering eller siste oppdatering (A). I tillegg oppgis dato for enten neste planlagte oppdatering, eller informasjon om frekvensen av regelmessige oppdateringer (B).

**VURDERING:**

- Opplysninger om A (når HI er publisert/sist oppdatert) og B (skal oppdateres neste gang) mangler helt.
- Opplysninger om enten A eller B er oppgitt.
- Opplysninger om både A og B er oppgitt.

**TRANSPARENS 5**    **Kildene til HI er oppgitt**

**MANUAL:**

Kildene til HI kan identifiseres ved hjelp av referanser. Referansene er tilordnet enkelte utsagn i teksten, og fullstendig dokumentert i en referanseliste.

**VURDERING:**

- Det er ikke oppgitt noen referanser
- Det finnes referanser, men disse er ikke tilordnet spesifikke utsagn.
- Det finnes en fullstendig referanseliste, som er tilordnet spesifikke utsagn i teksten.

<b>TRANSPARENS 6</b>	<b>Informasjonen i HI er basert på systematiske søk, og tilstrekkelig informasjon om søkene er gitt</b>
----------------------	---

**MANUAL:**

Det er ikke mulig å sjekke om innholdet i en HI er faglig korrekt. Derfor er det viktig at de systematiske søkestrategiene er dokumentert på en slik måte at de kan reproduseres. En selektiv gjennomgang av litteraturen, Google-søk eller bruk av ekspertuttalelser som informasjonsgrunnlag anses ikke som systematisk. Dette punktet skal ikke vurdere kvaliteten på den systematiske søkestrategien, men om den er oppgitt og reproduserbar ut ifra de opplysningene som finnes i HI. For at dette skal være mulig, må følgende opplysninger gis: hvilke søkeord er brukt? Hvem har foretatt søket? Er det brukt noe filter i søket? Hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier er brukt? Hvilke databaser har man søkt i? Ofte vil utviklingen av en HI kreve flere systematiske søk, f.eks. om prevalens, naturlige forløp av en tilstand/sykdom, behandlingseffekter og bivirkninger. Søkestrategien trenger ikke presenteres i selve HI, men må være lett tilgjengelig for brukeren, f.eks. som en lenke til en metoderapport.

**VURDERING:**

- Søkene som ligger til grunn for HI er ikke systematiske eller ikke omtalt.
- Opplysninger om de systematiske søkene er ufullstendige, dvs. dekker ikke alle delspørsmål eller lar seg ikke reprodusere.
- Opplysninger om de systematiske søkene er fullstendig, og reproduserbare.

<b>INNHold 1</b>	<b>Den helserelevante problemstillingen blir forklart</b>
<p><b>MANUAL:</b></p> <p>Dette kriteriet vurderer om den helserelevante problemstillingen blir godt nok forklart for brukeren. Hva er bakgrunnen for problemstillingen? Dette punktet bygger videre på “Definisjoner 1 og 2”, som krever en klar definisjon av problemstillingen. Under dette punktet skal en vurdere om det finnes utdypende informasjon som forklarer hvorfor <b>problemstillingen er av betydning, og hvilken risiko som er knyttet til denne</b>. Dette kan f.eks. være opplysninger om symptomer, forløp, patofysiologi eller etiologi. Uten slik bakgrunnsinformasjon, vil videre informasjon om virkningsmekanismen til behandlingsalternativer el. i liten grad være nyttig (f.eks. om et behandlingsalternativ klassifiseres som kurativt eller lindrende). Det er ikke meningen å skåre forklaring av virkningsmekanismen til en undersøkelse/behandling i dette punktet.</p> <p><b>GOOD PRACTICE EKSEMPEL:</b></p> <p><i><u>Risiko for hjerneslag ved arytmi:</u> Når hjertet slår uregelmessig, vil blodstrømmen gjennom hjertet påvirkes. Noe av blodet vil kunne bli stående lengre i hjertekamrene enn normalt. Blod som står i ro, vil lettere koagulere og dermed danne blodpropper. Disse blodproppene kan så fraktes via blodårene til f.eks. hjernen, der de kiler seg fast og tetter igjen mindre blodårer. Dermed mister deler av hjernen sin blodforsyning, og hjernecellene vil etter hvert dø av oksygenmangel. Uregelmessig hjertefrekvens er dermed en vanlig årsak til hjerneslag.</i></p> <p><i><u>Prevensjon:</u> Når en kvinne har eggøsning, vil et modent egg løsne fra eggstokken, og transporteres gjennom egglederen mot livmoren. Dit kommer også sædcellene fra mannen etter samleie, etter å ha vandret gjennom livmorhalsen og livmoren. Dersom egg og sædcelle møtes, kan egget befruktes av sædcellen ved at de smelter sammen. Det befruktede egget vil deretter feste seg i veggen på livmoren. Dette er starten på en graviditet.</i></p>	
<p><b>VURERING:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Det helserelevante problemet blir ikke tilstrekkelig forklart.</p> <p><input type="checkbox"/> Det er tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon om den helserelevante problemstillingen.</p>	

<b>INNHold 2</b>	<b>Valgalternativene blir nevnt og forklart</b>
<p><b>MANUAL:</b></p> <p>Dette kriteriet vurderer om HI viser frem de alternativene brukeren har å velge mellom. Tre punkter må vurderes:</p> <p><b>1. Alle alternativer er omtalt.</b> Her forventer det ikke at du som koder HI skal gjøre egne søk for å vurdere om alle alternativer er med. Istede kan du støtte deg på følgende regler: Kriteriet er åpenbart ikke oppfylt dersom HI nevner flere valgalternativer enn de som blir forklart mer utdypende. Det kan f.eks. være en</p>	

innledende liste av valgalternativer der bare enkelte av punktene senere blir omtalt. Eller motsatt; at det senere omtales alternativer som ikke var med i en innledende liste over alternativer. Kriteriet anses heller ikke som oppfylt dersom informasjon er uoversiktlig strukturert. Alternativet “ingen behandling” eller “ingen diagnostikk” må også være med for at kriteriet skal være oppfylt. Dette alternativet kan, avhengig av problemstillingen, opptre i ulike variasjoner, f.eks. “du kan velge å avvente”, “utsette”, “observere”, eller “fortsette som før”. Dersom du som vurderer HI har kunnskap om temaet som omtales fra tidligere, og dermed vet at listen over alternativene som presenteres er ufullstendig, kan gi trekk for dette, selv om en leser uten forkunnskaper ikke vil se at et alternativ mangler. (Negativksempel: “Bipolar lidelse kan behandles med mange ulike medikamenter” - her er ikke-medikamentelle alternativer som ekskludert).

Dersom HI poengterer at den vil gi en ufullstendig oversikt over valgalternativer, (f.eks. ved bare å omtale medikamentelle behandlingsalternativer for bipolar lidelse, selv om det også finnes andre behandlingsmuligheter), er det greit, og kan dermed likevel gis poeng under dette kriteriet (i motsetning til kriterium DEFINISJONER 2). Det skal heller ikke gis trekk dersom du får inntrykk av at det presenteres valgalternativ som ikke burde vært med, f.eks. fordi de er for uspesifikk eller pga. manglende dokumentasjon.

**2. Alle valgalternativer skal ha en kort forklaring**, f.eks. om gjennomføring eller virkningsmekanismen. Det er ikke tilstrekkelig bare å ramse opp alternativene.

**3.** Det er svært viktig at HI **formidler** at det er opp til en selv å velge mellom **valgalternativene**, ut ifra hva som passer en selv best. (f.eks. “Du kan selv velge mellom disse behandlingsformene”). Hvis dette ikke blir poengtert, vil brukeren kunne oppfatte at alle alternativene som omtales skal benyttes, eller at det er opp til noen andre å ta avgjørelsen om hvilket alternativ som skal benyttes. Det er ikke tilstrekkelig at en slik poengtering bare nevnes i en introduksjon, den må også gis sammen med alternativene.

#### **GOOD PRACTICE EKSEMPEL:**

*Eks 1: Oppramsning av valgalternativene: Det finnes to screeningmetoder for å påvise tarmkreft i tidlig stadium: Hemofec (test for spor av blod i avføringen) og koloskopi (slangeundersøkelse av tarmen der en ser etter forandringer i tarmslimhinnen med kamera). Du kan også velge ikke å la deg screene for tarmkreft, evt. å gjennomføre undersøkelsen senere dersom du skulle ombestemme deg.*

#### **Eks. 2: Forklaring av Hemofec:**

*Hvordan fungerer testen? En svulst i tarmen vil ofte blø små mengder blod ut i tarmen. Størket blod blandet med avføring kan imidlertid være umulig å se. Hemofec er en kjemisk test som påviser selv små mengder blod i avføring, som ellers ikke ville vært synlige. Testen sier imidlertid ingenting om hvor blodet kommer fra, og kan dermed ikke skille mellom tarmkreft og andre blødningskilder.*

*Hva må du ta hensyn til før du tar testen: Hemofec reagerer på jern i avføringen. Du må derfor unngå å spise jerntilskudd og blodmat fire dager før du tar prøven.*

*Hvordan tas Hemofec? Du vil få utlevert et prøvetakningssett sammen med bruksanvisning. Her finner du en liten skje som du skal bruke til å ta en liten prøve av avføringen fra toalettet. Avføringsprøven smøres så på en papirbit, før denne klistres sammen og leveres tilbake til legekantoret.*

**VURDERING:**

- Valgene er hverken fullstendig omtalt, godt nok beskrevet, eller fremstilt som alternativer brukeren må ta stilling til.
- Enten: Valgene er ikke fullstendig omtalte og for dårlig beskrevet men imidlertid som alternativer brukeren må ta stilling til. Eller: Valgene er fullstendig omtalte og tilstrekkelig forklart, men ikke fremstilt som alternativer brukeren må ta stilling til.
- Valgene er fullstendig og tilstrekkelig beskrevet og fremstilt som alternativer brukeren må ta stilling til.



