

Ina Helen Dyrø

## Fødselsinduksjon: mitt valg?

Kvinnerens opplevelse av medvirkning og informasjon i forbindelse med fødselsinduksjon.

Masteroppgave i Master i jordmorfag

Veileder: Astrid Hansen

Medveileder: Raija H. T. Dahlø

Mars 2022



Ina Helen Dyrø

## **Fødselsinduksjon: mitt valg?**

Kvinnerens opplevelse av medvirkning og informasjon i forbindelse med fødselsinduksjon.

Masteroppgave i Master i jordmorfag  
Veileder: Astrid Hansen  
Medveileder: Raija H. T. Dahlø  
Mars 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for klinisk og molekylær medisin



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

Tittel:	Fødselsinduksjon: mitt valg? Kvinners opplevelse av medvirkning og informasjon i forbindelse med fødselsinduksjon.
Formål:	Formålet med studien var å belyse kvinnenes erfaringer og opplevelser av den informasjonen som ble gitt og hvordan kvinnene erfarte å få være deltagende i beslutningen om fødselsinduksjon.
Problemstilling:	Kvinnens opplevelse og erfaring av informasjon og medvirkning i forbindelse med fødselsinduksjon.
Metode og materiale:	Denne masteroppgaven er utarbeidet som en systematisk litteraturstudie. Systematiske søk ble utført i totalt 4 databaser. Det ble innhentet og inkludert 10 kvalitative- og kvantitative studier i masteroppgaven. Det ble anvendt en tematisk analyse i tolkningen og syntetiseringen av studiene, som resulterte i 3 analytiske tema som dannet grunnlaget for resultatet.
Hovedresultat:	Tre hovedtema ble beskrevet i resultatet: 1) Kvinners opplevelse av medvirkning, 2) Kvinners opplevelse av informasjon, 3) Kvinners opplevelse av møte med jordmor. Kvinnene ønsket generelt mer individuelt tilpasset informasjon og bevisstgjøring angående deres rett til medvirkning. Ikke alle kvinner ønsket induksjon av fødsel, men var omstillingsdyktige, dersom medisinske indikasjoner for induksjon ble tydelig gjort rede for. Noen kvinner ytret et ønske om induksjon grunnet personlige preferanser. Det forelå delte meninger hvorledes kvinnene ønsket eller ikke ønsket deltagelse i valg om fødselsinduksjon. Noen hadde klare preferanser på at de ønsket å medvirke, mens andre signaliserte en tiltro til at helsepersonell tok de riktige avgjørelsene på vegne av dem.
Konklusjon:	Det konkluderes med betydningen av individuelltilpasset informasjon og oppfølging av hver enkelt kvinne. Jordmor må møte hver enkelt kvinne som et unikt individ, med ulike preferanser og ønsker. Belyste tiltak kan være lengre konsultasjoner og tilrettelegging for mer kontinuitet i pleien for å optimalisere svangerskap- og fødselsomsorgen.
Nøkkelord:	Kvinnen, fødselsinduksjon, induksjon av fødsel, opplevelse, erfaring, samvalg, medvirkning, informasjon, medvirkningsrett, involvering, inkludering, autonomi, informerte valg.

# Abstract

- Title:** Labor induction: my choice? Women's experience of shared decision making and information related to induction of labor.
- Aim:** The purpose of this study was to gain a deeper understanding of women's experiences related to the information they receive and how they experienced to participate in the decisions regarding induction of labor.
- Thesis question:** Woman's experiences of information and shared decision making related to induction of labor.
- Methods:** A systematic literature approach was chosen for the data collection of this master thesis. The literature search was conducted in 4 databases. As a result of this, 10 studies, both quantitative and qualitative, were included to answer the thesis question. A thematic analysis of the data was obtained, which led to three analytical topics that were highlighted in the results.
- Results:** The results were divided in three main themes; 1) Women's experience of participation, 2) Women's experience of information, 3) Women's experience in relation to midwives. The women generally wanted more individualized information and awareness regarding their right to participate. The results show that women's expectations regarding shared decision making is often unmet. Not all women wanted induction of childbirth but had a change of mind if medical indications for induction were described clearly. Some women also expressed a desire for induction due to personal preferences. The studies described that some women had clear preferences on participations, while others trusted that the healthcare professionals would make the right decisions on their behalf.
- Conclusion:** This literature study concluded with the importance of individualized information and follow-up of each woman. The midwife must see each woman as a unique individual, with different preferences and desires. The studies discovered a need for longer consultations, and facilities for more continuity to improve the quality in maternity care.
- Keywords:** Women, maternity care, induction of labor, labor induction, experience, patient involvement, information, shared decision making, informed consent, patient participation, patient satisfaction, communication.

# FORORD

En lang og lærerik prosess er ved veis ende. Dette har vært en prosess bestående av en rekke følelser, fra frustrasjon til en følelse av mestring. Fødselsinduksjon var et tema jeg tidlig ble presentert for i mine praksisuker i spesialisthelsetjenesten, og som vekket min interesse for feltet. I løpet av denne prosessen har jeg lært å se dette temaet i et nytt lys, og jeg kjenner at interessen er voksende. Kvinners rettigheter i møte med jordmor fremstår som et svært aktuelt tema, sett i lys av den stadig økende medikaliseringen av fødsel.

En stor takk til mine veiledere for deres videreformidling av erfaring og kunnskap. Takk for deres tilgjengelighet og raske svar, hverdag som helg. Takk for deres gode råd, tålmodighet og konstruktive tilbakemeldinger.

En stor takk til fagbibliotekarer for god veiledning underveis i prosessen med systematiske søk og i forhold til veiledning i korrektur av kildereferering i sluttprosessen av masterarbeidet.

Takk til medstudenter og lærere for konstruktive tilbakemeldinger på masterseminarer.

Takk til samboer for all den tid jeg har fått satt ned på dette prosjektet, for tålmodighet og omsorg. Takk til verdens beste smågutter som gir mammaen sin de beste av klemmer når de trengs som mest. Takk til familie og venner for støtte og oppmuntring, og for all den tid dere har satt av på korrekturlesing av oppgaven.

# Innhold

1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Formål .....	3
1.3 Problemstilling .....	4
1.4 Begrepsavklaringer .....	5
2.0 Vitenskapsteoretisk forankring .....	7
3.0 Teoretisk rammeverk .....	8
3.1 Informert valg .....	8
3.2 Kvinnens rett til medvirkning med tanke på de ulike indikasjonene til fødselsinduksjon .....	9
3.3 Lovverk .....	10
3.4 International Code of Ethics for Midwives .....	11
3.5 Forforståelse .....	11
4.0 Metode .....	13
4.1 Systematisk litteraturstudie .....	13
4.2 Fremgangsmåten for litteratursøk .....	13
4.3 Utarbeiding av søkeord .....	16
4.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	20
4.5 Flytdiagram .....	21
4.6 Artikkelgranskning .....	22
4.6.1 CASP .....	22
4.6.2 Ekskludering av studier .....	23
4.6.3 Kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene .....	23
4.7 Tematisk analyse .....	28
4.7.1 Identifisering av tekstkoder .....	28
4.7.2 Utarbeiding av deskriptive tema .....	29
4.7.3 Utarbeiding av analytiske tema .....	29
4.7.4 Studier som inneholdt de analytiske temaene .....	31
4.8 Etiske overveielser .....	32
5.0 Resultat .....	33
5.1 Kvinners opplevelse av medvirkning .....	33
5.1.1 Opplevelse av medvirkning .....	33
5.1.2 Opplevelse av manglende medvirkning .....	34
5.2 Kvinners opplevelse av informasjon .....	36
5.2.1 Opplevelse av tilstrekkelig informasjon .....	36



5.2.2 Opplevelse av manglende informasjon .....	36
5.2.3 Kvinners tolkning og forståelse av informasjon .....	39
5.3 Kvinnens opplevelse av møte med jordmor .....	40
6.0 Diskusjon .....	43
6.1 Resultatdiskusjon .....	43
6.1.1 Kvinners opplevelse av medvirkning .....	43
6.1.2 Kvinners opplevelse av informasjon .....	46
6.1.3 Kvinners opplevelse av møte med jordmor .....	48
6.2 Metodediskusjon .....	51
6.2.1 Styrker og svakheter for valg av systematisk litteraturstudie .....	51
6.2.2 Styrker og svakheter for valg av inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	52
6.2.3 Styrker og svakheter i artikkelgranskningen av de inkluderte studiene .....	53
6.2.4 Styrker og svakheter i analyseprosessen .....	56
6.2.5 Implikasjoner for praksis .....	57
7.0 Konklusjon .....	58
7.1 Forslag til videre forskning .....	58
Referanser .....	59
Oversikt over vedlegg .....	67
Vedlegg 1 .....	68
Søkehistorikk PubMed (Medline) .....	68
Vedlegg 2 .....	70
Søkehistorikk CINAHL .....	70
Vedlegg 3 .....	72
Søkehistorikk EMBASE (OVID) .....	72
Vedlegg 4 .....	73
Søkehistorikk PsycINFO (OVID) .....	73
Vedlegg 5 .....	74
Søketabell .....	74
Vedlegg 6 .....	81
Fremgangsmåte for identifisering av tekstkoder .....	81
Vedlegg 7 .....	84
Fremgangsmåte for utarbeiding av deskriptive tema .....	84
Vedlegg 8 .....	89
Presentasjon og kvalitetsvurdering av inkluderte studier .....	89
Vedlegg 9 .....	98
Kvalitetsvurdering av de inkluderte primærstudienes interne validitet .....	98
Vedlegg 10 .....	99

Sjekkliste for vurdering av en prevalensstudie (tverrsnittstudie).....	99
Vedlegg 11 .....	103
Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie .....	103
Vedlegg 12 .....	108
Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie .....	108

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn

### 1.1.1 Forekomst av induksjon ved norske sykehus

Tall fra Medisinsk fødselsregister (2020) viser at det i 2020 ble født 52 897 barn i Norge. Av disse ble 14 311 fødsler induisert. Forekomsten av induksjon er stigende, ikke bare i Norge, men også i andre ressurssterke land (Clausen et al., 2016; Dögl et al., 2018; Hamilton et al., 2015; Jay et al., 2018a; Jou et al., 2015; Mealing et al., 2009; Oppegaard et al., 2020; Stock et al., 2012; Tong et al., 2012; World Health Organization, 2011). Verdens helseorganisasjon kommer med følgende anbefaling til fødselsinduksjon:

*«Induction of labour should be performed only when there is a clear medical indication for it and the expected benefits outweigh its potential harms»* (World Health Organization, 2011, s.12).

Årsakene til den økende trenden av induksjoner i norske sykehus er sammensatt av flere faktorer. Det har blant annet skjedd en radikal forbedring innenfor de forskjellige induksjonsmetodene, samtidig som den økte forekomsten kan ses i sammenheng med den gravides egne ønsker om induksjon av fødsel. 1 av 10 induksjoner i Norge blir gjennomført uten en tydelig medisinsk indikasjon, og av disse ender 86 % i vaginale forløsninger (Dögl et al., 2018; Oppegaard et al., 2020).

### 1.1.2 Kvinners medvirkningsrett

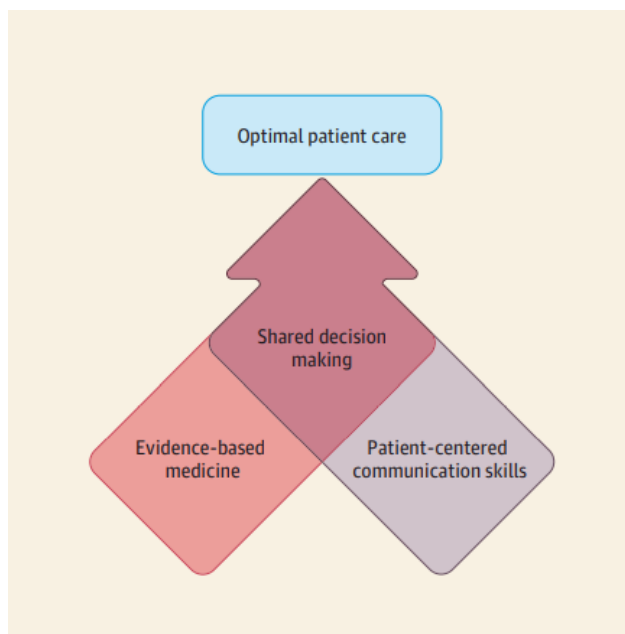
I følge World Health Organization (2018) ønsker de fleste kvinner å kjenne på personlig mestring og en følelse av kontroll og inkludering i avgjørelser som omgår dem og deres fødsel. Selv også når medisinsk intervensjon er nødvendig eller ønsket (World Health Organization, 2018).

Den økte medikaliseringen av fødsel kan ofte ses i sammenheng med fødselsintervensjoner og komplikasjoner for fødekvinnen, noe som kan påvirke hennes fødselsopplevelse i negativ forstand (Bringedal & Aune, 2019; Declercq et al., 2007; World Health Organization, 2018). I studien til Shetty et al. (2005) rapporterte 34,7 %

av kvinnene som hadde gjennomgått en induksjon at de savnet informasjon fra jordmor, og at deres forventninger ikke samsvarte med deres erfaringer. Dette spesielt med tanke på varighet, smerter og intervensjon i fødselsforløpet (Shetty et al., 2005). Induksjon av fødsel før gestasjonsuke 39 blir også sett i sammenheng med økt forekomst av neonatale komplikasjoner (Clark et al., 2009). Likevel blir fødselsinduksjon basert på tydelige medisinske indikasjoner ansett som et nødvendig hjelpemiddel innen fødselsomsorgen (World Health Organization, 2011).

Til tross for at dette er en prosedyre som kan medføre flere intervensjoner og komplikasjoner, er kvinnens egne valg og preferanser viktige å belyse når beslutningen om induksjon skal tas (Declercq et al., 2020). Flere sekundærstudier viser at en felles avgjørelse mellom helsepersonell og kvinnen anses som en verdifull komponent i optimalisering av fødselsomsorgen (Berger et al., 2015; Dugas et al., 2012; Vlemmix et al., 2013). Kvinnenes informerte valg handler om prosessen som involverer og inkluderer kvinnen i å forstå informasjonen om fordeler og ulemper på tvers av behandlingsoalternativer, og medvirke til å ta et valg på bakgrunn av dette (Dugas et al., 2012; Elwyn et al., 2012; Légaré et al., 2018; Thompson & Miller, 2014). Signifikante funn viser at kvinner som opplever seg inkludert i beslutningen om induksjon, opplever en høyere grad av tilfredshet i egen fødsel (Shay & Lafata, 2015).

På den andre siden kan det å ikke bli inkludert medføre stress og engstelse hos kvinnen. Dette kan lede til et dårligere samarbeid mellom kvinnen og helsepersonell, da kvinnen kan oppleve at hennes verdier og forventninger ikke blir anerkjent (Dugas et al., 2012; Paré et al., 2006). Det å informere kvinnen og legge til rette for at hun skal kunne ta informerte valg, er spesielt viktig ved induksjon av fødsel. Etter en faglig vurdering, kan induksjon potensielt ha flere relevante valgalternativer, der fordelene må vurderes opp mot de potensielle ulempene ved å fortsette svangerskapet (Epstein & Gramling, 2013; Grad et al., 2017; Stiggelbout et al., 2015). Samtidig er kvinnen og helsepersonell to parter som er gjensidig avhengig av hverandre for å oppnå et godt valg på vegne av kvinnen. Helsepersonells medisinske kompetanse er essensiell i håndtering av den medisinske risikovurderingen og for å legge en plan fremover. I slike tilfeller møtes den faglige vurderingen gjennom helsepersonells kompetanse, kvinnenes preferanser og verdier sett opp mot den utførte risikovurderingen (Couët et al., 2015; Hoffmann et al., 2014). Se *figur 1* for en demonstrasjon av det gjensidige samspillet mellom kvinnen og helsepersonell, som må ligge til grunn for optimalisering av fødselsomsorgen.



