



Det helsevitenskaplige fakultet

## **Kvinner opplevelse av informasjon og medbestemmelse ved fødselsinduksjon grunnet overtid.**

En kvantitativ tverrsnittstudie

Ingvild Stavenes & Jeanett Indianne Andersen  
Masteroppgave i jordmorfag, JMO3008, mars 2023

Hovedveileder: Ingvild Hersoug Nedberg  
Biveileder: Anja Margrete Davis Norbye  
Antall ord: 14 421.





# Forord

Først en stor takk til alle deltakerne i spørreundersøkelsen, og alle som har hjulpet oss med å dele prosjektet både på Instagram og Facebook. Engasjementet utad har gitt oss motivasjon til arbeidet som har vært lærerikt, krevende og intenst. Uten dere hadde det ikke blitt en oppgave, så takk for at dere ville dele deres opplevelse. En spesiell takk til Eva Rose Furmyr for tillatelse til bruk av bilde som en fin illustrasjon på hvordan en induksjon kan se ut.

Takk til veileder og førsteamanuensis Ingvild Hersoug Nedberg for god og tålmodig veiledning. Takk for at du har vært tydelig og direkte, for din vennlighet og humor, og ditt engasjement for oppgaven vår.

Takk til biveileder Anja Margrete Davis Norbye ved Norges arktiske universitet - UiT, som hjalp oss med å forstå analyser og gode tilbakemeldinger.

Takk til Georg Elvebakk ved institutt for matematikk og statistikk, som tålmodig viste oss hvordan analysene kan tolkes.

Takk til Amalie Bye, som av frivillighet ville bistå med å lage oss en nettside.

Takk til partnere, familie, venner og medstudenter som har stått ved vår side, og vært vår bauta underveis. Vi er takknemlige for gode ord og forståelse for at dette har vært en krevende prosess.

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

Kvinner som blir indusert grunnet overtid trenger informasjon for å medvirke under sin egen fødsel. Mangelen på informasjon kan redusere kvinnens mulighet til å delta som en likestilt part avgjørelser angående induksjonsprosessen.

### **Hensikt:**

Utforske hvordan gravide som induseres grunnet overtid beskriver informasjonen de får på fødeavdeling om induksjon av fødsel, og sammenhengen mellom informasjon og opplevelse av medbestemmelse.

### **Metode:**

Vi utførte en tverrsnittstudie i form av nettbasert spørreundersøkelse. Totalt 549 kvinner som fødte mellom 2019-2022 besvarte undersøkelsen, og 428 ble inkludert i studien. Deskriptiv statistikk, Spearmans' korrelasjonsanalyse og lineær regresjonsanalyse ble valgt som analyse.

### **Resultat:**

Kun 15,2 % opplever medbestemmelse ved egen fødsel. Muntlig informasjon gis til majoriteten av kvinnene, mens skriftlig informasjon gis til hver fjerde kvinne. Det er liten grad av kvinner som opplever å få nok informasjon i forkant av induksjonen. Det er sammenheng mellom opplevd medbestemmelse og informasjon om induksjonsmetode, om informasjonen er formulert godt og om tid til å bearbeide informasjon.

### **Konklusjon:**

Studien viser at det er variasjon i hvordan kvinner beskriver informasjonen. De færreste deltakerne opplevde i mindre grad å motta informasjon om den aktuelle induksjonsmetoden, om informasjonen var forståelig formulert og tid til å bearbeide informasjon. Dette påvirker opplevelsen av medbestemmelse hos kvinner som får fødselen indusert grunnet overtidig svangerskap.

### **Nøkkelord:**

Fødsel, induksjon, medbestemmelse, samvalg, medvirkning, informasjon, informert valg, overtidig svangerskap.

## **Abstract**

### **Background:**

Women who are induced because they have passed their due date need information to participate in their own birth. The lack of information can reduce the woman's ability to participate as an equal part in decisions regarding the induction process.

### **Objective:**

To explore how pregnant women who have passed their due date describe the information they receive in the maternity ward about induction of labour, and the connection between information and the experience of co-determination.

### **Methods:**

We carried out a cross-sectional study in the form of an online survey. A total of 549 women who gave birth between 2019-2022 answered the survey, and 428 were included. Descriptive statistics, Spearman's Rho and linear regression analysis were chosen for analysis.

### **Results:**

Only 15.2% experience participation in birth. Oral information is given to the majority of women, while written information is given to one in four women. There is a small proportion of women who experience getting enough information ahead of the induction. There is a connection between perceived co-determination and information about the induction method, whether the information is formulated well and about time to process information.

### **Conclusion:**

The study shows that there is variation in how women describe the information. The fewest participants experienced to a lesser extent receiving information about the relevant induction method, whether the information was comprehensibly formulated and time to process information. This affects the experience of co-determination in women who have the birth induced due to premature pregnancy.

### **Keywords:**

Birth, induction, co-determination, shared decision making, participation, information, informed choice, overdue pregnancy.

# Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn .....	1
1.2	Hensikt og forskningsspørsmål .....	5
2	TEORETISK REFERANSERAMME .....	6
2.1	Samvalg .....	6
2.2	Partnerskapsmodellen .....	7
3	METODE .....	9
3.1	Design .....	9
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	9
3.3	Utvalg og rekruttering .....	10
3.4	Datainnsamling .....	11
3.4.1	Pilotprosjekt .....	12
3.4.2	Spørreundersøkelse .....	12
3.5	Kodebok og koding .....	13
3.6	Variabler brukt i analysene .....	13
3.7	Gjennomførte analyser .....	15
3.7.1	Deskriptive analyser .....	15
3.7.2	Spearman's korrelasjonsanalyse ( $\rho$ ) .....	16
3.7.3	Lineær regresjon .....	17
3.8	Etiske overveielser .....	19
4	RESULTATER .....	21
4.1	Beskrivelse av bakgrunnsfaktorer .....	21
4.2	Beskrivelse av kvinners vurdering av informasjon om induksjon .....	23
4.3	Sammenheng mellom informasjon og opplevelse av medbestemmelse .....	26
5	DISKUSJON .....	32

5.1	Resultatdiskusjon.....	32
5.2	Utvalg .....	42
5.3	Metodekritikk .....	43
5.4	Forslag til videre forskning.....	47
5.5	Implikasjoner for praksis .....	48
6	KONKLUSJON .....	49
	Referanseliste .....	50
	Figur og tabell .....	58
	Vedlegg 1. Samarbeidspartnere og grupper som fikk tilsendt materiale .....	59
	Vedlegg 2. Informasjon om studien til rekruttering .....	60
	Vedlegg 3. Link til nettside og bilde av forsiden .....	61
	Vedlegg 4. Spørreundersøkelsen.....	62
	Vedlegg 5. Datahåndteringsplan .....	65

## Tabelliste

<b>Tabell 1. Bakgrunnsfaktorer av deltakerne i studien (N=428).</b> .....	21
<b>Tabell 2. Frekvenstabell av kvinners vurdering av informasjon (N=428).</b> .....	25
<b>Tabell 3. Spearmans' korrelasjonsanalyse av kvinners opplevelse av medbestemmelse.</b> .....	27
<b>Tabell 4. Lineær regresjon: Kvinners opplevelse av medbestemmelse - oversikt over resultater.</b> .....	31
<b>Tabell 5. Oversikt over antall deltakere som besvarte «vet ikke» og derfor ekskludert i Spearmans' korrelasjons- og lineær regresjonsanalyse.</b> .....	58

## Figurliste

Figur 1. Gestasjonsalder ved induksjon av fødsel (N=428). .....	22
Figur 2. Fordeling av hvordan deltakerne fikk informasjon om induksjon (n=667).....	23
Figur 3. Kvinners vurdering av informasjon om ulemper og fordeler med fødselsinduksjon. ....	24
Figur 4. Kvinners vurdering om de fikk nok informasjon i forkant av induksjon (N=428). ...	25

Figur 5. Kvinnerens opplevelse av rom til å stille spørsmål (N=428). .....	26
Figur 6. Stablet stolpediagram av variablene brukt i Spearmans' korrelasjons- og lineær regresjonsanalyse (N=428). *missing: 1. ....	27
Figur 7. Jitter diagram av lineær regresjon mellom opplevd medbestemmelse og informasjon om aktuell induksjonsmetode.....	29
Figur 8. Jitter diagram av lineær regresjon mellom opplevd medbestemmelse og forståelig formulert informasjon. ....	30
Figur 9. Jitter diagram av lineær regresjon mellom opplevd medbestemmelse og tid til å bearbeide informasjon. ....	31
Figur 10. Flytskjema .....	58

**Forkortelser:**

FHI – Folkehelseinstituttet

MFR – Medisinsk fødselsregister

$\rho$  – Symboliserer Spearmans' korrelasjonsanalyse

SPSS – Statistical Package for Social Sciences. En programvare som utfører statistiske analyser, dokumentasjon og ivaretar datahåndtering.

SSB – Statistisk sentralbyrå. En uavhengig, faglig institusjon med oppdrag i å samle inn offisiell statistikk om norske forhold.

UiT – Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet

UiO – Universitetet i Oslo

WHO – World Health Organization, Verdens helseorganisasjon

**Begrepsavklaringer:**

Empowerment – Er en prosess hvor personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv (Helsedirektoratet, 2017b).

Helsekompetanse – “Helsekompetanse” er den offisielle norske oversettelsen av begrepet “health literacy”. Begrepet går ut på å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å ivareta egen helse (Le et al., 2021).

Jitter-diagram – Har ingen god norsk oversettelse, men visualiserer hver enkelt enhet på lik linje som spredningsdiagram. Forskjellen er at Jitter-diagram visualiserer hver enhetene når de befinner seg i grupper, som ved Likert-skala (Biostats, u.å).

Medbestemmelse – Handler om at brukeren av helse- og omsorgstjenesten skal ha innflytelse på behandlingen. Brukeren skal ha mulighet til å samarbeide med fagpersoner i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a).

Overtid – Flere bruker begrepet overtid som en beskrivelse på at de har passert termindato. Korrekt definisjon på overtid er svangerskap som har fullgåtte 42 + 0, altså 294 dager (Michelsen et al., 2020). I denne oppgaven vil de som er indusert fra og med svangerskapsuke 41 + 0 bli inkludert. Dette på bakgrunn av at gravide kan bli indusert grunnet overtid mellom svangerskapsuke 41 + 0 og frem til 42 + 0 fordi det enten passer den gravide eller

fødeavdelingen best (Morken et al., 2020). I denne oppgaven vil vi bruke ordet overtid på gravide som induseres fordi de enten nærmer seg overtid eller er overtidig.

Trivselskontroll – Trivselskontroll er en utvidet svangerskapskontroll som utføres i spesialisthelsetjenesten. Trivselskontroll er anbefalt av Helsedirektoratet når svangerskapet har nådd 41 uker (Stavanger universitetssjukehus, 2021).

Uttrykkelig samtykke – Et uttrykkelig samtykke innebærer at man gir samtykke på en ekstra tydelig måte (Sikt, 2023).

# 1 INNLEDNING

Tema for masteroppgaven er informasjon og medbestemmelse ved induksjon av fødsel grunnet overtid. Interessen for tema kom etter å ha lest et innlegg på barseloppøret sin Instagram-profil. Innlegget var en kronikk skrevet av Therese Rist (Rist, 2022), hvor hun forteller hennes opplevelse av medbestemmelse og informert samtykke i forbindelse med induksjon av fødsel. Dette vekket vår nysgjerrighet, som medførte at vi utførte søk på internett etter flere skildringer om informasjon angående fødselsinduksjon, og vi reflekterte over våre opplevelser i praksis ved ulike fødeinstitusjoner.

Av erfaringer fra praksis, har vi opplevde at det nesten er en selvfølge at svangerskap som er overtidig, eller nærmer seg overtid skal induseres. Informasjonen kvinnen får fra gynekolog baserer seg på at de anbefaler induksjon, samt hvilken induksjonsmetode som skal iverksettes. Vi opplever sjeldent at informasjonen inneholder hvilke alternativer som er tilgjengelig, risikoer og fordeler med enten å indusere fødselen eller ha en avventende holdning. Dette opplever vi ofte blir diskutert på bakrommet sammen med kolleger, fremfor å ha diskusjonen sammen med kvinnen. I ettertid har vi hørt historier fra post-partum samtaler at kvinner skulle ønske å inneha mer informasjon om fødselsinduksjon, uten at vi har tenkt over hva kvinner legger i «mer informasjon».

## 1.1 Bakgrunn

### **Induksjon og overtidige svangerskap**

Spontan fødselsstart reduserer behovet for intervensjoner under fødsel, reduserer medikalisering av en fysiologisk prosess, og kan bidra til en positiv fødselsopplevelse, sammenlignet med fødsler som må induseres (World Health Organization, 2018a).

Forekomsten av induksjon er stigende i Norge, og på ti år har forekomsten av induserte fødsler gått fra 19,6 % til 28,4 % (Folkehelseinstituttet, 2021f). Induksjon er definert som kunstig igangsetting av fødsel. Fødselsinduksjon kan gjøres hormonelt gjennom administrering av tabletter oralt, vaginalt eller gis intravenøst. Tiltak som ballong eller amniotomi kan også gjøres (Oppegård et al., 2020). Induksjon av fødsel er kun anbefalt når det er klare indikasjoner på at videre svangerskap utgjør større risiko for mor og baby enn risikoen ved å indusere fødselen (World Health Organization, 2018b).

Per 2023 er de nasjonale retningslinjene for fødselsomsorgen til revidering, og denne inkluderer anbefalinger for induksjon av fødsel ved overtidige svangerskap (Helsedirektoratet, 2022). Endringen innebærer å konkretisere anbefalingen. Dette innebærer at ordlyden endres, noe som kan medføre at tolkningen av retningslinjen kan bidra til mindre uønsket variasjon i fødetilbudet (Helsedirektoratet, 2022). “Veileder i fødselshjelp” anbefaler at induksjon kun gjøres når det foreligger en medisinsk indikasjon. Overtidig svangerskap er en av flere medisinske indikasjoner for å indusere en fødsel (Oppegård et al., 2020). Det er ulik praksis og syn internasjonalt på når et svangerskap anses som overtidig.

Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler induksjon av fødsel ved overtidig svangerskap i svangerskapsuke 41 + 0 (World Health Organization, 2018b). En systematisk oversiktsartikkel som inkluderte 68 retningslinjer tilgjengelig på engelsk for induksjon ved overtidig svangerskap, finner at alle retningslinjene bortsett fra én, anbefaler induksjon mellom svangerskapsuke 41 + 0 og 42 + 0 (Coates, Homer, et al., 2020). Danmark innførte i 2011 rutinemessig induksjon mellom svangerskapsuke 41 + 3 og 41 + 5 (Rydahl et al., 2019). Dette kommer frem i studien til Rydahl et al. (2019) hvor hensikten med den nye retningslinjen var å forebygge den økte risikoen for dødfødsel, samt andre føtale og maternelle komplikasjoner som ble observert ved induksjon fra og med svangerskapsuke 42 + 0. Funn i studien til Rydahl et al. (2019) viste ingen endring i forekomsten av lav apgar skår, dødfødsler eller perinatal død etter innføring av nye induksjonsrutiner. Funn viste derimot en økning i andelen induserte fødsler blant normale svangerskap.

I nasjonal sammenheng har Norge lav forekomst av fosterdød også etter gestasjonsalder 41 + 0 (Folkehelseinstituttet, 2021a). “Veileder i fødselshjelp” definerer overtid som fullgatte 42 + 0, altså 294 dager (Morken et al., 2020). Det er anbefalt at gynekologer og jordmødre i Norge følger anbefalingene i “Veileder i fødselshjelp (2020)”, hvor det står “Vi foreslår at de kvinnene som ikke induseres ved trivselsvurdering, bør induseres mellom svangerskapsuke 42 + 0 og 42 + 2 så sant dette er praktisk gjennomførbart for institusjonen” (Morken et al., 2020). En trivselskontroll er en utvidet svangerskapskontroll som alle gravide får tilbud om ca. åtte dager etter termin dato. Dette gjøres for å undersøke at mor og baby har det bra, og vurdering om induksjon av fødsel dersom den ikke starter spontant (Stavanger universitetssjukehus, 2021).

## **Informasjon og medbestemmelse**

En rapport fra folkehelseinstituttet (FHI) undersøker effekten av å indusere i svangerskapsuke 41 sammenlignet med avventende holdning fram til svangerskapsuke 42. Funn viste at 74 % av kvinnene ønsket umiddelbar igangsettelse av fødsel ved overtid, selv om 41 % av dem trodde at det kunne medføre økt risiko for komplikasjoner. Samtidig sa 95 % av kvinnene at de ville følt seg trygg på et overtidig svangerskap om legen forsikret dem om at det var i orden eller at fosterovervåking viste normale forhold (Kornør et al., 2020). Med tanke på at et langt svangerskap kan oppleves slitsomt, oppgir kvinner i flere studier at tilbud om fødselsinduksjon er en lettelse (Coates, Homer, et al., 2020; Lou et al., 2019; Mathisen, 2022). Det er tidligere gjort flere studier som omhandler induksjonsmetode, tidspunkt for induksjon og forventet utfall (Coates, Makris, et al., 2020; Kornør et al., 2020; Rydahl et al., 2019). Vi finner derimot få norske studier som utforsker kvinners erfaringer og opplevelser angående informasjon og medbestemmelse i forbindelse med fødselsinduksjon. Vi har likevel funnet en norsk rapport som er publisert i Den norske jordmorforeningen sitt tidsskrift (Mathisen, 2022). I denne rapporten fremkommer det at informasjonen kom direkte fra jordmor og fra helseapper. Trivselskontroll opplevdes som noe positivt og at det var en psykisk belastning å passere termin (Mathisen, 2022).

Norge har en rekke juridiske og faglige retningslinjer som helsepersonell er pålagt å følge, for å forsikre seg om at de som benytter helsetjenester får medvirke i valg som omhandler egen helsesituasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) (International Confederation of Midwives (ICM), 2016) (Morken et al., 2020). I nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen står det at gravide bør få kunnskapsbasert informasjon, mulighet til å ta informerte valg og ha innflytelse på oppfølgingen i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2018). Pasientmedvirkning forutsetter at pasienten får tilstrekkelig informasjon for å kunne ta et informert valg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre står det blant annet at jordmor skal gi relevant informasjon og vektlegge brukervedvirkning, informert- valg og samtykke til hver enkelt kvinne (International Confederation of Midwives (ICM), 2016). Funn fra en systematisk oversiktsartikkel av Coates et al. (2019) om kvinners opplevelse av induksjon viser at informasjonen de fikk, ikke var tilstrekkelig for å kunne ta del i beslutningen. I en annen kvalitativ enkelstudie oppgir kvinner at de ønsket å stille spørsmål om induksjon, men var usikre på hva de skulle spørre om (Coates, Thirukumar, et al., 2021). Videre i studien til Coates et al. (2019) var det tydelig

fravær av meningsfull informasjon. Informasjon ble gitt, men enten i et hastverk eller i utilstrekkelig grad (Coates et al., 2019). Studien til Akuamoah-Boateng and Spencer (2018) viser at informasjonen kvinner mottok om induksjon påvirket deres kunnskapsnivå, og var en faktor som påvirket opplevelsen av å være forberedt til fødselsinduksjon i positiv grad. Informasjonen kom fra ulike kilder, derav jordmor, lege, internett, bøker, venner og familie (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018).

Schwarz et al. (2016) rapporterte at kvinner ønsket å inneha mer informasjon og støtte til beslutningsprosessen i fødselsomsorgen, og da spesielt med tanke på induksjon. Ifølge (Moore et al., 2014) ble kvinner ledet til å tro at induksjonen var nødvendig for å forhindre risiko ved å nærme seg overtid. Det blir også presisert videre i studien at kvinner ikke fikk presentert all informasjon om risikoer eller alternativer, noe som førte til vanskeligheter i avgjørelsesprosessen (Moore et al., 2014). Kvinner oppfattet det som et stort ansvar og som en belastning å måtte ta et slikt valg på vegne av seg selv, og barnet (Mathisen, 2022). Det ble rapportert i studien til Coates et al. (2019) at kvinner hadde stor tillit til helsepersonell, og at de fulgte anbefalingene som ble gitt om induksjon. Kvinnene var sikre på å få nødvendig informasjon av helsepersonell, likevel hadde de sjeldent kunnskap om risiko i forbindelse med induksjon. Det ble rapportert at diskusjonen stort sett omhandlet risikoen det ville være for fosteret dersom induksjon av fødsel ble utsatt (Coates et al., 2019).

Pasientinformasjonen om fødselsinduksjon ved de seks største sykehusene i Norge, har alle lik utforming. Det fremkommer tydelig hvem som har ansvar for oppfølging ved overtidige svangerskap, hvilke induksjonsmetoder som er mulig basert på kliniske funn hos kvinnen, og hva som skjer ved induksjon av fødsel (Haukeland universitetssjukehus, 2020; Stavanger universitetssjukehus, 2021; Sørlandet sykehus, 2022; Universitetet i Oslo, 2021; Universitetssykehuset i Trondheim, 2022; Universitetssykehuset Nord-Norge, 2021). Folkehelseinstituttet utførte en brukerundersøkelse i 2017 som omhandler fødsel- og barselomsorgen i Norge, hvor 3783 kvinner som hadde født i siste kvartal av 2017 besvarte et standardisert spørreskjema. Dette er en brukerundersøkelse som studerer kvinner som har født barn, og er ikke spesifisert til induserte kvinner. Funnt fra undersøkelsen viser at 78 % i stor grad opplevde å få tilstrekkelig med informasjon av fødeavdelingen, og 68 % opplevde i stor grad å være involvert i avgjørelser om sin egen fødsel (Holmboe & Sjetne, 2018). En tilsvarende brukerundersøkelse fra 2013 om samme tema, viser at 71 % i stor grad og i svært stor grad opplevde å få tilstrekkelig med informasjon på fødeavdelingen (Sjetne et al., 2013).