<b>INNHold 3</b>	<b>HI informerer om stokastisk usikkerhet.</b>
<b>MANUAL:</b>	
<p>Dette punktet vurderer om HI tar høyde for feiltolkninger og usikkerhet knyttet til statistikk. HI må forklare brukeren at kunnskap på gruppenivå, ikke sikkert kan overføres til individnivå. Dette kan gis som et generell forbehold (disclaimer), eller være knyttet til spesifikke utsagn i HI. Dette punktet skal vurderes uavhengig av om HI oppgir tallfestet sannsynlighet for nytteverdi eller skade av en test, behandling eller lignende.</p>	
<b>GOOD PRACTICE EKSEMPEL:</b>	
<p><i>Forskningsresultatene er basert på statistikk på gruppenivå, og vil derfor ikke kunne overføres direkte til én pasient. Vi vet at få pasienter opplever bivirkninger av behandlingen, men det er umulig å si hvilke bivirkninger du som individ vil oppleve.</i></p>	
<b>VURDERING:</b>	
<input type="checkbox"/> HI informerer ikke om stokastisk usikkerhet	
<input type="checkbox"/> HI informerer om stokastisk usikkerhet	

<b>INNHold 4 / PRESENTASJON 1</b>	<b>Det naturlige forløpet av en sykdom (eller i tilfelle diagnostisk problemstilling: prevalensen av en sykdom) blir presentert på en tilfredsstillende måte</b>
<b>MANUAL:</b>	
<p>Sykdommens utvikling uten behandling kalles for det naturlige forløpet av en sykdom. For å vurdere om et mulig tiltak er nyttig, må man også vite hvordan det er sannsynlig at sykdommen vil forløpe uten intervensjon. Dersom HI gjelder forebyggende tiltak eller diagnostikk (f.eks. screening), skal det oppgis tall på forekomst av tilstanden innenfor et angitt tidsrom (altså prevalensen). For begge parametere (naturlig forløp og prevalens) må risiko knyttet til problemstillingen dersom ingen tiltak blir iverksatt, oppgis.</p> <p>Ufullstendig eller utilstrekkelig omtale av det naturlige forløpet eller prevalensen av en tilstand, kan være villedende for brukeren. En ufullstendig presentasjon anses derfor som like problematisk som om det ikke er omtalt overhode. Derfor er det også bare to mulige utfall av dette punktet; godkjent eller ikke godkjent.</p> <p>Du som vurderer HI må sjekke flere kriterier for at kriteriet skal anses som godkjent:</p> <p>Beskrivelse av det naturlige forløpet/forekomsten av en tilstand er presentert med sannsynlighet: Det naturlige forløpet/forekomsten skal kvantifiseres (tallfestes), eller det skal poengteres at sannsynligheten for et utfall er usikker. Kriterier for kvantifisering:</p>	

- Det er ikke tilstrekkelig med verbale beskrivelser av sannsynlighet (f.eks. noen ganger, ofte, sjelden). Dette gjelder ikke dersom HI tydelig informerer om at det ikke finnes sikre tall på sannsynlighet for utfall.
- Sannsynligheten for et utfall skal presenteres med absolutte verdier (absolutt risiko (AR)). Det skal ikke brukes relativ risiko (RR) alene. Sannsynligheten skal heller ikke oppgis som “Number needed to treat” (NNT)
- Tall som benyttes skal ha en tydelig referansegruppe, som går igjen gjennom hele HI. Dersom referansegruppen endres, må dette være tydelig for brukeren.

Bruk av utfallsparametre som er relevante for pasienten: Det naturlige forløpet/prevalens skal oppgis relatert til parametre som er relevante for pasienten. Et parameter anses som relevant for pasienten dersom en forandring av dette parameteret oppleves direkte av pasienten (f.eks. dødelighet, morbiditet, livskvalitet).

Vær oppmerksom på bruk av surrogatparametere: Dette vil ofte være fysiologiske eller biokjemiske måleparametere som ikke oppleves direkte av pasientene, men likevel er assosiert med pasientrelevante parametere (f.eks. senkning av blodtrykket som surrogat for senkning av risikoen for hjerteinfarkt). Bruk av surrogat istede for pasientrelevante parameter kvalifiserer ikke til poeng under dette kriteriet. Det bør også unngås å rapportere surrogatparametere i tillegg til pasientrelevante parametere, dersom det ikke samtidig gis en forklaring på den umiddelbare sammenhengen mellom disse parameterne.

## **GOOD PRACTICE EKSEMPLER**

*Eks. 1: Behandling av duktalt carcinoma in situ*

*Hva risikerer du ved å avvente behandling?*

*Dersom du velger ikke å gjennomføre behandlingen nå, er det en risiko for at celleforandringen i brystet ditt utvikler seg videre til kreft. Dette gjelder også kvinner som ikke har fått påvist duktalt carcinoma in situ. I hvilken grad din risiko for å utvikle kreft er forhøyet sammenlignet med andre kvinner, er ikke kjent. [Berger-Höger2014].*

*Eks. 2: Screening for tarmkreft*

*Av 1000 kvinner over 60 år, vil 15 få diagnosen tarmkreft ilt de neste ti årene. Fire av disse kvinnene vil dø av tarmkreft [Steckelberg 2011].*

## **VURDERING:**

- Det naturlige forløpet / prevalensen av sykdommen/tilstanden er ikke omtalt, eller presentert på en ikke tilfredsstillende måte. Det finnes ingen tilsvarende utsagn om usikkerhet rundt dette
- Det naturlige forløpet/forekomsten av sykdommen/tilstanden er presentert på en tilfredsstillende måte, eller det finnes et tilsvarende utsagn om usikkerhet rundt dette.

**MANUAL:**

Med nytteverdien av et tiltak menes alle ønskede effekter som ligger i hensikten av at tiltak, f.eks. mindre symptombelastning, overlevelse, reduksjon av risikoen å bli rammet av en sykdom. Ufullstendige eller utilfredsstillende måter å presentere nytteverdien kan være villedende for brukeren. En ufullstendig presentasjon anses som like problematisk som total mangel på omtale av nytteverdi. Derfor skåres dette kriteriet enten som godkjent eller ikke godkjent. Du som vurderer HI må ta stilling til flere delkriterier:

Utsagn om nytteverdien er tilfredsstillende presentert: Det skal gis kvantitativ (tallfestet) informasjon om nytteverdien for hvert valgalternativ, relatert til alle pasientrelevante utfall. Alternativt skal det understrekes at slik informasjon ikke er kjent/er usikker.

Kvantifiseringen skal følge følgende kriterier:

- Det er ikke tilstrekkelig med verbale beskrivelser av sannsynlighet (f.eks. noen ganger, ofte, sjelden). Dette gjelder ikke dersom HI tydelig informerer om at det ikke finnes sikre tall på sannsynlighet for utfall.
- Sannsynligheten for et utfall skal presenteres med absolutte verdier (absolutt risiko (AR), absolutt risikoreduksjon (Diaz et al.) eller -økning (Bergqvist et al.)). Det skal ikke brukes relativ risiko (RR), relativ risikoreduksjon (RRR) eller -økning (RRI) alene. Sannsynligheten skal heller ikke oppgis som "Number needed to treat" (NNT)
- Tall som benyttes skal ha en tydelig referansegruppe, som går igjen gjennom hele HI. Dersom referanse-gruppen endres, må dette være tydelig for leseren.

Komplett oversikt over nytteverdi/potensielle fordeler av et tiltak: Det må finnes utsagn om nytteverdien for alle valgalternativer presentert i HI. (Om alle valgalternativer er presentert, vurderes i INNHold 2).

Bruk av pasientrelevante utfall: Nyttverdien skal presenteres som utfall/(tidligere omtalt som parametre?) som er relevante for pasienten (f.eks. dødelighet, sykkelighet, livskvalitet).

Vær oppmerksom på bruk av surrogatparametere: Dette vil ofte være fysiologiske eller biokjemiske måleparametere som ikke oppleves direkte av pasientene, men likevel er assosiert med pasientrelevante parametere (f.eks. senkning av blodtrykket som surrogat for senkning av risikoen for hjerteinfarkt). Bruk av surrogat istede for pasientrelevante parameter kvalifiserer ikke til poeng under dette kriteriet. Det bør også unngås å rapportere surrogatparametere i tillegg til pasientrelevante parametere, dersom det ikke samtidig gis en forklaring på den umiddelbare sammenhengen mellom disse parameterne.

**GOOD PRACTICE EKSEMPEL:**

Tidlig oppdagelse av tarmkreft ved hjelp av Hemofec og koloskopi

*Blant 1000 personer som gjennom ti år lar seg screene for tarmkreft med en avføringsprøve hvert andre år, vil én person ha nytte av denne undersøkelsen ved å unngå å dø av tarmkreft. Hvor effektivt koloskopi er til å redusere dødeligheten av tarmkreft, vet man ennå ikke. Her pågår det randomiserte studier i Skandinavia, Nederland og Polen som skal gi svar på dette om 17 år (2036) [Steckelberg 2011].*

**VURDERING:**

- Informasjonen om nytteverdien er ufullstendig tallfestet eller fremstilt på uegnede måter (verbal forklaring, utydelig referansegruppe, bruk av surrogatparametere eller relativ risiko). Det er heller ikke gitt noe tilsvarende usikkerhetsutsagn.
- Informasjon om nytteverdien er fullstendig tallfestet, og sannsynligheten for hvert utfall er presentert på en tilfredsstillende måte. Alternativt er det påpekt at slike talldata er usikre, og dermed ikke kan oppgis.

**MANUAL:**

Med skaden menes mulige uønskede konsekvenser som et tiltak har potensiale for å forårsake. Dette kan være bivirkninger, komplikasjoner på kort eller lang sikt, psykiske følgetilstander, kostnader m m.

Ufullstendig eller uegnede måter å presentere skaden ved et tiltak, kan være villedende for brukeren. En ufullstendig presentasjon anses som like problematisk som total mangel på omtale av skaden. Derfor skåres dette kriteriet enten som godkjent eller ikke godkjent. Du som vurderer HI må ta stilling til flere delkriterier:

Utsagn om skaden er tilfredsstillende presentert: Det skal gis kvantitativ (tallfestet) informasjon om potensiell skade for hvert valgalternativ, relatert til alle pasientrelevante utfall. Alternativt skal det understrekes at slik informasjon ikke er kjent/er usikker.

Kvantifiseringen skal følge disse kriterier:

- Det er ikke tilstrekkelig med verbale beskrivelser av sannsynlighet (f.eks. noen ganger, ofte, sjelden). Dette gjelder ikke dersom HI tydelig informerer om at det ikke finnes sikre tall på sannsynlighet for utfall.
- Sannsynligheten for et utfall skal presenteres med absolutte verdier (absolutt risiko (AR), absolutt risikoreduksjon (Diaz et al.) eller -økning (Bergqvist et al.)). Det skal ikke brukes relativ risiko (RR), relativ risikoreduksjon (RRR) eller -økning (RRI) alene. Sannsynligheten skal heller ikke oppgis som “Number needed to treat” (NNT)
- Tall som benyttes skal ha en tydelig referansegruppe, som går igjen gjennom hele HI. Dersom referanse-gruppen endres, må dette være tydelig for leseren.

Komplett oversikt over potensiell skade: Det må finnes utsagn om skaden for alle valgalternativer presentert i HI. (Om alle valgalternativer er presentert, vurderes i INNHold 2).