Figur 1. Gjensidig samspill mellom kvinnen og helsepersonell. Fra «The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making», av T.C. Hoffmann, V.M. Montori & C. Del Mar, 2014, JAMA, 312, s. 1296. Copyright 2014 American Medical Association. Gjengitt med tillatelse.

Det er likevel ikke bestandig det er naturlig for helsepersonell å legge frem induksjon som et valg, da det er begrunnet som medisinsk nødvendig å indusere kvinnen. Det handler da om kvinnen- eller barnets helse, og at faglig forsvarlighet alltid veier tyngst (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Oppegaard et al., 2020). Underlagt kapitlet om teoretisk rammeverk skal det redegjøres ytterligere for de ulike *indikasjonene* for induksjon, sett opp mot kvinnens rett til medvirkning. Med de ulike formene for *indikasjon* for fødselsinduksjon menes:

- Tydelige medisinske indikasjoner
- Mer diffuse indikasjoner for induksjon
- Kvinnenes ønske om induksjon, uten at en medisinsk indikasjon foreligger (Oppegaard et al., 2020)

## 1.2 Formål

Norsk veileder i fødselshjelp støtter WHO sine anbefalinger (World Health Organization, 2011), som vektlegger at det *bør* foreligge en medisinsk indikasjon før igangsetting av kvinnen (Oppegaard et al., 2020). Norske retningslinjer i jordmorfaget viser at beslutningen om fødselsinduksjon alltid skal utføres i samarbeid med kvinnen, og der kvinnen alltid skal være godt informert i forkant av fødsel (Den norske jordmorforening,

2016, oversatt til norsk av faglig etisk utvalg i DNJ, fra ICM 2014). Forskning viser derimot et usikkerhetsmoment i forhold til *hvilke* opplevelser og erfaringer kvinnen sitter igjen med i ettertid av fødselsinduksjon, sett opp mot informasjonen kvinnen mottok, som igjen dannet grunnlaget for hennes informerte valg og samtykke. Denne studien anses derfor av betydning å gjennomføre, tatt i betraktning dagens stigende induksjonstrend i Norge (Medisinsk fødselsregister, 2020).

Det var ønskelig å tilegne seg en større forståelse og kunnskap over hvor tilfredse kvinnene var i møte med jordmor når det kom til å motta informasjon. Det var også av betydning for denne litteraturstudien å se på kvinnenes opplevelse av hvordan det ble lagt til rette for medvirkning i forbindelse med fødselsinduksjon. Denne systematiske litteraturstudien tok utgangspunkt i et pasient-perspektiv, herunder kvinnens perspektiv. Formålet med studien var å belyse kvinnens erfaring og opplevelse av den informasjonen som ble gitt og hvordan kvinnen erfarte å være deltagende i beslutningen som omhandlet induksjon av fødsel.

### 1.3 Problemstilling

På bakgrunn for valg av tema ble det utarbeidet følgende problemstilling:

«Kvinneres opplevelse og erfaring av informasjon og medvirkning i forbindelse med fødselsinduksjon»

## 1.4 Begrepsavklaringer

### 1.4.1 Fødselsinduksjon

*«Kunstig igangsetting (induksjon) av fødsel, der det grunnet maternell eller føtal indikasjon er ønskelig å avslutte svangerskapet, og hvor det ikke foreligger kontraindikasjoner mot vaginal fødsel» (Oppegaard et al., 2020).*

I norske retningslinjer vurderes induksjon basert på graden av cervixmodning. De ulike metodene innbefatter hinneløsning, prostaglandiner, ballongkateter, amniotomi eller oxytocin (Salvesen & Dahlø, 2017). Forskning som er innhentet til denne studien, omtaler fødselsinduksjon som en fellesbenevnelse for de ulike induksjonsmetodene.

### 1.4.2 Risiko for fødselsintervensjoner

Ved induksjon av fødsel foreligger en større risiko for lengre fødselsforløp med lengre sykehusopphold, og større risiko for intervensjoner som amniotomi, epiduralbruk og en høyere forekomst av sectio (Hildingsson et al., 2011; Jou et al., 2015; Macdorman et al., 2010; Schoen & Navathe, 2015; Stock et al., 2012; Wood et al., 2014). Det ses også en høyere forekomst av operative vaginale forløsninger med benyttelse av tang- eller vakuume ekstraksjon (Salvesen, 2017).

### 1.4.3 Informert valg/ samvalg

*«Å imøtekomme behovet for selvbestemmelse gjennom kommunikasjon kan bety å lytte aktivt, undersøke hva pasienten selv tenker og opplever som viktig, og å legge til rette for reelt samvalg om mål og veien fremover» (Eide & Eide, 2017, s.19).*

Kvinnen har rettslig krav på informasjon, noe som må være tilstede for at hun kan fatte et informert valg og samtykke (Aasen, 2000b).

#### 1.4.4 Medvirkning

Informert valg og kvinnens medvirkning er nært forbundet med hverandre. Likevel handler kvinners *medvirkning* i større grad om kvinnens aktive deltagelse når det kommer til å velge et behandlingsalternativ hun er presentert for (Aasen, 2000b).

*«Den gravide har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Retten til medvirkning forutsetter at leger og jordmødre gir kvinnen informasjon»* (Helsedirektoratet, 2010, s.8).

#### 1.4.5 Kvinnen

Problemstillingen tar utgangspunkt i *kvinnens* opplevelser og erfaringer. Forskning som er innhentet innenfor dette temaet tar utgangspunkt i både den gravide kvinnen, og kvinnen postpartum etter at induksjon er overstått. Begrepet *kvinnen* vil derfor favne et bredt spekter, som omhandler både kvinnen i svangerskapet og i tiden etter gjennomført fødselsinduksjon. Kvinnene i de ulike studiene omtaler derfor møtene med jordmor både fra primær- og spesialisthelsetjenesten.



## 2.0 Vitenskapsteoretisk forankring

Det ble anvendt en fenomenologisk tilnærming i analyseringen av de primære forskningsstudiene. Fenomenologien, grunnlagt av filosof Edmund Husserl, omtaler individets *subjektive erfaringer* (Thoresen et al., 2020b). Fenomenologien forstås gjennom kvinnenes *subjektive livsverden*, fremfor verden uavhengig av kvinnen (Thornquist, 2018). Kvinnens livsverden dannes på grunnlag av hennes erfaringsgrunnlag, nyanser, perspektiver og beskrivelser, og dette gir en som forfatter av denne litteraturstudien bedre kjennskap til kvinnenes opplevelser i forbindelse med fødselsinduksjon (Malterud, 2013b, 2017f; Thoresen et al., 2020b). Likevel trenger ikke situasjonen slik kvinnen tolker den, stemme overens med det en annen kvinne tolker den å være (Husserl, 1989). Fortolkningen skjer på grunnlag av individuelle erfaringer, kontekster og verdier. Kvinnen forsøker å forstå fenomenene hun omslutter seg med, der også jordmor fremstår som et fenomen for kvinnen, og motsatt. Kvinnen møter på konsultasjon hos jordmor med en forutanelse over hvordan dette vil foregå. Likevel kan hun erfare at hennes livsverden slik hun opplever den, kan ha tilbøyelighet til å endres. Dette forankret i den informasjonen som gis, og opplevelsen av brukermedvirkning (Vatne, 1998; Aadland, 2011b). Denne tilnærmingen anses derfor som velegnet til litteraturstudiens utarbeidede problemstilling, da det er kvinnens opplevelser og erfaringer en ønsker å belyse.

Edmund Husserl utarbeidet en tanke om *førstepersonsperspektivet*. Kvinnenes opplevelser kommer til uttrykk gjennom kvinnen som et unikt individ, som skal tolkes av forskeren som mottar og bearbeider materialet. Fenomenene tolkes slik de fremstår (Husserl & Moran, 2001; Thoresen et al., 2020b; Aadland, 2011c). Samtidig er det forfatteren av denne litteraturstudiens sekundærtolkninger av datamaterialet som danner grunnlaget for hvordan forskeren opplever og erfarer livsverden gjengitt i datamaterialet (Thoresen et al., 2020a). Det er også derfor forforståelsen blir viktig å kartlegge i forkant, da forforståelsen vil ha betydning for hvordan datamaterialet tolkes. En kan aldri legge forforståelsen helt til siden, men materialet skal objektivt og presist presenteres, uten at forfatterens forforståelse eller teoretiske referanseramme skal påvirke måten datamaterialet fremlegges på (Thoresen et al., 2020b). En anser materialet som inkluderes i litteraturstudien som anvendbart, og at dette materialet skal syntetiseres på en god måte. En kan likevel ikke beskrive forskning uten å tolke materialet en leser, noe en skal være bevisst ved analysering av datamateriale (Malterud, 2013a).

## 3.0 Teoretisk rammeverk

Bruken av et teoretisk rammeverk refererer til anvendelsen av bestemte teorier som er relevant for problemstillingen, og som fremstår som et rammeverk for den endelige litteraturgjennomgangen (Aveyard, 2019b). Sett opp mot problemstillingen, ble det ansett som av betydning å redegjøre for følgende teori i denne litteraturstudien: informert valg, kvinnens rett til medvirkning med tanke på de ulike indikasjonene til fødselsinduksjon, relevante lovverk og jordmors yrkesetiske retningslinjer med forankring i *International Code of Ethics for Midwives*, utarbeidet av International Confederation of Midwives (ICM). Avslutningsvis skal forforståelsens betydning redegjøres for, som en introduksjon til metodekapitlet.

### 3.1 Informert valg

For at samtykke skal kunne regnes å være et valid begrep for kvinnens vilje, må kvinnen ha en inngående forståelse av hva samtykket innbefatter. Kvinnen som pasient har et rettslig krav på informasjon som omhandler sin kropp, fødsel og tiltak som kan påvirke barnets helse. Jordmor skal likevel være bevisst at informasjonen som formidles til kvinnen er av liten betydning, dersom informasjonen ikke er *forstått*. Jordmor skal derfor alltid forsikre seg om at kvinnen har forstått informasjonen som er gitt slik at hun forstår betydningen av sine valg (Aasen, 2000a).

Kvinner bør ha rett til å kunne ta informerte beslutninger som omhandler bruk av- eller manglende bruk av intervensjon i fødselsomsorgen (ICM, 2017). Et informert samtykke er den enkelte kvinnes begrunnede valg basert på den informasjonen hun mottar fra jordmor. Informasjonen bør omfatte både fordeler og ulemper ved induksjon, ulike induksjonsmetoder, beskrivelse av mulige forløp, og aktuelle behandlingsalternativer (Bekker et al., 1999; Bringedal & Aune, 2019; Helsedirektoratet, 2019). Informasjonen fra jordmor må altså være tilstrekkelig med tanke på at det skal ha dannet et godt kunnskapsgrunnlag hos kvinnen, slik at kvinnen evner å kunne ta valg som omhandler egen helse. Informasjon fra jordmor skal være tilpasset den gravides alder, modenhet og erfaring. Samt at kulturelle og språklige hensyn skal tas til etterretning. Ut ifra informasjonen som er gitt, er det et mål i fødselsomsorgen at kvinnen skal oppleve seg velinformert, veiledet og godt ivaretatt av jordmor (Helsedirektoratet, 2010).

## 3.2 Kvinnens rett til medvirkning med tanke på de ulike indikasjonene til fødselsinduksjon

Som jordmor i møte med denne pasientgruppen, handler kommunikasjonsprosessen om mer enn kun å gi informasjon og vurdere kvinnens preferanser (Eide & Eide, 2017; Gulbrandsen et al., 2016). Å være bevisst kvinnens selvbestemmelse handler om å se de tre komponentene *informasjon*, *informerte valg* og *medvirkning* som en fellesnevner for et optimalt helsetilbud, der hver komponent er gjensidig avhengig av hverandre for et best mulig resultat (Aasen, 2000b).

Som nevnt i introduksjonen for litteraturstudien, vurderes *indikasjon* for induksjon på et individuelt grunnlag. De ulike indikasjonene for induksjon avgjør også i hvor stor grad kvinnen kan være medvirkende til valget. Eksempler på *tydelige medisinske indikasjoner* for induksjon er ved overtidig svangerskap, preeklampsi/hypertensive svangerskapskomplikasjoner, insulinavhengig svangerskapsdiabetes, tvillingsvangerskap og intrahepatisk svangerskapskolestase. Her er det sterkt anbefalt å indusere fødselen, noe som kan vanskeliggjøre kvinners rett til medvirkning (Armstrong & Kenyon, 2017; Elwyn et al., 2012; Oppegaard et al., 2020; Salvesen & Dahlø, 2017). Induksjon av fødsel har vist å redusere risikoen for død eller sykdom der intervensjon har vist seg å være indikert (ICM, 2017; Rydahl et al., 2019).

Dersom det forekommer mer *diffuse indikasjoner* til induksjon, bør kvinnens preferanser tas stilling til i kombinasjon med helsepersonells vurdering i hvert individuelle tilfelle. Eksempler kan være induksjon på grunn av oligohydramnion/ anhydramnion eller mistenkt makrosomi. Her kan et gitt valg ovenfor kvinnen for eksempel være å indusere henne eller å intensivere overvåkingen av fosteret (Oppegaard et al., 2020).

En siste form for indikasjon handler om *kvinnens individuelle ønsker* for igangsetting av fødsel (Oppegaard et al., 2020). Kvinner som ønsker induksjon i fravær av obstetrisk indikasjon regnes ikke som en homogen gruppe. En studie utført ved norske sykehus i 2018, viser at 10 % av alle induksjoner var elektive på grunnlag av kvinnes egne ønsker. De rapporterte største årsakene til en maternell forespørsel viste seg å være tidligere negative fødselserfaringer eller vanskelig svangerskap, utslitte gravide kvinner eller fødselsangst (Dögl et al., 2018). Den endelige beslutningen om fødselsinduksjon tilkommer alltid behandlingsansvarlig lege. Med i vurderingen skal kvinnens egne ønsker angående induksjon vektlegges, men hensynet til faglig forsvarlighet er likevel avgjørende (Helsedirektoratet, 2010).

## 3.3 Lovverk

Det skal her redegjøres for følgende relevante lovverk som vil være en del av det teoretiske rammeverket:

### 3.3.1 § 3-1 *Kvinnens rett til medvirkning*

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999a, § 3-1) presiseres pasientens rett til å medvirkning innenfor alle former for helsehjelp. I denne sammenhengen er pasienten regnet som den gravide kvinnen, og hennes rett til medvirkning innenfor behandlende helsehjelp, som i dette tilfellet regnes som induksjon av fødsel. Loven stadfester at kvinnen har rett til å medvirke innenfor behandlingsalternativer som angår henne. Et eksempel på behandlingsalternativer kvinnen kan ta standpunkt til, er å bli indusert eller avvente i påvente av spontan fødselsstart. Da med forbehold om intensivering i fosterovervåkingen (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999a, § 3-1; World Health Organization, 2011).

### 3.3.2 § 3-2 *Kvinnens rett til informasjon*

Kvinnen har rett på nødvendig informasjon for å kunne få innsikt i egen helsetilstand, dette ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999a, § 3-1). Retten til medvirkning forutsetter at jordmor gir kvinnen informasjon om prosedyren, men også om potensielle bivirkninger og risiko ved induksjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999b, § 3-2). Jordmor er lovpålagt å forsikre seg om at kvinnen har forstått den informasjonen som er gitt og formidle informasjon på en måte som er forståelig og tilpasset hver enkelt kvinne. Det er ved et slikt grunnlag at kvinnen kan fatte et informert valg (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999b, § 3-2; World Health Organization, 2011).

### 3.3.3 § 4 *Forsvarlighet*

Jordmor er underlagt Helsepersonelloven (1999, § 4) i sin utøvelse av jordmorfaget, som understreker at hver enkelt jordmor er selv ansvarlig for den helsehjelpen som ytes, og at denne utøves på en faglig forsvarlig måte. Å tilse at fødekvinnen får god og tilstrekkelig informasjon i forkant av prosedyren, anses som god og forsvarlig helsehjelp, der både mor og barn ivaretas (Helsedirektoratet, 2010; Helsepersonelloven, 1999, § 4).