Det ser dermed ut som at tilfredsheten av informasjon har vært stabil i noen år før Covid-19 pandemien. Det er ikke funnet brukerundersøkelser fra Folkehelseinstituttet (FHI) fra tiden etter at Covid-pandemien ankom Norge.

Tidligere forskning som er beskrevet over, illustrerer sårbare gravide i en usikker fase. Om kvinner ønsker induksjon grunnet overtidig svangerskap eller ikke, er dette en fase hvor gravide vil trenge informasjon og støtte fra jordmor. I de nevnte studiene over blir det beskrevet mangel på informasjon og medbestemmelse. Derav viser dette et fragmentert bilde av fødselsomsorgen, hvor kvinner beskriver at informasjonsbehovet ikke blir dekket. På bakgrunn av dette ønsker vi å utforske hvordan kvinner beskriver mottatt informasjon om induksjon på norske fødeavdelinger, og om informasjonen påvirker grad av opplevd medbestemmelse.

## 1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å utforske hvordan gravide beskriver informasjonen de får på fødeavdelingene om induksjon grunnet overtid, og om det er en sammenheng mellom informasjonen kvinnen får og hennes opplevelse av medbestemmelse.

Studien er avgrenset til kvinner som ble indusert i tidsrommet 2019-2021. Kvinnene må ha blitt indusert f.o.m svangerskapsuke 41 grunnet overtid, og beherske norsk skriftspråk.

Forskningsspørsmål:

*Hvordan beskriver gravide informasjonen som blir gitt av jordmor ved induksjon grunnet overtid?*

*Er det en sammenheng mellom informasjonen kvinnene får om induksjon av fødsel og opplevelsen av medbestemmelse?*

## 2 TEORETISK REFERANSERAMME

### 2.1 Samvalg

“Shared decision making”, oversatt til samvalg på norsk har som mål å gi informasjon som er med på å støtte kvinnens beslutningstaking (Elwyn et al., 2012). Samvalg er en prosess hvor beslutninger som tas, er et samarbeid. Det er en prosess hvor pålitelig informasjon gis, med alternativer og hvor pasientens kontekster og bekymringer spiller en stor rolle (Elwyn et al., 2017). Det kommer frem i studien til Elwyn et al. (2017) at fremtidige generasjoner av pasienter ikke vil tolerere at viktige beslutninger skal tas uten at de forstår vurdering av skadene eller eventuelt og fordelene ved den aktuelle intervensjonen. Samtalen skal blant annet ta hensyn til i hvilken grad pasienten ønsker å involveres i en beslutning. Pasienten skal kunne ønske informasjon om alternativer uten å måtte ta hele ansvar for beslutningen (Elwyn et al., 2017). En modell for samvalg ble utviklet av Elwyn et al. (2017) som ble publisert i 2012, og ble videre reviderte i 2017. Denne modellen har tre nøkkeltrinn som er beskrevet av Nieuwenhuijze (2020), og som vi har tatt utgangspunkt i.

- Teamsamtale: kvinnen og jordmor tar et steg tilbake, og ser på situasjonen sammen (Elwyn et al., 2017). Underveis vil de sammen vurdere om kvinnen har en klar forståelse på at situasjonen vil kreve et valg. Det må tydelig fremkomme at det finnes alternativer tilgjengelig (dersom det er tilfellet) og hvilket tidsperspektiv som legges til grunn. Hvis kvinnen ikke er sikker på om hun ønsker å være involvert, skal jordmor sørge for at hun føler seg støttet, og ikke står alene med ansvaret for avgjørelsen. Jordmor utforsker hva kvinnen allerede vet, og løser opp i eventuelle misforståelser som måtte oppstå. Denne fasen retter oppmerksomhet mot områder hvor kvinnen er usikker (Nieuwenhuijze, 2020).
- Samtale om tilgjengelige alternativer: dialog og utvekslinger mellom kvinnen og jordmor er sentral i denne fasen (Nieuwenhuijze, 2020). Etter at kvinnen har fått informasjon om tilgjengelige alternativer for hennes helsesituasjon, og at kvinnen har fått mulighet til å evaluere informasjonen som har blitt gitt, vil det bli gitt forsknings- og erfaringsbasert informasjon. Dette inkluderer fordeler og ulemper ved de ulike alternativene. Kvinnens personlige ønsker/ mål, verdier og preferanser er viktig å utforske i denne fasen. Uansett om man velger å fremstille

informasjonen gjennom tabeller, tall eller andre visuelle hjelpemidler er dialogen og den tillitsskapende relasjonen mellom jordmor og kvinnen det viktigste virkemidlet. I denne fasen rettes oppmerksomheten til kvinnens behov for informasjon som er tilpasset henne og hennes omstendigheter, kvinnens forståelse av informasjon og tiden som trengs for å bearbeide informasjon (Nieuwenhuijze, 2020).

- Samtale om valg: i denne fasen vil fokus være på kvinnens preferanser og bevege seg mot et valg (Nieuwenhuijze, 2020). På veien til et valg vil det være essensielt å diskutere og evaluere prosessen så langt. I denne fasen vil kvinnen og jordmor også legge en plan for å gjøre valget mulig å gjennomføre. Denne fasen retter fokus mot kvinnens følelse av valget, og å være åpen for muligheten til å ta opp tanker fra de andre fasene dersom det er behov for det, og eventuelt åpenhet om at det er lov å endre mening om valget (Nieuwenhuijze, 2020).

Gjennom alle stegene som gjennomføres med denne teorien om samvalg, vil aktiv lytting og kvinnens mulighet til overveielse være essensielt. Hvis mulig, kan en overveiellesfase før et valg, gi kvinnen muligheten til å vurdere informasjonen og å forstå valgene hun har tilgjengelig (Nieuwenhuijze, 2020). Jordmor kan i denne fasen veilede kvinnen gjennom å tilby flere pålitelige informasjonskilder. Dersom kvinnen har behov for å diskutere valgene sine med andre, skal hun få mulighet til det (Nieuwenhuijze, 2020).

## **2.2 Partnerskapsmodellen**

Partnerskapsmodellen ble først fremstilt som en teoretisk modell i 1994 da Guilliland og Pairman skrev "Midwifery partnership: A model for practice". Denne modellen ble utviklet for å få en bredere forståelse for hva det betydde for kvinner og jordmødre å samarbeide med hverandre (Miller & Bear, 2019).

Modellen gjenspeiler et forhold som er likestilt, gjensidig og positivt mellom kvinnen og jordmor. Jordmor sin profesjonelle rolle innebærer å formidle kunnskap til kvinnen slik at hun aktivt kan ta en beslutning i tilfeller hvor det er nødvendig. Dette blir anerkjent i modellen (Miller & Bear, 2019).

Partnerskapsmodellen bidrar til presentasjon av kvinnens og jordmors aspekter ved deres felles erfaring og det som forventes å komme ut av forholdet. Makten i forholdet blir dermed delt gjennom gjensidig utveksling av kompetanse. Kvinnen bringer med seg sin kunnskap og ekspertise om seg selv, sammen med sine erfaringer, forventninger, håp og frykt. Jordmor bidrar med sin kunnskap og kompetanse, som igjen er formet av hennes yrkesetikk og prosedyrer for praksis (Miller & Bear, 2019). Tiden som jordmødre tilbringer med kvinnen er viktig for å ta avgjørelser og oppmuntringen kvinnen får er viktige faktorer som er med på å bygge tillit, gi trygghetsfølelse og støtte (Miller & Bear, 2019).

Etter studien til Pairman (1999) som undersøkte forholdet mellom kvinner og jordmødre og deres delte erfaringer, ble det lagt til ytterligere konsepter for både kvinnen og jordmor, og modellen gjennomgikk revidering som resulterte i en ny modell i 2017. For kvinnen ble det utvidet med å søke profesjonell omsorg, aktiv deltakelse, ansvar og kontroll over egen helse, tillit, respekt, kvalitet og åpenhet. For jordmor ble det innført å bruke kunnskap, ferdigheter og seg selv i praksis, gi støtte, være tilgjengelig og være sammen med kvinnen. Disse prinsippene var med på å forbedre modellen, hvor likestilling, dele felles interesser, involvering, tillit, gjensidighet, ta seg tid og å dele ansvar og kontroll ble viktige elementer (Miller & Bear, 2019).

Både kvinnen og jordmor tilfører en følelse av å være likeverdig i deres relasjon, men det betyr ikke at de er like (Miller & Bear, 2019). Det betyr at de har like rettigheter i denne relasjonen, og deler av sin individuelle kunnskap, noe som blir fordelaktig for dem begge. Makt deles også gjennom beslutningstaking, hvor kvinnen etter en prosess med informert valg og samtykke, blir myndiggjort som den som bestemmer. Videre beskriver Miller and Bear (2019) at ansvarsfordeling ikke bare er avhengig av beslutningstaking basert på informert valg og samtykke, men også på at begge deler ansvar for valget som blir tatt. For at kvinnen skal kunne inkluderes i avgjørelser, må hun få alle alternativer forklart fullt ut. Dette for at hun skal kunne ta et valg som vil være til det beste for henne. Å erkjenne at kvinnen aksepterer ansvaret for sine valg, fritar ikke jordmor fra å ta ansvar i samsvar med yrkesetikk, prosedyrer og retningslinjer. Jordmødre forblir alltid ansvarlig for handlingene de tar. Kvinner kan oppleve det styrkende å ta ansvar for sine beslutninger (Miller & Bear, 2019).

## 3 METODE

### 3.1 Design

På bakgrunn av vår problemstilling valgte vi å gjennomføre en kvantitativ tverrsnittstudie. Studiedesignet ble valgt da vi mener denne tilnærmingen er mest egnet for å beskrive kvinners opplevelse av informasjon gitt ved induksjon av fødsel grunnet overtidig svangerskap, og å utforske sammenheng mellom informasjonen og deres opplevelse av medbestemmelse. Vi valgte en kvantitativ tilnærming fordi vi var interessert i å innhente informasjon som kan analyseres i større kvantum enn hva kvalitative studier kan gjøre. Ulempen med denne metoden er at datainnsamlingen skjer med betydelig begrensninger på tolkningen av empirien som samles inn (Jacobsen, 2021). Deltakernes fortolkninger gjøres om til tall, og er en forenkling av komplekse hendelser. Informasjonen kvinnen gir blir komprimert, og gir ikke nyanserte opplysninger, men heller kortfattet, rask og registrerbar informasjon (Jacobsen, 2015).

Tverrsnittstudie kjennetegnes ved at man får et øyeblikksbilde av virkeligheten, og ut ifra dette beskrive en tilstand i en bestemt gruppe på et gitt tidspunkt (Jacobsen, 2015).

Tverrsnittstudie er kostnadseffektivt, noe som er relevant for oss som har et tidsbegrenset prosjekt (Jacobsen, 2021). Ulempen med en tverrsnittstudie er at tidsperspektivet kun gir oss innblikk i populasjonen i et gitt øyeblikk, uten mulighet for å si noe om endringer som skjer over tid (Jacobsen, 2015). Dette betyr at vi ikke kan si noe om kausalitet fordi det krever at vi er i stand til å fastslå en tidsrekkefølge, at vi kan fastslå at årsaken forekom før virkning i tid. Dette kan ikke vi si noe om i vår studie. Enkelt forklart betyr kausalitet om vi kan si om noe (en årsak) påvirker noe annet (en virkning) (Jacobsen, 2021).

### 3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Vitenskapsteoretisk perspektiv for denne tverrsnittstudien er empirisme. Valget om dette vitenskapsteoretiske perspektivet falt naturlig, da empirisme går ut på at alle påstander om virkeligheten, skal ha sitt grunnlag fra erfaring (Wifstad, 2018). Empirisme er et særegent sett av oppfatning som stammer fra de såkalte britiske empiristene fra 1600- og 1700-tallet, hvorav Humes filosofi spesielt har vært retningsgivende. Hume mente at all kunnskap kan spores tilbake til inntrykk, uansett om det er ytre sanseinntrykk eller indre

refleksjonsinntrykk. Hume mener det er sammenheng mellom årsak og virkning, noe som er våre mest grunnleggende forutsetninger i vitenskap. Det tas for gitt at mange ting henger sammen på en ikke-tilfeldig måte (Wifstad, 2018). For å få en forståelse av hvordan kvinner vurderer informasjon og medbestemmelse, hadde vi behov for å utforske hvordan kvinnene beskriver dette. Ved å bruke kvantitativ metode fikk vi svar fra mange kvinner, noe som gjorde at vi kunne danne et bilde av hvor mange som opplever informasjon og medbestemmelse angående induksjon av fødsel grunnet overtid.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

På grunn av oppgavens begrensninger ble deltakerne rekruttert ved hjelp av selvutvelgelse. Det betyr at vi har satt kriterier for inkludering og ekskludering for å finne utvalget vi ønsker, og inkluderingen er dermed ikke tilfeldig. Selvseleksjon eller selvutvelgelse med frivillig deltakelse betyr at deltakerne selv gjør en vurdering på om de faller innenfor våre kriterier, og basert på dette gjør de en egen vurdering om de ønsker å delta eller ikke (Jacobsen, 2021). Populasjonen vi ønsker å studere, og som faller inn under våre inklusjonskriterier, er kvinner som har blitt indusert grunnet overtid i tidsrommet 2019 og 2022. Det er foreløpig ikke gitt ut tall for 2022 i medisinsk fødselsregister (MFR). Det er derimot 38 925 kvinner som hadde svangerskapsvarighet på 41 + 0 eller lengre i tidsperioden 2019-2021 (Folkehelseinstituttet, 2021e). Det er likevel ikke gitt at alle 38 925 kvinnene med svangerskapsvarighet som passer våre inklusjonskriterier, er indusert eller indusert grunnet overtid.

Rekrutteringsprosessen ble i stor grad gjennomført gjennom sosiale medier ved hjelp av samarbeidspartnere (se vedlegg 1). Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som ble sendt ut (se vedlegg 2). Instagram og Facebook ble i stor grad brukt, men vi utarbeidet også en nettside hvor kvinner kunne lese om studien før deltakelse (vedlegg 3).

Rekruttering gjennom internettbaserte tjenester som sosiale medier har vist seg å kunne gi like gode resultater som tradisjonelle rekrutteringsmetoder (Thornton et al., 2016). Vi har valgt å rekruttere deltakere gjennom sosiale medier, da andelen kvinner i alderen 25 år til 34 år som benytter sosiale media hver dag er 94 % (Statistisk sentralbyrå, 2022a). De fleste kvinnene føder mellom alderen 25 år og 34 år ifølge MFR, så det er sannsynlig at vi når de fleste kvinnene med denne rekrutteringsmetoden (Folkehelseinstituttet, 2021b).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 år og over.</li> <li>• Indusert grunnet overtid</li> <li>• Indusert f.o.m uke 41+0</li> <li>• Har født i tidsrommet 01.01.2019 – 30.11.2022</li> <li>• Induksjon med ballong, amniotomi, prostaglandiner eller oxytocin.</li> <li>• Kvinner som behersker norsk skriftspråk.</li> <li>• Indusert og født i Norge.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De som er under 18 år.</li> <li>• Medisinske indikasjoner for induksjon som f.eks.: Svangerskapsdiabetes, preeklampsi, oligohydramnion, forhold hos fosteret.</li> <li>• Kvinner som har født tidligere enn 2019.</li> <li>• Hinneløsning av cervix (stripping) som eneste tiltak for induksjon.</li> <li>• Kvinner som ikke behersker norsk skriftspråk.</li> </ul>

### 3.4 Datainnsamling

Vi var interessert i å komme i kontakt med flest mulige kvinner som ble indusert som følge av overtidige svangerskap. Et prestrukturert spørreskjema ble utarbeidet ved bruk av Universitetet i Oslo (UiO) sitt nettbaserte spørreskjema, da Universitet i Tromsø - Norges arktiske universitet (UiT) har avtale om bruk (Universitetet i Oslo, 2021) og tjenesten gir oss mulighet til å utarbeide et anonymt spørreskjema (Universitetet i Oslo, 2021).

Spørsmålene i spørreundersøkelsen har svaralternativer utformet med Likert skala. Her har deltakerne mulighet til å uttrykke sin opplevelse innen faste rammer. Dette kalles lukket kvantitativ datainnsamling (Jacobsen, 2021). Vi har valgt å bruke Likert skala for å gi deltakerne mulighet til å velge mellom ulike svaralternativer som er negativt og positivt ladet i ulik grad. Det vil også være mulighet til å oppgi at man ikke ønsket å svare. Dette gjør at svarene i større grad kan gjenspeile deltakerens oppfatning av situasjonen sammenlignet med dikotome (ja/nei) svaralternativer. Ved å ha flere verdier vil resultatene på svarene være mer nyansert. Sannsynligheten for frafall ved at deltakerne ikke besvarer alle spørsmålene i

undersøkelsen, reduseres dersom deltakeren finner et svaralternativ som passer dem (Johannessen et al., 2022).

For utarbeidelsen av spørreundersøkelsen ble det innhentet enkeltspørsmål fra tidligere spørreundersøkelser tilknyttet andre forskningsprosjekt eller brukerundersøkelser (Holmboe & Sjetne, 2018; Liland, 2014).

### **3.4.1 Pilotprosjekt**

Som en del av valideringsprosessen for spørreundersøkelsen utførte vi en pilotstudie. Undersøkelsen ble tilgjengelig i en uke. Spørreskjema ble utarbeidet med fire tilleggsspørsmål hvor deltakerne kunne gi konkrete tilbakemeldinger til oss i fritekst. Rekrutteringen skjedde ved bruk av flere ulike Facebook-grupper for enten gravide kvinner eller kvinner i barsel. Gjennom rekrutteringsprosessen fikk vi samlet ti kvinner som fikk tilsendt lenke til spørreundersøkelsen. Av disse ti var det ni som besvarte pilotundersøkelsen.

### **3.4.2 Spørreundersøkelse**

Tilbakemeldingene fra pilotundersøkelsen ble brukt til å omformulere spørsmål, og endre noen av svaralternativene. Vi endte opp med 28 spørsmål. Spørsmålene ble inndelt i 8 spørsmål om bakgrunnsfaktorer, 10 spørsmål om informasjon og rettigheter og 10 spørsmål om medbestemmelse (Se vedlegg 4). Spørsmål som ble behandlet i denne oppgaven kan sees under avsnittet “Variabler brukt i analysen”.

Spørreundersøkelsen ble lansert 1. november 2022. Vi hadde i forkant gjort avtaler med samarbeidspartnere og privatpersoner på Instagram og Facebook for deling av materiale som kunne promoteres (se vedlegg 1).

### 3.5 Kodebok og koding

For å håndtere datamaterialene opprettet vi en kodebok i nettskjema.no. Hver variabel fikk et navn og svaralternativene fikk en tallverdi. På denne måten kan man utføre statistiske analyser (Jacobsen, 2015). Spørsmål med Likert skala fikk en tallverdi hvor 1 = ikke i det hele tatt, 2 = i liten grad, 3 = i noen grad, 4 = i stor grad, 5 = i svært stor grad og 6 = vet ikke.

Spørsmål som var dikotome og gjensidig utelukkende, for eksempel ja/nei, ble ja konsekvent kodet 1, og nei 2.

Datamaterialet og kodeboken ble overført til statistikkprogrammet Statistical Package for the Sosial Sciences (SPSS) (IBM Corp, 2021).

### 3.6 Variabler brukt i analysene

For analysene ble 17 av 28 av spørsmålene brukt. Variablene i datasettet er på nominalt og ordinalt målnivå, noe som gir oss en avgrensning på hvilke statistiske analyser vi kan benytte oss av i denne masteroppgaven. Nominale og ordinale variabler er gjensidig utelukkende. Forskjellen er at nominale variabler ikke kan rangeres på en logisk måte, sivilstatus og paritet er eksempler på dette. Verdiene kan adskilles i logiske atskilte kategorier, og vi må selv sette en tallverdi på svarene. Denne tallverdien har ingen konsekvens for hvilket svar som blir avgitt, da den ikke sier noe om rangering eller størrelse på verdiene (Johannessen et al., 2022).

Ordinal betyr orden, og variablene kan i dette målnivået rangeres på en logisk måte i tillegg til å være gjensidig utelukkende. Utdanning og Likert skala er et eksempel på dette ved at man har en gradering av svaralternativene. En logisk rangering av verdiene i Likert skala går fra 1-5 fra negativ til positiv grad (Johannessen et al., 2022).

## Nominale variabler

- Paritet (førstegangsfødende, flergangsfødende)
- Sivilstand (Samboer/ gift, kjæreste/ partner, Enslig/ separert)
- Hvordan fikk du informasjon om hva det innebærer å få fødselen igangsatt? (Muntlig, skriftlig, jeg fant ut av informasjonen selv, fikk ingen informasjon, vet ikke)
- Vil du si at du fikk nok informasjon i forkant av din induksjon? (Ja, fikk nok informasjon, nei fikk ikke nok informasjon, ønsket mindre informasjon enn det jeg fikk, vet ikke)
- Opplevde du at det var rom for å stille spørsmål? (Ja, nei, vet ikke)

## Ordinale variabler

- Alder (Under 18 år, 18 år - 25 år, 26 år - 30 år, 31 år - 35 år, 36 år - 40 år, over 40 år)
- Utdanningsnivå (Grunnskole, videregående skole, høyskole/ universitet 1 - 4 år, høyskole/universitet >4 år)
- Svangerskapsuke ved induksjon av fødsel (41 + 0 – 41 + 3 / 41 + 4 – 41 + 6 / 42 + 0 – 42 + 3 / Over 42 + 4)
- Likert skala (Ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad, vet ikke)
  - Fikk du informasjon om ulemper ved å sette i gang fødselen din?
  - Fikk du informasjon om fordeler med å sette i gang fødselen din?
  - Fikk du informasjon om ulemper med å avvente igangsetting av fødselen din?
  - I hvilken grad kan du si at informasjon gjorde deg trygg i å bli igangsatt?
  - Opplevde du rom for å diskutere induksjon med jordmor/gynekolog?
  - Kan du si at du opplevde medbestemmelse ved igangsettelse av din fødsel?
  - Fikk du god informasjon om de metodene for igangsettelse som var aktuelle for deg?
  - I hvilken grad opplevde du at informasjonen var forståelig formulert av jordmor/gynekolog?
  - Opplevde du at du fikk god nok tid til å bearbeide informasjonen du fikk før fødselen ble satt i gang?