Bruk av pasientrelevante utfall: Igjen er det viktig at parameterne/ utfallene som blir brukt i HI, er relevante for pasienten. Parameterne anses som pasientrelevante dersom pasienten selv vil merke en endring av parameteret (f.eks. dødelighet, sykkelighet, livskvalitet)

Det kan være vanskelig å vurdere om alle utfall er omtalt. Her følger en liste over mulige tiltak, med eksempler på hva en kan forvente av utfall:

- Screening: Omtale av falskt positive og falskt negative resultater. Konsekvenser av undersøkelsen (smerte, strålebelastning, blødning el.). Overdiagnostikk og overbehandling.
- Undervisnings- og opplæringstiltak: For stor utfordring, usikkerhet, kostnader, tidsbruk, fallskader
- medikamentelle tiltak: Bivirkninger, på samme måte som i pakningsvedlegget.

- kirurgisk inngrep: Kirurgiske inngrep: Informasjon om risiko knyttet til selve operasjon; korttids- og langtidskomplikasjoner.

### **GOOD PRACTICE EKSEMPEL:**

#### Potensiell skade med koloskopi

Av 10.000 koloskoperte, vil omtrent 8 få en alvorlig blødning og 4 vil få perforasjon (hull) på tarmen.

Dessuten vil 6 få alvorlige hjerte-karproblemer som følge av tømingsregimet [Steckelberg 2011].

### **VURDERING:**

- Ufullstendig tallfestet, eller fremstilt på uegnede måter (verbal forklaring, utydelig referansegruppe, bruk av surrogatparametere eller relativ risiko). Det er heller ikke gitt noe tilsvarende usikkerhetsutsagn.
- Informasjon om nytteverdien er fullstendig tallfestet, og sannsynligheten for hvert utfall er presentert på en tilfredsstillende måte. Alternativt er det påpekt at slike talldata er usikre, og dermed ikke kan oppgis.

**INNHold 7 /**

**PRESENTASJON 4**

**Ved diagnostiske problemstillinger: Informasjon om testens egenskaper blir presentert på en tilfredsstillende måte.**

- Ikke aktuelt for denne HI (gå videre til PRESENTASJON 5)*

### **Manual**

Hvor nyttig et diagnostisk tiltak er, avhenger av undersøkelsens testegenskaper. HI som gir informasjon om diagnostiske problemstillinger (inkludert screening), må derfor inneholde informasjon om dette. En ufullstendig presentasjon anses som like problematisk som total mangel på omtale av testegenskapene. Derfor skåres dette kriteriet enten som godkjent eller ikke godkjent. Du som vurderer HI må ta stilling til flere delkriterier:

Testegenskapene er tilfredsstillende omtalt: Det skal gis kvantitativ (tallfestet) informasjon om testegenskapene. Alternativt skal det understrekes at slik informasjon ikke er kjent/er usikker.

Kvantifiseringen skal oppfylle følgende kriterier:

- Det er ikke tilstrekkelig med ren verbal beskrivelse (f.eks. noen ganger, ofte, sjelden)

- Det skal oppgis en tydelig referansegruppe, som går igjen gjennom hele omtalen. Dersom referansegruppen endres, må dette tydelig markeres.

Testegenskapene til alle de omtalte testene/undersøkelsene, skal være med. Om HI gir informasjon om flere mulige tester eller undersøkelser, skal alle det gis tilfredsstillende informasjon om alle testene/undersøkelsene. Om alle relevante tester er inkludert, vurderes i INNHOLD 2.

Det skal gis en komplett oversikt over testegenskapene for hver test. Dette inkluderer positiv prediktiv verdi (PPV) og negativ prediktiv verdi (NPV) eller sannsynligheten for å få et falst positivt eller falskt negativt resultat. Informasjon om testens sensitivitet og spesifisitet må gjerne være med, men kan ikke erstatte de andre parametrene.

### **GOOD PRACTICE EKSEMPEL:**

#### Tolkning av prøvesvar

#### Hvilken betydning har en positiv Hemofec? (eks. PPV)

For kvinner og menn over 50 år gjelder følgende: Dersom 1000 personer (kvinner og menn) over 50 år som får en positiv Hemofec-prøve, vil 8 få påvist tarmkreft. De resterende 992 har altså positiv Hemofec, til tross for at de ikke har tarmkreft. (På tilsvarende måte må også negativ test omtales (NPV)).

#### Utredning av multippel sklerose (Helse- og omsorgsdepartementet):

*Det finnes ingen sikker test for å sette diagnosen MS. I dag bruker en derfor en kombinasjon av flere kriterier for å stille diagnosen. En pasient som oppfyller alle kriteriene, kan likevel vise seg ikke å ha MS. Det finnes ingen pålitelige tall på hvor mange som får MS-diagnosen, som senere viser seg ikke å ha MS. Det finnes heller ingen tester som kan gi svar på hvordan forløpet av sykdommen vil være, f.eks. om og når en pasient vil få et nytt angrep.*

### **VURDERING:**

- Testegenskapene er ufullstendig presentert, eller presentert på en ikke tilfredsstillende måte.

Det er heller ikke gitt noe tilsvarende usikkerhetsutsagn.

- Testegenskapene for alle omtalte tester presentert på en tilfredsstillende måte.

**MANUAL:**

Informerte valg ivaretar og fremmer brukerens autonomi. Derfor må informasjonen som gis før valget tas, støtte brukerens rett til selvbestemmelse. Dersom HI formidler vurderinger eller anbefalelser, vil dette kunne påvirke brukeren, og utfallet av valget.

Dette kan forekomme i ulike varianter:

- Subtile vurderinger: (f.eks. “Du kan også nekte å la deg screene” - her ligger det implisitt at det innebærer en viss ulydighet å velge dette).
- Tydelige/klare innholdsmessige vurderinger (“det viktigste er å velge den behandlingen som gir best resultat” - her rangeres utfall-parameterne for brukeren).
- Bruk av alarmerende språk (“Med dagens metoder, kan flere liv reddes. Mage pasienter som tidligere døde av, kunne fortsatt vært i live i dag!”)
- Anbefalinger (“..den beste behandlingen vil være en antibiotikakur”).
- Umyndiggjøring (“Som ung kvinne / kvinne i 20 årene burde du være bevisst ditt ansvar for selv å velge.”)

Kommanderende/appellerende språk (f.eks. “Ring oss i dag, og book din time!”)

Dette kriteriet skal vurdere om slike anbefalinger og rangeringer gjennomgående er unngått. Skulle en HI redegjøre for anbefalinger fra en tredjepart, f.eks. en medisinsk retningslinje, kan nøytraliteten likevel være bevart. Det må da være tydelig at dette utsagnet kommer fra noen andre.

**GOOD PRACTICE EKSEMPEL:**

*Markering av anbefaling fra tredjepart: Nasjonale retningslinjer for behandling av prostatakreft, anbefaler at lokalisert kreft behandles med kirurgisk fjerning av prostatakjertelen. Det finnes imidlertid også andre behandlingsalternativ, som du også bør ha kjennskap til før du velger om du vil la deg operere.*

**VURDERING:**

- Det brukes i hovedsak et ladet språk, og/eller det presenteres anbefalinger uten at disse tydelig kommer fra en tredjepart.
- Det brukes i hovedsak et nøytralt språk.



<b>PRESENTASJON 6</b>	<b>Ingen bruk av narrativer</b>
-----------------------	---------------------------------

**MANUAL:**

Narrativer er pasienthistorier, som enten formidles av pasienter selv eller av en tredjepart. Bruk av narrativer (enten via video, lydopptak eller i tekst) som pedagogisk grep (f.eks. samvalgsverktøy), kan være veldig varierende, mht medium, lengde eller tema. Ofte innebærer narrativer fortellinger og refleksjoner om atferd, mestring eller beslutninger, samt konkrete og detaljerte eksempler. Narrative kan ensidig påvirke brukeren i sin beslutningsprosess, spesielt gjennom sterkt emosjonelt fargede uttrykk. Forskning på narrativer har til nå tatt lite hensyn til ulike typer narrativer. Den har heller ikke tatt hensyn til spesifikke virkningsmekanismer. Retningslinjen for kunnskapsbasert HI anbefaler å ikke bruke narrativer, da risikoen for bias ikke er forenelig med et mål om å fremme informerte valg. En mer nøyaktig differensiering på kvaliteten på narrativer brukt i HI, er ikke nødvendig i dette kriteriet.

**VURDERING:**

- Det brukes narrativer.
- Det brukes ikke narrativer.

<b>PRESENTASJON 7</b>	<b><i>Bruk av egnede diagrammer</i></b>
-----------------------	---

- Det blir ikke brukt diagrammer for presentasjon av talldata (hopp over dette kriteriet, og fortsett på PRESENTASJON 8)*

**MANUAL:**

Bruk av egnede diagrammer kan hjelpe brukeren til å forstå informasjonen som gis. Piktogrammer og stolpediagrammer er vist å være lett forståelige. Diagrammene som brukes må være tydelige, og gi en fullstendig oversikt over informasjonen. Dette for å unngå misforståelser og systematisk forvrengning av informasjonen.

Et diagram er tilfredsstillende (gir ikke risiko for feiltolkning) dersom:

- Den inneholder påskrifter (fullstendig tegnforklaring, tydelige betegnelser av grupper, akser, skalaer osv)
- Den er utformet som et stolpediagram eller piktogram.

**GOOD PRACTICE EKSEMPEL:**

▲ 8 mit Darmkrebs  
(richtiges Testergebnis)

▲ 992 ohne Darmkrebs  
(falsches Testergebnis)

*Testresultater fra Hemofec-prøven*

*Av 1000 kvinner og menn over 50 år som har fått en positiv avføringsprøve, vil 8 få påvist tarmkreft, mens 992 ikke har tarmkreft.*

**VURDERING:**

- Det er brukt andre diagramtyper enn piktogram/stopleddiagram, eller diagrammet gir en forvrengt presentasjon av informasjonen.
- Det er brukt piktogram eller stolpediagram, men disse er ikke tilfredsstillende utført.
- Det er brukt piktogram eller stolpediagram på en tilfredsstillende måte

**PRESENTASJON 8**

**Opplysninger om nytteverdi og skaden blir supplert av komplementære utsagn (Gain Loss Framing).**

**MANUAL:**

Effekter av medisinske tiltak, kan formidles ved bruk av positive (Gain Framing, f.eks. antall overlevende etter fem år), eller negative formuleringer (Loss framing, f.eks. antall døde etter fem år). Brukerne av HI kan påvirkes av en ensidig positiv eller negativ belysning av effektene, noe som vil være til hinder for at brukeren skal ta et informert valg. Dette kriteriet vurderer om HI benytter seg av begge mulige kommunikasjonsmetoder (Gain og Loss Framing). Dette vil bidra til å unngå en forvrengning av informasjonen. Dersom nytteverdi eller risiko ikke blir omtalt eller kvantifisert (tallfestet), mangler det også Gain og Loss Framing.