### 3.4 International Code of Ethics for Midwives

International Confederation of Midwives (ICM) har utarbeidet retningslinjene «*International Code of Ethics for Midwives*», som norske jordmødre er underlagt i sin yrkesfaglige utøvelse i møte med kvinner, spedbarn og familier (ICM, 2014). Sentrale retningslinjer tilknyttet denne litteraturstudien vil være:

*«Midwives develop a partnership with individual women in which they share relevant information that leads to informed decision-making, consent to an evolving plan of care, and acceptance of responsibility for the outcomes of their choices»* (ICM, 2014).

*«Midwives support the right of women/families to participate actively in decisions about their care»* (ICM, 2014).

Dette støtter World Health Organization (2011), som anbefaler at jordmor skal støtte og informere kvinnen om muligheten til å ta et valg, der det er *hensiktsmessig* at kvinnen kan få velge. WHO anbefaler at jordmor skal forsikre seg om at kvinnen har forstått informasjonen som gis med tanke på den forestående prosedyren, og at hun ut ifra dette kan samtykke til- eller ta informerte valg i egen fødsel (World Health Organization, 2011).

### 3.5 Forforståelse

Som en introduksjon til metoden, er det ønskelig å legge frem noen tanker og refleksjoner angående forforståelsens betydning (Aadland, 2011b).

I følge Malterud (2017a) er forforståelsen sammensatt av forskerens erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og teoretiske grunnlag. Forforståelsen kan bidra til å styre utførte søk, og tolkingen av materialet i den retningen hvor erfaringer og kunnskaper er kjent for forfatteren. Samtidig skal søket spesifiseres innenfor en ramme, på et slikt vis at det ikke blir for generelt, men heller ikke farges for mye av de kunnskapene og oppfatningene som forfatteren innehar i forkant (Malterud, 2013c). Likevel anser forfatteren av denne litteraturstudien seg som uerfaren innenfor fagfeltet. Erfaringsgrunnlaget baseres på bakgrunn av 30 ukers praksis ved ulike føde- og barselavdelinger, gjennom faglitteratur og undervisning i jordmorfag. Induksjon var ofte en stor del av hverdagen på de ulike fødeavdelingene, bestående av både kvinner som hadde en medisinsk indikasjon for induksjon, eller de kvinnene som hadde fått medhold i induksjon basert på personlige preferanser. Forforståelsen kan derfor være preget av erfaringer fra praksisfeltet, der en fikk noe innsikt i diskusjonen som foregikk på profesjonsplan mellom gynekologer og jordmødre i innvilgelse av induksjon.

Det er søkt aktivt etter vitenskapelig kunnskap som har bidratt til tolkning av problemstilling og endelige resultater (Malterud, 2017g). Forforståelse kan bringe både styrker og svakheter til masteroppgaven. En styrke er at forforståelsen kan bringe muligheter for videreutvikling og lære, dersom en er åpen nok til å søke bredt. Samtidig kan forforståelse bidra til begrensninger for masteroppgaven. En årsak til dette er at ikke kjente oppfatninger og kunnskap heller ikke søkes aktivt etter, da disse ikke er kjent for forfatteren. Derfor skal en være bevisst egne tolkerammer, både i forhold til begrensninger og muligheter (Aadland, 2011d).

## 4.0 Metode

Innenfor dette kapittelet vil det presenteres en redegjørelse for valg av metode, fremgangsmåte for litteratursøk, valg av søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier, flytskjema for litteratursøkene, hvordan granskningen av artikler ble utført, og fremgangsmåte for analyse og tolkning av datamaterialet.

### 4.1 Systematisk litteraturstudie

Metoden som ble valgt var en systematisk litteraturstudie med fokus på innhenting av kvalitative primærstudier. Dette ble gjort på bakgrunn av valgt problemstilling som ønsket å belyse kvinners *opplevelse* og *erfaringer*. Det ble derfor ansett som mest hensiktsmessig å innhente kvalitative forskningsdesign, for å kunne besvare oppgavens problemstilling og hensikt på en tilfredsstillende måte (Berg & Munthe-Kaas, 2013).

I en systematisk litteraturstudie skal allerede utført forskning innenfor et valgt interesseområde innhentes systematisk gjennom et omfattende og grundig litteratursøk. En litteraturstudie er en sammenfatning av allerede eksisterende datamateriale, der innhenting skal gjøres grundig rede for i et metodekapittel (Aveyard, 2019g). Gjennom en systematisk litteraturstudie handler det om å utføre systematiske søk, kritisk granske studiene, sammenfatte og syntetisere forskningsmaterialet (Forsberg & Wengström, 2015c).

Det ble innhentet og inkludert 10 studier, og av disse innbefattet 6 studier et kvalitativt forskningsdesign. Til tross for ønsket om å inkludere kvalitativt studiedesign, ble det også inkludert 2 mixed method studier, med kvalitative analyser av de åpne spørsmålene i spørreskjemaet, samt 2 kvantitative studier. Valg for inkludering av disse studiene vil redegjøres for i litteraturstudiens metodediskusjon.

### 4.2 Fremgangsmåten for litteratursøk

Når en skal tre inn i et nytt forskningsfelt, starter en med en bred gjennomgang av allerede eksisterende forskningsstudier innenfor et valgt tema. Prosessen handlet i første omgang om å sette seg grundig inn i litteratursøk og kunne gjøre adekvate og grundige søk i henhold til krav om valgt studiedesign (Aveyard, 2019d; Malterud, 2017e). I juni 2021 ble det kontaktet fagbibliotekar ved sykehusbiblioteket, sykehuset Levanger. Det ble da gitt et grunnleggende søkekurs i «*advanced søk*» i PubMed. Samtidig ble MeSH-termene (Medical Subject Headings) introdusert, og disse ble raskt et nyttig verktøy i den videre søkeprosessen. Anvendelse av MeSH-termer ble ansett som et kvalitetsstempel ved utførelsen av de systematiske søkene (Norsk Bibliotekforening, 2019). Sommeren 2021 ble brukt til å utarbeide en problemstilling og finne de meningsbærende ordene

innad i problemstillingen, som igjen kunne plasseres inn i et PICO-skjema (se *Tabell 1: Utarbeidet PICO-skjema*). Høsten 2021 ble det deltatt på felles søkekurs i regi biblioteket for medisin og helse, ved NTNU, samt at det ble deltatt på *Søkestua*, som arrangeres i regi av NTNU.

Det ble utført søk innenfor en total av 4 databaser, for å oppnå god oversikt over hva som eksisterte innenfor valgt tema (Haraldstad & Christophersen, 2008). Valg av databaser ble gjort i samråd med fagbibliotekar, da det var ønskelig å inkludere databaser innenfor klinisk medisin, helsefag, psykologi, biomedisin- og farmakologi (Haraldstad & Christophersen, 2008; Norsk Bibliotekforening, 2019). De utvalgte databasene var PubMed (Medline), CINAHL, PsycINFO (OVID) og EMBASE (OVID) (se *Tabell 1: antall treff i de valgte databasene*). Litteratursøket ble påbegynt august 2021. Det ble da opprettet en brukerprofil i alle de aktuelle databasene som det var ønskelig å utføre systematiske søk innenfor. Det ble opprettet konto i MyNCBI (PubMed), personal account (i Ovid-databasene) og EBSCO for CINAHL (Haraldstad & Christophersen, 2008). Dette ble utført på grunnlag av at det skulle være en mulighet for å lagre søkehistorikk, samt referanselister av interesse. Med utgangspunkt i ønske om å utforske kvinnes opplevelser og erfaringer, ble blant annet databasen CINAHL ansett som en nyttig ressurs i utførelsen av de systematiske søkene. Årsaken til dette var at denne databasen inneholdt mest kvalitativ forskning, med fokus på pasienters erfaringer og opplevelser (Kilvik & Lamøy, 2005; Norsk Bibliotekforening, 2020).

Valg av database	Antall treff	Antall studier utvalgt for videre granskning
PubMed (Medline)	673	23
EMBASE (OVID)	468	13
CINAHL	699	23
PsycINFO (OVID)	530	6
Totalt	2370	65

*Tabell 2.* Antall treff i de valgte databasene.

Søkene ble utført høsten 2021, i tidsrommet august-oktober. Utførte søk ble fortløpende dokumentert i en søketabell, som viser fremgangsmåten for søkehistorikken (se *vedlegg 5: Søketabell*). Gjennom denne tabellen var det ønskelig at søkene som ble utført skulle være etterprøvbare basert på den dokumentasjon som ble gjort underveis (Haraldstad & Christophersen, 2008).

Avgrensningen av søkene ble satt til tidsrommet 2011-2021, altså studier innenfor en tiårsperiode. Andre avgrensninger når søkene pågikk, ble ikke utført. Grunnen til dette var at fagbibliotekar rådet til å ikke avgrense videre eller å vurdere eventuelle avgrensninger med forsiktighet. Det ble for eksempel ikke avgrenset til at søket kun skulle favne *engelskspråklige studier*. Årsaken til dette var at potensielle sentrale studier



med skriftspråk en kan lese, da ikke ville bli identifisert og innhentet til litteraturstudien. Dette ville igjen fremstå som en svakhet for oppgaven, da ikke all tilgjengelig forskning ble redegjort for. Det ble heller ikke avgrenset med *full text available*. Dette var i hovedsak for å kunne identifisere mulige sentrale studier, men som biblioteket ikke abonnerte på innenfor sin Ovid-database. På dette viset hadde en likevel mulighet til å bestille disse studiene gjennom biblioteket for medisin og helse, eller finne ut om de kunne innhentes ved manuelle søk i andre søkemotorer, som for eksempel Google Scholar (Norsk Bibliotekforening, 2019). Det ble bestilt opp 2 studier ved bibliotek for medisin og helse, ved NTNU.

Det ble ikke utført noen søk utover dette i Google Scholar, da søk innenfor denne søkemotoren ofte ga uoverkommelig mengde antall treff. Likevel ble det sett en nytteverdi ved innhenting av enkeltstudier fra denne søkebasen, da en opplevde å få relevante treff innenfor beslektede artikler som omhandlet samme tema.

Gjennom søkeprosessen var det av interesse å granske de aktuelle søkeordene studien oppga under «*keywords*», slik at en eventuelt kunne skrive om eller tilføye flere søkeord i PICO-skjemaet. Samtidig ble det sett på om det eksisterte uoppdagede MeSH-termer under hver studie av interesse, som kunne brukes videre innenfor nye søk, og som igjen kunne bidra til å identifisere nye studier som var sentrale å medbringe. Nye MeSH-termer av interesse ble kartlagt kontinuerlig underveis i søkeprosessen. Dersom en fikk treff på interessante studier i henhold til valgt tema, ble det også sett på «*similar articles*» inne på siden til den valgte studien.

## 4.3 Utarbeiding av søkeord

Problemstillingen for litteraturstudien lyder:

«Kvinnens opplevelse og erfaring av informasjon og medvirkning i forbindelse med fødselsinduksjon.»

På bakgrunn av denne problemstillingen, ble følgende meningsbærende ord identifisert:

Erfaring	Kvinnen	Medvirkning	Informasjon	Fødselsinduksjon
----------	---------	-------------	-------------	------------------

Det ble søkt etter aktuelle synonymer i alle relevante søkeord. Flere søkeord og synonymer innenfor hvert søkesett i PICO-skjemaet medførte flere treff ved senere litteratursøk. Det ble jobbet med å spesifisere synonymene, slik at de ikke ble for generelle. Synonymer innenfor hvert søkesett i PICO-skjemaet ble kombinert med OR. Deretter ble de ulike søkesettene kombinert med AND (se figur 1: anvendelse av OR/AND) (Norsk Bibliotekforening, 2019). Gjennom veiledning fra bibliotekar ble det anbefalt å kartlegge relevante engelske synonymer i MeSH-databasen, under «Entry terms» til de valgte MeSH-ordene. I databasen CINAHL kalles emneordlisten *CINAHL Subject Headings* (CSH), et emneordsystem som bygger på de samme prinsippene som MeSH (Norsk Bibliotekforening, 2020). Hvert enkelt søkeord ble søkt etter som emneord i CINAHL Subject Headings (CSH) og MeSH, for å kartlegge om de tilhørte noen emneordliste, eller om ordene burde søkes etter ved fritekstsøk. Det ble for eksempel søkt etter «*pregnant women*» som er en MeSH-term for anvendelse i PubMed (Medline), mens «*pregnant women*» tilsvarer «*expectant mothers*» i CINAHL Subject Headings. «*Pregnant women*» ble likevel søkt etter ved frasesøk i databasen CINAHL. I CINAHL ble kun hovedsøkefeltet anvendt under pågående søk, og det ble krysset av for «*explode*». Det ble også sett på *major/ minor subjects*, for å undersøke om en fant andre interessante emneord, og om disse kunne legges til ved videre søk.

Oppsettet av søkeord i de ulike blokkene i PICO-skjemaet ble kontinuerlig vurdert gjennom søkeprosessen, da det var ønskelig at disse søkeordene favnet essensen i de meningsbærende ordene. Det ble utarbeidet følgende PICO-skjema som viser fremgangsmåte for valg av søkeord, på bakgrunn av valgt problemstilling (Helsebiblioteket, 2016a):

P	I	C	O
<p>Engelske søkeord for populasjon/problem</p> <p><b>Keyword:</b></p> <p>Maternity care Expect* (expecting, expectant) Pregnan* (pregnant, pregnancy)</p> <p><b>MeSH terms/CSH:</b></p> <p>Pregnancy (MeSH/CSH) Pregnant women (MeSH) Expectant mothers (CSH) Women (MeSH/CSH)</p>	<p>Engelske søkeord for intervensjon</p> <p><b>Keyword:</b></p> <p>Induction of labor Induction of labour Labor induction Labour induction</p> <p><b>MeSH terms/CSH:</b></p> <p>Labor, Induced (MeSH/CSH)</p>	<p>Engelske søkeord for sammenligning av andre tiltak</p> <p><b>Keyword:</b></p> <p></p> <p><b>MeSH terms/CSH:</b></p> <p></p>	<p>Engelske søkeord for utfall eller endepunkter</p> <p><b>Keyword:</b></p> <p>Experience* (experience, experiences) Patient involvement Choice Information Decision making, patient Patient inclusion</p> <p><b>MeSH terms/CSH:</b></p> <p>Informed consent (MeSH) Patient participation (MeSH) Decision making, shared (MeSH/CSH) Decision making (MeSH/CSH) Patient-centered care (MeSH/CSH) Communication (MeSH/CSH) Patient satisfaction (MeSH/CSH) Decision making, patient (CSH)</p>
<p>Norske søkeord:</p>	<p>Norske søkeord:</p>	<p>Norske søkeord:</p>	<p>Norske søkeord:</p>
<p>Kvinnen Fødekvinne Fødekvinne Gravid Gravid kvinne</p>	<p>Fødselsinduksjon Induksjon av fødsel</p>	<p></p>	<p>Opplevelse Erfaring Samvalg Medvirkning Medvirkningsrett Informasjon Tilfredshet Involvering Inkludering Autonomi Kommunikasjon Informerte valg</p>

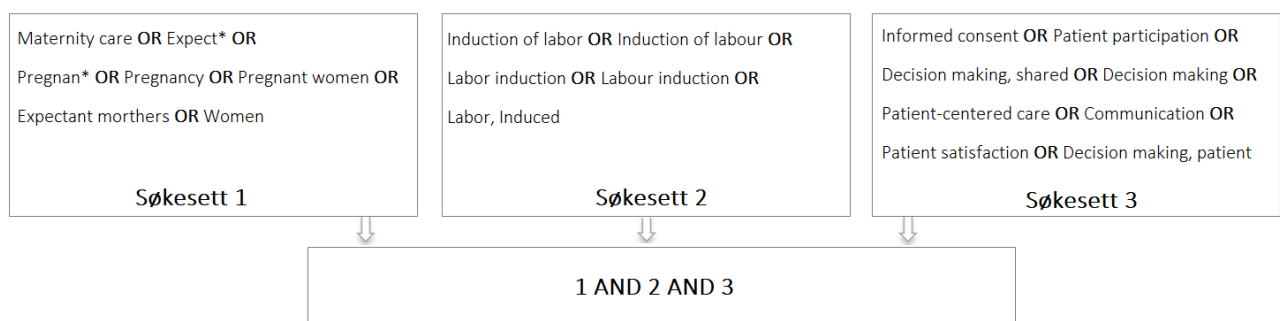
Tabell 3. Utarbeidet PICO-skjema.