## 3.7 Gjennomførte analyser

SPSS IBM versjon 28, 2022 ble brukt for å gjennomføre statistiske analyser (IBM Corp, 2021). I arbeidet med analysene ble det også brukt litteratur for å tolke resultatene, henholdsvis SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS (Pallant, 2020), Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene (Jacobsen, 2021), introduksjon til IBM SPSS statistics, utgave 5 (Johannessen et al., 2022), Statistikk for helse- og sosialfagene (Bjørndal & Hofoss, 2017) og Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (Field, 2013).

### 3.7.1 Deskriptive analyser

Deskriptiv statistikk ifølge Jacobsen (2015) beskriver hvordan observasjoner fordeler seg, enten i utvalg eller populasjon. Oftest fremstilles dette grafisk for å lettere gi leseren innblikk i fordelingen av svar (Jacobsen, 2015).

Vi har brukt bakgrunnsvariablene våre for å beskrive utvalget i studien, som alle er kategoriske variabler. Kategoriske variabler betyr at man kun kan tilhøre en kategori, og er derfor gjensidig utelukkende variabler. Fordeling av deltakerne med tanke på bakgrunnsvariablene blir fremstilt i en frekvenstabell. Hvor mange ganger en verdi på en variabel forekommer, kan en frekvenstabell vise. En frekvensfordeling er også nyttig for at vi skal bli kjent med materialet vårt (Bjørndal & Hofoss, 2017). Med frekvenstabell kan vi se hvor mange ganger et svaralternativ (en verdi) har blitt valgt, og vi får presentert en prosentfordeling som lettere kan beskrive hvordan fordelingen ser ut (Johannessen et al., 2022). Etter å ha laget en frekvenstabell, fikk vi oppgitt antall gyldige svar, og totalt antall deltakere presenteres som «N». Deler av det totale utvalget presenteres som «n». Missing, altså hvor mange som ikke har svart på spørsmålet blir også presentert, men blir ikke inkludert i utregningen av valide svar.

Alderskategoriene 36 år - 39 år og over 40 år, sivilstatuskategoriene enslig og separert, og utdanningsnivåene grunnskole og videregående skole er slått sammen. Dette gjorde vi fordi det var svært få deltakere (< 10) i de nevnte kategoriene. Tabellen viser både antall og prosentandeler for lettere å tolke hvordan utvalget grupperer seg.

Vi har valgt å grafisk fremstille variabelen som omhandler hvilken informasjonsmetode deltakeren fikk. Dette spørsmålet var et flervalgsspørsmål, hvor deltakerne kunne besvare flere svaralternativ ved behov. Dette spørsmålet blir fremstilt som et sektordiagram.

Hvordan deltakerne har besvart spørsmål angående informasjon om ulemper og fordeler med å induseres/ avvente induksjon fremstilles ved hjelp av liggende stolpediagram.

### **3.7.2 Spearmans' korrelasjonsanalyse ( $\rho$ )**

For å besvare forskningsspørsmål 2, "Er det sammenheng mellom informasjonen kvinnen får om igangsettelse og opplevelsen av medbestemmelse" valgte vi å utføre Spearmans' korrelasjonsanalyse som primæranalyse for å undersøke om grunnleggende forutsetninger for å benytte lineær regresjon var oppfylt. Formålet med Spearmans' korrelasjon er å sjekke om det er et lineært forhold mellom grad av opplevd medbestemmelse ved induksjon av fødsel (avhengig variabel) og tre uavhengige informasjonsvariabler:

1. "Fikk du god informasjon om de induksjonsmetoder som var aktuelle for deg?"
2. "I hvilken grad opplevde du at informasjonen du fikk, var forståelig formulert av jordmor/gynekolog?"
3. "Opplevde du at du fikk god nok tid til å bearbeide informasjonen du fikk før fødselen ble indusert?"

For å kunne gjøre Spearmans' korrelasjonsanalyse og eventuelt senere lineær regresjonsanalyse, må visse forutsetninger være oppfylt. To av forutsetningene som er likt for de to analysene er at vi må ha en kontinuerlig avhengig variabel og en kontinuerlig uavhengig variabel. Vi hadde i utgangspunktet ingen variabler på kontinuerlig nivå. I noen tilfeller kan ordinale variabler likevel behandles som en kontinuerlig variabel. Et eksempel er en Likert-skala som inneholder minst fem verdier (Laerd Statistics, 2023). Variablene som blir brukt i de to analysene er på ordinalt nivå (Likert- skala) med fem verdier, men behandles som kontinuerlig data i denne analysen. Dette gjøres ved å omkode variablenes målnivå fra ordinal til kontinuerlige variabler (scale) i SPSS (Johannessen et al., 2022). Dermed er disse forutsetning innfridd.

Spearmans' korrelasjonsanalyse er en ikke-parametrisk test, og brukes når dataene ikke er normalfordelte (Bjørndal & Hofoss, 2017). Lineær sammenheng mellom variablene betyr at når verdien av en variabel øker, så vil verdien på den andre variabelen enten øke eller synke

(Laerd Statistics, 2018). Når vi har utført Spearmans' korrelasjonsanalyse, kan vi tolke om det er korrelasjon ved hjelp av korrelasjonskoeffisienten ( $\rho$ ). Korrelasjonskoeffisienten kan ha en verdi fra +1 til -1, som indikerer en perfekt positiv (+1) eller negativ (-1) sammenheng. En korrelasjonskoeffisient på null (0) indikerer ingen sammenheng. Jo nærmere korrelasjonskoeffisienten er null, jo svakere er assosiasjonen. Desto nærmere korrelasjonskoeffisienten er +1 eller -1, jo sterkere assosiasjon mellom variablene (Johannessen et al., 2022). Ifølge Cohen (1988) er styrken på korrelasjon vurdert slik:

0 – 0,3 = svak

0,3 – 0,5 = middels

>0,5 = sterk (Cohen, 1988).

Vi ekskluderte alle deltakerne som besvarte spørsmålene med kategorien «vet ikke». Grunnen til dette er at «vet ikke» ikke kan rangeres på en Likert skala (Tabell 5).

### 3.7.3 Lineær regresjon

Hvis forutsetningen om lineær sammenheng mellom variablene ble oppfylt basert på Spearmans' korrelasjon, ble lineær regresjonsanalyse gjennomført som en sekundær analyse for å besvare forskningsspørsmål 2. Med lineær regresjonsanalyse vil vi undersøke hvilke faktorer som kan forutsi (predikere) grad av medbestemmelse. Vi ekskluderte deltakere som svarte «vet ikke» før analysen blir gjort, da dette svaralternativet ikke kan måles på en Likert skala (vedlegg 5).

Den fjerde forutsetningen for lineær regresjon er at residualene er uavhengige. At residualene ikke er uavhengig betyr at en residual ikke kan gi noe informasjon om en annen residual. For å teste at residualene er uavhengige gjennomførte vi en Durbin- Watson test i SPSS, hvor testverdiene bør ligge på rundt 2 for å indikere at det ikke er en korrelasjon mellom residualene. Durbin-Watson-test kan variere fra 0 – 4 i verdi (Laerd Statistics, 2015).

Den femte forutsetningen er at det ikke bør være noen vesentlige ekstremverdier av residualene i datamaterialet. Ekstremverdier er tilfeller hvor en verdi avviker i stor grad fra det en forventer (Laerd Statistics, 2015). Det kan oppstå når en deltaker har unormal verdi i forhold til de andre. En del av rensingen av data burde derfor innebære å se etter

ekstremverdier, fordi dette kan påvirke hele regresjonsanalysen (Pallant, 2020). Grenseverdien på standardavvik for residualer brukt i denne masteroppgaven er +/- 3 (Laerd Statistics, 2015).

Den sjette forutsetningen er at dataene må vise homoskedastisitet. Homoskedastisitet betyr at spredningen rundt regresjonslinjen er like stor uavhengig av hva verdien på den uavhengige variabelen er. Denne forutsetningen kan visuelt kontrolleres ved å lese av et spredningsdiagram (Laerd Statistics, 2015). Hvis det er homoskedastisitet, vil residualene i et spredningsdiagram vise en sigarform langs regresjonslinjen og være tilnærmet konstant spredt (Laerd Statistics, 2015; Pallant, 2020).

Forutsetning syv sjekker om residualene til regresjonslinjen er tilnærmet normalfordelt. Denne forutsetningen kan visuelt kontrolleres ved å vurdere et histogram av de standardiserte residualene og et normalt sannsynlighetsplott (dvs. Normalt PP-plott). Vi må inspisere begge figurene for å bekrefte normalfordeling. Residualene i PP-plott vil legge seg langs den diagonale linjen hvis residualene er normalfordelte. I virkeligheten vil ikke residualene ligge perfekt, men forutsetningen er at residualene er tilnærmet normalfordelt (Laerd Statistics, 2015).

P-verdien vil fortelle oss om resultatet i de to ulike analysene, er signifikante eller tilfeldige. Etter gjennomført Spearmans korrelasjons- og lineær regresjonsanalyse vil resultatene også inneholde en p-verdi. Er p-verdi som er lav, er tilfeldighet en utilstrekkelig forklaring og resultatet tolkes som signifikant. Er p-verdien høy, kan en som regel ikke utelukke tilfeldig forklaring. Grensen for p-verdi er vanligvis på 5%, altså 0,05 (Bjørndal & Hofoss, 2017).

Resultatene vil bli presentert i en tabell med oversikt over B- verdi, konfidensintervall (95% KI), p-verdi og  $R^2$ .

## 3.8 Etiske overveielser

### *Datasikkerhet*

Ved utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen for denne studien ble det i samråd med vår veileder som har hatt kontakt med SIKT på vegne av oss (tidligere kalt NSD), vurdert at studien ikke er meldepliktig. SIKT er en nasjonal personvernstjeneste som benyttes når det er behov for å behandle personopplysninger i forbindelse med et forskningsprosjekt (Sikt, 2023).

Personopplysninger kan være informasjon som kan spores direkte til en person; navn, IP-adresse, bosted og lignende. Videre sikres personvern gjennom at vi ikke innhenter bakgrunnsinformasjon som senere kan identifisere deltakerne. Ved bruk av UiO sitt nettskjema, får vi ikke tilgang til IP-adresser til deltakerne (Universitetet i Oslo, 2021). Det ble videre vurdert at masteroppgaven ikke møter kriteriene for godkjenning av de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2022). REK er en regional komite som gjennomgår søknader for forhåndsgodkjenning av studier som omfattes av helseforskningsloven. Vår studie faller utenfor helseforskningsloven da vi ikke innhentet medisinske eller helserelatert informasjon fra våre deltakere.

Deltakerne ble informert før de åpnet spørreskjemaet om at de ikke kunne trekke seg fra studien etter at skjemaet var sendt inn siden Nettskjema ikke lagrer IP-adresser, og dermed vanskelig for oss å fjerne deres deltakelse. Ved å besvare spørreskjemaet, samtykket deltakerne til deltagelse av studien. Dette kom fram i et informasjonsskriv som kvinnen måtte lese før hun besvarte spørreskjemaet.

### *Oppbevaring av data*

Data som fremstilles i oppgaven følger de forskningsetiske kravene fra UiT (UiT - Norges arktiske universitet, 2022).

Datamaterialet er klassifisert som gul: Intern. Det betyr at informasjonen må ha en viss beskyttelse, men kan være tilgjengelig for interne ansatte og studenter ved UiT (UiT - Norges arktiske universitet, 2019). Vi brukte UiT sitt datalagringsystem (SharePoint) som er beskyttet med en to-trinns autentisering (UiT - Norges arktiske universitet, 2021).

Datamaterialet ble gjort tilgjengelig for veiledere. Resultatet ble gjort tilgjengelig for medstudenter som fungerte som opponentgruppe ved masterseminarer.

Nettskjema til UiO ble brukt for å innhente data, og er knyttet opp til en Feide bruker. Tjenesten ivaretar kriteriene for oppbevaring av data, jf. UiT sine krav. Det betyr at tilgangen til spørreskjemaet innebærer at man må ha godkjent identitet ved innlogging og tilknytning til behandlingsansvarlig institusjon. Datamaterialet vil bli slettet etter at sensur er gitt og innen 1 juni 2023.

#### *Nytte og risiko*

Gjennomføringen av studien har blitt gjort med respekt for kvinnene som deltar. Deltakelsen var frivillig, og informasjon om studien ble klargjort i forkant for kvinnene. Det betyr at den enkelte kvinne kunne gjøre en vurdering om det var aktuelt for dem å gjennomføre undersøkelsen. I pilotundersøkelsen var det ingen som ga tilbakemelding om at noen av spørsmålene virket støtende, men vi kan ikke vite noe om dette gjelder for de faktiske deltakerne.

## 4 RESULTATER

Det var 549 kvinner som hadde besvart spørreundersøkelsen da vi avsluttet den 22. november 2022. Av deltakerne var det 121 personer som ble ekskludert på bakgrunn av eksklusjonskriteriene, slik at det endelige utvalget bestod av 428 deltakere (figur 10).

### 4.1 Beskrivelse av bakgrunnsfaktorer

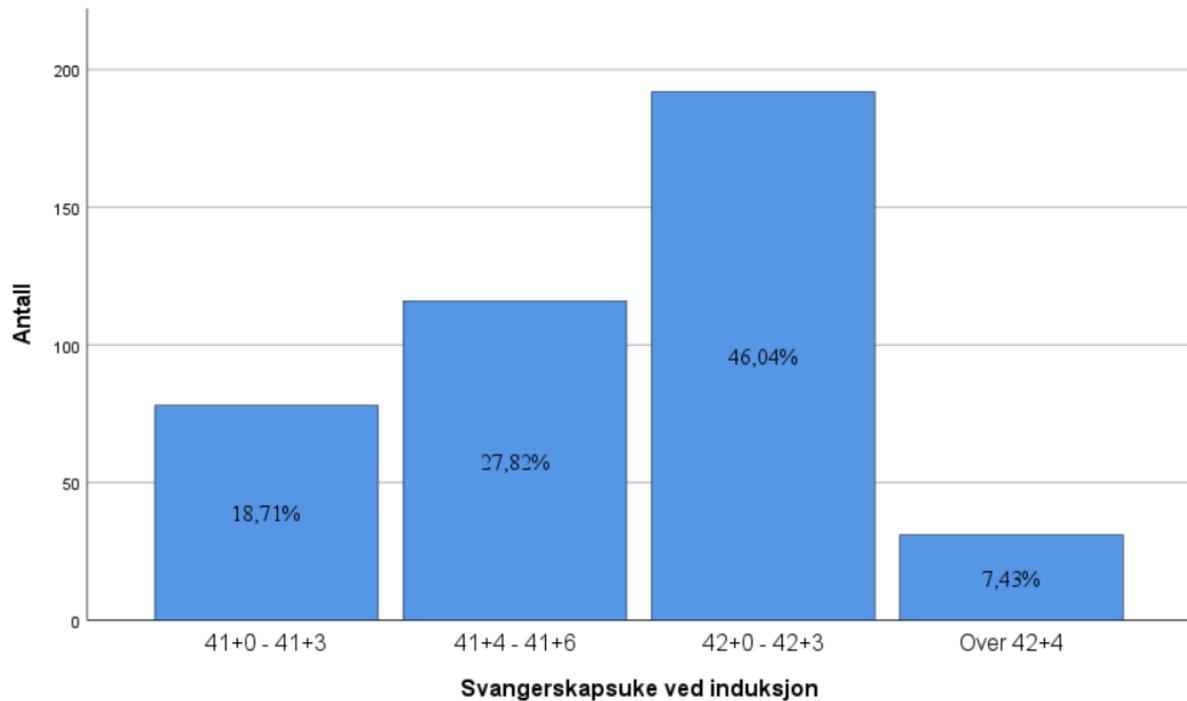
I tabell 1 presenteres karakteristika av deltakerne i studien. De fleste i studien var mellom 26 år og 35 år (75,9 %). Det var minst deltakerne i kategorien 18 år til 25 år (7,2 %). Det var flere førstegangsfødende enn flergangsfødende som deltok i studien (62,4 %). Av deltakerne var 93 % gift eller samboer. Majoriteten av deltakerne hadde fullført ett år eller mer på høyskole eller universitet (87,9 %).

**Tabell 1. Bakgrunnsfaktorer av deltakerne i studien (N=428).**

Variabel	Kategori	n	%
<b>Alder</b>	18 år- 25 år	31	7,2
	26 år- 30 år	152	35,5
	31 år- 35 år	173	40,4
	36 år- Over 40 år	72	16,8
<b>Paritet*</b>	Førstegangsfødende	267	62,4
	Flergangsfødende	160	37,4
<b>Sivilstand*</b>	Samboer/ gift	398	93
	Kjæreste/ partner	18	4,2
	Enslig/ Separert	10	2,3
<b>Utdanningsnivå</b>	Grunnskole/ Videregående	52	12,1
	Høyskole/ universitet 1-4 år	192	44,9
	Høyskole/ universitet mer enn 4 år	184	43

\*Missing: Ikke svart på spørsmålet om: Paritet: 1. Sivilstand: 2

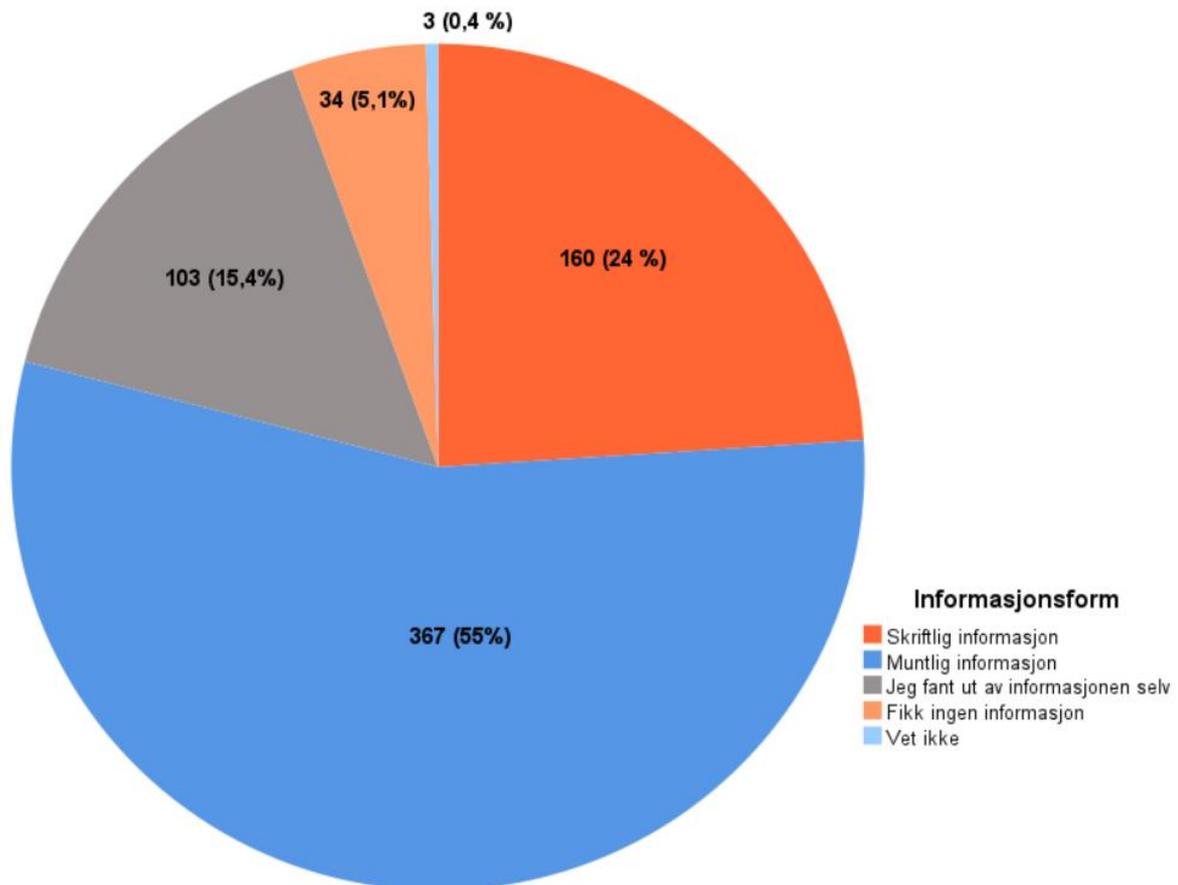
Figur 1 viser at nesten halvparten av deltakerne ble induisert mellom uke 42 + 0 – 42 + 3 (46,5 %). Det var få deltakere som gikk over det anbefalte tidspunktet for induksjon grunnet overtid, som er 42 + 0 – 42 + 2 (7,4 %) (Morken et al., 2020).



Figur 1. Gestasjonsalder ved induksjon av fødsel (N=428).