**GOOD PRACTICE EKSEMPEL:**

Av 1000 personer som leverer avføringsprøve hvert andre år gjennom 10 år, vil én person ha nytte av denne prøven ved at han eller hun unngår å dø av tarmkreft, og altså fortsatt er i live.

**VURDERING:**

- Det er utelukkende brukt enten Gain eller Loss Framing.
- Gain og Loss Framing blir kombinert i enkelte utsagn.
- Gain og Loss Framing blir systematisk brukt i alle utsagn som er tallfestet.

Referanser:

Arbeitsgruppe GPGL. [Good practice guidelines for health information]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2016;110-111:85-92.

Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Educ Couns.* 2010;78(3):316-28.

Lühren J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. [Guideline evidence-based health information]. Hamburg. 2017. <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>. Accessed 5 Feb 2019.

AWMF: Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten bei Leitlinienvorhaben. <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-interessenkonflikte/interessenskonflikte.html> (Zugriff 20.11.2018).

Berger-Höger B, Steckelberg A, Gerlach A, Mühlhauser I (2014). Eine Entscheidungshilfe für Frauen mit einem DCIS. Universität Hamburg, Gesundheitswissenschaften, [https://www.spupeo.de/downloads/Entscheidungshilfe\\_DCIS\\_SPUPEO.pdf](https://www.spupeo.de/downloads/Entscheidungshilfe_DCIS_SPUPEO.pdf). (Zugriff 20.11.2018).

Steckelberg A, Hülfenhaus C, Haastert B, Mühlhauser I. Effect of evidence based risk information on "informed choice" in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ.* 2011 Jun 2;342:d3193. doi: 10.1136/bmj.d3193.

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Leitlinienreport 4.0, 2017AWMF Registernummer:032-045OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Mammakarzinom.67.0.html>(abgerufen am: TT.MM.JJJJ)

## Vedlegg 4 – Liste over helseinstitusjoner i Norge

Oversikt over helseforetak i Norge ble funnet på Regjeringens nettsider den 18.08.2021. Siden var sist oppdatert 26.05.2021 da den ble besøkt. Sykehusapotekene er utelatt da de ikke er relevante for studien.

Navn på institusjon	Hovednettside
<b>Helse Vest RHF</b>	<a href="http://www.helse-vest.no">www.helse-vest.no</a>
Helse Stavanger HF	<a href="http://www.helse-stavanger.no">www.helse-stavanger.no</a>
Helse Fonna HF	<a href="http://www.helse-fonna.no">www.helse-fonna.no</a>
Helse Bergen HF	<a href="http://www.helse-bergen.no">www.helse-bergen.no</a>
Helse Førde HF	<a href="http://www.helse-forde.no">www.helse-forde.no</a>
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	<a href="http://www.helse-midt.no">www.helse-midt.no</a>
Helse Møre og Romsdal HF	<a href="http://www.helse-mr.no">www.helse-mr.no</a>
St. Olavs Hospital HF	<a href="http://www.stolav.no">www.stolav.no</a>
Helse Nord-Trøndelag HF	<a href="http://www.hnt.no">www.hnt.no</a>
<b>Helse Nord RHF</b>	<a href="http://www.helse-nord.no">www.helse-nord.no</a>
Helgelandssykehuset HF	<a href="http://www.helgelandssykehuset.no">www.helgelandssykehuset.no</a>
Finnmarkssykehuset HF	<a href="http://www.finnmarkssykehuset.no">www.finnmarkssykehuset.no</a>
Nordlandssykehuset HF	<a href="http://www.nordlandssykehuset.no">www.nordlandssykehuset.no</a>
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	<a href="http://www.unn.no">www.unn.no</a>
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	<a href="http://www.helse-sorost.no">www.helse-sorost.no</a>
Akershus universitetssykehus HF	<a href="http://www.ahus.no">www.ahus.no</a>
Oslo Universitetssykehus HF	<a href="http://www.oslo-universitetssykehus.no">www.oslo-universitetssykehus.no</a>
Sunnaas Sykehus HF	<a href="http://www.sunnaas.no">www.sunnaas.no</a>
Sykehuset i Vestfold HF	<a href="http://www.siv.no">www.siv.no</a>
Sykehuset Innlandet HF	<a href="http://www.sykehuset-innlandet.no">www.sykehuset-innlandet.no</a>
Sykehuset Telemark HF	<a href="http://www.sthf.no">www.sthf.no</a>
Sykehuset Østfold HF	<a href="http://www.sykehuset-ostfold.no">www.sykehuset-ostfold.no</a>
Sørlandet sykehus HF	<a href="http://www.sshf.no">www.sshf.no</a>
Vestre Viken HF	<a href="http://www.vestreviken.no">www.vestreviken.no</a>

(<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>)

## Vedlegg 5 – Liste over alle inkluderte nettsider

1. Oslo Universitetssykehus: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/fostervannsprove>
2. St.Olavs: <https://stolav.no/behandlinger/forstervannsprove>
3. Helse Førde: <https://helse-forde.no/behandlinger/graviditet-forstervassprove>
4. UNN: <https://unn.no/behandlinger/fostervannsprove>
5. Finnmarksykehuset: <https://finnmarkssykehuset.no/behandlinger/graviditet-fostervannsprove>
6. Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/behandlinger/fostervannsprove>
7. Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/behandlinger/fostervatnsprove>
8. Bioteknologirådet: <https://www.bioteknologiradet.no/temaer/fosterdiagnostikk/>
9. SML: <https://sml.snl.no/fosterdiagnostikk>
10. NHI: <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsel/sykdommer/undersokelser/fosterdiagnostikk/>
11. Sykehuset Sørlandet: <https://sshf.no/behandlinger/fostervannsprove>
12. Norsk helseinformatikk: <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsel/sykdommer/undersokelser/fostervannsprove/>
13. Helsenorge.no: <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/fosterdiagnostikk/#hvem-far-tilbud-om-fosterdiagnostikk>
14. Oslo Universitetssykehus: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/glukosebelastningstest?sted=ulleval-sykehus>
15. St. Olavs Hospital: <https://stolav.no/behandlinger/glukosebelastningstest>
16. UNN: <https://unn.no/behandlinger/glukosebelastningstest?sted=tromso>
17. Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/behandlinger/glukosebelastningstest>
18. Helse Førde: <https://helse-forde.no/behandlinger/glukosebelastningstest>
19. Sykehuset i Vestfold: <https://www.siv.no/behandlinger/glukosebelastningstest>
20. Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/behandlinger/glukosebelastningstest#fastende-7-mmoll-og--eller-2-timers-verdi-11-mmoll>
21. Sykehuset Sørlandet: <https://sshf.no/behandlinger/glukosebelastningstest?sted=kvinneklinikken-arendal>
22. Norsk helseinformatikk: <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-type-2/sukkerbelastningsprove-glukosebelastning/>

23. Helsenorge: <https://www.helsenorge.no/sykdom/svangerskap/svangerskapsdiabetes/>
24. Nordlandssykehuset: <https://nordlandssykehuset.no/behandlinger/spinal-og-epidural-bedovelse>
25. Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/behandlinger/fodsels-og-barsel>
26. "St. Olavs Hospital: <https://stolav.no/behandlinger/epiduralbedovelse> "
27. Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/behandlinger/fodsels-og-barsel>
28. Helse Førde: <https://helse-forde.no/behandlinger/fodsels-og-barsel#behandling>
29. Helse Møre og Romsdal: <https://helse-mr.no/behandlinger/fodsels-og-barsel-kristiansund#behandling>
30. St. Olavs Hospital: <https://stolav.no/behandlinger/fodsels-og-barsel>
31. Helse Nord-Trøndelag: <https://hnt.no/behandlinger/fodsels-og-barsel?sted=sykehuset-levanger#behandling>
32. Helgelandssykehuset: <https://helgelandssykehuset.no/behandlinger/fodsels-og-barsel-mo-i-rana#behandling>
33. Finnmarkssykehuset: <https://finnmarkssykehuset.no/behandlinger/fodsels-og-barsel-hammerfest?sted=hammerfest#behandling>
34. Nordlandssykehuset, Bodø: <https://nordlandssykehuset.no/behandlinger/fodsels-og-barsel#behandling>
35. UNN, Tromsø: <https://unn.no/behandlinger/fodsels-og-barsel-tid?sted=tromso>
36. Ahus, Nordbyhagen: <https://www.ahus.no/behandlinger/fodsels-og-barsel?sted=nordbyhagen#behandling>
37. OUS, Rikshospitalet: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/fodsels-og-barsel?sted=rikshospitalet#behandling>
38. Sykehuset i Vestfold: <https://www.siv.no/behandlinger/fodsels-og-barsel#behandling>
39. Sykehuset Innlandet, Elverum: <https://sykehuset-innlandet.no/behandlinger/fodsels-og-barsel?sted=sykehuset-i-elverum#behandling>
40. Sykehuset Telemark: <https://www.sthf.no/behandlinger/fodsels-og-barsel#behandling>
41. Sykehuset Østfold: <https://sykehuset-ostfold.no/behandlinger/fodsels-og-barsel#behandling>
42. Sørlandet Sykehus: <https://sshf.no/behandlinger/fodsels-og-barsel?sted=fode-og-barsel-flekkefjord#behandling>
43. Vestre Viken, Kongsberg: <https://vestreviken.no/behandlinger/fodsels-og-barsel-kongsberg-sykehus#behandling>
44. Sykehuset Innlandet: <https://sykehuset-innlandet.no/behandlinger/epiduralbedovelse>