Det ble utført *advanced search* i alle de valgte søkemotorene. Søkeord underlagt MeSH og *Cinahl subject headings* ble kombinert med tekstord-/fritekstsøk. Dette på grunn av at ikke alle nyere referanser har fått tildelt emneord, og det ble derfor kombinert søk av tekstord og emneord. På dette viset ville også nyere referanser kunne innhentes (Aveyard, 2019d; Norsk Bibliotekforening, 2019).

Tekstordene «*qualitative synthesis*» eller «*qualitative research*» ble forsøkt lagt til, blant annet under søk i databasen EMBASE, da denne hadde en stor mengde antall treff ved første utførte søk. Det ble raskt erfart at dersom disse søkeordene ble lagt til, ble antall treff betydelig begrenset. Treffene minsket såpass mye, at det var en reell mulighet for at aktuelle studier ikke ville bli identifisert. Derfor ble jobben heller satt til å videreutvikle nye søkeord i PICO-skjemaet, fremfor å avgrense ytterligere.

Det ble krysset av for at det var ønskelig med varsel per mail dersom nye studier ble publisert, etter dato for utførte søk. Dette for å alltid vite hva nyeste og oppdaterte forskningen viste, og som kunne inneha en betydning for studiens endelige resultatdel (Norsk Bibliotekforening, 2019).

Ved kombinerings av søkeord, ble det erfart at OR medførte en utvidelse av søkeresultatene. OR ble anvendt når det skulle kombineres synonymer innenfor hvert søkesett i PICO-skjemaet, og på dette viset gi flere treff. På den andre siden ville bruken av AND i søket, *komprimere* antall treff. En kombinerte da P-kolonne, I-kolonne og O-kolonne med AND (se figur 2: anvendelse av OR/AND). Ved bruken av AND var det ønskelig å favne treff som både omhandlet et søkesett med et annet søkesett i PICO-skjemaet, eller å kombinere et søkeord med et annet søkeord. Derfor ble det også lagt til flere søkeord eller synonymer dersom en oppnådde få treff ved første søk, noe som medførte at søket ble ytterligere utvidet. Det ble besluttet å ikke benytte avgrensningen NOT i søkeprosessen, da NOT kunne medføre en økt risiko for å miste sentrale studier (Norsk Bibliotekforening, 2019).



Figur 2. Anvendelse av OR/AND. Skjemaet viser hvordan søkeord i PICO-skjemaet ble kombinert, og hvordan søkeordene ble koblet sammen. Figuren tar utgangspunkt i PIO, da blokken med «C» står tom. Dette grunnet studiens fokusområde.

Trunkering ble utført, slik at en kunne oppnå treff innenfor samme ordstamme, men med forskjellige endinger. Et eksempel er *pregnan*\*. På dette viset ble både *pregnant* og *pregnancy* inkludert i søket, og en oppnådde da flere treff innenfor samme kategori. Ordet *Pregnancy* ble også individuelt søkt etter som MeSH-term/CSH (se *tabell 2*: utarbeidet PICO-skjema). En erfarte også at trunkering kunne bidra til en del «søkestøy». Altså treff som ikke var egnet for å kunne besvare problemstillingen. Dette medførte at det ble aktuelt å søke på de eksplisitte ordne, uten bruk av trunkeringstegn. En var også bevisst bruken av trunkeringstegn, da denne funksjonen bidro til å slå av den automatiske funksjonen som identifiserte emneord i MeSH (Norsk Bibliotekforening, 2019).

Gjennom høsten 2021 ble PICO-skjemaet jobbet med kontinuerlig. Søkeord ble inkludert, for så ekskludert av ulike årsaker. En grunn til at søkeord ble ekskludert, var ofte på grunn av søkeordets generelle ordlyd. Dette medførte at søkene tilførte antall treff en del «søkestøy». Eksempler på ord som ble søkt med, men som viste seg å være for generelle, var blant annet *Carrying a child*, *Patient-centred healthcare*, *patient-centered outcome*, *knowledge*, *empowerment*. Ved anvendelse av disse søkeordene fulgte mange treff, og dermed et behov for å spisse søket ytterligere. Søkesettet med *outcome* i PICO-skjemaet var det søkesettet det ble jobbet mest med. Det har vært et behov underveis å redefinere søkeordene innad i søkesettet i samråd med veiledere, for å påse at disse var medvirkende til å finne relevant litteratur som kunne besvare forskningsspørsmålet.

Innenfor søkemotoren PubMed (Medline) ble det lest og vurdert manuelt opp mot 400 treff. Dette har foregått ved at de 400 titlene ble vurdert opp mot studiens problemstilling. Dersom tittelen ble vurdert som relevant for oppgaven, ble abstraktet lest. Studien ble deretter forkastet eller innhentet for videre granskning, basert på hva abstraktet viste (Se *figur 3*. Flytskjema for litteratursøket). Erfaringer viste at utførte søk ofte medførte mange treff. Innenfor disse treffene ble det identifisert flere relevante studier. Det ble tatt et bevisst valg om å ikke avgrense ytterligere, og lese manuelt igjennom de oppnådde treff. Dette på grunn av at en var redd for at interessante studier ville gå tapt dersom ytterligere avgrensninger. Senere i søkeprosessen kan en se at antall treff ble noe redusert, grunnet mer spesifisere søkeord. Dette ledet likevel ikke til ny forskning av interesse, noe som medførte at søkene ble avsluttet. En konkluderte derfor med at alle studiene av relevans var innhentet og inkludert i litteraturstudien (se *vedlegg 5*: Søketablell).

Relevante studier ble eksportert til EndNote-systemet for videre analyse. Disse studiene ble også skrevet ut i papirformat, og vurdert kritisk opp mot sin tilhørende sjekkliste i CASP. Fremgangsmåte for dette vil utdypes i litteraturstudiens *artikkelgranskning*.

## 4.4 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Følgende inklusjon- og eksklusjonskriterier ble utarbeidet for denne litteraturstudien:

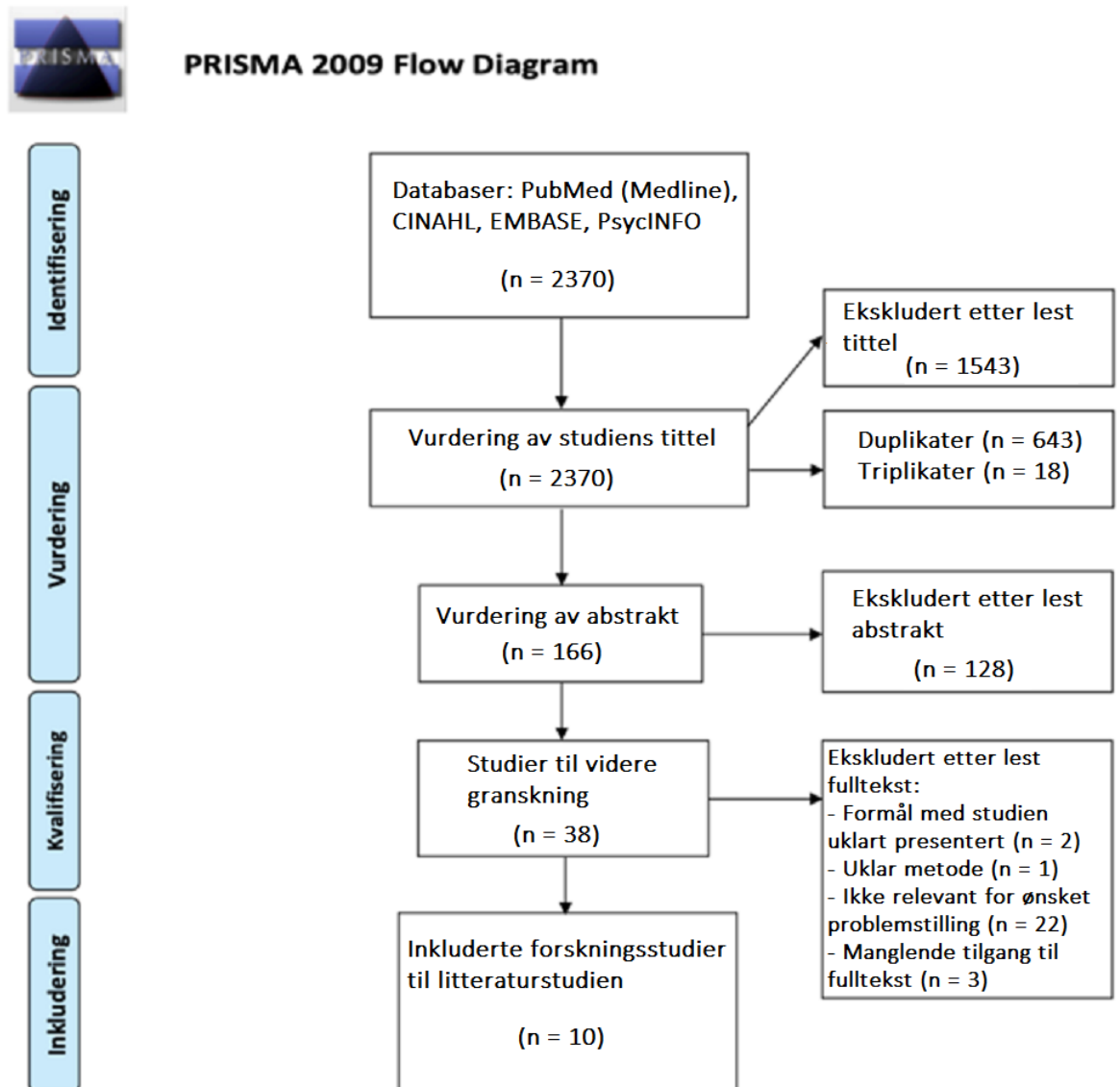
Inklusjonskriterier for litteraturstudien	Eksklusjonskriterier for litteraturstudien
Alle forskningsdesign	Kvinnens opplevelser med tanke på valg av induksjonsmetode
Kvinnens erfaringer og opplevelser i forbindelse med gjennomgått induksjon.	Studier publisert før år 2011
Kvinnens erfaringer med tanke på medbestemmelse, mottatt informasjon og/eller informerte valg	Manglende redegjørelse for fagfelleverdert vurdering
Studier fra vestlige/ressurssterke land (Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand)	Studier som innehar en annen skriftform enn engelsk, norsk, dansk eller svensk
Kvinnen snakker språket som det informeres på, på en tilfredsstillende måte, slik at det ikke er nødvendig med tolk	Studier med manglende tilgang til fulltekst
Fagfelleverderte studier, med publisasjon i medisinske tidsskrift	Kvinnen snakker ikke språket det informeres på i møte med jordmor
Studiene skal være publisert innenfor tidsperioden 2011-2021	
Studien skal inneha engelsk, norsk, svensk eller dansk skriftform	

Tabell 4. Utarbeidede inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Utdypende begrunnelse for valg av inklusjon- og eksklusjonskriterier vil redegjøres for under 6.2 *Metodediskusjon* i denne litteraturstudien.

## 4.5 Flytdiagram

Det vil her presenteres den systematiske fremgangsmåten fra startsøk til endelig utvalg av primærstudier forelå:



Figur 3. Flytskjema for litteratursøket (PRISMA). Fra «Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement», av D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff & D. G. Altman, 2009, Phys Ther, 89, s.877. Copyright © 2009 Moher et al. Gjengitt med tillatelse.

## 4.6 Artikkelgranskning

Det ble valgt å vurdere studienes pålitelighet, troverdighet og overførbarhet med støtte i Helen Aveyards «*How do I critically appraise the literature?*». Sjekklisten CASP ble aktivt anvendt opp mot det aktuelle studiedesignet (Aveyard, 2019a; Helsebiblioteket, 2016b).

En redegjørelse for den kritiske vurderingen av de inkluderte studiene vil utdypes i litteraturstudiets metodediskusjon, under «6.2.3 *Styrker og svakheter i artikkelgranskningen av de inkluderte studiene*».

### 4.6.1 CASP

Det var anbefalt å anvende en systematisk tilnærming til granskningen av det innsamlede materialet (Aveyard, 2019a). På bakgrunn av dette ble CASP sine sjekklister anvendt som et kritisk vurderingsverktøyet i granskningsarbeidet (se *vedlegg 10, 11 og 12: CASP, sjekklister for vurdering av en prevalensstudie (tverrsnittstudie), kvalitativ studie og kohortstudie*) (Aveyard, 2019a).

Studiene ble lest i sin helhet, samtidig som sjekklisten ble notert på underveis. Hver studie hadde sin egen tilhørende sjekklister. Dersom usikkerhetsmomenter oppsto, ble det søkt i litteratur som beskrev måten å granske de ulike elementene i studien. Se tabell 5, 6 og 7 underlagt 4.6.3 *Kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene*, for hvilke vurderinger som er utført ved bruk av CASP (Helsebiblioteket, 2016b). Det må presiseres at ulike sjekklister er anvendt for å vurdere kvaliteten på de ulike studiedesignene.



## 4.6.2 Ekskludering av studier

Som vist i *Tabell nr. 1: Antall treff innenfor de valgte databasene*, forelå det en total av 65 utvalgte studier for videre granskning etter fullførte litteratursøk. Disse studiene ble overført til EndNote for duplikatsjekk, noe som medførte at 27 studier ble ekskludert. En total av 38 studier med ulike studiedesign ble gransket etter ekskludering av duplikater (Aveyard, 2019a; Helsebiblioteket, 2016b). Av disse ble 10 studier inkludert i denne litteraturstudien, mens 28 studier ble forkastet etter gjennomsyn.

Det skal i *tabell 4* redegjøres for årsaker til at studier ble ekskludert fra denne litteraturstudien:

ÅRSAK	ANTALL EKSKLUDERTE
Formålet med studien var uklart presentert	2
Uklar metode	1
Ikke relevant for å besvare ønsket problemstilling	22
Kun abstrakt tilgjengelig/ manglende tilgang til fulltekst	3

*Tabell 5.* Ekskludering av studier.

## 4.6.3 Kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene

Følgende spørsmål ble kritisk gransket opp mot studiene, der kvaliteten ble klassifisert som *høy, middels* eller *mangelfull* (se vedlegg 10, 11 og 12: *CASP, sjekkliste for vurdering av en prevalensstudie (tverrsnittstudie), kvalitativ studie og kohortstudie*) (Folkehelseinstituttet, 2018; Helsebiblioteket, 2016b). For begrunnelse av kvalitetsvurdering, se vedlegg 9: *Kvalitetsvurdering av de inkluderte primærstudienes interne validitet* (Folkehelseinstituttet, 2011).

<b>Studie</b>	1. Er formålet med studien klart formulert?	2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	7. Er etiske forhold vurdert?	8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	9. Basert på svarene dine på punkt 1-8, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	10. Er funnene i resultatdelen klart presentert?	11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	<b>Total score</b>
(Coates, Thirukumar, et al., 2021)	JA	JA	JA	JA	JA	Uklart	JA	JA	JA	JA	Nyttig	10/11 Høy kvalitet
(Moore et al., 2014)	JA	JA	JA	JA	JA	Uklart	Uklart	JA	JA	JA	Nyttig	9/11 Høy kvalitet
(Lou et al., 2021)	JA	JA	JA	JA	JA	Uklart	JA	JA	JA	JA	Nyttig	10/11 Høy kvalitet

(Jay et al., 2018b)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	Nyttig	11/11 Høy kvalitet
(Murtagh & Folan, 2014)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	Nyttig	11/11 Høy kvalitet
(Gatward et al., 2010)	JA	JA	JA	JA	JA	Uklart	JA	Uklar analyse- etode	JA	JA	Nyttig	9/11 Høy kvalitet
(Henderson & Redshaw, 2013)	JA	JA	JA	Uklart	JA	Uklart	JA	JA	JA	JA	Nyttig	9/11 Høy kvalitet
(Simpson et al., 2010)	JA	JA	JA	JA	JA	Uklart	JA	JA	JA	JA	Nyttig	10/11 Høy kvalitet

Tabell 6. Kvalitetsvurdering av inkluderte kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016b).