## 4.2 Beskrivelse av kvinners vurdering av informasjon om induksjon

I figur 2 presenteres hvilken informasjonsmetode deltakerne opplevde å få. Her var det mulighet for deltakerne å fylle ut flere svaralternativer. Majoriteten av totalt antall svar opplevde å få muntlig informasjon om induksjon (55 %). Det var færre (15,4 %) som opplevde å måtte finne ut av informasjonen på egen hånd.



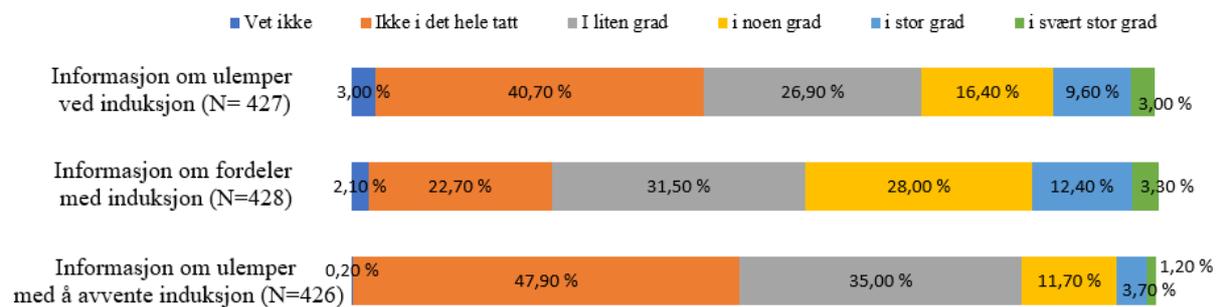
Figur 2. Fordeling av hvordan deltakerne fikk informasjon om induksjon (n=667).

Figur 3 viser hvordan deltakerne har svart på spørsmål angående informasjon om ulemper ved å bli indusert. Av deltakere som svarte på dette spørsmålet, var det 40,7 % som opplevde at de ikke fikk informasjon om ulemper med å bli indusert. Det var 26,9 % som oppga at de i liten grad opplevde å få informasjon om ulemper.

Videre viser figuren hvordan deltakerne har besvart spørsmålet angående informasjon om fordeler ved å induseres. Nesten en tredjedel, 31,5 % av deltakerne fikk i liten

grad informasjon om fordeler med induksjon av fødsel. Det var 12,4 % av deltakerne som i stor grad fikk informasjon og 3,3 % som i svært stor grad fikk informasjon om fordeler ved å induseres fødselen.

Figuren viser også hvordan deltakerne har besvart spørsmålet angående informasjon om ulemper med å avvente induksjon. Det var 47,9 % av deltakerne som opplevde å ikke få informasjon om ulemper med å avvente induksjon. Det var også en større andel som opplevde i liten grad å få informasjon om ulemper ved å avvente induksjon (35 %).



Figur 3. Kvinners vurdering av informasjon om ulemper og fordeler med fødselsinduksjon.

Tabell 2 viser hvordan deltakerne vurderte informasjonen som ble gitt i forbindelse med induksjon av fødsel. Det var kun 3,3 % som i svært stor grad opplevde at det var rom for å diskutere mottatt informasjon, og over en tredjedel (36 %) opplevde at det i liten grad var rom for å diskutere mottatt informasjon. Det var 29,9 % som opplevde i noe grad at informasjon hadde betydning for kvinnens følelse av trygghet ved å få fødselen indusert.

**Tabell 2. Frekvenstabell av kvinners vurdering av informasjon (N=428).**

Variabel	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noe grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Opplevelse av rom til å diskutere mottatt informasjon	46 (10,7)	154 (36,0)	121 (28,3)	72 (16,8)	14 (3,3)	21 (4,9)
Informasjonens betydning for å føle seg trygg på å bli indusert*	48 (11,2)	92 (21,5)	128 (29,9)	92 (21,5)	39 (9,1)	27 (6,3)

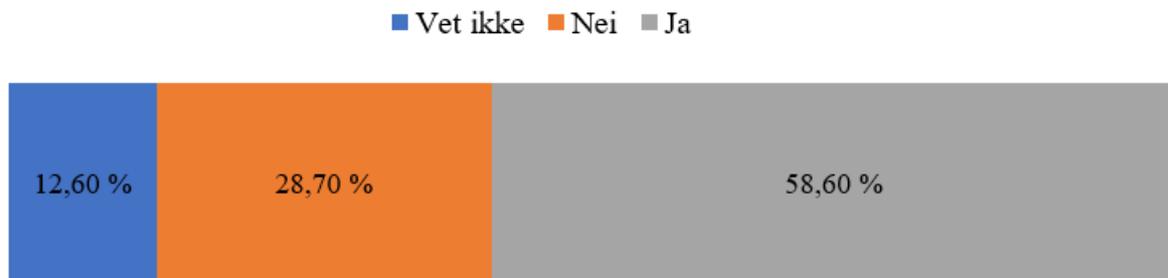
\* Missing: 2 har unnlatt å svare på spørsmålet

Figur 4 viser til kvinners vurdering om de fikk nok informasjon i forkant av induksjon. Majoriteten (60,3 %) vurderer at de ikke fikk nok informasjon, og det var kun 29 % som vurderte at de fikk nok informasjon.



Figur 4. Kvinners vurdering om de fikk nok informasjon i forkant av induksjon (N=428).

Figur 5 viser at majoriteten av kvinnene opplevde at det var rom for å stille spørsmål (58,6 %) i forkant av induksjon.

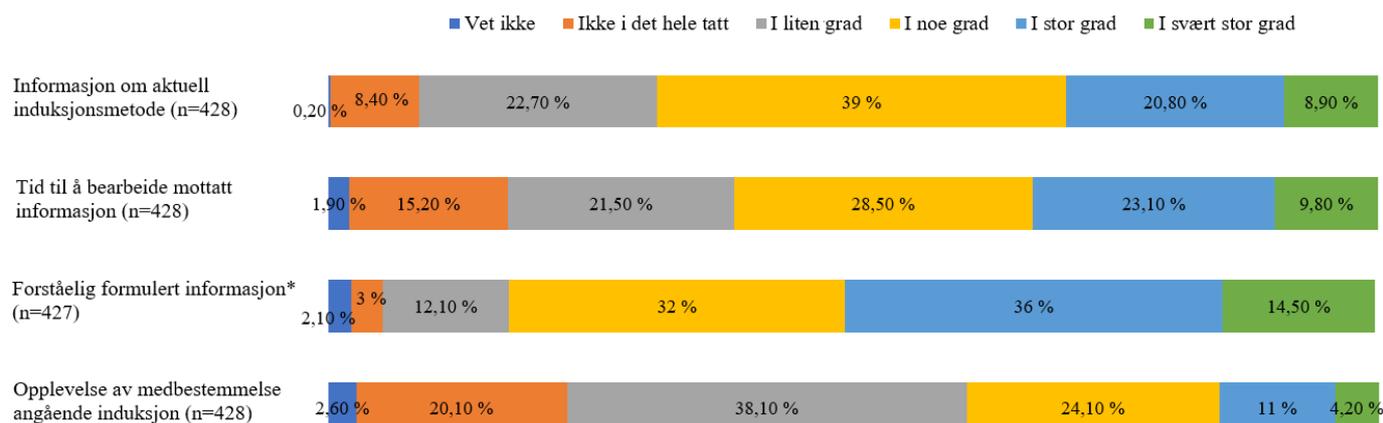


Figur 5. Kvinners opplevelse av rom til å stille spørsmål (N=428).

### 4.3 Sammenheng mellom informasjon og opplevelse av medbestemmelse

For å besvare forskningsspørsmålet “*Er det sammenheng mellom informasjon kvinnen får om igangsettelse og opplevelsen av medbestemmelse?*” har vi valgt å se på den avhengige variabelen “Kan du si at du opplevde medbestemmelse angående induksjon av din fødsel?” opp mot tre uavhengige variabler: “Fikk du god informasjon om de metode for induksjon som var aktuelle for deg?”, “I hvilken grad opplevde du at informasjon som du fikk, var forståelig formulert av jordmor/gynekolog?” og “Opplevde du at du fikk god nok tid til å bearbeide informasjonen du fikk før induksjon?”.

Figur 6 er en visuell oversikt over de fire variablene. Det var flere som opplevde at de i noen grad fikk informasjon om aktuell induksjonsmetode (39 %). Kun 8,9 % opplever i svært stor grad å ha fått nok tid til å bearbeide informasjonen før induksjon. Over en tredjedel (36 %) av deltakerne opplevde at informasjonen i stor var forståelig formulert. Det var kun 15,2 % som opplevde medbestemmelse angående induksjon av fødsel.



Figur 6. Stablet stolpediagram av variablene brukt i Spearmans' korrelasjons- og lineær regresjonsanalyse (N=428). \*missing: 1.

Etter å ha ekskludert 26 deltakere som hadde besvart spørsmålene med kategorien “vet ikke”, satt vi igjen med 402 deltakere som ble inkludert i analysen.

Spearmans' korrelasjonsanalyse ble deretter utført, og resultatene viste at det er en middels positiv sammenheng mellom grad av opplevd medbestemmelse og de tre uavhengige variablene. Et spredningsdiagram er lite egnet for å visuelt inspisere mulig korrelasjon når en eller begge variablene befinner seg på en Likert-skala. I stedet har vi utført visuell fremstilling med “Jitter-diagram” (Figur 7,8 og 9). Det er et lineært forhold mellom variablene og forutsetningen for å gå videre med lineær regresjon er dermed oppfylt.

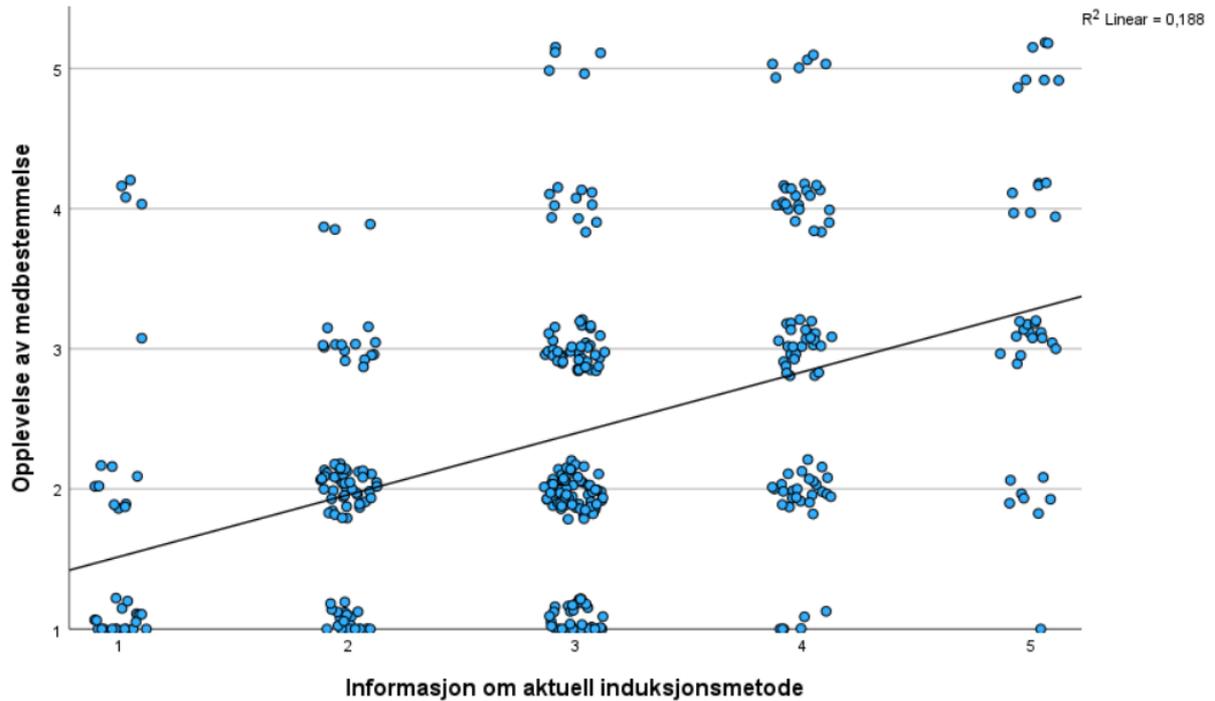
**Tabell 3. Spearmans' korrelasjonsanalyse av kvinners opplevelse av medbestemmelse.**

Variabel	$\rho$	p-verdi
Informasjon om aktuell induksjonsmetode (n=402)	0,435	<0,001
Forståelig formulert informasjon* (n=401)	0,378	<0,001
Tid til å bearbeide mottatt informasjon (n=402)	0,472	<0,001

\*missing: 1.

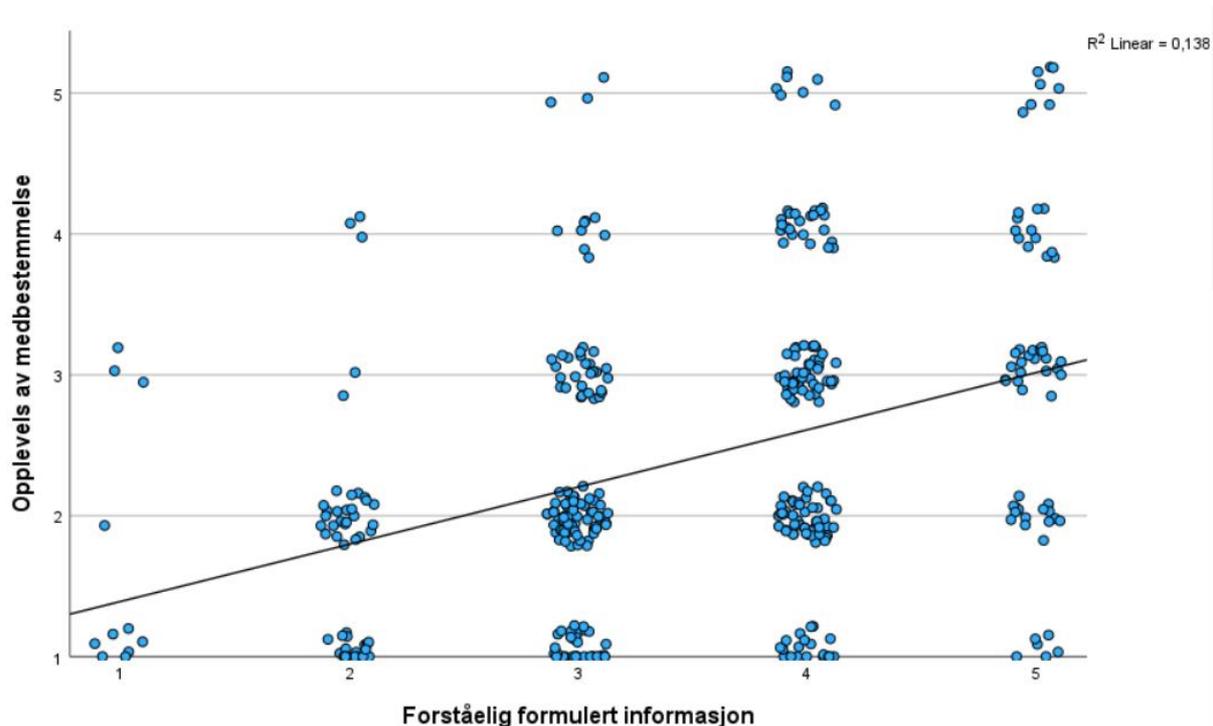
Før lineær regresjonsanalyse ble gjennomført ble alle forutsetninger for lineær regresjon testet. Durbin-Watson test som viser uavhengighet av residualer, hadde alle resultater rundt 2 (informasjon om aktuell induksjonsmetode: 2,050, forståelig formulert informasjon: 2,152, tid til å bearbeide informasjon: 2,077). Vi fant ingen ekstremverdier å ta hensyn til for noen av analysene, med unntak av analysen med den uavhengige variabelen "Opplevde du at du fikk god nok tid til å bearbeide informasjonen du fikk før induksjon?" hvor en deltaker hadde en ekstremverdi på 3,152. Siden dette avviket er nær 3 valgte vi å beholde ekstremverdien og forutsetningene er derfor møtt. Forutsetningen om homoskedasitet ble vurdert ved visuell inspeksjon av et spredningsdiagram av standardiserte residualer og standardiserte predikerte verdier. Ved videre visuell inspeksjon av histogram av de standardiserte residualene og normal PP plotdiagram ble det vurdert at residualene er tilnærmet normalfordelt, og forutsetningene for å utføre en lineær regresjon er innfridd.

Resultatene av den lineære regresjonsanalysen viser at informasjon om aktuell induksjonsmetode, informasjon som er forståelig formulert og at kvinnen har tid til å bearbeide informasjonen påvirker opplevelsen av medbestemmelse. Analysen for medbestemmelse og individuell informasjon om aktuell induksjonsmetode viser at opplevelse av medbestemmelse øker med 0,440 enheter hvis kvinnen opplever i større grad å motta informasjon om aktuell induksjonsmetode ( $p < 0,001$ ). Dette kan tyde på at desto mer individuell informasjon om aktuell induksjonsmetode deltakeren får, desto større sannsynlighet for å oppleve høyere grad av medbestemmelse.  $R^2$  har en verdi på 0,188 som vil si at i hvor stor grad deltakeren opplever medbestemmelse, kan 18,8 % forklares med variabelen individuell informasjon om aktuell induksjonsmetode.



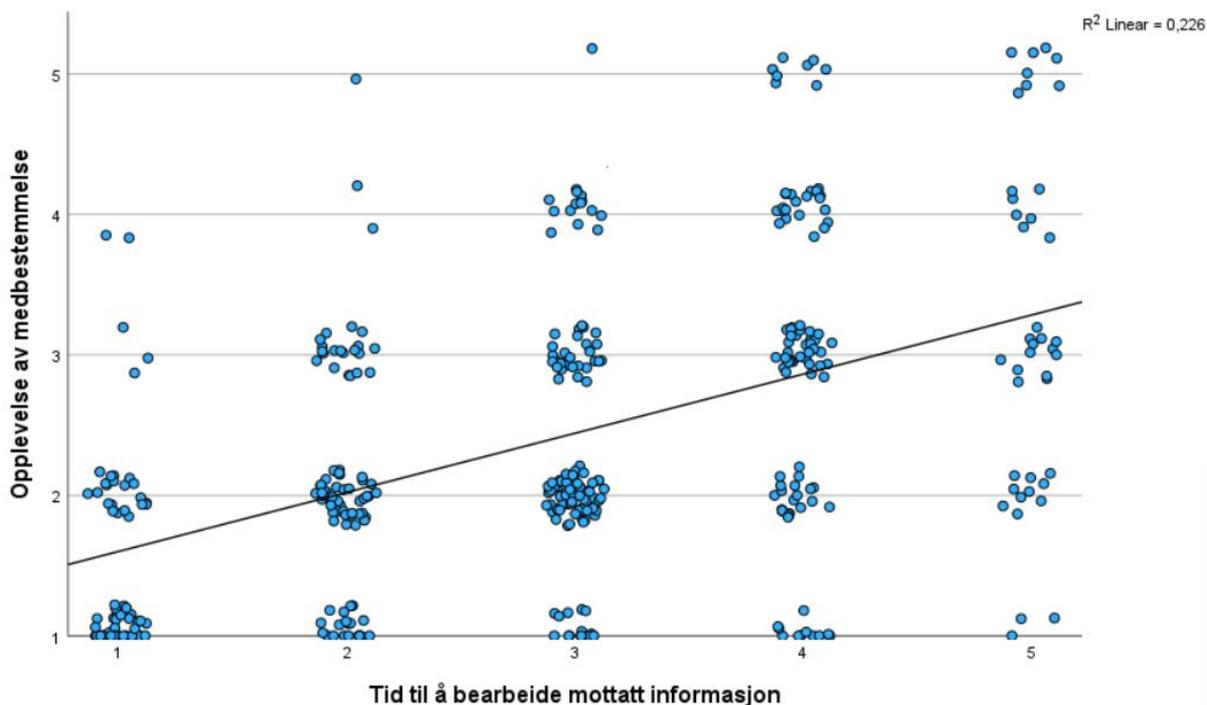
Figur 7. Jitter diagram av lineær regresjon mellom opplevd medbestemmelse og informasjon om aktuell induksjonsmetode.

Analysen for medbestemmelse og forståelig formulert informasjon viser at opplevelse av medbestemmelse øker med 0,406 enheter hvis kvinnen opplever å få mer forståelig formulert informasjon ( $p < 0,001$ ). Dette kan tyde på at desto mer forståelig formulert informasjon kvinnen får, desto større sannsynlighet for å oppleve høyere grad av medbestemmelse.  $R^2$  har en verdi på 0,138 som vil si at hvor stor grad deltakerne opplever medbestemmelse, kan 13,8 % forklares av variabelen om forståelig formulert informasjon.



Figur 8. Jitter diagram av lineær regresjon mellom opplevd medbestemmelse og forståelig formulert informasjon.

Analysen for medbestemmelse og tid til å bearbeide informasjon viser at opplevelse av medbestemmelse øker med 0,421 enheter hvis kvinnen opplever tid til å bearbeide mottatt informasjon ( $p < 0,001$ ). Dette kan tyde på at desto mer kvinnen opplever å ha tid til å bearbeide informasjon, desto større sannsynlighet for å oppleve høyere grad av medbestemmelse.  $R^2$  har en verdi 0,226 som vil si at i hvor stor grad deltakerne opplever medbestemmelse, kan 22,6 % forklares av variabelen om hvor lang tid deltakerne fikk til å bearbeide mottatt informasjon.



Figur 9. Jitter diagram av lineær regresjon mellom opplevd medbestemmelse og tid til å bearbeide informasjon.