45. UNN: <https://unn.no/behandlinger/epidural-smertelindring-under-fodsel?sted=tromso>
46. AHUS: <https://www.ahus.no/behandlinger/epiduralbedovelse>
47. Sykehuset i Vestfold: <https://www.siv.no/behandlinger/epiduralbedovelse#ved-fodsel>
48. Finnmarkssykehuset, Hammerfest:  
<https://finnmarkssykehuset.no/behandlinger/epiduralbedovelse?sted=hammerfest->
49. Helgelandssykehuset, Mo i Rana:  
<https://helgelandssykehuset.no/behandlinger/epiduralbedovelse?sted=mo-i-rana>
50. Vestre Viken, Drammen: <https://vestreviken.no/behandlinger/epiduralbedovelse-drammen-sykehus>
51. NHI: <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/anestesi/epiduralbedovelse/>
52. Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/behandlinger/epiduralbedovelse>
53. Helsenorge: <https://www.helsenorge.no/fodsel/smertelindring-under-fodsel/>
54. OUS: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie?sted=ullevall-sykehus>
55. Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie>
56. Helse Nord-Trøndelag: <https://hnt.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie>
57. St. Olavs: <https://stolav.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie>
58. Sykehuset Innlandet, Elverum: <https://sykehuset-innlandet.no/behandlinger/fodsel-seteleie?sted=sykehuset-i-elverum>
59. Ahus: <https://www.ahus.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie>
60. UNN: <https://unn.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie?sted=tromso>
61. Helse Førde: <https://helse-forde.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie>
62. Finnmarkssykehuset: <https://finnmarkssykehuset.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie?sted=hammerfest>
63. Nordlandssykehuset, Bodø: <https://nordlandssykehuset.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie-bodo>
64. Vestre Viken, Bærum sykehus: <https://vestreviken.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie-berum-sykehus>
65. Helgelandssykehuset, Sandnessjøen:  
<https://helgelandssykehuset.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie?sted=sandnessjoen>
66. Sykehuset Sørlandet: <https://sshf.no/behandlinger/fodsel-i-seteleie?sted=sorlandet-sykehus-kristiansand>
67. NHI: <https://nhi.no/familie/graviditet/svangenskap-og-fodsel/sykdommer/seteleie/fodsel-av-barn-i-seteleie-til-termin/?page=all>

68. Sykehuset Østfold: <https://sykehuset-ostfold.no/behandlinger/fodsels-i-seteleie>
69. Oslo universitetssykehus, Nyfødtscreening: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodtscreeningen/nyfodtscreening>
70. Oslo universitetssykehus, nyfødtscreening: blodprøve av nyfødte: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove-av-nyfodte>
71. HelseNorge: <https://www.helsenorge.no/etter-fodsels/helseundersokelser-av-nyfodte>
72. Finnmarksykehuset, Hammerfest: <https://finnmarkssykehuset.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove?sted=hammerfest>
73. Helse Nord-Trøndelag, Levanger: <https://hnt.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove?sted=sykehuset-levanger>
74. Helse Førde: <https://helse-forde.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove>
75. Helse Møre og Romsdal, Molde: <https://helse-mr.no/behandlinger/nyfodtscreening?sted=molde-sykehus>
76. Sykehuset Telemark: <https://www.sthf.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove>
77. Helgelandssykehuset, Brønnøysund: <https://helgelandssykehuset.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove?sted=bronnøysund>
78. Sykehuset Innlandet, Elverum: <https://sykehuset-innlandet.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove?sted=sykehuset-i-elverum>
79. Sørlandet sykehus: <https://sshf.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove?sted=fode-og-barsel-flekkefjo>
80. Nordlandssykehuset, Lofoten: <https://nordlandssykehuset.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove-lofoten>
81. Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove>
82. UNN: <https://unn.no/behandlinger/nyfodtscreening-med-blodprove?sted=tromso>
83. St. Olavs Hospital: <https://stolav.no/behandlinger/nyfodtscreening-blodprove>
84. OUS: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels?sted=ullevål-sykehus>
85. St. Olav: <https://stolav.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels>
86. UNN: <https://unn.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels?sted=tromso>
87. Finnmarksykehuset: <https://finnmarkssykehuset.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels?sted=hammerfest>



88. SUS: <https://helse-stavanger.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel>
89. Sykehuset Sørlandet: <https://helse-stavanger.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel>
90. Helse Norge: <https://www.helsenorge.no/fodsel/igangsetting-av-fodsel/>
91. Helse Fonna: <https://helse-fonna.no/behandlinger/igangsetjing-av-fodsel>
92. Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel-induksjon>
93. Helse Førde: <https://helse-forde.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel>
94. Helse Møre og Romsdal, Kristiansund: <https://helse-mr.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel?sted=kristiansund-sjukehus>
95. Helse Nord-Trøndelag: <https://hnt.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel>
96. Helgelandssykehuset, Sandnessjøen:  
<https://helgelandssykehuset.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel?sted=sandnessjoen>
97. Nordlandssykehuset, Vesterålen:  
<https://nordlandssykehuset.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel-vesteralen>
98. Ahus: <https://www.ahus.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel>
99. Sykehuset Innlandet, Elverum: <https://sykehuset-innlandet.no/behandlinger/fodsel-igangsetting?sted=sykehuset-i-elverum>
100. Sykehuset Telemark: <https://www.sthf.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel>
101. Vestre Viken, Drammen: <https://vestreviken.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsel-drammen-sykehus>
102. Helsenorge: <https://www.helsenorge.no/fodsel/igangsetting-av-fodsel/>

## **Vedlegg 6 – Vitenskapelig artikkel**

Artikkelen følger på neste side.

Mapping the quality of online health information addressing  
pregnant women, women in labour and new mothers  
– A cross-sectional study of the prerequisites for informed  
choices.

Authors: 517 & 538

Both authors have contributed equally to the manuscript.

Wordcount: 3589

Oslo Metropolitan University  
Kunnskapsveien 55, 2007 Kjeller

## **Abstract**

**Objective:** Quality of health information is crucial in involving users into making their own health decisions. Evidence-based health information, comprising criteria for selection and presentation of information is the minimal quality standard. The study purposed to map whether and to which extent maternity related online health information facilitates informed choices.

**Methods:** The study used a descriptive cross-sectional design, applying the validated instrument MAPPinfo. The instrument assesses the quality of full samples of web-based health information on six preselected topics relevant for the target group. MAPPinfo administrates 19 criteria covering four categories (definitions, transparency, content, presentation) to be checked without use of secondary information sources. To control reliability and validity, appraisals were made by two primary raters and one experienced senior researcher. T-coefficients were calculated accordingly.

**Results:** In total, 102 websites covering the following topics: *screening for fetal anomalies, gestational diabetes, breech-position, induction, management of pain, and newborn screening for congenital disorders*, were assessed. Interrater reliability and validity were excellent (mean of the T-coefficient between primary raters = 0.99, between primary raters and senior = 0.95). On average, the webpages meet 21% of the quality criteria (SD: 0.06, min: 0.11, max: 0.43). None of the sources provided acceptable information on benefits or harms of the available medical options. Variation of quality between topics or decision types were marginal.

**Conclusion:** Norwegian health information for women regarding maternity care do not comply with minimal quality standards and are not sufficient to ensure informed choices according to the standards of the measuring instrument.

**Keywords:** maternity care, informed choices, shared decision making, health information

# 1. INTRODUCTION

## Background

In recent years the quantity of women using websites for information related to pregnancy, childbirth and motherhood has increased (1). Health information (HI) previously predominantly given individually by healthcare providers (HCP), has now been made easily accessible via internet by different groups of providers. HI can be developed for various purposes, such as increasing participation in screening programs, selling medical equipment, increasing patient satisfaction and compliance, or facilitating informed choices.

An informed choice can be defined as "one that is based on relevant knowledge, consistent with the decisionmaker's values and behaviourally implemented" (2). According to Marteau et al. an informed choice occurs either when a person has relevant knowledge, a positive attitude to undergo a diagnostic test or treatment, and undergoes it, or when a person, informed by relevant knowledge refuses to undergo a particular medical measure (2). Informed choices are not only in the patient's interest (3) but are also required by law in many countries, including Norway (4). HI needs to comply with certain quality standards to facilitate an informed choice. Low quality can lead to incomplete or incorrect information that may influence the decisions made by the user. "Shared decision making (SDM) is a joint process in which healthcare professionals work with a patient to reach a decision about care" (5). SDM has become the best practice model when it comes to making health related decisions between HCP and patients (6). The method claims to be implemented in many domains within health, but the degree varies.

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) produces guidelines for healthcare-related topics, and provides recommendations for how these should be implemented in clinical practice (5). The guidelines state that all HI from public health organizations is obligated by law to follow a quality standard with specific requirements that must satisfy patients' and users' needs. The NICE guidelines focus mainly on the verbal communication between user and healthcare personnel (7). The International Patient Decision Aid Standards Collaboration (IPDAS) defined a set of criteria for patient decision aids representing a specific type of patient information. Since their first publication, the criteria have been revised several times and a new checklist has been developed (6). However, due to the process of development, based on opinions and individual experience, not all IPDAS criteria are evidence based (8). In 2017 the IPDAS criteria was officially adopted as a quality

standard for decision aids by the Norwegian Directorate of Health (6). Evidence based criteria on how information materials should be designed to support informed health choices were first summarized by Bunge (2010) and later as part of a more comprehensive guideline development (8, 9). The "Guideline Evidence-Based Health Information" provides evidence-based as well as ethically justified recommendations for the development process and design of HI to facilitate informed choices (8). Aiming to support implementation of the guideline, a randomized controlled trial is currently carrying out a training program for information developers.

The concept of health competence involves the individual's ability to find, understand, assess and apply HI (10). A Norwegian report on the population's health competence was carried out by the Norwegian Directorate of Health in 2021. The report found that many who sought information found it challenging to assess the advantages and disadvantages of different treatments. According to the report, this emphasizes the need for the individual to have access to reliable information for understanding the available treatment options. To enable the user to be able to participate in the processes of making informed choices, it is considered essential that the HI is adapted to the user's health competence (10). Moreover, a need for assessment tools has been demonstrated operationalizing ethical and evidence-based criteria (8). Recently a new instrument called MAPPinfo has been developed, which operationalises the quality standards for evidence-based patient information (8).

The current study is focusing on topics within maternity care. Shared decision making and informed choices are considered relevant in maternity care as the user group employ various health services while going through one of life's biggest events. The women and their partners have a stated need for information and autonomy in this process, and HCP, including midwives, have a duty to fulfil this demand of information cf. the Health Personnel Act, Chapter 2, Section 10 (11). In countries where women are more involved in decisions regarding maternity care, intervention rates are lower (12).

This study aimed to map the quality of available online HI addressing maternity related topics relevant to Norwegian women. It should be determined whether and to which extent publicly accessible HI related to maternity care is in compliance with the criteria of evidence-based HI. The goal is to contribute to implementing evidence and ethics-based quality standards in the Norwegian healthcare system (13).

## **2. METHODS**

### **Study design**

The study has used a cross-sectional design with a descriptive quantitative approach investigating the prevalence of quality aspects in a predefined selection of HI topics relevant for the target group.