<b>Studie</b>	1. Er formålet med studien klart formulert?	2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	3. Ble eksponeringen presist målt?	4. Ble utfallet presist målt?	5. Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?	6. Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	7. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp? Ble personene fulgt opp lenge nok?	8. Basert på svarene dine på punkt 1 – 6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	9. Hva er resultatene i denne studien?	10. Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	11. Tror du på resultatene?	12. Kan resultatene overføres til praksis?	13. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?	<b>Total score</b>
(Henderson & Redshaw, 2013)	JA	JA	JA	JA	JA	Uklart	JA	JA	Tydelig presentert	Presist	JA	JA	JA	12/13 Høy kvalitet
(Simpson et al., 2010)	JA	JA	JA	JA	JA	Uklart	JA	JA	Tydelig presentert	Presist	JA	JA	JA	12/13 Høy kvalitet

Tabell 7. Kvalitetsvurdering av inkluderte kohortstudier (Helsebiblioteket, 2016b).

<b>Studie</b>	1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	6. Er svarprosenten høy nok?	7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?	8. Er datainnsamlingen standardisert?	9. Er dataanalysen standardisert?	10. Hva er resultatet i denne studien?	11. Kan resultatene overføres til praksis?	12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	<b>Total score</b>
(Coates, Donnelly, et al., 2021)	JA	JA	JA	JA	Uklart	Uklart	JA	JA	JA	Tydlig presentert	JA	JA	10/12 Høy kvalitet
(Schwarz et al., 2016)	JA	JA	Uklart	Uklart	JA	JA	JA	JA	Uklart	Tydlig presentert	JA	JA	9/12 Middels kvalitet

Tabell 8. Kvalitetsvurdering av inkluderte prevalensstudier (tverrsnittstudier) (Helsebiblioteket, 2016b)

## 4.7 Tematisk analyse

Litteraturstudiens analyse ble utformet som en tematisk analyse, der det handler om å identifisere, analysere og finne mønstre i de inkluderte studiene (Braun & Clarke, 2006; Malterud, 2017d). Syntetiseringen av forskningsmaterialet ble inspirert av Thomas og Hardens «*Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews*» (Thomas & Harden, 2008).

Tematisk syntese handler om å bringe sammen funn og resultater fra flere primærstudier for å kunne gi pålitelige svar med tanke på bestemte spørsmål til forskningsfeltet (Thomas & Harden, 2008). Fremgangsmåten for denne tematiske analysen vil baseres på en fenomenologisk tankegang, altså kvinnen som et unikt individ, der kvinnens beretninger og erfaringer sammenfattes og tolkes (Thoresen et al., 2020a). En fenomenologisk tilnærming vil være hensiktsmessig for å kunne forstå bunnstrukturen, som igjen leder frem til en samlet forståelse og tolkning av materialet (Forsberg & Wengström, 2015a). I følge Thomas and Harden (2008) har den tematiske analysen tre steg, som denne litteraturstudien baserte sin analyse på.

### 4.7.1 Identifisering av tekstkoder

Første steg innenfor tematisk analyse var å *identifisere tekstkoder*. Alle studiene ble skrevet ut i papirformat. Studiene ble deretter lest i sin helhet, og funn av betydning i resultatdelen ble markert med forskjellige farger. Resultatdelen ble lest på nytt, og det ble skrevet notater fra studiens funn over på norsk i et eget dokument. Direkte sitat fra studiens funn ble kopiert inn i dokumentet, og nøkkelementer ble deretter identifisert. Det var ønskelig å undersøke alle relevante funn som reflekterte problemstillingen for denne litteraturstudien. Det ble identifisert flere relevante tekstkoder innenfor samme studie, som det var ønskelig å granske videre (Aveyard, 2019e; Thomas & Harden, 2008). Studienes resultat inneholdt mange identifiserbare tekstkoder under hvert resultatavsnitt, og som senere kunne kombineres med sammenlignbare tekstkoder fra andre studier (Aveyard, 2019e).

Det ble tidlig ansett som av betydning å referere godt og nøyaktig, slik at ikke identifiserte funn ble feilaktig referert til, men at en alltid hadde en ryddig tilnærming til refereringen (Aveyard, 2019e; Thomas & Harden, 2008). Det første steget innenfor tematisk syntese medførte at det ble utarbeidet totalt 78 tekstkoder ut fra det innsamlede datamaterialet. Se vedlegg 6 for «*Fremgangsmåte for identifisering av tekstkoder*» (Thomas & Harden, 2008).

### 4.7.2 Utarbeiding av deskriptive tema

Andre steg handlet om å utvikle deskriptive tema ut ifra de identifiserte tekstkodene. Funnene ble satt i system, der en forsøkte å finne fellestrekk eller mønster i studienes funn, men også motsetninger. På dette viset ble fellestrekk slått sammen under samme tilhørende kategori i et eget dokument, slik at hver tekstkode kunne plasseres under hvert sitt deskriptive tema (Aveyard, 2019e; Thomas & Harden, 2008). Se vedlegg 7 «fremgangsmåte for utarbeiding av deskriptive tema».

Mange resultat ble lest opptil flere ganger. Grunnen til dette var for å lettere forstå essensen, men også at en var redd for å foreta feiltolkning av materialet. Når resultatdelene ble lest flere ganger, ble også den samlede forståelsen for datamaterialet større. Det ble også enklere å skulle navngi hvert enkelt deskriptive tema med et passende og dekkende navn, da resultatene på forhånd var nøye gjennomgått (Aveyard, 2019e).

Etter at alle funn var systematisk underlagt hver sin kategori, sto en igjen med 16 deskriptive temaer:

- Kartlegging av kvinnens ønsker
- Kvinnen mottok god informasjon om induksjon
- Kvinnen opplevde manglende informasjon om induksjon
- Verdien av ulike informasjonsmetoder
- Deltagende i beslutningsprosessen
- Ikke deltagende i beslutningsprosessen
- Helsepersonells innflytelse på kvinnens valg
- Kvinnen ønsket ikke å ta valget om induksjon
- Kvinnen opplevde støtte fra jordmor
- Kvinnen opplevde manglende støtte fra jordmor
- Kvinnen ønsket ikke induksjon
- Kvinnens egne ønsker om induksjon
- Mottok skriftlig informasjon
- Mottok ikke skriftlig informasjon
- Faktorer som påvirker ønsket om induksjon
- Forslag til forbedringer i praksis

### 4.7.3 Utarbeiding av analytiske tema

Frem til dette stadiet i analyseprosessen hadde det blitt jobbet kontinuerlig og tett på det originale datamaterialet fra primærstudiene. Det ble sett på helheten i forskningsmaterialet, samtidig som det ble foretatt en redelig syntetisering av de ulike funnene (Thomas & Harden, 2008).

I tredje og siste steg av analyseprosessen ble ulikheter og likheter i studiene gransket nærmere, og studiene ble på nytt sett opp mot hverandre. Det var nå aktuelt å utforske

hvordan de ulike deskriptive temaene kunne *sammenfattes*. Det ble vurdert om hver kategori inneholdt en passende tittel, og om alle tekstkodene passet under hvert sitt deskriptive tema. Noen temaer måtte flyttes på eller ekskluderes på grunn av temaets manglende relevans for litteraturstudiets problemstilling (Aveyard, 2019e). De analytiske temaene ble utarbeidet på følgende måte:

Identifiserte analytiske temaer			
	Kvinnerens opplevelse av medvirkning	Kvinnerens opplevelse av informasjon	Kvinnerens opplevelse av møte med jordmor
Deskriptive tema	<p>Deltagende i beslutningsprosessen</p> <p>Ikke deltagende i beslutningsprosessen</p> <p>Kvinnen ønsket ikke å ta valget om induksjon</p> <p>Kvinnen ønsket ikke induksjon</p> <p>Kvinnens egne ønsker om induksjon</p> <p>Faktorer som påvirker ønsket om induksjon</p>	<p>Kvinnen mottok god informasjon om induksjon</p> <p>Kvinnen opplevde manglende informasjon om induksjon</p> <p>Verdien av ulike informasjonsmetoder</p> <p>Mottok skriftlig informasjon</p> <p>Mottok ikke skriftlig informasjon</p>	<p>Kartlegging av kvinnens ønsker</p> <p>Helsepersonells innflytelse på kvinnens valg</p> <p>Kvinnen opplevde støtte fra jordmor</p> <p>Kvinnen opplevde manglende støtte fra jordmor</p> <p>Forslag til forbedringer i praksis</p>

Tabell 9. Fremgangsmåte for identifisering av analytiske tema.

En anså følgende utarbeidede analytiske tema som aktuelle for å kunne besvare forskningsspørsmålet (Aveyard, 2019e):

- Kvinnerens opplevelse av medvirkning
- Kvinnerens opplevelse av informasjon
- Kvinnens opplevelse av møte med jordmor



#### 4.7.4 Studier som inneholdt de analytiske temaene

Studie	Tittel for analytiske tema		
	Kvinnerens opplevelse av medvirkning	Kvinnerens opplevelse av informasjon	Kvinnens opplevelse av møte med jordmor
(Moore et al., 2014)	✓	✓	✓
(Coates, Thirukumar, et al., 2021)	✓	✓	✓
(Murtagh & Folan, 2014)		✓	✓
(Gatward et al., 2010)	✓	✓	
(Jay et al., 2018b)	✓	✓	✓
(Lou et al., 2021)	✓	✓	✓
(Simpson et al., 2010)	✓	✓	✓
(Henderson & Redshaw, 2013)	✓		✓
(Schwarz et al., 2016)	✓	✓	
(Coates, Donnolley, et al., 2021)	✓	✓	✓

Tabell 10. Studier som inneholdt de analytiske temaene (Aveyard, 2019e).

## 4.8 Etiske overveielser

Underlagt dette forskningsdesignet ble det innhentet allerede eksisterende materiale som kunne relateres til ønsket tema å belyse. Forfatteren av denne litteraturstudien har derfor ikke hatt direkte kontakt med utvalget av informanter som inngikk i primærstudienes forskningsmateriale. Det ble derfor ikke ansett som en nødvendighet å samle inn samtykkeerklæring fra deltagerne, da dette allerede var utført (Aveyard, 2019g; Forsberg & Wengström, 2015b). Det ble sett på at etiske hensyn var ivaretatt i de representative studiene, og at det forelå en tydelig redegjørelse for at studien var vurdert på et etisk grunnlag før innsamling av datamaterialet ble påbegynt (Aveyard, 2019g).

Det anses som en svakhet med studiene dersom de ikke redegjør for en etisk vurdering og godkjenning før oppstart av forskningsprosjektet. I 9 av 10 inkluderte studier presiseres det at forskningsarbeidet ble vurdert av en etisk komité før datainnsamlingen ble påbegynt, noe som fremsto som et kvalitetsstempel. Dette kom derimot ikke frem i studien til Moore et al. (2014). Samtidig viste denne studien at den ivaretok etiske prinsipper i sin metode, med tanke på innhenting av informanter og sikre samtykke til deltagelse. Dette var også en kvalitativ studie med et stort utvalg på 29 informanter, som var godt anonymisert. Dette sikret kvinnenens integritet og personvern, noe som regnes som svært viktig innenfor etiske hensyn til utøvd forskning (Aveyard, 2019a).

Det ble tatt etiske hensyn underveis i masterarbeidet ved å ha et gjennomgående fokus på å referere redelig til anvendte kilder, og ikke sitere noens arbeid uten anvendelse av kildereferanse (Forsberg & Wengström, 2015b).

## 5.0 Resultat

Som følge av den analytiske prosessen er det utarbeidet 3 hovedtemaer, som er generert ut fra de inkluderte studienes datamateriale. Disse skal nå presenteres i litteraturstudiens resultatdel. Problemstillingen gjentas før resultatene presenteres:

*«Kvinnens opplevelse og erfaring av informasjon og medvirkning i forbindelse med fødselsinduksjon».*

### 5.1 Kvinners opplevelse av medvirkning

#### 5.1.1 Opplevelse av medvirkning

I studien til Jay et al. (2018b) oppga halvparten av kvinnene at de hadde blitt involvert i beslutningsprosessen som omhandlet induksjon. Lou et al. (2021) fant at noen kvinner hadde fått et tydelig valg mellom å induseres på overtid *eller* et tilbud om daglig fosterovervåkning. Disse kvinnene uttrykte videre at de ikke hadde opplevd noe form for press eller oppmuntring fra jordmor om å velge det ene alternativet fremfor det andre. Hovedvekten av kvinnene i studien til Lou et al. (2021) opplevde at induksjon var presentert både som et tilbud *og* en anbefaling, og de opplevde at de hadde et valg i forhold til dette.

I studien til Coates, Thirukumar, et al. (2021) opplevde 21 av totalt 32 informanter å ha tilstrekkelig med tid til å stille spørsmål, samt å være deltagende i beslutningen om induksjon. Kvinnene som stilte seg positiv til induksjon hadde ofte et *ønske* om igangsetting og hadde etterspurt dette selv. Dette gjenspeilte seg i hennes positive innstilling til å engasjere seg i beslutningsprosessen (Coates, Thirukumar, et al., 2021). Funn viste at 62% av informantene som hadde deltatt på fødselsforberedende kurs oppga at kursholderne videreformidlet viktig og god informasjon vedrørende kvinnens rett til valg i fødsel (Simpson et al., 2010).

6,1% (n=37) av kvinnene som besvarte spørreskjemaet til Schwarz et al. (2016) hadde ønsket induksjon selv, uten at en medisinsk indikasjon forelå. Kvinnene som hadde ytret et ønske om elektiv induksjon oppga å ha fått raskt medhold fra sin behandlingsansvarlige lege, uten at videre spørsmål om valg av ønske ble drøftet inngående (Moore et al., 2014). Det å kunne få ta valget om å reise hjem etter igangsetting av induksjon opplevdes også svært positivt for kvinnene (Lou et al., 2021).

*«Felt very safe and secure, all stages of my induction were explained to me and I was always given the choice ... everyone at the maternity unit was absolutely wonderful and caring [4647]» (Henderson & Redshaw, 2013, s.1161).*

De hyppigst registrerte årsakene til at kvinner etterspurte induksjon av fødsel var frykt for å få et stort barn, tidligere raske fødsler som medførte at de ønsket å kunne planlegge og organisere med tanke på behov for barnevakt, fysiske plager i svangerskapet, eller at de hadde en oppfatning om at induksjon fremsto mer forutsigbart (Coates, Thirukumar, et al., 2021).

19 informanter i studien til Lou et al. (2021) opplevde å bli overtalt av jordmor til å velge induksjon. Flere av kvinnene fant dette uproblematisk. 1/3 av kvinnene var i utgangspunktet skeptisk til induksjon, men gikk med på å gjennomføre prosedyren på bakgrunn av at de var slitne av å gå gravid, samt at de anså sikkerheten til barnet som en viktig årsak til at de ønsket igangsetting. Kvinnene uttrykte å føle seg trygge og opplevde god kommunikasjon med jordmor (Lou et al., 2021).

### 5.1.2 Opplevelse av manglende medvirkning

Kvinnene uttrykte delte erfaringer angående det å være deltagende i avgjørelsen om induksjon (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Gatward et al., 2010; Henderson & Redshaw, 2013; Jay et al., 2018b; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014; Schwarz et al., 2016; Simpson et al., 2010). Flere av kvinnene ble informert av helsepersonell at de trengte en induksjon, heller enn at det ble lagt frem som et valg (Coates, Thirukumar, et al., 2021). Noen kvinner rapporterte misnøye med å ikke føle seg mer delaktig i valget som omhandlet egen fødsel (Coates, Donnelly, et al., 2021; Coates, Thirukumar, et al., 2021). Det var flere årsaker til at kvinnene ikke ønsket induksjon. Det ble rapportert om at kvinnene hadde et ønske om vannfødsel, være mer mobil i fødsel og på dette viset ikke være tilkoblet noen form for kontinuerlig overvåkning, redsel for at induksjon ville føre til mer intense fødselsmerter, samt ønske om en naturlig- og medikamentfri fødsel. Kvinnene uttrykte også en frykt for ytterligere intervensjoner i fødsel og at fødselen ville ende med keisersnitt grunnet mislykket induksjon (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Simpson et al., 2010).