Tabell 4 inneholder oversikt over resultatene etter gjennomført lineær regresjon. Tabellen viser at det er en signifikant middels sammenheng mellom de tre uavhengige informasjonsvariablene og den avhengige variabelen.

**Tabell 4. Lineær regresjon: Kvinners opplevelse av medbestemmelse - oversikt over resultater.**

Uavhengige variabler	B- verdi	95% KI	p-verdi	R <sup>2</sup>
Informasjon om aktuell induksjonsmetode (n=402)	0.440	0.350-0.529	<0.001	0.188
Forståelig formulert informasjon* (n=401)	0.406	0.306-0.506	<0.001	0.138
Tid til å bearbeide informasjon (n= 402)	0.421	0.344-0.497	<0.001	0.226

\*Missing: 1.

## 5 DISKUSJON

I diskusjonskapittelet tar vi for oss resultatene stegvis, og diskuterer de opp mot jordmorfaglig teori og relevant forskning som har likheter eller ulikheter med våre funn. Forskningen vi har funnet er i stor grad utenlandsk forskning som vi vurderer å ha overføringsverdi til vår studie.

### 5.1 Resultatdiskusjon

Den vanligste informasjonsformen deltakerne fikk, var muntlig informasjon. Det var 15,4 % som opplevde å måtte finne informasjonen på egen hånd. Mer enn tre fjerdedeler av deltakerne rapporterte at de fikk ingen eller i liten grad informasjon om ulemper med å avvente induksjon. To tredjedeler av deltakerne opplevde at de ikke fikk eller i liten grad fikk informasjon om ulemper med å indusere fødselen.

Overordnet var deltakerne verken misfornøyd eller fornøyd med hvordan de beskriver informasjonen de har fått. Av deltakerne oppga omtrent halvparten at det ikke var eller i liten grad var rom for å diskutere mottatt informasjon. Over en tredjedel opplevde fravær av eller i liten grad tid til å bearbeide informasjonen de mottok. Kun 15,2 % oppgir i stor eller svært stor grad å ha opplevd medbestemmelse ved sin egen fødselsinduksjon. Det er sammenheng mellom grad av medbestemmelse og informasjonsmetoden, hvordan informasjonen var formulert og tiden deltakerne fikk til å bearbeide informasjonen.

#### *Hvordan kvinner får informasjon*

Spørsmålet om hvordan deltakerne i vår studie fikk informasjon, var et flervalgsspørsmål. Totalt er det 667 antall svar, noe som tyder på at enkelte deltakere har fått eller innhentet informasjon på flere måter. Av alle svar på dette spørsmålet oppga 55 % å få muntlig informasjon, men resultatet viser også at majoriteten av deltakere fikk denne informasjonsformen. En kvantitativ oversiktsartikkel viser at jordmor var den viktigste informasjonskilden for kvinner som hadde tilgang til ulike informasjonskilder (Evans et al., 2021). Kvinner i Coates, Donnelly, et al. (2021) sin kvantitative studie om medvirkning i forbindelse med fødselsinduksjon, oppgir at informasjon om fødselsinduksjon som regel ble gitt av jordmor. En annen studie om kvinners opplevelse av samvalg ved fødselsinduksjon av Coates, Thirukumar, et al. (2021) indikerer at kvinner forsto den muntlige informasjonen gitt på konsultasjoner med jordmor/gynekolog. Denne informasjon ble imidlertid senere glemt av kvinner, og mangel på skriftlig informasjon synes å være en årsak (Coates, Thirukumar, et al., 2021). Ifølge Evans et al. (2021) vil skriftlig informasjon som forklarer prosessen med

induksjon, forbedre kvinners kunnskap om induksjonsprosessen. Av den grunn er det sannsynligvis ikke nok med kun muntlig formidling av relevant informasjon fra jordmor/gynekolog til kvinnen.

En fjerdedel av alle besvarelser på spørsmål om informasjonsform, fikk skriftlig informasjon. Norsk lovverk henviser til at informasjon skal gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). På bakgrunn av resultater i studien til Coates, Thirukumar, et al. (2021) hvor tilfeller av muntlig informasjon fort ble glemt, kan det diskuteres hvor hensynsfullt det er at så få deltakere i studien vår opplevde å motta skriftlig informasjon. Ifølge en systematisk oversiktsstudie av Akuamoah-Boateng and Spencer (2018) om kvinners opplevelse av fødselsinduksjon grunnet overtid, viser funn at kvinner opplevde det utilstrekkelig å kun få informasjon formidlet gjennom en informasjonsbrosjyre. I oversiktsstudien til Coates (2021) som omhandler kvinners og helsepersonells holdning til fødselsinduksjon indikerer at en kombinasjon av både skriftlig og muntlig informasjon forbedrer kvinnens informasjonsforståelse sammenlignet med kun å få muntlig informasjon. Det er derfor rimelig å anta at kvinner vil få mest kunnskapsutbytte gjennom en kombinasjon av informative samtaler med jordmor og gynekolog, og skriftlig informasjon om induksjon av fødsel.

I vår studie kommer det fram at 15,4 % av alle besvarelsene fra spørsmålet om informasjonsform, fant informasjonen på egenhånd. Dette kan sees i sammenheng med to oversiktsstudier om fødselsinduksjon hvor funn viser at kvinner som opplevde fravær av meningsfull informasjon, søkte opp informasjon fra andre kilder, deriblant internett, venner, familie og bøker (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Coates et al., 2019). I en oversiktsstudie om gravides bruk av internett som informasjonskilde kommer det frem at internett er en kilde som blir mye brukt av gravide kvinner, da informasjonen er lett tilgjengelig (Sayakhot & Carolan-Olah, 2016). Det at 15,4 % av våre deltakere oppgir at de fant informasjon på egen hånd, er dermed ikke nødvendigvis negativt i seg selv, men kan heller indikere at kvinner innhenter og/eller får informasjon om induksjon på flere måter. Likevel viser funn fra vår studie at noen deltakere opplevde at de ikke fikk noe informasjon. Dette er derimot problematisk fordi det ikke er i tråd med lovverket. I pasient- og brukerrettighetsloven står det at kvinnen skal få tilstrekkelig med informasjon for å kunne ta et informert valg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### *Hvordan kvinner beskriver informasjon*

Majoriteten av deltakerne i vår studie oppgir å ikke ha fått nok informasjon i forkant av induksjonen. Utvalget vårt bestod i stor grad av førstegangsfødende, noe som kan påvirke hvordan svarene fordeler seg. Dette viser seg i kohortstudien til Dupont et al. (2020) som tar for seg misnøye med induksjon av fødsel i henhold til paritet, hvor det fremkommer at førstegangsfødende oftere er misfornøyd uavhengig av induksjonsårsak sammenlignet med flergangsfødende. Misnøyen gjaldt blant annet informasjon de mottok om fødselsinduksjon, og at de i mindre grad mottok muntlig informasjon i forkant av induksjonen (Dupont et al., 2020). Ifølge Coates, Thirukumar, et al. (2021) kan en konsekvens av mangel på informasjon være at kvinner ikke føler seg forberedt til induksjonen. Flere studier påpeker at kvinner savnet informasjon om hvilke induksjonsmetode som brukes, hvilken smertelindring som er tilgjengelig, intensitet ved induksjon og risikoen ved å bli overstimulert (Coates, Donnelly, et al., 2021; Coates, Thirukumar, et al., 2021; Coates, 2021; Moore et al., 2014; Schwarz et al., 2016). Opplevelse av mangel på informasjon vil sannsynligvis medføre at kvinner ikke vet hva de samtykker til. Dette er problematisk fordi det hindrer kvinner fra å ta et informert valg vedrørende induksjon av fødsel.

Kun 3,3 % av deltakerne i vår studie oppgir at de i svært stor grad opplevde at det var rom for å diskutere mottatt informasjon. Nesten tre fjerdedeler oppgir at det var fravær av, at de i liten eller i noen grad opplevde at det var rom for å diskutere mottatt informasjon. En viktig del av samvalg handler om at valg kvinnen gjør, skal basere seg på hennes preferanser. Kvinnen skal ha mulighet til å diskutere informasjonen med sine nære (Nieuwenhuijze, 2020).

Antageligvis vil det også være viktig for kvinnen å diskutere informasjon med jordmor. Et essensielt formål med partnerskapsmodellen er at jordmor bygger tillit, gir trygghet og støtte til kvinner. Dette gjøres ved å tilbringe tid med dem, skape rom til å ta viktige avgjørelser og å oppmuntre kvinner i deres beslutning (Miller & Bear, 2019). I en kvantitativ studie av Stoll et al. (2021) om kvinners opplevelse av å avslå helsetilbud, deriblant fødselsinduksjon, viser funn at mulighet til å diskutere informasjon og valg kunne forbedre opplevelsen av omsorg. Diskusjon av informasjon gjorde at kvinnene i studien følte seg informert, respektert og som en likeverdig part i avgjørelsen om fødselsinduksjon (Stoll et al., 2021). Samtidig fremkommer det i en kvalitativ studie av Coates, Thirukumar, et al. (2021) at kvinner opplevde det frustrerende å få motstridende informasjon ved å diskutere informasjon med flere ulike helsepersonell. Ved at kvinner opplever rom til å diskutere mottatt informasjon, er

det rimelig å anta at det kan øke opplevelsen av god omsorg, trygghet og støtte i induksjonsprosessen.

Til tross for at de færreste av deltakerne i vår studie opplevde rom for å diskutere mottatt informasjon, er det positivt at majoriteten av deltakerne våre oppga at det var rom for å stille spørsmål til jordmor/gynekolog (58,6 %). Vårt funn samsvarer ikke med funn fra oversiktsstudien til Coates et al. (2019) som omhandler kvinners holdninger og opprettholdelse av samtykke ved fødselsinduksjon. Kvinnene i denne studien rapporterte at de ikke kunne tenke seg å stille spørsmål ved anbefalingene, grunnet tillit til jordmor/gynekolog (Coates et al., 2019). Dette underbygges av flere andre studier hvor det viser seg at kvinner unnlot å uttrykke egne preferanser eller stille spørsmål om induksjon på bakgrunn av at de stolte på gynekologens erfaringer, og at gynekologens anbefalinger opplevdes å veie tyngre enn kvinners preferanser, holdninger og ønsker (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Coates, 2021). Det kan tenkes at deltakerne i vår studie har en annen holdning til det å stille spørsmål til informasjon gitt av jordmor/gynekolog fordi majoriteten av deltakerne i studien vår har høgskole- eller universitetsutdanning. Dette kan bidra til at de setter krav og innehar kunnskap om hvordan oppsøke pålitelig informasjon. Denne påstanden støttes i oversiktsstudien gjort av Sayakhot and Carolan-Olah (2016) som oppgir at flesteparten av kvinner med høyere utdanning, har større sannsynlighet for å finne pålitelig informasjon ved bruk av internett sammenlignet med de som har lavere utdanning enn videregående skole. Dette kan også sammenlignes med norske funn fra en rapport av Helsedirektoratet gjort av Le et al. (2021) om befolkningens helsekompetanse. Helsekompetanse innebærer at kvinnen klarer å innhente informasjon og gjøre vurderinger med den hensikt i å kunne ta helserelaterte beslutninger i hverdagen. Høyere utdanning er forbundet med høy helsekompetanse, da kvinner med høyere utdanning synes å være bedre rustet til å drøfte og resonnere, og innehar bedre utgangspunkt for kritisk tenkning (Le et al., 2021).

På spørsmål om informasjon hadde betydning for deltakernes trygghet i beslutning om å bli indusert, svarte 30,6 % av deltakerne i studien vår at dette stemte i stor grad eller svært stor grad. Kvinner i studien til Coates, Thirukumar, et al. (2021) oppgir at de stolte på jordmor og gynekolog, og hadde derfor en avslappet holdning til fødselsinduksjon. På den andre siden viser funn fra studien til Keulen et al. (2021) som omhandlet kvinners preferanse mellom induksjon eller avventende holdning, at det var delte meninger om hva som gjør kvinner trygge. Studiens funn viser at enkelte kvinner hadde bekymring knyttet til babyens tilstand og dermed foretrakk fødselsinduksjon. Andre kvinner i samme studie foretrakk å vente så lenge

som mulig fordi de var overbeviste om at fødselsinduksjon ville skape mer stress for dem selv og barnet (Keulen et al., 2021). I “Veileder i fødselshjelp” står det at gynekolog skal gjøre en vurdering om fødselsinduksjon skal tilbys eller ikke (Morken et al., 2020). I teorien om samvalg og partnerskapsmodellen tydeliggjøres det at kvinners preferanse skal tas i betraktning når valg skal tas (Miller & Bear, 2019; Nieuwenhuijze, 2020). Det er derfor rimelig å anta at selv om det er gynekologen som gjør vurderingen, vil trolig et godt informasjonsgrunnlag medvirke til økt trygghet i beslutning om enten å godta eller avslå tilbud om fødselsinduksjon.

### *Informasjon om fordeler og ulemper*

Det var en større andel deltakere fra vår studie som opplevde at de i noe-, i stor-, eller i svært stor grad fikk informasjon om fordeler med induksjon (43,7 %), enn andelen deltakere som fikk i noe-, i stor-, eller i svært stor grad informasjon om ulemper med induksjon (29 %). Schwarz et al. (2016) viser at kvinner som opplevde å ha noe kunnskap om induksjon, kun hadde informasjon om det praktiske med induksjonsprosessen. En systematisk oversiktsstudie av Coates et al. (2019) om kvinners erfaringer med fødselsinduksjon, viser at informasjon om risikoer og fordeler ikke ble presentert og forhindret de å ta et informert valg. Samtidig viser funn fra en kvantitativ studie av Stevens and Miller (2014) at det var større sannsynlighet for å godta induksjon hvis informasjon kun inneholdt fordelene med induksjon, enn de som fikk mer omfattende informasjon om induksjon. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at kvinnen skal få informasjon om både mulige fordeler og ulemper ved helsetjenesten. Ifølge informasjonskriv om induksjon fra sykehusene i de forskjellige helseforetakene i Norge, blir det informert om blant annet formålet med de ulike induksjonsmetodene, samt informasjon om hva som skjer ved mislykket induksjon (Haukeland universitetssjukehus, 2020; Oslo Universitetssykehus, 2021; Stavanger universitetssjukehus, 2021; Sørlandet sykehus, 2022; Universitetssykehuset i Trondheim, 2022; Universitetssykehuset Nord-Norge, 2021). Til tross for at det er anbefalt å indusere fra svangerskapsuke 42 + 0, står det ikke i informasjonsbrosjyren hvorfor det er anbefalt å indusere fødselen ved svangerskapsuke 42 + 0, og det står heller ikke om alternativer, risiko eller fordeler med å avvente fødselsinduksjon (Morken et al., 2020). Sett i lys av modellen for samvalg bør alternativene komme tydelig frem dersom de finnes (Nieuwenhuijze, 2020).

Våre funn viser at nesten halvparten av deltakerne opplevde å ikke få noe informasjon om ulemper med å avvente induksjon. Ved å ikke informere kvinner om fordeler eller ulemper med enten å indusere fødsel eller avvente induksjon, vil dette frarøve muligheten til å medvirke i beslutningen om egen helsesituasjon. I det norske lovverket står det at kvinner skal ha den informasjonen de behøver om forsvarlige og tilgjengelige tjenesteformer og behandlingsmetoder, for å kunne medvirke i beslutningen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Å ikke dele informasjon om fordeler og ulemper med ulike alternativer, samsvarer ikke med teorien om samvalg (Nieuwenhuijze, 2020). Ifølge Nieuwenhuijze (2020) sin tolkning av teorien om samvalg, beskriver teorien at kvinner skal aktiveres til medvirkning i beslutningsprosessen, etter at ærlig, kunnskapsbasert og individtilpasset informasjon har blitt gitt (Nieuwenhuijze, 2020). Det er flere studier som identifiserer at kvinner har et behov for generell informasjon om fødselsinduksjon, samt spesifikke detaljer om prosessen, herunder hvilke medikamenter som blir brukt, fordeler og ulemper med induksjon og hvilke alternativer som var tilgjengelig (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Coates, 2021; Moore et al., 2014). Kvinner i studien til Coates, Donnelly, et al. (2021) opplevde ikke å få informasjon om at avventende holdning var et alternativ. Likevel viser funn fra en kvalitativ studie av Lou et al. (2021) om kvinners opplevelse av elektiv induksjon ved overtidig svangerskap, at fødselsinduksjon ble presentert som et valg med et likeverdig alternativ (daglig fosterovervåking) og at kvinnene derfor opplevde mindre press om å indusere fødsel.

### *Medbestemmelse*

Det var kun 15,2 % av deltagere i vår studie som opplevde stor og svært stor grad av medbestemmelse ved induksjon. “Veileder i fødselshjelp” anbefaler at kvinners vurdering og preferanser alltid tas i betraktning i vurdering om fødselsinduksjon, men at valget primært er en vurdering gjort av gynekolog og skal gjøres på medisinsk grunnlag (Morken et al., 2020). I oversiktsstudien til Coates, Homer, et al. (2020) som gjennomgikk retningslinjer publisert på engelsk om fødselsinduksjon fra ulike sykehus, fastslår fire av sekstiåtte retningslinjer at dersom kvinner ikke velger å bli indusert, burde deres avgjørelse respekteres (Coates, Homer, et al., 2020). Vi kan da stille oss spørsmål om hva som skjer hvis kvinner absolutt ikke ønsker å indusere fødselen. De nasjonale retningslinjene for fødselsomsorgen i Norge er per 2023 under revidering, hvor det er foreslått et nytt punkt om hvordan informasjon gis og medvirkning sikres når det haster (Helsedirektoratet, 2022). Det kan være problematisk for jordmor/gynekolog da det ufødte liv i mors mage, etter det vi kan finne, ikke har vern etter pasient- og brukerrettighetsloven før det er født (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det

er derimot beskrevet i stortingsmelding nr. 12 “En gledelig begivenhet” at barnets utvikling frem til fullgått svangerskap, tilsvarer at barnet kan overleve utenfor mor, og tolkes derfor som en pasient (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Dette blir også videre beskrevet i høringsutkastet om retningslinjer i fødselsomsorgen, hvor mors autonomi og medbestemmelsesrett over egen kropp må vike for det ufødte liv, dersom fosteret kan bli påført skade eller død som følge av manglende behandling (Eilertsen, 2015; Helsedirektoratet, 2022). I retningslinjene for svangerskapsomsorgen står det at kvinner må få informasjon om at risiko for fosterdød ved overtid er svært liten, for å kunne ta et informert valg mellom fødselsinduksjon eller avventende behandling (Helsedirektoratet, 2018). Studien til Stoll et al. (2021) viser at tap av autonomi, respektløshet og press fra jordmødre/gynekolog ble rapportert å ha en negativ og langvarig påvirkning på kvinner som velger å avslå behandlingstilbud. Det anses som komplisert og sammensatt med behandlingsnekt. En samtale mellom jordmor/gynekolog og kvinnen er av betydning for jordmor/gynekologs yrkesetikk og kvinnens medbestemmelse fordi hennes preferanser og ønsker blir supplert med informasjon fra jordmor/gynekolog.

Vår studie inkluderte ikke spørsmål om deltakerne ønsket å ta del i beslutningen om å bli indusert eller ikke. Vi fant derimot at under 1 % av deltakerne ønsket *mindre* informasjon i forkant av fødselsinduksjon. I teorien om samvalg blir det presentert at en samtale mellom jordmor og kvinnen skal innebære om hun ønsker å involveres i beslutninger eller ikke (Elwyn et al., 2017). Det står i norsk lov at kvinner ikke skal få informasjon mot hennes vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger helsehjelpen kan ha (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Funn i ulike studier viser tilfeller hvor kvinner ikke ønsket å ta del i beslutningen om fødselsinduksjon, grunnet tillitt til jordmor/gynekolog (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Holmboe & Sjetne, 2018). Viktige elementer i partnerskapsmodellen handler blant annet om tillitt, gjensidighet og å ta seg tid til å dele kontroll og ansvar (Miller & Bear, 2019). Vi anser at dette er relevant å drøfte da informasjonen ikke skal gis mot hennes vilje. Vi betrakter det som positivt at en samtale med kvinnen inkluderer hennes ønsker om informasjon, og om hun ønsker å delta i avgjørelser angående hennes helsesituasjon.

### *Sammenheng mellom informasjon om aktuell induksjonsmetode og medbestemmelse*

Våre funn viser at informasjon om aktuell induksjonsmetode har sammenheng med opplevelse av medbestemmelse. Med lineær regresjon ser vi at desto mer individuell informasjon om aktuell induksjonsmetode kvinner får, desto større sannsynlighet er det for at kvinnene opplever høyere grad av medbestemmelse. Ifølge studien til Lou et al. (2019) var mangel på informasjon om hva kvinner kan forvente under induksjonsprosessen en kilde til stress. Funn fra flere studier viser mangel på informasjon om induksjonsmetoden, deriblant hva som skjer, hvordan induksjonen skjer og hvor lenge en fødsel varer grunnet fødselsinduksjon (Coates, Donnelly, et al., 2021; Lou et al., 2019; Moore et al., 2014). Det står imidlertid i partnerskapsmodellen at individuell kunnskap er fordelaktig for kvinnen. Avgjørelser som deles gjennom beslutningstaking, kan øke muligheten for at kvinnen blir myndiggjort som den som bestemmer. Det er dermed sannsynlig å tenke seg at desto mer individuell informasjon om aktuell induksjonsmetode kvinner får, desto mer vil stresset synke og opplevelse av medbestemmelse og empowerment øke (Miller & Bear, 2019). Likevel viser funn fra kohortstudien til Dupuis et al. (2022) om kvinners valg mellom de ulike induksjonsmetodene, at kvinner var fornøyde med å bli konsultert om deres preferanser og involvering i induksjonsprosessen. Det var ingen signifikant forskjell av tilfredshet mellom de ulike induksjonsmetodene (Dupuis et al., 2022). Dette samsvarer med teori om samvalg, hvor kvinners behov for informasjon er i fokus (Nieuwenhuijze, 2020). Vi kan tolke det dithen at kvinners opplevelse av tilfredshet av fødselsinduksjon avhenger mer av involvering i induksjonsprosessen enn hvilken induksjonsmetode som blir brukt.