### **Sample**

Six topics were semi strategically chosen from the total population of HI on any topic relevant for the given target group. Criteria employed in these choices where:

1. The representation of topics on both diagnostic and treatment related medical problems
2. The representation of medical problems related to each of the three periods in maternity
3. The presence of a decisional alternative, one of which could be to not use a medical strategy

The set of topics were discussed in the research group and reviewed by a senior midwife regarding relevance and balance of the selection.

The Google search engine was utilised to identify full samples of webpages providing the respective information which addresses and are easily accessible for the target group.

Keywords were systematically applied for each topic, alone and combined with the names of a prepared list of Norwegian health institutions. Most Internet users visit only the first 10 links in a Google search (14), therefore only the first page of references generated by the search engine was screened. Webpages addressing HCP were excluded. Other exclusion criteria were HI in other languages than Norwegian, professional manuals, and HI written by lay people on forums and on tabloid-like websites. In addition to Google searches, the Norwegian health trusts' websites were reviewed to ensure that the sample also covered local hospitals. Information material from these was included if available. In this search strategy accessibility was defined according to user information habits known from the literature (14).

### **Data collection**

MAPPinfo was applied to assess the quality of selected materials. Using 19-23 items MAPPinfo screens whether essential quality criteria published in the guideline evidence-based HI are met (8). Of the total range of ethical and evidence-based criteria (15) MAPPinfo operationalizes a subgroup which have a clearly directed recommendation. This set of criteria

can be evaluated without using secondary sources and is applicable to all types of health-related issues. The instrument evaluates the quality in the following four categories:

1. Definitions - if the information clearly defines the user group and aims to provide balanced information to the user
2. Transparency – whether it provides necessary meta-information such as authors, conflicts of interest, funding, actuality, sources, and search strategies
3. Content – whether the information comprises what is essential content to making an informed choice
4. Presentation – whether contents are presented in an understandable and balanced manner

MAPPinfo does not intend an investigation of the contents’ professional correctness. The instrument provides a detailed guidance for each item on how judgements shall be made and gives good practice examples (8).

Items can score between 0 (criterion not met) and 1 (criterion met). Some items provide an intermediary category, 0.5 (criterion partly met). Items not relevant to a particular material are coded as 99. Websites in the study sample were independently evaluated by two primary raters, and a secondary expert rater with broad experience in patient information research, which in the study was used as a reference standard for validation purpose. Consensus was determined by discourse first between the primary raters, and subsequently with the secondary rater, resulting in five data-columns (one for each coder and two levels of consensus).

Table 1 – Description of categories and criteria in MAPPinfo.

Category	Item	Criteria	Explanation	Points
Definition	D1	The target group for the health information (HI) is clearly defined	<i>Ensures that the user perceives that the HI applies to oneself, so that it does not mistakenly feel included as a target group.</i>	0/1
	D2	It is clearly emphasized that the purpose of HI is to promote an informed choice about a specific issue	<i>It emerges that HI's explicit goal is for the user to make a choice, after having acquired all the information that is relevant through the HI. The way the problem is defined, facilitates an informed choice.</i>	0/0,5/1



<b>Transparency</b>	T1	The authors behind HI are listed	<i>It is required that those responsible for the HI and the associated contact information has been provided.</i>	0/0,5/1
	T2	It is stated who has financed HI	<i>Information on support for development and distribution must be accounted for. Listing sponsors is not sufficient.</i>	0/1
	T3	Conflicts of interest and possible handling of these are stated	<i>An account for handling of conflicts of interest must be stated. Mentioning that conflicts of interest do not exist is not sufficient.</i>	0/1
	T4	Date of publication and update is stated	<i>The date of publication and update, or information about the next planned updates must be submitted.</i>	0/0,5/1
	T5	The sources for HI are given	<i>The sources are assigned statements in the text and completely documented in a reference list.</i>	0/0,5/1
	T6	The content of HI is based on systematic searches, and sufficient information about the search process is provided	<i>As it is not possible to document whether the content of the HI is correct, systematic search strategies must be documented to be verified. Keywords, searcher, databases, inclusion, and exclusion criteria etc. must be provided.</i>	0/0,5/1
<b>Content</b>	I1	The health-related issue is explained	<i>It must be explained why the problem is important and what risk is associated.</i>	0/1
	I2	The options are mentioned and explained	<i>It must be assessed whether all alternatives have been discussed, whether the alternatives have been explained, and whether it appears that it is the user's choice.</i>	0/0,5/1
	I3	HI informs about stochastic uncertainty	<i>The HI must explain that knowledge at group level cannot be safely transferred to an individual level. The point assesses whether HI considers misinterpretations and uncertainty related to statistics.</i>	0/1
	I4/P1	The natural course of a disease is presented in a satisfactory manner	<i>The natural course of a condition is presented with probability. This must be quantified; verbal descriptions are not sufficient.</i>	0/1
	I5/P2	The usefulness of the alternatives is presented in a satisfactory manner	<i>The usefulness of the measure, including whether the desired effects such as less symptom burden, survival etc. are mentioned and quantified, verbal descriptions are not sufficient.</i>	0/1
	I6/P3	The damage that accompanies the measures is presented in a satisfactory manner	<i>Damage that accompanies the measures, including unwanted consequences such as side effects, complications, costs etc.. These must be quantified and presented in a satisfactory manner, verbal descriptions are not sufficient.</i>	0/1
	I7/P4	Information about the test's properties is presented in a satisfactory manner	<i>In the case of diagnostic problems, the properties of the test must be assessed. These must be quantified and presented by explaining all the test properties and reference groups of the surveys mentioned.</i>	0/1/99

<b>Presentation</b>			
P5	HI is formulated neutrally	<i>To safeguard the user's autonomy the HI must be formulated in a neutral manner. The use of assessments or recommendations must be avoided.</i>	0/1
P6	No use of narratives	<i>Narratives such as patient stories should not be used due to the risk of bias.</i>	0/1
P7	Use of own charts	<i>Any diagrams must be clear and contain explanations. Bar charts and pictograms are considered satisfactory.</i>	0/0,5/1/99
P8	Gain Loss Framing	<i>Information regarding utility value and damage is supplemented by complementary statements, ie the use of "gain loss framing".</i>	0/0,5/1

*The table shows which categories and criteria MAPPinfo assesses. Criteria with accompanying explanation and possible points are presented to provide an overview of how the measuring instrument is used, and what each criterion entails.*

### **Analysis**

The data were administered and analysed in IBM SPSS Statistics version 27. An interrater reliability between the two primary raters and construct validity in respect of the reference standard, were calculated on item level using T-coefficients. T is a modified kappa coefficient using theory instead of empirically based estimators of the marginal distributions (16). T-values between 0.4 and 0.6 are considered satisfactory, values higher than 0.6 as good, and above 0.8 as excellent (17).

In the six chosen topics a total mean score and four category scores were calculated for each website. By aggregation, further scores were built for diagnostic versus treatment related information. Four of the 19 items in MAPPinfo (prevalence, benefits, harms, test reliability) are included twice in the total score as the related criteria pertain to both content and presentation. Thus, these four criteria are given double weight in the quality assessment (8). All scores were corrected for the varying number of items as the type of problem (diagnostic/treatment) and whether graphics are used affects the total number of the relevant items (between 20 and 23).

### **Ethical considerations**

Completion of the study does not regard any ethical sensitive issues as the data are HI materials which are freely accessible online. Other ethical considerations are related to the author's own obligations to apply methods in an appropriate and responsible manner.

### 3. RESULTS

#### Description of the sample

A total of 102 websites were analysed. The following six topics met the criteria:

- Screening for fetal anomalies (N = 13)
- Screening for gestational diabetes (N = 10)
- Breech position (N = 15)
- Induction of labour (N = 19)
- Pain management (N = 30)
- Newborn screening for congenital disorders (N = 15)

Three of the topics regard diagnostic decisions, while the other three are treatment related. 38 of the included HI are classified as related to diagnostics, and 64 are treatment related.

Table 2 – Description of the sample.

Topic	Maternity period	Decisions	Options	Considerations
Screening for fetal anomalies (18)	Pregnancy	Whether to undergo the screening for fetal anomalies	Undergo the test Decline the test	<i>Risk of miscarriage or ending up in a dilemma if it is discovered that something is wrong with the fetus versus acquiring information about the condition of the fetus</i>
Screening for gestational diabetes (19)	Pregnancy	Whether to employ measures to exclude gestational diabetes and associated risks to mother and fetus	Undergo the test Decline the test	<i>Knowledge of possible gestational diabetes and associated treatment versus risking undiagnosed gestational diabetes, which can affect mother and fetus</i>

Breech position (20)	Labour	Whether to employ an external cephalic version of the baby	Turning the baby in utero	<i>An unsuccessful external turn, possible discomfort to the woman and possible caesarean section if complications occur versus successful external turn and vaginal delivery or successful vaginal breech delivery</i>
		Suitable mode of delivery	Vaginal birth in breech position	
			Caesarean section	
Induction of labour (21)	Labour	What induction method is most suitable	Suitable induction method	<i>Side effects, and the possibility of an unsuccessful induction versus the consequences of continuing the pregnancy</i>
		When to induce labour	Time of induction	
		Whether to induce on maternal or fetal indications		
Pain management during birth (22)	Labour	Whether pain relief is desirable	No pain management	<i>Making the labour feasible by employing pain relief measures versus disruption of the natural process and the side effects of medical pain relief</i>
		What measures to employ to provide pain relief	Epidural analgesia	
			Other drugs	
			Non-medical alternatives	
Newborn screening for congenital disorders (23)	Postpartum	Whether to consent to screening the newborn for 25 congenital disorders	Undergo the test	<i>To spare the newborn from the blood test and avoid storing of biological material and ignorance about possible congenital disorders versus knowledge of the test results</i>
			Decline the test	

*The table describes the topics which met the inclusion criteria. The topics are distributed by maternity period, and the possible decisions, options and considerations are listed.*

### **Validity and reliability of quality assessments**

On item level, the primary raters corresponded in 99.5% of the cases. The interrater reliability, indicated by the T-coefficient, was on item level on average 0.99 (min = 0.98, max = 1), which is considered excellent agreement. The primary and expert raters corresponded in 95% of the cases. T-coefficients on the level of items were 0.94 on average (min = 0.66, max = 1). These values indicate excellent construct validity.

### **Information quality of the total sample**

Across all the included topics and websites, the quality of maternity related HI receives an average score of 0.21 assessed with MAPPinfo (theoretical range: 0-1; min = 0.11, max = 0.43; SD 0.06).