I studien til Schwarz et al. (2016) fremkom det at 49,9% (n=322) av alle kvinnene som deltok i studien kunne ha tenkt seg mer støtte fra helsepersonell i avgjørelsen om induksjon, og et ønske om mer tid til å vurdere sine valg. 13 av kvinnene beskrev at de ikke hadde blitt gitt et valg eller mottatt utilstrekkelig informasjon, selv om de hadde et ønske om aktiv deltagelse i beslutningsprosessen (Schwarz et al., 2016). En studie viste at 19% av kvinnene følte at de ikke hadde hatt et valg, og 9% svarte at de følte seg presset til å ta et valg (Coates, Donnelly, et al., 2021). Noen kvinner uttrykte at jordmor hadde presentert induksjon som en rutinemessig prosedyre etter termin dato, uavhengig av hva kvinnen måtte ønske (Jay et al., 2018b; Lou et al., 2021).

*«I was not offered any choice about an induced labor nor was I offered any choice or explanation about why the induction process was so rushed [3649]» (Henderson & Redshaw, 2013, s.1161).*

Kvinnene uttrykte et stort behov for en følelse av inkludering og involvering i egen fødsel. Kort tid etter at induksjonen var påbegynt viste datamaterialet at kvinnene fortsatt reformulerte sine tanker og ideer angående induksjon og hvordan dette ville begrense deres muligheter i fødsel. Noen opplevde induksjonsprosedyren som dominerende i forhold til når de skulle få føde barnet sitt, mens andre opplevde lite forståelse for sine individuelle ønsker (Gatward et al., 2010).

Studier fant at kvinner hadde endret mening fra å ikke ønske induksjon til å ønske det da barnets sikkerhet ble nevnt som indikasjon til igangsetting (Jay et al., 2018b; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014). Ikke alle induksjonene som hadde blitt bestemt på bakgrunn av en medisinsk indikasjon viste seg å ha vært *nødvendig* (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Moore et al., 2014). En kvinne oppga at indikasjonen for hennes induksjon var makrosomi. Hun ble forløst med katastrofekeisersnitt i svangerskapsuke 39 til et barn med fødselsvekt på 3300 gram (Coates, Thirukumar, et al., 2021). Moore et al. (2014) og Simpson et al. (2010) viste i sine studier til kvinner som var indusert på samme grunnlag der kvinnene endte med å føde normalvektige barn.

*«I hate to say it but the induction was kind of a nondecision. We were led to believe that the induction was what was needed to prevent risks to him because I was getting close to my due date. We were basically told that this is when the induction was going to happen. We were not presented with all of the information about the risks or the options. We were not informed and therefore we were not making a decision. It is not a decision if you are not informed. You are just simply going along with what your doctor tells you» (Moore et al., 2014, s.143).*

De fleste kvinnene beskrev at de følte seg avslappet i forkant av termin, men at flertallet opplevde seg mer sliten og ukomfortabel av å gå gravid på overtid, i tillegg beskrev de frustrasjon og en følelse av fravær av kontroll for når fødselen ville starte (Lou et al., 2021). I studien til Schwarz et al. (2016) svarte 31,6% (n=191) at de ble indusert på grunn av at «legen min anbefalte det», og 8,3% svarte at de ble indusert på grunn av at det var jordmors anbefaling. 55,2% (n=362) hadde ønsket *mer* deltagelse i beslutningsprosessen, mens 2% (n=11) hadde ønsket *mindre* valg. Hovedvekten av kvinnene hadde ønsket mer tid til å kunne ta en beslutning (Schwarz et al., 2016). I studien til Gatward et al. (2010) opplyste de fleste kvinnene at de forsto at det var en grense for hvor lenge de kunne gå over termin. Noen kvinner uttrykte seg lettet og tilfredse over en plan om induksjon på overtid. En kvinne hadde uttrykt ovenfor jordmor at hun ønsket induksjon samme uke som termindatoen var. Dette hadde ikke kvinnen fått medhold i, da det ikke var aktuelt å igangsette henne før 10 dager over termin (Gatward et al., 2010).

## 5.2 Kvinners opplevelse av informasjon

### 5.2.1 Opplevelse av tilstrekkelig informasjon

Flere kvinner uttalte at de opplevde å ha mottatt tilstrekkelig og adekvat informasjon angående den forestående fødselen (Coates, Donnelly, et al., 2021; Coates, Thirukumar, et al., 2021; Schwarz et al., 2016). I studien til Lou et al. (2021) oppga de fleste kvinnene at de følte seg tilstrekkelig informert om årsak til induksjon, men savnet mer tid til å vurdere sine muligheter. Kvinnene opplevde også jordmor som åpen for en diskusjon angående alternativer for igangsetting (Lou et al., 2021). Enkelte kvinner uttrykte å føle seg godt forberedt til fødselsinduksjon, som følge av informasjon gitt av jordmor (Coates, Thirukumar, et al., 2021). I studien til Coates, Donnelly, et al. (2021) opplevde 86 % av kvinnene den informasjonen de mottok som forståelig og av disse opplevde 74% at de hadde mottatt såpass med informasjon at de kunne ta valg med tanke på fødsel. 58% av kvinnene oppga at de hadde mottatt skriftlig informasjon med tanke på den forestående prosedyren (Coates, Donnelly, et al., 2021).

*«Most women felt they had received adequate information about the reasons for this recommendation and that the midwives were open for discussion about alternatives to IOL» (Lou et al., 2021, s.246).*

I studien til Simpson et al. (2010) ble det sett på verdien av fødselsforberedende kurs med tanke på å etterkomme kvinnenes informasjonsbehov. Kvinnene uttrykte at de fant informasjonen som ble videreformidlet gjennom kurset som betydningsfull, mens noen uttrykte at de ble presentert for allerede kjent informasjon. En informant oppga at det å være velinformert gjorde valget om elektiv induksjon sett opp mot å gå spontant i fødsel mye enklere (Simpson et al., 2010).

Kvinner som hadde etterspurt induksjon selv, svarte i større grad bekreftende på at de hadde mottatt tilstrekkelig med informasjon om fordelene og ulempene tilknyttet induksjon. Kvinnene oppga at de hadde forstått informasjonen som var gitt og at de hadde mottatt skriftlig informasjon angående sitt valg om fødsel (Coates, Donnelly, et al., 2021).

### 5.2.2 Opplevelse av manglende informasjon

Få uttrykte at de hadde blitt informert av jordmor angående *risikoen ved induksjon*, men heller at det var risikofullt å fortsette svangerskapet på overtid (Lou et al., 2021). Flere kvinner identifiserte manglende informasjon angående induksjon, som bidro til å påvirke deres forberedelse til fødsel (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Gatward et al., 2010; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014). Funn viste at kvinner

rapporterte om manglende informasjon angående induksjon, og følte de hadde et ansvar av «å finne ut av ting selv» (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Murtagh & Folan, 2014). Noen kvinner rapporterte at de hadde mottatt et infoskriv som forklarte årsaken til induksjon samt fremgangsmåten, men at flere savnet ytterligere tilpasset informasjon fra jordmor. De oppga at de anså det som jordmors ansvar å informere verbalt utover det å kun gi ut et generelt infoskriv. Flere av kvinnene uttrykte et behov for å kunne diskutere inngående detaljer som omhandlet sin fødsel. På bakgrunn av dette viste studier at kvinner ikke visste hva de kunne forvente, grunnet manglende informasjon. Spesielt opplevde de mangelfull informasjon omkring de ulike induksjonsmetodene, intensiteten i fødselssmerte, påvirkning av babyen, begrenset mulighet for mobilitet og risikoen for overstimulering (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Jay et al., 2018b; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014; Simpson et al., 2010).

*«Women identified a desire for general information and specific details about the process, medications used, the risks and benefits involved, and options» (Moore et al., 2014, s.143).*

Kvinnene opplevde at alternativer til induksjon ikke ble drøftet med dem og der 7 % av informantene ikke opplevde å motta nok informasjon til å kunne ta et informert valg (Coates, Donnelly, et al., 2021). 27 % av kvinnene i studien til Coates, Donnelly, et al. (2021) uttrykte å ikke ha mottatt skriftlig informasjon angående sine valgmuligheter. Ingen av kvinnene i studien til Lou et al. (2021) uttrykte at de hadde blitt informert om muligheten for induksjon dersom de skulle gå over termin ved oppfølging hos kommunejordmor. 9 av disse kvinnene uttrykte en reell bekymring angående induksjon av fødsel (Lou et al., 2021).

Det kom frem i resultatet til Moore et al. (2014) at kvinnene uttalte at de ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjon angående selve prosedyren. De rapporterte også om manglende informasjon da de ble innlagt ved sykehuset. Over halvparten av kvinnene nevnte at helsepersonell hadde bemerket den økte risikoen for barnet ved å fortsette svangerskapet, og at det var tryggest for barnet å indusere fødselen. En kvinne uttalte at hun hadde en del bekymringer og spørsmål angående induksjon, men torde ikke å stille disse spørsmålene da hun var redd det ville se dumt ut. I tillegg hadde helsepersonell nevnt babyens sikkerhet som årsak til igangsetting. Kvinnene oppga i intervjuene at de hadde forstått begrunnelsen fra helsepersonell med tanke på fordelene med induksjon, men kunne ikke redegjøre for eventuell risiko, da dette ikke hadde blitt informert om (Moore et al., 2014).

De fleste kvinnene som ble intervjuet kunne ikke redegjøre for selve induksjonsprosessen, de ulike induksjonsmetodene eller risiko tilknyttet induksjon. Flere av kvinnene uttrykte at de kunne tenkt seg mer inngående informasjon vedrørende selve induksjonsprosessen, og om eventuelle valgmuligheter. Kvinnene uttrykte at de burde fått bedre informasjon for å kunne gjøre gjennomtenkte valg på egne vegne (Moore et al., 2014; Schwarz et al., 2016).

Flere kvinner uttrykte at de ikke hadde blitt informert om muligheten for keisersnitt dersom mislykket induksjon, og dette fremsto som en emosjonell og overveldende opplysning hos flere av kvinnene (Moore et al., 2014; Simpson et al., 2010). Kvinnene trengte å vite fordeler og ulemper ved å fortsette svangerskapet, sett opp mot fordelene

og ulempene ved å bli indusert, slik at kvinnene kunne avgjøre selv hvilket valg de ønsket å ta (Coates, Donnelly, et al., 2021; Coates, Thirukumar, et al., 2021; Moore et al., 2014).

*«The c-section, I didn't expect that. No one told me about that. [crying]. I mean, that was something that was unexpected. This is hard to talk about. No one told me about it. I didn't want a cesarean section» (Moore et al., 2014, s.143).*

Gatward et al. (2010) viste i sin studie til at flere kvinner uttrykte behov for detaljert informasjon angående induksjon, men at de opplevde denne som mangelfull. Flere kvinner beskrev manglende informasjon angående forventet tidsperspektiv, noe som medførte at enkelte kvinner ble overrasket over hvor lang- eller kort tid det kunne ta før de gikk i fødsel (Gatward et al., 2010; Jay et al., 2018b; Simpson et al., 2010). De beskrev et behov for informasjon angående hvor mange runder med prostaglandiner som eventuelt måtte til, prostaglandinenes virkningsmekanisme og tidsaspekt før de ville begynne å virke. Enkelte uttrykte også at de ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon om at barnet skulle overvåkes kontinuerlig gjennom fødselen. En kvinne uttrykte at hun trodde prostaglandinene skulle inntas oralt og ikke vaginalt (Gatward et al., 2010).

Kvinnene som hadde et ønske om elektiv induksjon og som hadde fått dette innvilget oppga heller ikke å være velinformert i forkant. Flere kvinner som uttrykte å ikke ha mottatt nok informasjon uttrykte heller ikke å ha stilt noen oppfølgingsspørsmål til jordmor (Jay et al., 2018b; Moore et al., 2014).

*«I mean, I have no idea what to ask, no clue what to ask. Don't ask me if I have questions because I don't know what questions to ask. Just tell me the information because I don't know any of it» (Moore et al., 2014, s.144).*

Manglende informasjon motiverte enkelte kvinner til å søke informasjon andre steder. De oppga at de i hovedsak søkte til helsepersonell, men også nære familiemedlemmer som hadde gjennomgått induksjon selv (Gatward et al., 2010). Jay et al. (2018b) fant at 2/3 av alle kvinnene oppga venner, familie og media som de største informasjonskildene med tanke på induksjon. De beskrev at jordmor ikke hadde informert så mye som de hadde hatt behov for. Også underveis i fødselen ble det identifisert manglende informasjon (Gatward et al., 2010).

I en studie viste svarprosenten at 59,2% (n=398) hadde ønsket mer informasjon om alternativer til induksjon. 55,3% (n=358) hadde ønsket mer informasjon angående medisinene som ble brukt under induksjonen. 50 % av informantene kunne ha tenkt seg mer informasjon angående bivirkninger av medisiner (Schwarz et al., 2016). Studien til Simpson et al. (2010) viste at 19 % av kvinnene som valgte å ikke delta på fødselsforberedende kurs ikke opplevde seg tilstrekkelig forberedt til fødselsinduksjon. I motsetning til 11% av kvinnene som hadde deltatt på dette kurset, men ikke opplevde seg godt nok forberedt. 57% av totalt 1,349 førstegangsfødende kvinner, som ikke deltok på fødselsforberedende kurs, hadde ønsket mer spesifikk informasjon angående induksjon og valgalternativer vedrørende dette (Simpson et al., 2010).



### 5.2.3 Kvinners tolkning og forståelse av informasjon

Simpson et al. (2010) fant en del unøyaktigheter i tall for medisinske årsaker til induksjon sett opp mot kvinnenes oppfatning og forståelse over hvorfor de trengte en induksjon. Det mest signifikante avviket mellom medisinsk journal og kvinnenes oppfatning var induksjon på grunn av makrosomi. Makrosomi viste seg å være årsak til 26,7% (n = 147) av alle induksjonene som ble utført på denne gruppen, mens hele 39,9% (n = 220) av kvinnene oppga at legen besluttet induksjon på grunn av at «barnet så ut til å bli for stort». Overtidig svangerskap var den årsaken som var nevnt nest flest ganger (20,3%, n = 112). Av disse var 35 kvinner (6,4 %) passert uke 41, og det lengste svangerskapet for igangsetting var 41+3. 32 kvinner oppga at de ikke visste årsaken til hvorfor de ble igangsatt (Simpson et al., 2010). Noen kvinner oppga at de fikk ulik informasjon fra lege og jordmor (Coates, Thirukumar, et al., 2021).

Det varierte noe i kvinnenes forståelse av den informasjonen som ble videreformidlet angående årsak til igangsetting på overtid. Noen kvinner oppga at de fikk beskjed om at placenta hadde en best-før-dato, og at etter termin ble placentafunksjonen ovenfor barnet dårligere. Andre fikk beskjed om at det forelå en større risiko for dødfødsel dersom overtidig svangerskap, mens andre opplevde at det var kroppen deres som ikke var klar for fødsel. På denne måten skulle induksjon være et hjelpemiddel for å få barnet født innenfor en akseptabel tidsramme (Gatward et al., 2010).

Faktorer tydet på at noen kvinner ikke ønsket informasjon angående induksjon på et tidlig stadium i svangerskapet. Dette begrunnet de med at de opplevde å allerede motta mye informasjon, slik at det å forholde seg til informasjon om en mulig induksjon ville bli for mye på en gang. Andre kvinner uttrykte at de kunne tenkt seg informasjon tidligere, slik at de fikk en mulighet til å reflektere over sine muligheter og preferanser omkring induksjon av fødsel (Lou et al., 2021). Flere kvinner uttrykte at de ikke hadde vært så opptatt av å bli informert angående risiko knyttet til induksjon, da de hadde den oppfatningen av at dette ikke kom til å omhandle dem uansett (Moore et al., 2014).