### *Sammenheng mellom forståelig formulert informasjon og medbestemmelse.*

Våre funn viser en lineær sammenheng mellom kvinners opplevelse av å få forståelig formulert informasjon og opplevelsen av medbestemmelse. Funn fra to studier viser at det var mangel på meningsfull informasjon om fødselsinduksjon, og at informasjonen var utilstrekkelig eller ble fort glemt (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Coates, 2021). Teorien om samvalg beskriver at oppmerksomheten rettes mot kvinnens forståelse av informasjon og at informasjonen er tilpasset henne (Nieuwenhuijze, 2020). Ifølge norsk lovverk skal informasjonen tilpasses mottakerens forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Våre funn viser at det var flere deltakere som opplevde i større grad at informasjonen var forståelig, enn i mindre grad. Majoriteten av deltakerne i vår studie var over 26 år, gift eller samboer, og har høyere utdanning enten fra høyskole eller universitet. Vi anser det derfor som

sannsynlig at deltakerne også lettere tar ansvar for egen informasjonsforståelse fordi de har kapasitet og ressurser til det.

Den lineære regresjonsanalysen viste at opplevelsen av medbestemmelse økte hvis kvinner opplevde å få mer forståelig formulert informasjon. Rapporten til Le et al. (2021) opplyser at mennesker med lavere utdanning i gjennomsnitt har lavere ferdigheter innen helsekompetanse sammenlignet med mennesker med høyere utdanning. Videre presenteres det at kommunikasjon mellom jordmor/gyneolog og kvinnen bør optimaliseres fordi det er avgjørende for pasientdeltagelse og samvalg. Le et al. (2021) foreslår også at det anvendes støttmateriell som for eksempel bilder og videoer i møte med kvinner. Det kan dras paralleller mellom forslagene til Le et al. (2021) og World Health Organization (2018a) som anbefaler at kvinner får den informasjonen som de behøver. Denne skal gis på en klar og kortfattet måte hvor bruk av medisinske terminologier unngås. Bilder og illustrasjoner kan brukes for å kommunisere prosesser eller prosedyrer.

#### *Sammenheng mellom tid til å bearbeide informasjon og medbestemmelse*

Regresjonsanalysen i vår undersøkelse tilsier at tid til å bearbeide mottatt informasjon påvirker opplevelsen av medbestemmelse. Studien til Coates et al. (2019) beskriver at kvinner opplevde å få informasjonsbrosjyre samtidig som avgjørelsen om induksjon av fødsel ble tatt. Å få informasjon tett opp mot induksjonstidspunktet, medførte at informasjonen opplevdes mangelfull (Coates et al., 2019). Vi anser dette som problematisk fordi det vil frata kvinnens mulighet til medbestemmelse, grunnet kort betenkningstid. Dette underbygges med teori om samvalg og partnerskapsmodellen (Miller & Bear, 2019; Nieuwenhuijze, 2020). Et fremtredende element i teorien om samvalg er at kvinnen får mulighet til å evaluere informasjon etter dialog med jordmor. Kvinnen kan ha behov for å diskutere valg og informasjon med andre som er nær henne og det bør tilrettelegges tid til dette (Nieuwenhuijze, 2020).

Funn fra vår studie viser at 22,6 % av opplevelse av medbestemmelse, kan forklares av tiden kvinnen får til å bearbeide mottatt informasjon. Vi anser 22,6 % som betydelig og vi kan spekulere i hvilket tidspunkt som er mest hensiktsmessig å gi informasjon om fødselsinduksjon. Ifølge studien til Lou et al. (2021) fremkommer det at informasjon om induksjon ved termin dato var ønskelig av kvinner. Dette for å ha mulighet til å ta stilling til følelser og verdier om induksjon. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge anbefaler

at jordmødre i kommunehelsetjenesten følger et basisprogram. I dette basisprogrammet står det ingenting om induksjon av fødsel, foruten at kvinnen skal henvises til spesialisthelsetjenesten i svangerskapsuke 40 + 0 (Helsedirektoratet, 2018). «Veileder i fødselshjelp» beskriver at kvinner passert termin tilbys en rutinemessig kontroll, kalt trivselskontroll som skjer mellom svangerskapsuke 41 + 1 og 41 + 3 (Morken et al., 2020). I Dupont et al. (2020) sin populasjonsbaserte kohort-studie viser at førstegangsfødende som ikke er tilfreds med induksjon av fødsel, fikk lite informasjon i løpet av det som kan tolkes som fødselsforberedende kurs. Tall i MFR viser at det er større sannsynlighet for å føde spontant enn å måtte indusere fødselen (Folkehelseinstituttet, 2021f). Det kan være problematisk for jordmødre i kommunehelsetjenesten å skulle informere detaljert om en mulig fødselsinduksjon på et fødselsforberedende kurs, fordi det ikke vil være hensiktsmessig å informere om alle mulige scenarioer som kan oppstå under fødsel. Lou et al. (2021) viser til funn hvor ingen opplevde å få detaljert informasjon om fødselsinduksjon grunnet overtid før kvinnen var passert termindato. Kvinnene i studien opplevde dette uproblematisk ettersom de hadde andre ting å tenke på frem mot termin (Lou et al., 2021). Det kan derfor tenkes at det er mer hensiktsmessig å tilby informasjon om fødselsinduksjon grunnet overtid på trivselskontroll.

Vi hadde ingen spørsmål i vår spørreundersøkelse som spurte om mangel på tid til å bearbeide informasjon påvirket deltakernes mulighet til å samtykke til fødselsinduksjon. Tid til å bearbeide informasjon og sammenhengen det har med medbestemmelse, anser vi burde belyses med samtykke. Eilertsen (2015) oppgir at ved større intervensjoner, er det desto viktigere med uttrykkelig samtykke. Uttrykkelig samtykke betyr å samtykke på en ekstra tydelig måte (Sikt, 2023). Vi anser induksjon som en større intervensjon, og dermed at uttrykkelig samtykke er viktig å innhente fra kvinnen. Schwarz et al. (2016) utførte en kvantitativ studie om kvinners oppfatninger av induksjon, hvor kvinnene skulle ønske de fikk mer betenkningstid med tanke på hvilke valg de skulle ta. Dette underbygges også i studien til Coates et al. (2019) som beskriver at de opplevde hastverk i avgjørelsen av valg. Vi forestiller oss at kvinners opplevelse av manglende samtykke kan forklares ved at oppmøte på trivselskontroll, kan fortolkes som et samtykke fra kvinnen for jordmor/gynekolog. Eilertsen (2015) forklarer dette som *konkludent atferd*, som vil si at kvinner med sin handlemåte tilkjenner at hun samtykker til helsehjelpen. Uavhengig om dette er tilfelle eller ikke, anser vi det som hensiktsmessig for medbestemmelse, å innhente samtykke gjennom en samtale som også inneholder informasjon om fødselsinduksjon.

## 5.2 Utvalg

For å se om studien vår er representativ for resten av fødepopulasjonen har vi sammenlignet bakgrunnsfaktorene til våre deltakere med medisinsk fødselsregister (MFR) og statistisk sentralbyrå (SSB). Vi har brukt tall fra 2021 som er tilgjengelig i MFR. Fra SSB ble artikkelen “Dette er Norge 2021” brukt, og er den nyeste utgivelsen som er tilgjengelig.

For alderssammensetningen anser vi utvalget i studien vår som relativ lik prosenten til MFR i aldersgruppene 18 år - 25 år og 31 år - 35 år. I MFR er 7,5 % i aldersgruppen 18 år - 24 år, som utgjør 0,3 % i forskjell fra prosentandelen i samme aldersgruppe blant deltakere i vår studie. Det er 40,1 % ifølge MFR i aldersgruppen 30-34 år. Dette utgir 0,3 % forskjell fra prosentandelen i samme kategori blant deltakerne i vår studie (Folkehelseinstituttet, 2021b). Vi anser disse to alderskategoriene i studien vår som representativ for Norge.

I alderskategoriene 26 år - 30 år og 36 år og oppover hadde begge 5,5 % i forskjell fra prosentandelen i samme kategori i MFR (Folkehelseinstituttet, 2021b). Vi anser derfor at de to sistnevnte alderskategoriene fra vår studie som ikke representativ for Norge. Vi har delt alderskategori i denne studien ulikt fra MFR, og er noe vi burde tatt høyde for når vi utarbeidet alderskategorier i spørreskjemaet vårt.

Det er vesentlig flere førstegangs fødende enn flergangsfødende som har deltatt i vår studie. Av alle deltakerne var 62,4 % førstegangs fødende. Dette er ikke representativt for resten av Norge. I 2021 var det 42,5 % førstegangs fødende i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021c).

For utdanningsnivået var det 44,9 % av deltakerne som hadde høgskole/universitetsutdanning opp til 4 år og 43 % hadde høgskole/universitetsutdanning over 4 år. Ifølge SSB har 40,7 % av kvinner i Norge høgskole/universitetsutdanning over 1 år (Statistisk sentralbyrå, 2022b). Andelen kvinner med høyere utdanning er derfor vesentlig høyere i vår studie sammenlignet med populasjonen. Den siste brukerundersøkelsen om fødsels- og barselsomsorgen i Norge som kom ut i 2018 viser at 75 % av respondentene hadde ett år med høyere utdanning eller mer (Holmboe & Sjetne, 2018). Derfor kan vi tenke oss at kvinner med høyere utdanning besvarer spørreundersøkelser i større grad, enn kvinner med lavere utdanning.

På spørsmål om sivilstatus oppga 93 % av deltakerne at de var samboere eller gift. Tall fra MFR for fødsler i Norge i 2021 viser at 94,4 % av de fødende var samboere eller gift (Folkehelseinstituttet, 2021d). Våre deltakere er derfor representative for fødepopulasjonen med tanke på sivilstatus. Vi kan ikke sammenligne data på når i svangerskapet kvinnene ble indusert siden dette ikke fremgår av MFR.

Oppsummert er det flere skjevheter i utvalget vårt som truer generaliserbarheten til studien vår. Dette på bakgrunn av den høye andelen med eldre deltakere og deltakere som er førstegangsfødende med høyere utdanning sammenlignet med fødepopulasjonen i Norge i 2021. Våre funn må derfor tolkes med forsiktighet.

### **5.3 Metodekritikk**

Reliabilitet og validitet betyr henholdsvis pålitelighet og gyldighet (Busch, 2013). Validitet går i stor grad ut på å om vi måler det vi skal måle, og om vi kan stole på det vi vil kartlegge (Pallant, 2020). Relabilitet handler om at en utfører målinger korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2017). Ekstern validitet vil si om resultatet fra studien med et begrenset utvalg kan overføres til en større populasjon (Jacobsen, 2015). Inter validitet går ut på om resultatene oppfattes som riktige (Jacobsen, 2021).

#### *Seleksjonsbias*

Seleksjonsbias, også kalt utvalgsskjevhet oppstår når utvalget avviker fra selve populasjonen på en slik måte at det påvirker generaliserbarheten (Laake, 2007).

Det finnes flere ulike måter å rekruttere deltagere på for å besvare et spørreskjema. Vi valgte å opprette en nettside med informasjon om studien, samt å dele en lenke til spørreskjemaet på vår personlige profil på Instagram og Facebook. Styrken med denne metoden er at det er svært enkelt å nå ut til mange folk (Jacobsen, 2021). Vi hadde tydeliggjort inklusjonskriteriene i nettskjema, på nettsiden og i infoskrivet som ble gjort tilgjengelig for publikum.

Utvalget i vår studie er et resultat av selvutvelgelse. Denne formen for utvalg kjennetegnes ved at deltakerne kan bestemme selv om de vil svare på spørreundersøkelsen eller ikke (Jacobsen, 2015). Selvutvelgelse kan av flere grunner føre til systematiske skjevheter. En av grunnene er at utvalget kan avvike fra populasjonen ved at relevante grupper ikke blir inkludert. Ifølge Jacobsen (2015) kan selvutvelgelsesstrategi medføre større sannsynlighet for at de med sterkest mening om det aktuelle, besvarer spørreskjemaet. Dette kan føre til polarisering, hvor sterkere meninger får mer tyngde enn andre meninger som ikke kommer frem (Jacobsen, 2015). Selv om mange oppfyller inklusjonskriteriene, kan det hende de ikke får med seg spørreskjemaet eller at kildene ikke gir fra seg riktig informasjon. Enda en grunn til at selvutvelgelse kan føre til systematiske skjevheter er at vi ikke har garanti for at deltakerne er den de utgir seg for (Jacobsen, 2021). Dette truer studiens reliabilitet og derav studiens eksterne validitet.

Utvalget i studien vår er lite, noe som reduserer sannsynligheten for å dekke hele eksponeringsfordelingen. Generelt er lav svarprosent problematisk for tverrsnittsanalyser fordi lav svarprosent risikerer at de som deltar, ikke representerer den gruppen som de er ment å representere (Laake, 2007). Dette vil påvirke den eksterne validiteten, og resultatene våre må tolkes med forsiktighet.

### *Informasjonsbias*

Informasjonsbias, også kalt informasjonsskjevhet innebærer at data som har blitt samlet inn i studien, ikke blir målt korrekt (Laake, 2007). En vanlig måte å innsamle data på i en tverrsnittstudie, er ved hjelp av et spørreskjema. En svakhet med et spørreskjema som er delt på internett er at det ofte oppnår lav svarprosent (Jacobsen, 2021). En svakhet med studien er at vi har utarbeidet spørsmålene på egenhånd, fordi vi ikke fant eksisterende validerte spørreskjemaer som var aktuelle. Selv om vi ikke fant validerte spørreskjemaer relevant for denne studien, betyr det ikke nødvendigvis at det ikke finnes. Vi har basert våre spørsmål på formuleringer fra andre spørreskjemaer med en viss overføringsverdi. Å kunne benytte et validerte spørsmål er en styrke fordi vi da kunne ha sammenlignet resultatene våre opp mot andre studier som har brukt de samme spørsmålene (Drageset & Ellingsen, 2009). At vi med dette ikke kan sammenligne våre resultater med et validert spørreskjema, vil også true reliabiliteten til resultatene.

Spørsmål i spørreskjemaet vil rette oppmerksomheten til deltakeren mot et spesielt tema, som kan sette henne i en spesiell stemning. Denne stemningen kan, over tid, medføre at deltakeren blir tvunget til å besvare spørsmål på en spesiell måte (Jacobsen, 2015). De to siste informasjonsspørsmålene innebærer om informasjonen de fikk medvirket til opplevelse av tilfredshet og trygghet angående induksjon. Dersom deltakeren ikke opplevde tilfredshet eller trygghet angående fødselsinduksjon, kan det tenkes at dette vil farge besvarelsen av spørsmålene som omhandlet medbestemmelse i en negativ forstand.

Faktorer som kan true studiens interne validitet er for eksempel om deltakerne besvarer feil og/eller husker feil i besvarelsen av spørreskjema (Jacobsen, 2021). Vi inkluderte kvinner som ble indusert grunnet overtid i perioden 2019-2022. Ifølge en systematisk oversiktsartikkel gjort av Waldenstrom (2004) viste funn at kvinner endret syn på fødselen sin over tid. Videre oppgir Waldenstrom (2004) at kvinner var mer positive kort tid etter fødsel grunnet takknemlighet for at fødselen var over, og dermed ser tilbake på hendelsen annerledes enn hva de gjorde ett år etter hendelsen. Av den grunn er det mulig at kvinner som fødte i 2019 kan ha endret synet sitt på fødselsinduksjonen når de besvarte spørreskjemaet sammenlignet med da hun ble indusert. Dette kalles hukommelsesbias som betyr at deltakerne husker et fenomen eller en hendelse på forskjellige måter (Staff, 2015).

Ifølge Jacobsen (2015) vil en utfordring med spørreskjemaer som har faste svaralternativer, være å sikre intern validitet. (Jacobsen, 2015) oppgir at undersøkelser kan ha mer eller mindre teoretiske, vage og/eller uklare begreper som er gunstig å få deltakernes synspunkter på. En går da gjennom en "konkretiseringsprosess" hvor en hele tiden spør seg selv om vi målet det vi vil måle (Jacobsen, 2015). For å styrke intern validitet gjennomførte vi en pilotundersøkelse hvor ni ulike kvinner besvarte spørreskjemaet. Disse kvinnene ga oss tilbakemelding på om det var ord som var uforståelig eller om det var ytterligere spørsmål til spørreskjema som kunne være aktuelle.

Vi opprettet en nettside hvor begrep som blant annet igangsettelse og overtidig svangerskap ble definert. Ord som "igangsettelse" er et mer «folkelig» og forståelig ord, og ble brukt i stedet for faguttrykket "induksjon". Vi har tatt i betraktning at ikke alle deltakerne ville bli rekruttert via nettsiden hvor ord og uttrykk er definert. Derfor definerte vi også ord og uttrykk på selve nettskjemaet. Dette gjorde vi for å minimere risiko for at deltakere ikke skulle forstå eller misforstå ord og uttrykk.

For å kunne ta i bruk et spørreskjema som verktøy til datainnsamling må fenomenet vi er interessert i kunne måles på en eller annen måte (Jacobsen, 2021). Vi ønsker å undersøke kvinners opplevelse av informasjon og medbestemmelse, noe vi har valgt å måle ved at deltakerne graderte svarene fra negativ "ikke i det hele tatt» til positiv «i svært stor grad» på en fem-punkts Likert-skala. Svaralternativer på Likert-skala kan medføre at deltakerne kommer inn i en slags rytme, og nærmest krysser av et svaralternativ av gammel vane (Jacobsen, 2015). Det er også lagt inn svaralternativ «vet ikke» for deltakere som av en eller annen grunn ikke ønsker, kan eller vil gradere sin opplevelse. Dette kan invitere deltakeren til å ikke svare ordentlig på spørsmålet fordi svaralternativet kan krysses av hvis deltakeren opplever at spørsmålet blir for vanskelig å ta stilling til. Dette kan medvirke til at de unnlater å svare, selv om de kanskje har en mening om det aktuelle. På den andre siden, hadde det ikke vært et svaralternativ som "vet ikke" i spørreskjemaet, er det mulig at deltakerne hadde følt et press om å ta et standpunkt som de i utgangspunktet ikke hadde (Jacobsen, 2015).

### *Statistiske analyser og konfundering*

Vi har gjennom hele arbeidsprosessen dobbeltsjekket tall, gjort analyser flere ganger for å sikre at det er gjennomført på riktig måte, og sjekket resultatene for å sikre at de riktige variablene og tallene er brukt. Dette er en styrke for oppgavens reliabilitet. Signifikante og ikke signifikante resultater er rapportert gjennom resultatkapitlet. Manglende data (missing) og totalt antall deltakere er også rapportert ved gjeldende analyse. Det er gjennomgående få manglende svar i studien.

Ifølge Bjørndal and Hofoss (2017) kan konfundering oversettes til effektforveksling eller bakenforliggende faktor. Konfunderende faktorer betyr at en observert sammenheng mellom to variabler i stedet kan skyldes en annen faktor. Dette kan bidra til forvirring ved at det tilsynelatende fremstår som det er en sammenheng mellom to variabler, og/eller at en sammenheng som eksisterer, ikke kommer fram (Bjørndal & Hofoss, 2017).

Spearman's korrelasjonsanalyse ser på styrken og retningen til korrelasjonen mellom to kontinuerlige variabler. Dette mener vi var en relevant analyse for å besvare vårt forskningsspørsmål. I og med at det var en lineær sammenheng mellom de tre uavhengige informasjonsvariablene og opplevelsen av medbestemmelse, ble det gjort lineær

regresjonsanalyse av de samme variablene. Multippel regresjonsanalyse ville gitt mer detaljert informasjon om hva som påvirket graden av medbestemmelse for kvinnene i studien, fordi vi da kunne ha justert for mulige konfunderende bakgrunnsfaktorer. Våre begrensede ferdigheter innen statistikk, samt tiden vi hadde til rådighet, er en begrunnelse for at ikke multippel regresjonsanalyse eller andre typer analyser ble tatt i bruk i denne masteroppgaven. Lineær regresjonsanalyse tar ikke høyde for at det kan være konfunderende faktorer som påvirker den avhengige variabelen. På bakgrunn av dette må resultatene tolkes med forsiktighet.

### *Kognitiv bias*

Forskeren må bestemme seg for hva som er viktig, hva en leter etter og hvilke kriterier som skal legges til grunn for å skille på ulik informasjon når analysen skal tolkes. Ifølge Jacobsen (2021) har ikke hjernen kapasitet eller evne til å behandle all informasjon. Dette kan medvirke til at vi ser noe lettere enn noe annet, og dermed systematisk overser informasjon. Dette kalles kognitiv bias eller kognitiv skjevhet (Jacobsen, 2021). I utarbeidelse av spørreskjemaet ser vi i retrospekt at vi har inkludert for mange spørsmål, spesielt om medbestemmelse. På grunn av studiens omfang og begrenset tidsaspekt, er det åtte spørsmål i spørreskjemaet som ikke blir brukt til å besvare forskningsspørsmålene. Vi har også i senere tid sett at noen spørsmål kunne bli formulert på en annen måte, eller at vi skulle hatt oppfølgingsspørsmål. Med dette mener vi at det ville vært en styrke å spørre kvinner om hva de ønsket av informasjon, ikke bare spørre om hva slags informasjon de faktisk fikk.