### **Information quality in detail (categories and criteria)**

**Definitions:** Overall, unmistakable information defining the target group is provided in 82% of the HI. However, only 5% of HIs explicitly state that facilitating an informed choice is the purpose of the website. **Transparency:** Author information is provided to a satisfactory degree of 3.9%, and information on funding in 1.9%. All HIs provided information about the last update but omitted mentioning a date for the next one. References were provided in 2.94% of the HIs, while none provided a search strategy of systematic literature reviews.

**Content:** Sufficient explanation about the health problem and related risks urging a decision was given in 53.9% of the HIs. Information on the available alternatives, including the user's role as a decision maker was included to a satisfactory degree in 22%. All HIs failed to inform about the challenges of stochastic uncertainty. **Content & presentation:** The natural course (in treatment related information) or prevalence (in information related to diagnostics) of a condition were accounted for in 2.9% of the HIs. Information about possible benefits or harms were not given in an appropriate manner by any of the investigated HIs. When relevant, the HIs provided test properties of the available diagnostic measures in 2.6% of the cases.

**Presentation:** Nearly unexceptionally, characteristics of biased, intrusive, or valuating language were not identified. The use of narratives, which could cause bias, were also avoided. None of the HIs used "gain loss framing" hence the average score of 0%.

### **Quality of health information by topic**

The results show that the quality is quite similar overall in terms of the included topics. Strengths and weaknesses of the HI material do not appear to be topic specific (figure 1-6).

Table 3 – Quality of health information by topic.

	Screening for fetal anomalies	Screening for gestational diabetes	Breech position	Induction of labour	Pain management	Newborn screening
N =	13	10	15	19	30	15
Mean	0.17	0.16	0.17	0.24	0.22	0.21
Std. Dev.	0.08	0.11	0.00	0.00	0.04	0.03
Minimum	0.11	0.11	0.18	0.23	0.18	0.20
Maximum	0.34	0.43	0.18	0.25	0.35	0.34

The table shows the average for the sample distributed by topic. N shows the total number of included webpages per topic. Standard deviations, minimum and maximum values are also stated.

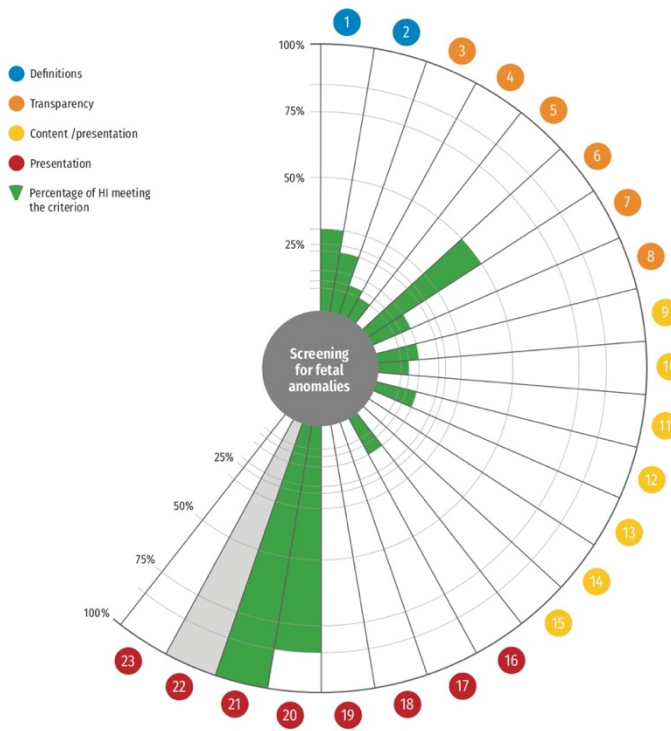


Figure 1 – Screening for fetal anomalies.

Figures 1-6 show the extent to which the quality criteria are met on average in each of the 23 items. The data of items 12 -15 are displayed twice (16-19) as they belong in both categories content and presentation. Items not applicable to the current HI are indicated using the colour grey.

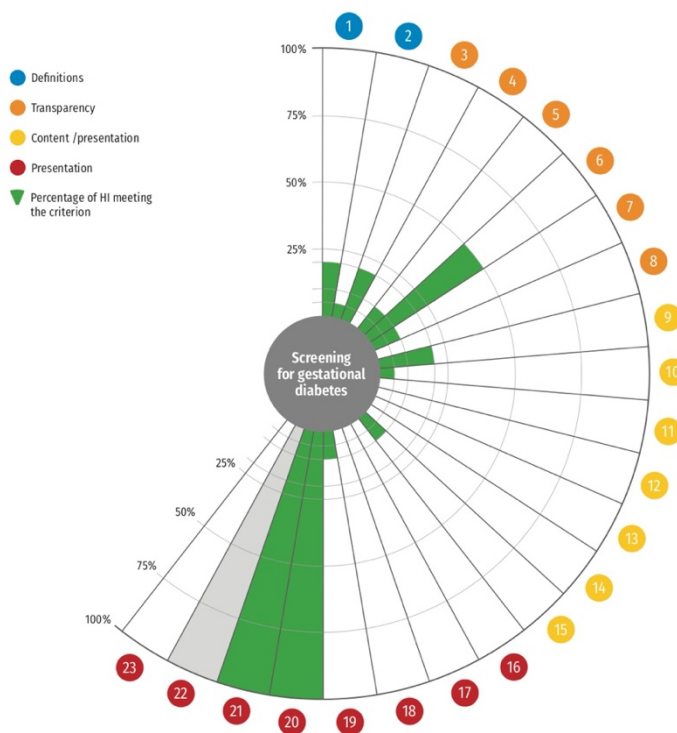


Figure 2 – Screening for gestational diabetes.

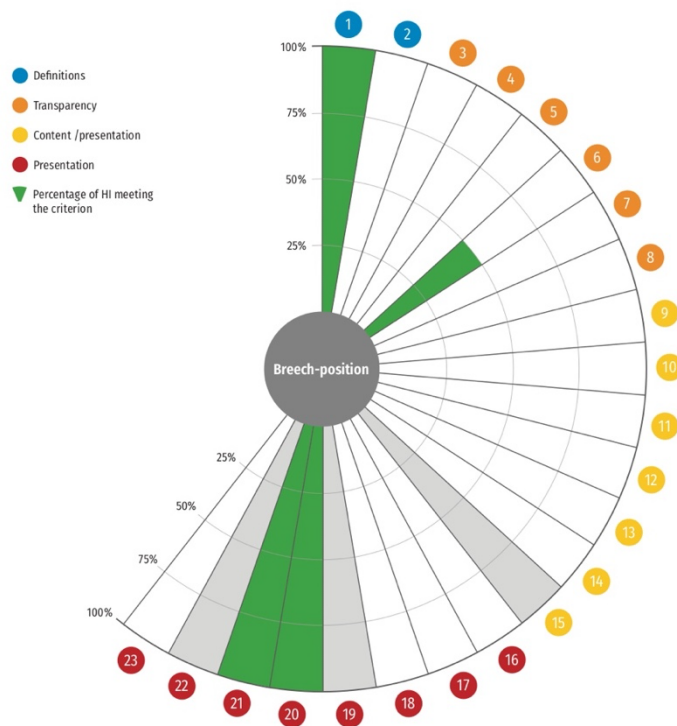


Figure 3 – Breech-position.

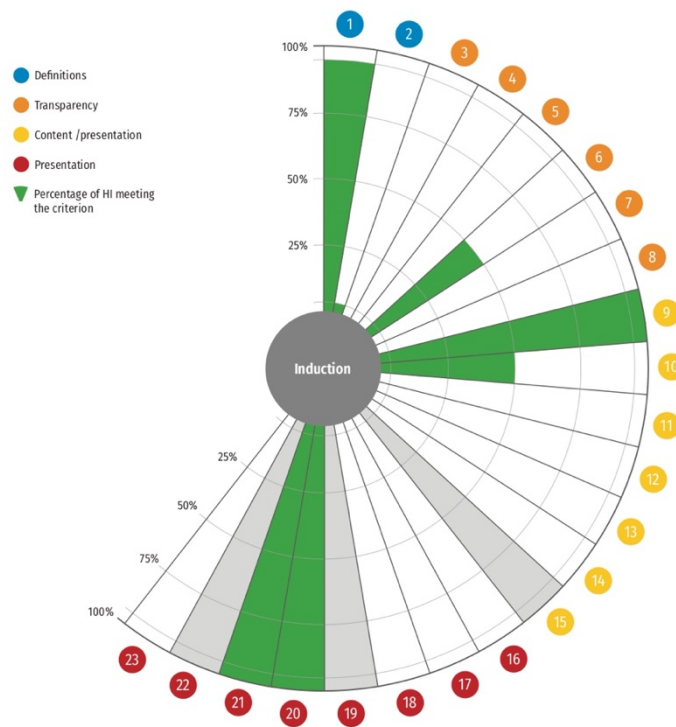


Figure 4 – Induction.



Figure 5 – Pain management during birth.



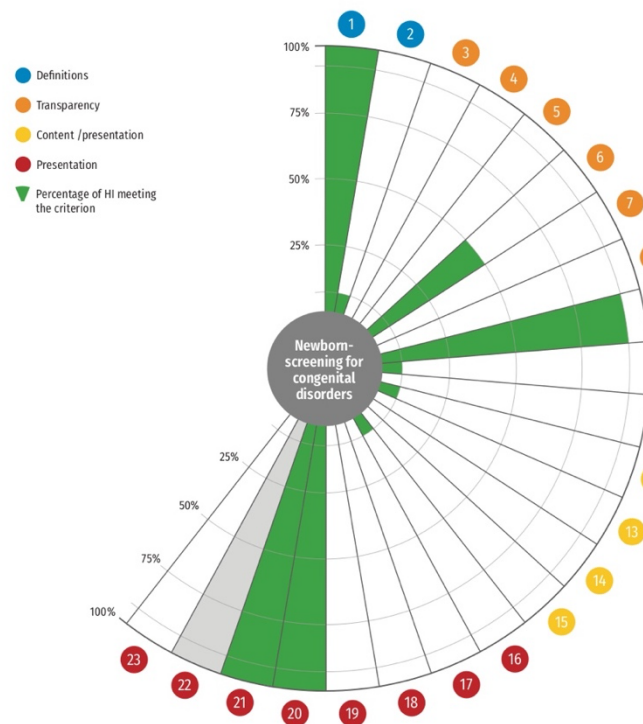


Figure 6 – Newborn-screening for congenital disorders.

### Quality of health information for treatment versus diagnostics

On average, the diagnostic HI received a somewhat lower quality rating overall than the treatment-related ones (diagnostics: 0.18; SD: 0.07, treatment: 0.22; SD: 0.04). However, the diagnostic related HI shows a greater range of variation in the study sample (diagnostics: min = 0.11, max = 0.43, treatment: min = 0.18 max = 0.35). In both classifications, the category “definitions” received the highest score (diagnostics: 33.5%, treatment 50.3%). The diagnostic-related information in the sample is particularly poor regarding “content” (5.9% criteria met). The lowest quality in treatment related HI is found in the category “transparency” (8.7% criteria met).