*«I think that it's a good thing . . . not speaking a whole lot about induction during the pregnancy, because there are just so many other things that keep you occupied. You don't need information about IOL on top of that. (Nofrat)» (Lou et al., 2021, s.245).*

I resultatet til Jay et al. (2018b) viste det seg at av totalt 21 informanter, hadde 14 av disse deltatt på jordmorstyrte fødselsforberedende kurs. Flere av kvinnene kunne ikke huske om induksjon hadde vært et tema ved noen av disse kursene. Noen oppga at de ikke hadde viet sin fulle oppmerksomhet til dette, da de ikke kunne forutse at dette kom til å bli aktuelt for dem (Jay et al., 2018b).

### 5.3 Kvinnens opplevelse av møte med jordmor

Murtagh and Folan (2014) fant at kvinnene verdsatte når jordmor informerte og inkluderte dem i planen for fødsel, og ga dem informasjon om alternative valg. Dette hjalp kvinnene til å kjenne på en følelse av kontroll. Flere kvinner opplevde at indikasjon for induksjon var på grunnlag av at lege eller jordmor presiserte at prosedyren måtte gjennomføres. Flere kvinner oppga at de ikke stilte ytterligere spørsmål om årsak til induksjon, og noen uttrykte at de fant det upassende å stille videre spørsmål angående avgjørelsen (Murtagh & Folan, 2014). Noen kvinner uttrykte at jordmor la til rette for at de kunne stille spørsmål, men at kvinnene ikke visste hva de skulle stille spørsmål om (Coates, Thirukumar, et al., 2021).

Flere kvinner uttrykte å ha tillit til sin jordmor og behandlingsansvarlige lege, og at de stolte på at de gjorde de nødvendige vurderingene for igangsetting av fødsel (Coates, Donnelly, et al., 2021; Coates, Thirukumar, et al., 2021; Jay et al., 2018b; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014; Simpson et al., 2010). Flere kvinner uttalte lettelse over å få slippe å ta valget, og kjente det som trygt at jordmor tok det overordnede valget på vegne av kvinnen- og barnets beste (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Lou et al., 2021; Simpson et al., 2010).

*«She [the midwife] said "I have a good feeling about this" and that means something. She is a midwife and tells she has a good feeling about it ( . . . ) that makes you quite confident and makes you say, "OK, let's induce this labour!". (Karen)» (Lou et al., 2021, s.246).*

Moore et al. (2014) la frem i sine resultater at kvinnene beskrev møte med helsepersonell som kortfattet uten mulighet til å stille spørsmål eller uttrykke bekymring. Kvinnene uttrykte at de hadde stor tiltro til sin lege eller jordmor, og bemerket at tillit var en av de største begrunnelsene for at de gikk med på induksjon. Tilliten til jordmor var også en medvirkende årsak til at kvinnen oppga å ikke stille ytterligere spørsmål om prosedyren (Moore et al., 2014). Noen kvinner var også tilfredse med sin lege eller jordmors forslag om induksjon, da flere var sliten av å gå gravid. Noen uttrykket engstelse for å ikke vite når eller hvor fødselen ville starte og ønsket å sette en konkret sluttdato (Lou et al., 2021; Moore et al., 2014). Det å få en induksjonsdato ga mer ro, mindre stress og en større følelse av kontroll rundt siste del av svangerskapet (Moore et al., 2014).

37% av kvinnene i studien til Simpson et al. (2010) oppga jordmødrene ved fødeavdelingen som den kilden til mest nyttig og inngående informasjon. Kvinner som erfarte kontinuitet i pleien de mottok fra jordmor opplevde en større følelse av kontroll, da de oftere opplevde å forstå den informasjonen som ble formidlet dem. Disse kvinnene uttalte også i mindre grad å føle seg presset til å ta et valg. Det å oppleve å ha samme jordmor, både i svangerskapsoppfølging og gjennom fødsel, var sterkt assosiert med en positiv opplevelse av medbestemmelse (Coates, Donnelly, et al., 2021).

*«Women who received continuity of pregnancy care were also less likely to report feeling pressured to make a decision (6% versus 11%), or not feeling like they had a choice about whether to have an IOL/CS (14% versus 21%)» (Coates, Donnelly, et al., 2021, s.5).*

Jay et al. (2018b) fant at flere kvinner bemerket at jordmødre ga ut et infoskriv da de fremsto for travle til å gi inngående informasjon om induksjon. Inntrykket fra de fleste kvinnene var at induksjon ble presentert som en rutine ved overtidige svangerskap, med lite eller ingen mulighet for å kunne diskutere dette opp mot kvinnens ønsker eller forståelse av innholdet i brosjyrene. Der det forelå en medisinsk indikasjon til induksjon, var de fleste kvinnene klar over årsaken til igangsetting og oppga risikovurderingen som en betydningsfull faktor til at de gikk med på induksjon. Mens i andre tilfeller, som ved overtidig svangerskap, var ikke risikovurderingen like tydelig presentert. Flere kvinner var da mer usikre på årsaken til igangsetting. Kvinnene godtok valget om induksjon, men ble ikke presentert for mulige alternativer. Likevel oppga flere at de hadde tillit til helsepersonell, og at deres mening ble tildelt stor vekt (Jay et al., 2018b).

Når valget om induksjon var tatt, opplevde mange kvinner uttalt venting og utsettelse av prosedyren (Henderson & Redshaw, 2013). Henderson and Redshaw (2013) fant at venting skapte en uro og engstelse blant flere av kvinnene. Ofte var dette forankret i en travel avdeling, høyt arbeidspress med for lite jordmødre på vakt. Jordmødrene fremsto stresset, og flere kvinner rapporterte at det ofte tok lang tid før jordmor kom inn på rommet etter at kvinnen hadde ringt på for hjelp. Kvinnene rapporterte videre at når jordmor kom inn på rommet, festet hun på ny båndet for monitorering, før hun måtte løpe ut igjen. Kvinner beskrev uttalte fødselssmerter, smertefulle prosedyrer (innsetting av gel eller kapsel) og det å bli monitorert i ukomfortable posisjoner. De uttrykte en manglende kontinuitet i pleien, ofte begrunnet i at fødselen vedvarte over flere skift (Henderson & Redshaw, 2013). I studien til Moore et al. (2014) erfarte kvinnene at induksjon ble løftet frem som siste punkt på helsepersonells «sjekkliste», og at dette ble lagt frem som en naturlig endelse på svangerskapet.

*«Induction should not be treated as a protocol or a checklist. It isn't just a simple step. Women need to be provided with information. They need to make an informed decision, give informed consent. The process currently treats it like scheduling an ultrasound but it is far from a simple ultrasound. There are risks and options that women should know before agreeing to it» (Moore et al., 2014, s.141).*

Alle kvinner, uansett om de oppga at de var fornøyde eller misfornøyde med opplevelsen, kom med forbedringsforslag til praksis. Forslag som ble hyppig nevnt var større inkludering i avgjørelsen om induksjon, hvor kvinnene hadde tilgang til all nødvendig informasjon. At jordmor drøftet fordeler og ulemper med kvinnen, videreformidlet både skriftlig og muntlig informasjon, og brakte induksjon som tema i større grad inn i svangerskapsomsorgen og ved fødselsforberedende kurs (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Moore et al., 2014). Andre forslag var å gi kvinnene tilgang på retningslinjene for fødselsinduksjon som helsepersonell jobbet ut fra. Her kunne kvinnen i større grad tilegne seg en forståelse for hvorfor helsepersonell indikerte at det var nødvendig med induksjon av fødsel, samt de ulike metodene for fødselsinduksjon. Siste forslag handlet

om lengre konsultasjoner og mer kontinuitet i pleien, samt det å bygge tillitt og trygghet til sin jordmor. På dette viset kunne kvinnen føle seg tryggere på å ytre preferanser og ønsker for sin fødsel (Coates, Thirukumar, et al., 2021).

## 6.0 Diskusjon

### 6.1 Resultatdiskusjon

#### 6.1.1 Kvinners opplevelse av medvirkning

Resultatet viste delte funn i materiale angående kvinnenes subjektive opplevelse av medvirkning (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Gatward et al., 2010; Henderson & Redshaw, 2013; Jay et al., 2018b; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014; Schwarz et al., 2016; Simpson et al., 2010). På den ene siden viste resultatet at kvinner i stor grad var tilfredse med sin medvirkning i valg om induksjon (Coates, Donnelly, et al., 2021; Lou et al., 2021). Mens på den andre siden opplevde kvinnene at induksjon ikke ble presentert som et valg, men heller som en nødvendig prosedyre (Coates, Thirukumar, et al., 2021). Dette støttes av Edmund Husserls beskrivelse av kvinnens livsverden, slik hver enkelt kvinne tolker og erfarer egen tilværelse (Husserl, 1989; Thornquist, 2018). Kvinner tolker sine møter med jordmor forskjellig. En kvinnes verdier og erfaringer er subjektive, og unikt for henne som menneske (Husserl, 1989; Vatne, 1998; Aadland, 2011b).

Ved tydelige medisinske årsaker til induksjon som avgjøres på maternell- eller føtal indikasjon, blir det vanskelig å presentere induksjon som et valg (Armstrong & Kenyon, 2017; Elwyn et al., 2012; Oppegaard et al., 2020). En årsak til at pasientmedvirkning kan bli vanskelig, handler om at tiden som kreves til å diskutere og involvere kvinnen kan være betydelig begrenset (Armstrong & Kenyon, 2017; Elwyn et al., 2012). Helsepersonell rapporterte om tvil vedrørende hvor delaktig kvinnen faktisk *ønsket* å være. En årsak til denne tvilen kan ses i sammenheng med at kvinner rapporterte om at de hadde tillit til at helsepersonell tok de riktige valgene på vegne av dem, og på dette viset ikke ønsket å medvirke i valget (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Lou et al., 2021; Simpson et al., 2010). Helsepersonell beskrev også bekymring vedrørende at kvinnen kunne fatte avgjørelser som stridet imot helsepersonells anbefalinger (Coulter, 2010; Elwyn et al., 2012; Zikmund-Fisher et al., 2010). Anbefalinger fra helsepersonell begrunnes ofte i *deres oppfatning* av hva som regnes som et normalt svangerskap og hva som defineres som det motsatte. Kvinnens livsverden tolker denne informasjonen, og er også avhengig av forståelig informasjon for å kunne endre sin oppfatning og tilegne seg ny kunnskap (Engelstad, 2003; Thornquist, 2018).

Samtidig presiseres det i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999a, § 3-1) at kvinnen har rett til å medvirke ved *forsvarlige* behandlingsmetoder. I situasjoner der det står om kvinnen- eller barnets sikkerhet, er det ikke bestandig rom for medvirkning. Dette samsvarer med at jordmor er underlagt kravet om forsvarlighet i utøvelsen av sitt yrke, der hun har et lovpålagt krav om å handle på vegne av kvinnen- og barnets beste (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Jordmor i primærhelsetjenesten er for eksempel lovpålagt å henvise kvinnen videre til spesialisthelsetjenesten for videre vurdering og behandling, der det anses som nødvendig (ICM, 2014). På den andre siden vektlegger

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999b, § 3-2) at kvinnen har et rettslig krav på å medvirke i valgene som tas på vegne av henne (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999b, § 3-2). Resultatet viste derimot at kvinnene *endret* mening om induksjon, fra å ikke ønske det til å ønske det, dersom de ble grundig informert om de sikkerhetsmessige vurderingene (Jay et al., 2018b; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014).

Funn av betydning i resultatet viste at kvinner også i mange tilfeller hadde et ønske om elektiv induksjon, uten at en medisinsk årsak forelå. Videre anslo resultatet at ikke alle kvinnene fikk medhold i dette ønsket fra helsepersonell (Gatward et al., 2010). Det kan være sammensatte årsaker til at kvinnene ønsker induksjon. Ifølge studien til Keulen et al. (2021) ønsket kvinnene induksjon på grunnlag av helsemessige utfordringer i svangerskapet, noe som påvirket kvinnens livskvalitet i negativ forstand. Dette medfører at hennes livsverden preges av negative opplevelser og erfaringer ved å gå gravid, noe som bidrar til at hun søker endring på denne situasjonen gjennom innvilgelse av induksjon (Thoresen et al., 2020a). Samtidig forelå funn som poengterte at kvinnene var engstelige for den forestående fødselen, og ønsket en konkret sluttdato å forholde seg til (Keulen et al., 2021). Disse funnene støttes av studien til Dögl et al. (2018), samtidig som studien viser at en årsak til en økt induksjonstrend i Norge kan ses opp mot en større implementering av pasientmyndiggjøring, der kvinnes ønsker om induksjon tas til etterretning (Dögl et al., 2018). På bakgrunn av fremstilt teori, uttrykker ICM (2017) bekymring angående den økte forekomsten av induksjon der det ikke foreligger en medisinsk indikasjon. De erkjenner bekymringen rundt at den fysiologiske og naturlige prosessen kan endres til å bli en potensiell skadelig medisinsk eller kirurgisk prosedyre, med påfølgende konsekvenser for kvinnens helse (ICM, 2017).

Her blir det viktig å skille mellom de ulike profesjonenes ansvarsområde. Det er behandlingsansvarlig leges ansvar å gi kvinnen medhold eller avslag i valg om induksjon. Jordmor på sin side innehar en betydningsfull rolle i møte med kvinnen, gjennom å videreformidle informasjon av betydning. Dersom kvinnen ønsker induksjon uten at det foreligger en medisinsk årsak, bør jordmor informere om risikoen for ytterligere intervensjoner i fødsel, samt risikoen for mislykket induksjon (Dögl et al., 2018). Jordmor i samarbeid med andre profesjoner skal jobbe for å fremme en naturlig fødsel, samtidig som jordmor skal ha fokus på å sikre kvinnes informerte samtykke og medvirkning i valg (ICM, 2014, 2017). Kvinnes evne til å medvirke påvirkes i stor grad av kvaliteten på informasjonen som gis, og dette bør jordmor være bevisst (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Coates et al., 2019; Keulen et al., 2021). Disse funnene anses som interessante i lys av at resultatet viste en signifikant sammenheng mellom kvinnes egne ønsker for induksjon, og hvordan disse ønskene gjenspeilet hvordan de stilte seg til forslag om induksjon fra helsepersonell. Det viste seg blant annet at kvinner som stilte seg positive til induksjon, hadde selv *et ønske* om igangsetting av fødsel (Lou et al., 2021).

Resultatet belyste ulike vinklinger for *når* og *hvordan* kvinnene kan medvirke (Lou et al., 2021). Samtidig som kvinnen verdsatte å være delaktig i valg om induksjon, opplevdes også medvirkning under fødselen som av betydning for kvinnen (Bringedal & Aune, 2019). Funn av betydning i resultatet viste blant annet at kvinnene verdsatte å få valget om å reise hjem etter påbegynt induksjon, eller å få valget om å bli innlagt på observasjonspost i påvente av fødselsstart (Lou et al., 2021). Deres livsverden er bygget opp av kjente rammer, og hjemmet kan ofte representerer en arena som både er forutsigbar og trygg (Thoresen et al., 2020a). Hjemmet representerte frihet og mulighet til å kunne fortsette de daglige rutinene, samt at sykehuset ble sett på som et

begrensede steder å oppholde seg (Brown & Furber, 2015; Oster et al., 2011; Reid et al., 2011). Funnene i denne studien støttes av O'Brien et al. (2013), da deres studie viste at kvinnene uttrykte en følelse av kontroll ved å få valget om å være hjemme i kjente omgivelser i innkjøringsfasen mot fødsel.