## **5.4 Forslag til videre forskning**

Denne studien ble gjennomført med et anonymt spørreskjema, det ville derfor vært interessant å innhente informasjon fra kvinner om deres konkrete meninger og erfaringer om temaet gjennom dybdeintervju eller fokusgruppeintervju. Kvinners personlige innspill på hvordan de beskriver informasjon om induksjon ved hjelp av dybdeintervju, kunne beriket materialet. Det hadde også vært interessant å få mer kunnskap om kvinner ønsker å ta del i beslutninger angående induksjon av fødsel, med innspill om hvordan dette best kan gjøres. Det hadde også vært av stor interesse å se på hvordan norske jordmødre opplever å informere og inkludere kvinner i fødselsomsorgen. Norske jordmødre har ansvar for en frisk og normal fødsel, men informerer også om det som ikke er friskt og normalt, deriblant induksjon av fødsel. I henhold til retningslinjer og lovverk har jordmødre omfattende informasjonsplikt, og det ville vært av

interesse å se på hvordan det oppleves for jordmødre å informere om prosedyrer som er hovedsakelig gynekologens ansvar (International Confederation of Midwives (ICM), 2016) (Helsepersonelloven, 1999). Dette kunne vært av betydning for framtidig retningslinjer i fødselsomsorgen. En ny brukerundersøkelse lik den som ble gjennomført av folkehelseinstituttet i 2018 burde utføres, for å kunne sammenligne de faktiske norske forholdene som omhandler kvinners opplevelse av gitt informasjon og medbestemmelse.

## 5.5 Implikasjoner for praksis

Temaet i vår studie er aktuell fordi andelen kvinner som blir induisert øker for hvert år. Kvinner skal ha mulighet til å få all den informasjon de har behov for, for å kunne delta som en likeverdig part i avgjørelser som angår dem selv.

De fleste deltakerne i studien vår opplevde å få muntlig informasjon. Det var færre som opplevde å få skriftlig informasjon. Vår studie kan være med på å bevisstgjøre jordmødre på de forskjellige sykehusene om dette, og at det muligens er et forbedringspotensial på hvilken metode kvinner opplever å få informasjonen. Funn fra vår studie tilsier at det er behov for mer informasjon i forkant av induksjon, og utviklingen av en informasjonsbrosjyre kan derfor være med på å gi kvinner bedre mulighet til å forberede seg. Denne informasjonsbrosjyren bør også inneholde kunnskapsbaserte nettsiden som kvinner kan oppsøke.

Våre funn tilsier at informasjon om valgt induksjonsmetode, gir økt sannsynlighet for å oppleve medbestemmelse og at informasjonen burde være forståelig formulert. Både WHO og norsk lovverk beskriver at informasjonen skal være tilpasset hver enkelt, uten bruk av medisinsk terminologi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; World Health Organization, 2018a).

Jordmødre i spesialisthelsetjenesten har mulighet til å tilpasse informasjon om induksjon på første trivselskontroll. Våre funn tilsier at fødeavdelinger burde legge til rette for at kvinner får tid til å bearbeide informasjon, fordi dette vil sannsynligvis styrke opplevelsen av medbestemmelse. Ifølge andre studier kan det være for tidlig å informere om fødselsinduksjon på fødselsforberedende kurs, og for sent når fødeavdelingen anser induksjon burde iverksettes på kort forvarsel.

## 6 KONKLUSJON

I vår studie har vi undersøkt hvordan kvinner beskriver informasjonen som de ble gitt ved fødeavdelingen før induksjon, og om denne informasjonen har sammenheng med opplevelsen av medbestemmelse i forbindelse med induksjon av fødsel som følge av overtid. Resultatene viser at det er variasjon i hvordan deltakerne opplever informasjonen de har fått. Flertallet opplevde å få muntlig informasjon, og majoriteten opplevde også at det var rom for å stille spørsmål til jordmor/gynekolog. Deltakerne var stort sett enig i at informasjonen var formulert på en forståelig måte, som den lineære regresjonsanalysen viser har betydning for opplevelsen av medbestemmelse. Dette er positivt, og samsvarer med formålet om at kvinner skal oppleve samvalg og formålet med partnerskapsmodellen.

Våre resultater viser at de færreste opplevde å få nok informasjon i forkant av induksjon. Det var også et mindre antall deltakere som opplevde rom for å diskutere informasjon med jordmor/gynekolog. Det var delte meninger om informasjonen hadde betydning for trygghet angående induksjon. Vi vet ikke hvilke faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet under fødselsinduksjon, men tidligere studier viser til at kvinner stoler på jordmor/gynekologens vurderinger.

Flesteparten av deltakerne opplevde i mindre grad å få informasjon om den aktuelle induksjonsmetoden, og tid til å bearbeide mottatt informasjon. Fra lineær regresjonsanalyse viser resultatene at dette påvirker grad av opplevd medbestemmelse. Denne analysemetoden tar ikke konfunderende faktorer i betraktning, og vi skal derfor tolke resultatene med forsiktighet. Resultatene av lineær regresjon fra vår studie kan sammenlignes med tidligere studier, som også viser til at manglende informasjon påvirker grad av medbestemmelse.

På bakgrunn av funnene som kommer frem i studien vår, ser vi et behov for å endre dagens praksis ved informasjonsoverføring mellom fødekvinne og jordmor/ gynekolog. Standardisert informasjon kan bidra til bedre beslutningsevne for kvinnen, og legger grunnlag for at induksjonsprosessen blir diskutert sammen med kvinnen. Tidspunkt for når denne informasjonen skal gis er vanskelig å stadfeste, men er noe som burde studeres videre.

## Referanseliste

- Akuamoah-Boateng, J., & Spencer, R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labor for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, *67*, 46-56.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.018>
- Biostats. (u.å). *Creating a jitter plot*. biostats. Retrieved 07.03 from  
<https://biostats.w.uib.no/creating-a-jitter-plot/>
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2017). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. ed.). Gyldendal akademisk.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter*. Fagbokforl.
- Coates, D., Donnelly, N., Foureur, M., & Henry, A. (2021). Women's experiences of decision-making and attitudes in relation to induction of labour: A survey study. *Women Birth*, *34*(2), e170-e177. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.020>
- Coates, D., Homer, C., Wilson, A., Deady, L., Mason, E., Foureur, M., & Henry, A. (2020). Induction of labour indications and timing: A systematic analysis of clinical guidelines. *Women Birth*, *33*(3), 219-230.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.004>
- Coates, D., Makris, A., Catling, C., Henry, A., Scarf, V., Watts, N., Fox, D., Thirukumar, P., Wong, V., Russell, H., & Homer, C. (2020). A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour. *PLoS One*, *15*(1), e0228196-e0228196.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228196>
- Coates, D., Thirukumar, P., & Henry, A. (2021). The experiences of shared decision-making of women who had an induction of labour. *Patient Educ Couns*, *104*(3), 489-495.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.020>
- Coates, R. (2021). Attitudes of pregnant women and healthcare professionals to labour induction and obtaining consent for labour induction. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, *77*, 64-75.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.08.008>
- Coates, R., Cupples, G., Scamell, A., & McCourt, C. (2019). Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*, *69*, 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.013>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Laurence Erlbaum.  
<https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100.  
<https://doi.org/10.7557/14.244>
- Dupont, C., Blanc-Petitjean, P., Cortet, M., Gaucher, L., Salomé, M., Carbonne, B., & Ray, C. L. (2020). Dissatisfaction of women with induction of labour according to parity: Results of a population-based cohort study. *Midwifery*, 84, 102663-102663.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102663>
- Dupuis, N., Loussert, L., de Vries, P. L. M., Parant, O., Vayssière, C., & Guerby, P. (2022). Offering women a choice in induction of labour: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06652-8>
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (5. ed.). Jussboka.no.
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O.,... Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*, 359, j4891-j4891.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, 27(10), 1361-1367.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Evans, K., Sands, G., Spiby, H., Evans, C., Pallotti, P., & Eldridge, J. (2021). A systematic review of supportive interventions to promote women's comfort and well - being during induction of labour. *J Adv Nurs*, 77(5), 2185-2196.  
<https://doi.org/10.1111/jan.14711>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics : and sex and drugs and rock 'n' roll* (4. ed.). SAGE.
- Folkehelseinstituttet. (2021a). *F2b-5: Dødfødte og perinatalt iht. MFR*. Folkehelseinstituttet, medisinsk fødselsregister - statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

- Folkehelseinstituttet. (2021b). *F3a: Mors alder*. Folkehelseinstituttet, medisinsk fødselsregister - statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2021c). *F4a: Paritet*. Folkehelseinstituttet, medisinsk fødselsregister - statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2021d). *F4b: Mors sivilstatus*. Folkehelseinstituttet, Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2021e). *F6: Svangerskapsvarighet*. Folkehelseinstituttet, Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2021f). *F8: Fødselsstart og induksjon*. Folkehelseinstituttet, Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Haukeland universitetssjukehus. (2020, 21.09.2020). *Igangsetting av fødsel (induksjon)*,. Helse Bergen - Haukeland universitetssjukehus. <https://helse-bergen.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels-induksjon?language=2068>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Regjeringen.no Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=6#:~:text=I%20Norge%20er%20det%20i,f%C3%B8destue%20ble%20nedlagt%20i%202008>.
- Helsedirektoratet. (2017a, 11.04.2022). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet. Retrieved 17.11 from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2017b, 11.02.19). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere#:~:text=Verdens%20helseorganisasjon%20\(WHO\)%20definerer%20%C2%AB,eller%20%C2%AB%C3%A5%20gj%C3%B8re%20sterk%C2%BB](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere#:~:text=Verdens%20helseorganisasjon%20(WHO)%20definerer%20%C2%AB,eller%20%C2%AB%C3%A5%20gj%C3%B8re%20sterk%C2%BB).
- Helsedirektoratet. (2018, 22.12.2022). *Nasjonalt faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2022, 04.10.2022). *Nasjonalt faglig retningslinje for fødselsomsorgen (HØRINGSUTKAST) [nettdokument]*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast/informasjon-og-pasientmedvirkning-nar-det-haster#fodeinstitusjonene>

bor-ha-rutiner-for-ivaretagelse-av-pasientinformasjon-og-medvirkning-nar-fodsels-hjelpen-haster-praktisk

- Holmboe, O., & Sjetne, I. S. (2018). *Brukeres erfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017. Nasjonale resultater* (2018:46). Folkehelseinstituttet.  
[https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2573928/Holmboe\\_2018\\_Bru.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2573928/Holmboe_2018_Bru.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- IBM Corp. (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows*. In (Version 28.0) [Computer software]. IBM Corp.
- Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, (2016).  
<file:///C:/Users/ingvi/Downloads/Yrkesetisk%20retningslinjer%20for%20jordm%203%B8dre%202016.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Johannessen, A. (2022). *Introduksjon til IBM SPSS statistics* (5. ed.). Abstrakt forlag.
- Keulen, J. K. J., Nieuwkerk, P. T., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., Mol, B. W., van der Post, J. A. M., & de Miranda, E. (2021). What women want and why. Women's preferences for induction of labour or expectant management in late-term pregnancy. *Women Birth*, 34(3), 250-256. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.010>
- Kornør, H., Reinar, L. M. B., & Rosness, T. A. (2020). *Håndtering av svangerskap som har passert termin. Systematisk oversikt* (978-82-8406-123-8).  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/handtering-av-svangerskap-som-har-passert-termin-rapport-2020.pdf?fbclid=IwAR2G8TYFuBoSddx7DEMZzSQnCD6uMUCwM\\_entfEexzMz91ldwaIeGwTkQQ](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/handtering-av-svangerskap-som-har-passert-termin-rapport-2020.pdf?fbclid=IwAR2G8TYFuBoSddx7DEMZzSQnCD6uMUCwM_entfEexzMz91ldwaIeGwTkQQ)
- Laerd Statistics. (2015). *Simple linear regression using SPSS statistics*. Laerd Statistics.  
<https://statistics.laerd.com/premium/spss/lr/linear-regression-in-spss-22.php>
- Laerd Statistics. (2018). *Spearman's correlation using SPSS statistics*. Laerd Statistics.  
<https://statistics.laerd.com/premium/spss/sroc/spearman's-rank-order-correlation-in-spss-15.php>

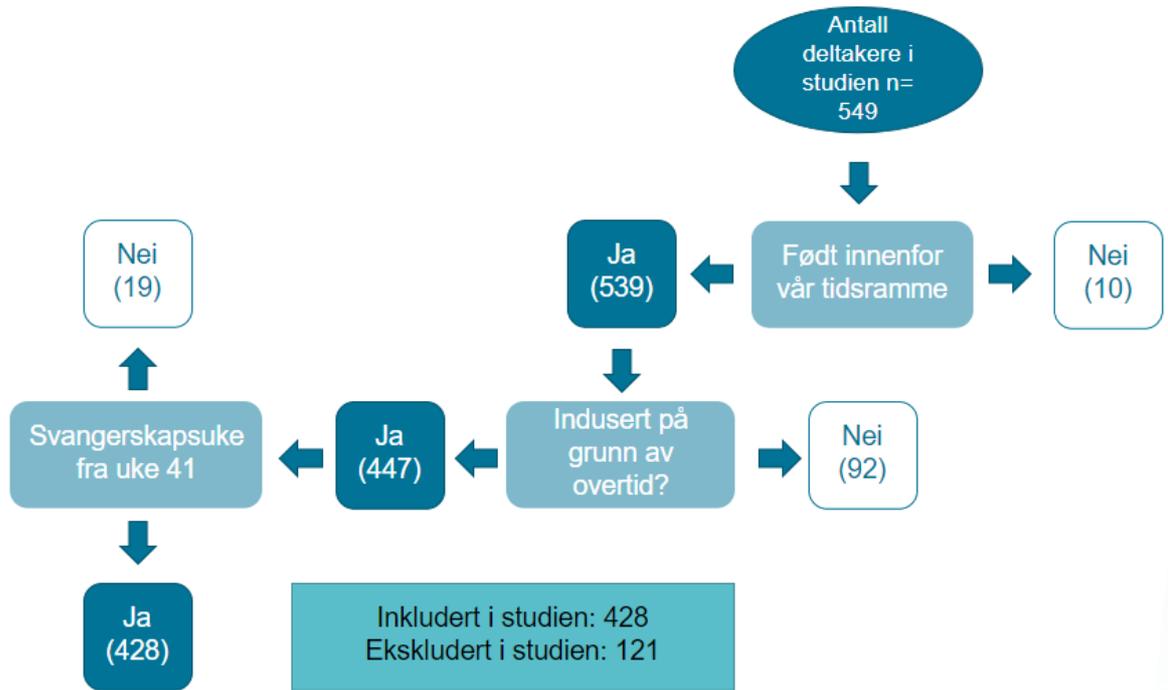
- Laerd Statistics. (2023). *Types of variable - SPSS statistics*. Laerd Statistics.  
<https://statistics.laerd.com/premium/spss/tov/types-of-variable.php>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII. Rapport IS-2959*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/\\_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf)
- Liland, B. (2014). *Å lytte til de tause stemmene : livsforlengende behandling: ivaretagelse av intensivpasienters rett til medbestemmelse - sykepleieres erfaringer* [Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus]. ODA - Open digital archive. Oslo.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/2723/Liland.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Lou, S., Carstensen, K., Hvidman, L., Jensen, T. F., Neumann, L., Habben, J.-G., & Uldbjerg, N. (2021). “I guess baby was just too comfy in there...”: A qualitative study of women's experiences of elective late-term induction of labour. *Women Birth, 34*(3), 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.012>
- Lou, S., Hvidman, L., Uldbjerg, N., Neumann, L., Jensen, T. F., Haben, J.-G., & Carstensen, K. (2019). Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. *Birth, 46*(3), 400-410. <https://doi.org/10.1111/birt.12412>
- Lov om helsepersonell m.v., (1999). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>
- Laake, P. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Gyldendal akademisk.
- Mathisen, M. (2022). Opplevelsen og erfaringen med en indusert fødsel. *Tidsskrift for jordmødre, 128*(6/2022), 24-28.
- Michelsen, T. M., Bergøy, Ø., Ellingsen, L., Klingberg, C., Lang, A., Morken, N.-H., Salvesen, K. Å., Sjøborg, K., Støen, R., & Tingleff, T. (2020, 04.2022). *Preterm fødsel*. Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp.
- Miller, S., & Bear, R. J. (2019). Midwifery partnership. In S. Pairman, S. k. Tracy, H. G. Dahlen, & L. Dixon (Eds.), *Midwifery: Preparation for Practice* (Fourth edition. ed.,

- pp. 299-326). Elsevier Australia. <https://ebookcentral-proquest-com.mime.uit.no/lib/tromsoub-ebooks/reader.action?docID=5622188>
- Moore, J. E., Low, L. K., Titler, M. G., Dalton, V. K., & Sampsel, C. M. (2014). Moving Toward Patient-Centered Care: Women's Decisions, Perceptions, and Experiences of the Induction of Labor Process. *Birth*, *41*(2), 138-146.  
<https://doi.org/10.1111/birt.12080>
- Morken, N.-H. H., Camilla, Heimstad, R., Murzakanova, G., & Stokke, A. M. (2020, 22-24.04.2022). *Overtidig svangerskap*. Norsk gynekologisk forening.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/overtidig-svangerskap/>
- Nieuwenhuijze, M. (2020). Woman centred-care and shared decision-making in midwifery care. In E. Jefford & J. Jomeen (Eds.), *Empowering decision-making in midwifery : a global perspective*. Routledge.  
<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780429398179-20/woman-centred-care-shared-decision-making-midwifery-care-marianne-nieuwenhuijze>
- Oppegård, K. S., Dögl, M., Sun, C., Hill, S., Ween-Velken, M., & Sørbye, I. K. (2020, 24.04.2022). *Induksjon/igangsettelse av fødsel -Modning av cervix/livmorhalsen før fødsel*. Norsk gynekologisk forening.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/induksjon-igangsettelse-av-fodsels-modning-av-cervix-livmorhalsen-for-fodsels->
- Oslo Universitetssykehus. (2021, 17.03.2021). *Igangsetting av fødsel på Ullevål sykehus*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels-?sted=ullevaal-sykehus>
- Pairman, S. (1999). Partnership revisited : towards midwifery theory. *New Zealand College of Midwives*, *10*(21), 6-12. <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2019/01/Jnl-21-October-1999-min.pdf>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7. ed.). Open University Press.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2022). *Ny søknad*. Rekportalen. <https://rekportalen.no/#calls/FylleUt>
- Rist, T. (2022, 25.05). Med lisens til å føde – vi må snakke om maktbalansen. *Klassekampen.no*.