## 4. DISCUSSION

Using a cross-sectional design, this study has investigated whether and how online HI for Norwegian women facilitates informed choices during pregnancy, childbirth, or the postpartum period. A selection of 102 HI materials, covering six key topics was assessed with the MAPPinfo instrument, applying evidence-based quality criteria for HI.

The main findings of the study indicate a generally low level of quality with less than 25% of the minimum criteria met. Amongst the few criteria met by most of the included health information, are a clear definition of the target group and the medical problem urging a decision. The criterion regarding use of plain, unbiased language and avoidance of narratives entailing a risk of bias, is also met. Examples of criteria none or few of the included HI complied with, are the explication of the information's aim to support the user in making an informed choice, transparency regarding authorship, conflicts of interest, funding or strategies used for collecting the reported evidence. Moreover, the HI did not comply with the criterion demanding disclosure of the problem's prevalence, the natural course, potential benefits, harms associated with each treatment or diagnostic option. Neither is balanced information provided about the reliability of diagnostic tests. This includes the lack of an understandable presentation of the latter details. The materials varied regarding the quality of explanations of the available alternatives. However, no attempts were made to present the alternatives as something the women could decide between. Although differences have not been statistically tested for significance, the quality of information did not seem to vary considerably between the information topics. HI regarding diagnostic decisions appeared to provide a slightly lower quality compared to treatment related materials (18% and 22%).

The study could be criticized for selective sampling as it assesses six out of many possible topics of relevance for the target group. A more comprehensive survey would undoubtedly have led to an even more reliable map. However, a selection of the sample topics was done based on previously set criteria. This allowed, if not a representative, but at least a balanced sample of diagnostic and treatment related HI taken from each of the three periods in maternity care (pregnancy, childbirth, postpartum). Although in the attempt to assess all available HI on a specific topic, identification of sources in the current study was done using a rigorous strategy, we might nevertheless have overlooked some sources. We do, however believe that the results would not have been affected by appraisal of possible additional existing sources.

The relevance of the study could be challenged due to considerable redundancy in the data. The number of 102 appraised sources might appear artificially broad in respect of the fact that many providers, such as hospital trusts, have copied and duplicated the HI from each other. Although collecting the sample of 102 sources, the study is referring to at least a net amount of 20 distinct information materials. Lack of variation might have contributed to

overestimation of interrater reliability but does not diminish importance of the main results. As part of the Norwegian policy of equality of health services, providing identical information all over the country might have good intentions. In the eyes of the user, duplication of HI might even prove validity (1). The findings of poor quality in the included HI, however, becomes even more alarming considering an obvious attitude by the public providers that the information is worth copying.

In addition, limitations related to the measurement approach needs to be addressed. Firstly, MAPPinfo is a screening instrument, employing appraisal only based on a selection of the criteria of the guideline which are both easily assessable and equipped with recommendation clearly directed (8). Quality criteria related to the methods or processes used during development of a HI have not been appraised in the current study. However, the corresponding validation study gives reason to believe that the selected criteria provide a good estimate of the entire quality (24). The validation study is submitted, but not yet published. The information regarding this is received from the validation study's first author. Moreover, it should be emphasized that the guideline answers questions regarding quality to the extent, that evidence exists. There are still multiple potentially relevant design features, not yet studied by use of appropriate methods, implying a dynamic character of the concept of quality. Therefore, the given set of criteria should be seen as a minimal standard of quality.

### **Findings in the context of literature**

Questions can be asked as to whether women's choices regarding maternity care can be made informed based on HI meeting 21% of the minimal quality criteria. To achieve informed choices users could be invited to participate in an individual process where information is shared, and decisions are made based on thorough deliberation of the given alternatives. The midwife would in such a case update her knowledge, while encouraging the woman to take responsibility and refrain from spontaneously giving recommendations, particularly until the woman has made up her own opinion. This approach is called "shared decision-making" (SDM) (25) and is considered best practice when it comes to making decisions between HCP and patient (6). According to Hoffmann et al. (26), the two approaches (evidence based patient information and SDM) have developed in parallel, and are mutually referring to and dependent on each other. Both concepts are anchored in evidence-based medicine/practice, as well as the Patient and User Rights Act (4). However, the two concepts are not meant to work alternatively. In contrary, research on SDM over the last 30 years has demonstrated

pronounced implementation barriers, some of which presenting due to a persisting lack of information developed and designed in an appropriate manner (27). This could imply that midwives will not be able to compensate the lack of HI quality, and would need high quality information on all relevant topics to provide the women of essential components in realizing evidence-based practice.

Norway has come a long way in terms of making HI accessible for the users (e.g., helsenorge.no and NHI). However, establishment of these official information platforms entails a responsibility beyond usability and accessibility to warrant compliance with minimal quality standards. As a first step, the Norwegian ministry of health has as mentioned officially adopted The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) (28). A procedure to implement these guidelines is requested.

### **Implications for clinical practice**

This study is relevant to maternity care and particularly to midwives who are responsible for providing HI to women. Preservation of women's autonomy and facilitation in making informed choices regarding themselves and their baby, is associated with a more positive birth experience and a better initial attachment to their child (29). The way women are met in this important and sensitive period could potentially also influence the beginning of their life as a new family.

### **Recommendations for further research**

As the current study is the first of its kind evaluating HI quality using the MAPPinfo instrument, it will be of interest to compare our results with future studies on other materials. There is a need for a more comprehensive and detailed map of HI quality in the field of maternity care and a pronounced need for higher quality. As due to the health information's impact on patient relevant endpoints, it could be considered an intervention, thus respective developments should be done in compliance with recommendations for development.

## **5. CONCLUSIONS**

As indicated by appraisal of quality the included Norwegian HI material addressing women in maternity care, is not complying with the minimal quality criteria of evidence-based health information according to the standard of the measuring instrument. This implies a considerable barrier in the attempt of making informed health choices. More comprehensive

research on the quality of Norwegian HI is needed in the field of maternity care as well as in other domains.

### **DECLARATION OF INTEREST**

Both authors have contributed equally to the manuscript, hence the shared first authorship. No financial relationship has influenced the work. Our supervisor is one of the developers of MAPPinfo. Even if we cannot say where it may have occurred, and attempts have been made to avoid bias, a certain influence cannot be ruled out.

### **ACKNOWLEDGEMENTS**

Many have contributed to the process, and we would first and foremost like to thank our indispensable supervisor for good advice, and assistance in analysing the data, proofreading, and finalizing the manuscript. His knowledge and encouragement have been of great importance to the result. We would also like to thank the developers of MAPPinfo for making their instrument available for us to use in our work.

### **REFERENCES:**

1. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth Issues in Perinatal Care*. 2011;38(4):336-45.
2. Marteau TM, Dormandy E, Michie S. A measure of informed choice. *Health Expectations*. 2001;4(2):99-108.
3. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*. 2007;335(24):24-7.
4. Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63 (1999).
5. The National Institute for Health and Care Excellence. Shared decision making 2021 [Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>].
6. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy som skal publiseres på helsenorge.no 2017 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasient-og-brukerrettighetsloven/nasjonale-kvalitetskrav-til-samvalgsverktoy-som-skal-publiseres-pa-helsenorge.no>].
7. NHS. Accessible Information Standard 2017 [Available from: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/accessibleinfo/>].

8. Kasper J, Lühnen J, Hinneburg J, Siebenhofer A, Posch N, Berger-Höger B, et al. MAPPinfo, mapping quality of health information: study protocol for a validation study of an assessment instrument. *BMJ Open*. 2020;10(11).
9. Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Education and Counseling*. 2010;78(3):316-28.
10. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Guttersrud Ø, Joranger P. Befolkningens helsekompetanse del I - The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19). Oslo; 2021. Report No.: IS-2959.
11. Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64 (1999).
12. Begley K, Daly D, Panda S, Begley B. Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2019;25(6).
13. Leitlinie Gesundheitsinformation. Guideline evidence-based health information - The Guideline project 2017 [Available from: <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/guideline/das-leitlinienprojekt/?lang=en>].
14. Eysenbach G, Köhler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and indepth interviews. *BMJ*. 2002;324(573).
15. Lühnen J, Albrecht M, Hanßen K, Hildebrandt J, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation: Einblick in die Methodik der Entwicklung und Implementierung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2015;109(2):159-65.
16. Grafe A. Validation of a new inter-rater- reliability coefficient: weighted T. theses at the University of applied sciences and medical university. Hamburg, Germany 2017.
17. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-74.
18. Kahrs BH, Haugen G, Sande R. Prenatal diagnostikk: Den Norske Legeforening; 2020 [Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/prenatal-diagnostikk/>].
19. Backe B. Svangerskap og kroniske sykdommer. In: E. AB, Tegnander E, editors. *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. 2 ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2017. p. 375-92.

20. Albrechtsen S, Bjellmo S, Von Brandis P, Iversen JK, Jettestad MC, Sellevoll HB, et al. Setefødsel og ytre vending: Den Norske Legeforening; 2020 [Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/setefodsels-og-ytre-vending/>].
21. Oppegaard KS, Dögl M, Sun C, Hill S, Ween-Velken M, Sørbye IK. Induksjon/igangsettelse av fødsel - Modning av cervix/livmorhalsen før fødsel: Den Norske Legeforening; 2020 [Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/induksjonigangsettelse-av-fodsels-modning-av-cervixlivmorhalsen-for-fodsels/>].
22. Ullensvang K, Sjøen GH, Sørbye IK, Bakkan MH, Johnsen HH. Smertelindring: Den Norske Legeforening; 2020 [Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/smertelindring/>].
23. Helsedirektoratet. Nyfødtscreening og undersøkelser av nyfødte 2021 [Available from: <https://www.helsenorge.no/etter-fodsels/helseundersokelser-av-nyfodte/>].
24. Kasper J, Lühnen J, Hinneburg J, Siebenhofer A, Posch N, Berger-Höger B, et al. MAPPinfo, mapping quality of health information: validation study of an assessment instrument (in review). PlosOne. 2021.
25. Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. Patient Education and Counseling. 2008;73(3):407-12.
26. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. JAMA. 2014;312(13):1295-6.
27. Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. Cochrane Database Syst Rev. 2014(9):Cd006732.
28. The International Patient Decision Aid Standards Collaboration. The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration 2017 [Available from: <http://ipdas.ohri.ca/index.html>].
29. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth. 2003;30(4):235-47.