- Rydahl, E., Declercq, E., Juhl, M., & Maimburg, R. D. (2019). Routine induction in late-term pregnancies: follow-up of a Danish induction of labour paradigm. *BMJ Open*, 9(12), e032815-e032815. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032815>
- Sayakhot, P., & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 65-65. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0856-5>
- Schwarz, C., Gross, M. M., Heusser, P., & Berger, B. (2016). Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*, 35, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.002>
- Sikt. (2023). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. Sikt. <https://sikt.no/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H., & Holmboe, O. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater* (8281218436,9788281218437). [https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2477352/K\\_PasOpp\\_2013\\_04\\_Brukererfaringer\\_svang\\_erskaps\\_nasjonale.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2477352/K_PasOpp_2013_04_Brukererfaringer_svang_erskaps_nasjonale.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Staff, A. (2015, 23.06.2015). *Bias*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Statistisk sentralbyrå. (2022a). *11124: Hyppighet på internett- og PC-bruk siste 12 måneder (prosent), etter alder, statistikkvariabel, kjønn og år*. <https://www.ssb.no/statbank/table/11124/chartViewColumn/>
- Statistisk sentralbyrå. (2022b). *11293: Personer 16 år og over, etter utdanningsnivå, kjønn, statistikkvariabel og år*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/statbank/table/11293/tableViewLayout1/>
- Stavanger universitetssjukehus. (2021, 19.08.2021). *Igangsetting av fødsel*. Helse Stavanger - Stavanger universitetssjukehus. <https://helse-stavanger.no/behandlinger/igangsetting-av-fodselsel>
- Stevens, G., & Miller, Y. D. (2014). Overdue Choices: How Information and Role in Decision-Making Influence Women's Preferences for Induction for Prolonged Pregnancy. *Birth*, 39(3), 248-257. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00554.x>
- Stoll, K., Wang, J. J., Niles, P., Wells, L., & Vedam, S. (2021). I felt so much conflict instead of joy: an analysis of open-ended comments from people in British Columbia who declined care recommendations during pregnancy and childbirth. *Reprod Health*, 18(1), 79-79. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01134-7>

- Sørlandet sykehus. (2022, 02.02.2022). *Igangsetting av fødsel, Gynekologisk og obstetikk.*  
Sørlandet sykehus. <https://sshf.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels?sted=sorlandet-sykehus-kristiansand&language=1044>
- Thornton, L., Batterham, P. J., Fassnacht, D. B., Kay-Lambkin, F., Callear, A. L., & Hunt, S. (2016). Recruiting for health, medical or psychosocial research using Facebook: Systematic review. *Internet Interv*, 4(P1), 72-81.  
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.02.001>
- UiT - Norges arktiske universitet. (2019, 05.04.2019). *Retningslinje for klassifisering av informasjon.* UiT - Norges arktiske universitet.  
<https://uit.no/Content/714606/cache=1610450302000/Retningslinjer+for+klassifisering+--vedtatt+5-4-19.pdf>
- UiT - Norges arktiske universitet. (2021, 12.11.2021). *Behandling og lagring.* UiT - Norges arktiske universitet.  
[https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p\\_document\\_id=729087](https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p_document_id=729087)
- UiT - Norges arktiske universitet. (2022, 27.05.2022). *Forskningsetiske retningslinjer.* UiT - Norges arktiske universitet. [https://uit.no/forskning/etikk/art?p\\_document\\_id=718189](https://uit.no/forskning/etikk/art?p_document_id=718189)
- Universitetet i Oslo. (2021, 08.12.2022). *Disse har tilgang til å bruke Nettskjema.*  
Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/tilgang/>
- Universitetssykehuset i Trondheim. (2022, 14.06.2022). *Igangsetting av fødsel.* St. Olavs hospital - Universitetssykehuset i Trondheim. Retrieved 02.09 from  
<https://stolav.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels>
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2021, 16.03.2021). *Igangsetting av fødsel - Tromsø.*  
Universitetssykehuset Nord-Norge. Retrieved 30.08 from  
<https://unn.no/behandlinger/igangsetting-av-fodsels?sted=tromso>
- Waldenstrom, U. (2004). Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time. *Birth*, 31(2), 102-107. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene.* Universitetsforl.
- World Health Organization. (2018a). *WHO recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience.* World Health Organization.  
file:///C:/Users/ingvi/Downloads/9789241550215-eng.pdf
- World Health Organization. (2018b, 2022). *WHO recommendations: induction of labour at or beyond term.* Geneva: World Health Organization. Retrieved 25.01 from  
file:///C:/Users/ingvi/Downloads/9789240052796-eng.pdf

## Figur og tabell



Figur 10. Flytskjema

**Tabell 5. Oversikt over antall deltakere som besvarte «vet ikke» og derfor ekskludert i Spearmans' korrelasjons- og lineær regresjonsanalyse.**

	n (%)
Opplevd medbestemmelse ved induksjon	11 (2,6%)
Forståelig formulert informasjon i forkant av induksjon*	9 (2,1%)
Tid til å bearbeide informasjon	8 (1,9%)
Info om aktuell induksjonsmetode	1 (0,2%)
*Missing: 1	

## Vedlegg 1. Samarbeidspartnere og grupper som fikk tilsendt materiale

INSTAGRAM	FACEBOOK	ANDRE PLATTFORMER
Barseloppøret Anette Hummel Eva Rose Juno Paulsen Femihelse Landsforeningen for fødselsskader Bunadsgerilja Fødselsfestivalen (Catrine Trulsvik) Positiv fødsel	Kvinnekroken (2747 medlemmer) Graviditet, fødsel og tiden etter (36 944 medlemmer)	Lillemini.com Kjennliv.no

## Vedlegg 2. Informasjon om studien til rekruttering



Dette er en forespørsel om du kunne tenke deg å hjelpe oss med å besvare en **spørreundersøkelse som tar omtrent 5-10 minutter**. QR-koden vil lede deg til spørreundersøkelsen. Du vil være anonym, og vi innhenter ingen personopplysninger. Svarene på spørreundersøkelsen vil bli brukt i en masteroppgave skrevet av Ingvild Stavenes og Jeanett Andersen som studerer jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet.

**Hensikten med denne studien** er å få innsikt i hvilken grad kvinner opplever medbestemmelse ved igangsettelse, og om det er en sammenheng mellom informasjon kvinner får om igangsettelse og opplevelsen av medbestemmelse.

Hvem kan delta i studien?

- Du må være over 18 år.
- Du må ha født i tidsrommet 01.01.2019 – 30.11.2022.
- Du må være igangsatt grunnet overtid, fra og med uke 41 + 0.

Se vår nettside: [dininduksjon.wordpress.com](http://dininduksjon.wordpress.com)

Kontakt oss på:

Ingvild Stavenes: [ist124@uit.no](mailto:ist124@uit.no)

Jeanett Andersen: [jan135@uit.no](mailto:jan135@uit.no)

Vår veileder for dette masterprosjektet:

Ingvild Hersoug Nedberg: [ingvild.h.nedberg@uit.no](mailto:ingvild.h.nedberg@uit.no)

## Vedlegg 3. Link til nettside og bilde av forsiden

**Har du fått anbefalt igangsettelse av fødsel som følge av overtid?**

I dette prosjektet vil vi finne ut i hvilken grad opplever kvinnen medbestemmelse rundt induksjon ved overtid og om det er sammenheng mellom den informasjonen kvinnen får om igangsettelse og opplevelse av medbestemmelse.

Vi vil for eksempel stille deg spørsmål som:

- Ønsket du å være involvert i avgjørelsen om å sette i gang fødselen din?
- Hvordan fikk du informasjon om hva det innebærer å igangsettes?

**Ditt personvern**      **Induksjon og gravides rettigheter**

**Hvem søker vi?**

Du må beherske norsk skriftspråk, være over 18 år, ha født et barn i 2019, 2020, 2021 eller 2022 etter å ha blitt igangsatt ved hjelp av ballong, hormontabletter, å ta vannet eller ved bruk av hormondrypp.

Du kan ikke delta i studien dersom du ble igangsatt grunnet andre medisinske indikasjoner. Dette innebærer bl.a. tidlig vannavgang, sykdom hos mor eller forhold hos barnet.

**Bli med på undersøkelsen**

**Kontaktinfo**

Vi er to jordmorstudenter som skriver en mastergrad ved UIT Norges arktiske universitetet. Veileder for vårt masterprosjekt er førsteamanuensis Ingvild Hersoug Nedberg.

Ingvild Stavenes	Jeanett Andersen	Ingvild Hersoug Nedberg
<a href="mailto:ist124@uit.no">ist124@uit.no</a>	<a href="mailto:jan135@uit.no">jan135@uit.no</a>	<a href="mailto:ingvild.h.nedberg@uit.no">ingvild.h.nedberg@uit.no</a>

Link: <https://dininduksjon.wordpress.com/>

## Vedlegg 4. Spørreundersøkelsen

**Samtykker du til at dataene i denne spørreundersøkelsen vil bli brukt i en masterstudie?**

(Ja- Nei)

1. **Alder:**(18 år -25 år, 26 år- 30 år, 31 år-35, 36-40, over 40)
2. **Har du født i tidsrommet 01.01.2019 – 30.11.2022?** (Ja – Nei)
3. **Hvor mange ganger har du født?** (Jeg er førstegangsfødende – Jeg er flergangsfødende)
4. **Har din fødsel blitt satt i gang grunnet overtid?** (Ja – Nei)
5. **Hvor mange uker var du ved tidspunktet du ble igangsatt?** (Tidligere enn uke 41 - 41+0 - 41+3 - 41+4 - 41+6 - 42+0 - 42+3 – Over 42+4).
6. **Hva er din sivilstand?** (Samboer/ Gift - Kjærester/partner men bor ikke sammen - Enslig)
7. **Hva er din høyeste fullførte utdanning?** (Grunnskole – videregående – høyskole/universitet (1-4 år) - Høyskole/universitet (mer enn 4 år).

### Informasjon og rettigheter

*Denne delen vil omhandle spørsmål om din igangsettelse av fødsel og din opplevelse av informasjonen som ble gitt.*

8. **Hvordan fikk du informasjon om hva det innebærer å igangsettes?**  
(Skriftlig informasjon – muntlig informasjon – Jeg fant ut av informasjonen selv – Fikk ingen informasjon – vet ikke)
9. **Fikk du god informasjon om de metodene for igangsettelse som var aktuelle for deg?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - i stor grad - i svært stor grad - Vet ikke).
10. **Fikk du informasjon om ulemper ved å sette i gang fødselen din?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - i stor grad - i svært stor grad - Vet ikke).
11. **Fikk du informasjon om fordeler med å igangsette fødselen din?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - i stor grad - i svært stor grad - Vet ikke)
12. **Fikk du informasjon om ulemper med å avvente igangsette fødselen din?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - i stor grad - i svært stor grad - Vet ikke).

13. **Vil du si at du fikk nok informasjon i forkant av din igangsettelse?** (ja, fikk nok informasjon – nei, fikk ikke nok informasjon – ønsket mindre informasjon enn det jeg fikk – vet ikke)

14. **I hvilken grad opplevde du at informasjonen som du fikk, var forståelig formulert av jordmor/ gynekolog?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - I stor grad - I svært stor grad - Vet ikke).

15. **Opplevde du at du fikk god nok tid til å bearbeide informasjonen du fikk før fødselen ble satt i gang?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - I stor grad - I svært stor grad - Vet ikke).

16. **I hvilken grad vil du si at informasjonen hadde betydning for din tilfredshet med å bli igangsatt?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - I stor grad - I svært stor grad - Vet ikke).

17. **I hvilken grad kan du si at informasjonen du fikk, gjorde deg trygg i beslutningen om å bli igangsatt?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - I stor grad - I svært stor grad - Vet ikke).

## **Medbestemmelse**

*I denne delen ønsker vi å utforske hvordan du vurderer din medbestemmelse under din igangsetting av fødsel. Medbestemmelse innebærer at du betraktes som en likeverdig part i diskusjoner og beslutninger som angår din helsesituasjon*

18. **Ønsket du selv å få fødselen igangsatt?** (Ja – nei – usikker)

19. **Ønsket du å være involvert i avgjørelsen om å sette igang fødselen din?**

*Nominal* (Ja - nei - Vet ikke)

20. **Var du involvert i avgjørelsen om å igangsette fødselen din?** *Nominal* (Ja - nei- Vet ikke)

21. **I hvilken grad vil du si at du var informert over din rett til medbestemmelse da du ble anbefalt å igangsette fødselen?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - i stor grad - i svært stor grad - Vet ikke).

22. **I hvilken grad vil du si at du var involvert i diverse valg rundt din igangsetting??** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - i stor grad - i svært stor grad - Vet ikke).

**23. Hadde du vært mer tilfreds med igangsetting ved å være mer involvert i de forskjellige avgjørelsene angående igangsetting av fødselen din?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - I stor grad - I svært stor grad - Vet ikke).

**24. Opplevde du at det var rom for å stille spørsmål angående igangsettelse?** (Ja – Nei – vet ikke).

**25. I hvilken grad opplevde du at det var rom for å diskutere informasjonen om igangsettelse av din fødsel med jordmor/gynekolog?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - I stor grad - I svært stor grad - Vet ikke).

**26. Kan du si at du opplevde medbestemmelse ved igangsettelse av din fødsel?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - I stor grad - I svært stor grad - Vet ikke).

**27. Hvor tilfreds er du med din opplevelse av igangsettelse av fødsel?** (Ikke i det hele tatt - I liten grad - I noe grad - I stor grad - I svært stor grad - Vet ikke).

## Vedlegg 5. Datahåndteringsplan

### Datahåndteringsplan for tilsette ved UiT

**NB! Denne malen er under utvikling. Det er derfor viktig at du hentar malen frå [Forskningsdataportalen UiT](#) kvar gong du skal laga ny datahåndteringsplan.**

**Denne planen bør ikkje innehalda personleg/sensitiv informasjon.**

**Den utfylte planen kan sendast til [researchdata@hjelp.uit.no](mailto:researchdata@hjelp.uit.no) for tilbakemelding.**

(Norsk mal, versjon 03.06.2020)

Reglar for handtering av forskingsdata ved UiT er forankra i [Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT](#) (heretter forkorta til UiTs retningslinjer). Legg særleg merke til følgjande punkt:

- UiT har som hovudregel eigarskap til alle forskingsdata genererte av tilsette ved UiT (pkt. 2).
- Alle prosjekt der handtering av forskingsdata er relevant, skal ha ein datahåndteringsplan (pkt. 4.2).
- Forskningsdata skal lagrast og arkiverast i eigna og pålitelege arkiv, som sikrar at UiT har vedvarande tilgang til bruk av dataa (pkt. 4.3).
- Forskningsdata skal gjerast ope tilgjengelege, så fram det ikkje er juridiske, etiske, tryggleiksrelaterte eller kommersielle grunnar til å ikkje gjera det (pkt. 1).
- Forskningsdata skal utstyrast med metadata som gjer andre forskarar i stand til å søkja etter og ta i bruk dataa (pkt. 4.6).

For meir informasjon om handtering av forskingsdata sjå [Forskningsdataportalen UiT](#).

<b>Prosjektinformasjon</b>
Ansvarleg person for planen (namn): Ingvild Stavenes og Jeanett Andersen
Dato for denne versjonen av datahåndteringsplanen:
Prosjektnummer og -namn: Kvinners opplevelse av informasjon og medbestemmelse ved induksjon av overtidige svangerskap.
Del av større prosjekt? I så fall spesifiser prosjektnamn og -nummer: nei
Tilknytning (fakultet og institutt): Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektperiode: september 2022 – mars 2023	
Prosjektleder og -deltakere (navn og tilhørighet): Ingvild Nedberg Hersough, Ingvild Stavenes, Jeanett Andersen	
Kort beskrivelse av prosjektet: Masteroppgave i jordmorfag	
Finansiering:	<input type="checkbox"/> UiT-finansiert: arbeidstid og utstyr
(Kryss av for én eller flere.)	<input type="checkbox"/> UiT-finansiert: direkte prosjektfinansiering
	<input type="checkbox"/> Eksternt finansiert. I så fall, spesifiser finansør:

Ansvar og rettigheter	
Kven er ansvarlig for oppfølging og ev. revidering av datahåndteringsplanen? Ingvild Stavenes og Jeanett Andersen. Veileder Ingvild Nedberg Hersough. <i>(I utgangspunktet er dette prosjektleder i samsvar med pkt. 4.1 i UiTs retningslinjer.)</i>	
Kven er ansvarlig for hver aktivitet? Ingvild Stavenes og Jeanett Andersen <i>(Kan være ulikt for innsamling, dokumentering, arkivering osv.)</i>	
Korleis vil ansvar bli fordelt på ev. samarbeidspartnere? Vil det bli utarbeidd ein eigen avtale for dette? nei <i>(Eigen avtale vil være relevant t.d. ved samarbeid med næringsliv.)</i>	
Kven har rettigheter til å handtere dataa? Ingvild Nedberg Hersough, Ingvild Stavenes og Jeanett Andersen <i>(I utgangspunktet medlemmer av prosjektgruppa og ev. samarbeidspartnere, men ikkje nødvendigvis alle. Handtering inneber innsamling, strukturering, oppfølging ved revidering/nye versjonar osv.)</i>	
Kven har tilgang til dataa i prosjektperioden? Ingvild Nedberg Hersough, Ingvild Stavenes og Jeanett Andersen <i>(Tilgang inneber å kunna bruke dataa (t.d. lesa og lasta ned), men ikkje å handtere dei.)</i>	
Kven har eigarskap til dataa? Ingvild Nedberg Hersough, Ingvild Stavenes og Jeanett Andersen <i>(Som hovudregel UiT, om ikkje anna er avtalt, t.d. med samarbeidspartnere.)</i>	

--

### Innsamling/generering av data

Kva slags data skal samlast inn/genererast (t.d. observasjonar, simuleringar, intervju)? Før òg opp eventuell(e) kjelde(r) (t.d. korpus eller eksisterande data). Kvinner som har født i Norge. Bakgrunnsdata (alder, utdanningsgrad, paritet), Opplevelser av mottatt informasjon og medbestemmelse ifm induksjon av fødsel ved overtidig svangerskap. Anonyme data.

Kva standardar og metodar vil bli brukte til innsamling/generering? Elektronisk spørreskjema

Når vil innsamling/generering bli gjort? November 2021

Kva slags type data er det (t.d. tekst, bilete, numeriske data, lyd, osv.)? Forhåndsbestemte svar.

Er det behov for ekstra utstyr eller programvare i samband med innsamling/generering? SPSS, wordpress.com.

Er det behov for spesialistekspertise i samband med innsamling/generering? Nei.

Finst det data om emnet frå før (internt eller eksternt), og korleis kan desse i så fall integrerast og gjenbrukt i prosjektet? Det finnes lite data om kvinners opplevelse av informasjon ved induksjon av overtid for norske kvinner, og om de opplevde medbestemmelse.

### Dokumentasjon og metadata

*(Jamfør [Deposit Guidelines](#) for UiT Open Research Data. NB! Denne bolken gjeld alle typar forskingsprosjekt. God dokumentasjon er viktig for rett forståing og tolking av data også på lang sikt, uavhengig av om data skal delast eller ikkje.)*

Korleis skal dataa dokumenterast, slik at du og andre kan forstå og bruke dei også på lang sikt? *(God praksis inneber å dokumentere dataa i ei ReadMe-fil, der ein forklarar t.d. kolonneoverskrifter og forkortingar.)* Dataene skal dokumenteres i en masteroppgave. Presentasjon av tabeller og figurer for betre visualisering av resultater.

<p>Kva metadatastandard(ar) vil bli brukt(e)?</p> <p><i>(Både opne og lukka data skal forsynast med metadata i samsvar med pkt. 4.6 i UiTs retningsliner. Nokre fagfelt har etablerte metadatastandardar, andre ikkje. Det bør undersøkjast kva som er praksis på eige felt. På <a href="#">denne sida</a> finn du ei oversikt over etablerte metadatastandardar.)</i></p>
<p>Kva filformat blir brukt(e)? Word, SPSS, PDF og Excel.</p>
<p>Kva slags mappestruktur og filnamnkonvensjonar blir brukte? Sharepoint.</p>
<p>Trengst det spesiell programvare for å lesa/tolka dataa? Nettskjema.no og SPSS</p>

<p><b>Lagring og bevaring i prosjektperioden</b></p>
<p>Kva er prosedyrane for lagring og tryggleikskopiar, og kor blir dette gjort? Dataene lagres i Sharepoint og nettskjema.no</p>
<p>Kven er ansvarleg for tryggleikskopiar og ev. gjenoppretting? Ingvild Stavenes og Jeanett Andersen <i>(Dette vil vera ITA ved reine UiT-prosjekt, men føreset då lagring på UiT-område.)</i></p>
<p>Kva er venta filstorleik på dataa? Mindre enn 300 kB.</p>
<p>Disponerer du over nok lagringsressursar, eller har du behov for ekstra tenester? Ikkje behov for ekstra.</p>
<p>Ved feltarbeid, korleis blir sikker flytting av data frå feltinnsamling til hovudlagringssystem teke hand om? Ikke aktuelt.</p>

<p><b>Arkivering og deling</b></p> <p><i>I samsvar med pkt. 2 i UiTs retningsliner skal UiT som hovudregel ha tilgang til bruk av alle forskingsdata genererte ved institusjonen.</i></p>
<p>Kva data skal bevarast, og kva data skal destruerast etter prosjektslutt? Data bevarast inntil 1 juni. Deretter slettes data.</p>

<p>Skal dataa langtidsbevarast, og i så fall korleis blir det avgjort kva som skal bevarast?  <i>(I samsvar med pkt. 4.2 i UiTs retningsliner skal forskaren vurdere kva data som kan ha verdi på lang sikt, og korleis desse skal forvaltast.)</i> Nei</p>
<p>Vil dataa bli gjorde ope tilgjengelege? Dersom berre eit utval av dataa blir gjort tilgjengeleg, spesifiser utvalet. Nei  <i>(I samsvar med pkt. 1 i UiTs retningsliner skal forskingsdata gjerast ope tilgjengelege, så fram det ikkje er juridiske, etiske, tryggleiksrelaterte eller kommersielle grunnar til å ikkje gjera det.)</i></p>
<p>Dersom dataa ikkje skal delast, kva er grunngjevinga for dette? Primærdata skal ikkje deles.</p>
<p>Må dataa behandlast (t.d. anonymiserast, konverterast til arkivverdig filformat) før dei kan delast, og i så fall korleis? Dataene er anonyme.</p>
<p>Kor blir data, metadata, dokumentasjon og ev. kode knytt til dataa arkiverte?  <i>(UiTs arkiv for opne forskingsdata, <a href="#">UiT Open Research Data</a>, gjev forskarane ei trygg teneste for arkivering, deling og publisering av opne data.)</i> Sharepoint og Nettskjema.no</p>
<p>Kva slags metodar eller programvare trengst for å få tilgang til dataa? Er dette ope tilgjengeleg?  Nettskjema, SPSS. De er ikkje tilgjengeliggjort.</p>
<p>Når blir dataa gjorde tilgjengelege, og kor lenge skal dei oppbevarast? Blir ikkje tilgjengeliggjort, oppbevares frem til 1 juni.  <i>(I samsvar med pkt. 4.5 i UiTs retningsliner skal forskingsdata gjerast tilgjengelege på eit så tidleg tidspunkt som mogleg. For data som ligg til grunn for vitskapelege publikasjonar, vil dette seia ikkje seinare enn publiseringstidspunktet. For andre data som kan vera av interesse for anna forskning, vil tidspunktet normalt vera ved prosjektslutt, og ikkje seinare enn tre år etter avslutta prosjekt.)</i></p>
<p>Kva slags lisens(ar) for gjenbruk vil bli brukt(e)?  <i>(I samsvar med pkt. 4.7 i UiTs retningsliner skal forskingsdata utstyrast med lisensar for tilgang, gjenbruk og vidare distribusjon. Lisensane bør vera internasjonalt anerkjende og leggja så få restriksjonar som mogleg på dataa. Forskaren må sikre at lisensar og gjeldande vilkår ved bruk eller deling av tredjeparts data blir overhaldne.)</i></p>

Er det andre vilkår, restriksjonar eller embargo på bruk av dataa?

### Etikk og samtykke

(Jmfør [Personvern og forskning.](#))

Er dataa personsensitive? Nei

(Dersom ja, svar òg på dei neste to spørsmåla.)

Vil det bli henta inn samtykke til bevaring og deling av dataa? Dersom ja, korleis? Samtykke gis ved deltakelse i studie.

Korleis blir deltakaridentitet beskytta? Anonym spørreundersøkelse.