Resultatet presiserte også at flere kvinner opplevde å motta et valg om å induseres på overtid, eller et valg om daglig fosterovervåkning (Lou et al., 2021). Her må forsvarlige og individuelle vurderinger vektlegges ved å la kvinnen fortsette svangerskapet, samtidig som fosterovervåkingen intensiveres. En tydelig risikovurdering må derfor ligge til grunn for denne beslutningen, og denne bør gjøres i samråd med kvinnen (Armstrong & Kenyon, 2017; Clausen et al., 2016). Fordelene med å avvente induksjon kan på sin side bidra til at kvinnen går spontant i fødsel, uten at det er behøvelig med kunstig igangsetting av fødsel (Clausen et al., 2016). Informasjon av betydning i påvente av spontan fødselsstart blir å vektlegge kvinnenes ansvar om å ta kontakt med fødeavdelingen dersom de opplever oppstart av sammentreknings, vannavgang, blødning eller mindre fosterbevegelser (Clausen et al., 2016). Induksjon av fødsel er sterkt forbundet med en høyere forekomst av epidural (Alexander et al., 2001; Dögl et al., 2018; Hildingsson et al., 2011; Stevens & Miller, 2012). Dette kan for noen kvinner fremstå som en intervensjon de i utgangspunktet ikke ønsket, da de hadde en forventning om en fødsel uten medisinsk påvirkning. På den andre siden kan enkelte kvinner uttrykke et ønske om epidural i fødsel, og anser dette som god fødselshjelp. Dette blir dermed viktige valg for jordmor å kartlegge, og ta kvinnens ønsker til etterretning (Armstrong & Kenyon, 2017).

Noen studier bevisstgjør også viktigheten med å identifisere hvilke kvinner som i ulik grad faktisk *ønsker* aktiv deltagelse i valg, da det er holdepunkter for at dette ikke gjelder alle (Armstrong & Kenyon, 2017; Fotaki et al., 2005). Funn av betydning i resultatet redegjorde for at flere kvinner opplevde en lettelse i at jordmor tok valg på vegne av kvinnen, da de opplevde dette som en trygghet (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Lou et al., 2021; Simpson et al., 2010). Samtidig viser studien til Stevens and Miller (2012) at kvinnene uttrykker misnøye med å ikke få være mer delaktig i beslutningen. Det blir dermed viktig for jordmor å kartlegge hvordan kvinnen stiller seg til medvirkning i fødsel. Studien til Armstrong and Kenyon (2017) understreket viktigheten med at jordmor utarbeider en fødselsplan i samråd med kvinnen. Dette kan fremstå positivt for kvinnen i den grad at hun kjenner seg inkludert og involvert i egen fødsel, og får uttrykk for sine behov. På den andre siden kan dette være positivt for jordmor i den grad at jordmor blir bedre kjent med kvinnen, får innsikt i kvinnens preferanser og kan oppnå en større forståelse for kvinnens følelser og prioriteringer (Armstrong & Kenyon, 2017; Lothian, 2006).

Videre redegjør resultatet for at flere kvinner uttrykte å ha trengt mer tid til å vurdere sine valg, og at de hadde sett nytteverdien av lengre konsultasjoner med jordmor (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Schwarz et al., 2016). Disse funnene er tydelige på at lengre konsultasjoner hadde vært et godt tiltak for å optimalisere pleietilbudet som gis til hver enkelt kvinne. Det står også oppført i de nasjonale faglige retningslinjene for svangerskapsomsorgen at konsultasjonstiden skal være tilstrekkelig med tanke på kvinnenes informasjonsbehov (Helsedirektoratet, 2019). Jordmor er pålagt å sette opp lange nok konsultasjoner, slik at hun er sikker på at kvinnen har mottatt og forstått den informasjonen som er gitt (Helsedirektoratet, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999a, 1999b). Likevel samsvarer ikke disse retningslinjene med funn i resultatet, da resultatet viste at kvinnene kunne tenkt seg lengre tid (Coates, Thirukumar, et al.,

2021). På den andre siden brakte resultatene frem at flere kvinner uttrykte en positiv nytteverdi av å delta på svangerskap- og fødselsforberedende kurs (Schwarz et al., 2016; Simpson et al., 2010). Dette kan derfor anses som et godt supplement til informasjonsbehovet kvinnen innehar. På dette viset kan det bli lettere å ta opp spørsmål med jordmor på konsultasjonene, da kvinnen har tilegnet seg et større informasjonsgrunnlag og vet mer hva hun skal stille spørsmål om (Farnworth et al., 2021).

### 6.1.2 Kvinners opplevelse av informasjon

Resultatene som er innhentet viste også her et svært delt datamateriale, noe som tyder på at det er flere aspekter som er betydningsfulle å belyse. På den ene siden presenterte resultatet funn som tydet på at mange kvinner opplevde seg tilstrekkelig og adekvat informert (Coates, Donnelly, et al., 2021; Coates, Thirukumar, et al., 2021; Schwarz et al., 2016). På den andre siden viste resultatet at det forelå et behov for å forsikre bedre informasjon til kvinnene som skulle induseres, da funn tydet på at denne fremsto mangelfull (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Gatward et al., 2010; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014; Murtagh & Folan, 2014). Disse funnene samsvarer med andre studier, da kvinnene uttrykte at de savnet informasjon om flere aspekter som omhandlet fødselsinduksjon. Det ble for eksempel rapportert om manglende informasjon om hvor lang tid det ville ta før de gikk i fødsel (Brown & Furber, 2015; Jay et al., 2018a).

Resultatet viste også at kvinner opplevde seg utilstrekkelig informert også etter innleggelse ved fødeavdelingen (Moore et al., 2014). Funn av betydning i resultatet viste blant annet at kvinnene mottok utilstrekkelig informasjon om de ulike metodene for induksjon, intensitet i fødselssmerte, risikoen for overstimulering og begrenset mulighet for å være mobil i fødsel (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Jay et al., 2018b; Lou et al., 2021; Moore et al., 2014; Simpson et al., 2010). Disse funnene støttes av Jay et al. (2018a), som viste at kvinnene savnet informasjon om hvorfor det ble forsinkelser i induksjonsprosessen etter innleggelse ved fødeavdelingen. Manglende informasjon var ofte forbundet med usikkerhet og stress hos kvinnen (Jay et al., 2018a). På den andre siden vektla studien til Armstrong and Kenyon (2017) kvinnenes *selvstendig ansvar* om å søke manglende informasjon fra jordmor, dersom informasjonen fremsto uklar. Disse funnene støttes ikke av resultatet, da kvinnene presiserte at de trengte informasjon for å kunne stille spørsmål. De anså det som *jordmors ansvar* å tilse at denne informasjonen ble gitt. Så lenge de ikke mottok tilstrekkelig informasjon, hvordan skulle de da vite hva de skulle stille spørsmål om? (Moore et al., 2014). Hvem sitt ansvar blir det å påse at informasjonen blir gitt og at den er forstått? Disse funnene er veldokumentert som helsepersonells overordnede ansvar i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999b, § 3-2), da jordmor skal forsikre seg om at kvinnen har mottatt den informasjonen som kreves for å få innsikt i helsehjelpen. Dette støttes også av de yrkesetiske retningslinjene som jordmor er underlagt i sitt arbeid. Her vektlegges det at jordmor skal utøve respekt for kvinnenes rett på informasjon. Jordmors mål bør være at kvinnen har mottatt forståelig og fullstendig informasjon om induksjon og den foreslåtte bruken av intervensjoner i fødsel (ICM, 2014, 2017). Det anses derfor som et avgjørende tiltak å la kvinnene få grundig og objektiv informasjon for å støtte kvinnens rett til å ta informerte valg og



inkludere dem i valg før og under fødsel (Braddock et al., 1997; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999b, § 3-2; Stevens & Miller, 2012).

Kvinnens livsverden består av tankesettet hun møter jordmor med (Thornquist, 2018). Et eksempel kan være at kvinnen møter på konsultasjon til jordmor, og uttrykker et ønske om induksjon. Kvinnens oppfattelse av hva som er best for henne kan likevel påvirkes av jordmors informasjon. En kan med dette si at kvinnens livsverden kan påvirkes av stimuli utenfra. Jordmor som utøvende profesjon må være bevisst sin påvirkning av kvinnen, og hvordan hun opptrer i møte med sin pasient. Jordmors systemverden som er bestående av retningslinjer og velmente råd møter kvinnens livsverden, og dette forholdet må jordmor være bevisst slik at det ikke dannes skjevheter i forholdet. Jordmor innehar et ansvar i å ta hensyn til kvinnens livsverden. Dette kan best gjøres ved å øke kvinnens kunnskapsgrunnlag, samtidig som jordmor skal lytte til kvinnens tanker og eventuelle bekymringer. Dette er et gjensidig forhold, der begge parter er på lik linje avhengig av hverandre for å oppnå et godt resultat (Aadland, 2011c). Dette støttes av Vatne (1998), som beskriver at kvinnens erfaringsbaserte kunnskap møter jordmors teoretiske kunnskap, som vil ha betydning for muligheten til brukermedvirkning (Vatne, 1998). En kohortstudie fra Sverige viser i sine resultater til at kvinner er lydhøre for hvilke forslag til behandling helsepersonell kommer med (Hildingsson et al., 2011). Samtidig stiller forskning seg undrende til om kvinnenes fødselspreferanser ville vært annerledes dersom de var tilstrekkelig informert (Miller & Holdaway, 2019). Med forankring i dette, kan en også se på resultatene som viste at enkelte kvinner ikke lenger hadde et ønske om elektiv induksjon, etter å ha fått inngående informasjon om induksjonsprosessen og risikoer tilknyttet den (Simpson et al., 2010). Dette viser i stor grad hvilken informativ betydning jordmor innehar i møte med den gravide kvinnen.

Resultatene indikerte likevel at det foreligger utfordringer i *forståelsen* av informasjonen som blir gitt. Resultatet indikerte at det forelå en del unøyaktigheter i kvinnens oppfattelse av hvorfor hun ble indusert, sammenlignet med hva medisinsk journal stadfestet. Ikke alle kvinnene rapporterte å vite for sikkert hvorfor de ble indusert (Simpson et al., 2010). Dette er svært alvorlige funn, som ikke står i samsvar med hverken lovverk som skal styrke kvinnens integritet, eller retningslinjer for jordmødre (ICM, 2014; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999b, § 3-2). I dialog med jordmor forsøker kvinnen å forstå essensen i det som videreformidles (Freire, 2003). De ordene som forklares samsvarer ikke bestandig med kvinnens erfaringsverden. Samtidig mener Freire (2003) at dialogen for å øke kvinnenes kunnskap i seg selv er ikke nok. Det må også foreligge *erfaringsbasert handling*. Kvinnen må gjennomgå en induksjon for å kunne forstå omfanget av hva som ligger i kunnskapen, og for å kunne klare å erverve seg ny kunnskap om dette (Freire, 2003).

Andre resultater av betydning viste at kvinnene forsto de *medisinske fordelene* ved å bli indusert (Jay et al., 2018b). Likevel kunne ikke alle kvinnene redegjøre for eventuelle *risikoer* ved fødselsinduksjon (Moore et al., 2014). Forskning viser også her at informasjonen er mangelfull. En reell risiko dersom mislykket fødselsinduksjon er keisersnitt. Resultatet viste at dette opplevdes som overveldende informasjon hos flere av kvinnene (Coates, Donnelly, et al., 2021; Moore et al., 2014; Simpson et al., 2010). Her er det nærliggende å tro at ikke tilstrekkelig informasjon er gitt kvinnen, eller at helsepersonell ikke har forsikret seg om at kvinnen faktisk har *forstått* informasjonen som er gitt. Informasjonen danner grunnlag for kvinnens samtykke og medvirkning i helsehjelpen. Uten en forståelse av informasjonen, sikres heller ikke kvinnens gyldige samtykke. Disse komponentene er nært forbundet, da det kan ikke foretas noe samtykke

og medvirkning så lenge ikke tilstrekkelig informasjon foreligger. Samtidig må en skille på hva som inngår i *samtykke* sett opp mot *medvirkning*. En skiller disse begrepene, samtidig som disse begrepene må ses i en nær sammenheng med hverandre (Aasen, 2000b). Dersom kvinnen mottar informasjon fra jordmor, kan hun velge å samtykke til induksjon, ved å uttrykke et «ja» til den videre helsehjelpen som tilbys. Medvirkning handler derimot om kvinnens mulighet til å aktivt delta i valg av ulike behandlingsmetoder. Med forbehold om at dette skal anses som et gyldig valg, må informasjonen være forstått (Aasen, 2000b). I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999b, § 3-2) har kvinnene *krav på informasjon om risiko* ved fødselsinduksjon som valgt behandlingsmetode. Sett fra jordmødrenes ståsted, er det vist i studier at jordmødre uttrykker engstelse for å overkjøre kvinnene med for mye informasjon, også med tanke på skremmende potensielle utfall ved fødselsinduksjon. Dette kan understøtte årsaken til at informasjon om potensiell risiko ved induksjon ikke blir like mye vektlagt (Farnworth et al., 2021).

Når blir det ansett som mest hensiktsmessig å gi informasjon om fødselsinduksjon? Her viste resultatet delte funn. Funnet i resultatet tydet på at enkelte kvinner kunne tenkt seg det tidlig i svangerskapet, før det var en nødvendighet. På den andre siden uttrykte kvinner et foretrukket ønske om å motta informasjonen først når induksjon var et aktuelt tema (Lou et al., 2021). Behovet for grundig informasjon øker i takt med at fødselsomsorgen blir stadig mer medikalisert, og dette setter høye krav til jordmors informasjonsansvar (Clausen et al., 2016). Likevel viser forskning at jordmødre stiller seg noe kritisk til å gi *for* detaljert informasjon på et tidlig stadium, da de opplever at det er mye informasjon som bør prioriteres *før* induksjon blir et aktuelt tema (Farnworth et al., 2021). Samtidig uttrykker jordmødrene at de følger retningslinjene for svangerskapsomsorgen og hva som skal informeres om på de ulike konsultasjonene i løpet av svangerskapet. Innenfor de norske retningslinjene inngår ikke temaet om induksjon tidlig i svangerskapsoppfølgingen (Farnworth et al., 2021; Helsedirektoratet, 2019). Studien til Armstrong and Kenyon (2017) vektlegger betydningen av at jordmor kan benytte seg av ulike informasjonsmetoder for å nå ut til kvinnene. Ved og for eksempel vise til plansjer når informasjon om induksjon skal formidles, samt å gi ut hefter og brosjyrer. Samtidig må dette ses opp mot den individuelle kvinnes informasjonsbehov i tidlig møte med jordmor (Clausen et al., 2016). Resultatet viste at kvinnene ikke mottok mye informasjon før de kom til sykehuset, noe flere uttrykte at de hadde hatt behov for (Moore et al., 2014). Disse funnene kan på sin side indikere at informasjonen skulle startet tidligere i svangerskapet.

### 6.1.3 Kvinners opplevelse av møte med jordmor

Resultatet indikerte at jordmor ble betraktet som en viktig støttespiller for kvinnen. Hun bidro i stor grad til å støtte kvinnene til å oppnå en følelse av kontroll og mestring. Dette med forbehold om at det forelå god informasjon og at kvinnene opplevde seg inkludert i beslutningene (Murtagh & Folan, 2014). En studie utført av Gammie and Key (2014) viste at jordmor var kvinnens hovedkilde til informasjon. Jordmor står i en særskilt posisjon til å videreformidle evidensbasert kunnskap til kvinnen angående fordeler og ulemper ved induksjon (Gammie & Key, 2014). Dette støttes av flere studier, da det kom

frem at informasjon er et uunnværlig verktøy for jordmødre, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Noen kvinner kan ha hatt tøffe høyrisikosvangerskap, og disse krever god oppfølging gjennom hele svangerskapet, fødsel og barseltid. Induksjon viser seg også å være tilknyttet en god del frykt og uforutsigbarhet for fødekvinnen. Derfor bør den gravide og hennes partner informeres om metoden og dens fordeler og ulemper, før kvinnen samtykker til at prosedyren iverksettes (Lima et al., 2016). Likevel bekrefter forskning at informasjonsbehovet til kvinnen ikke blir møtt, og de opplever en mangel på inkludering i valgene som skal tas (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Dupont et al., 2020; Jou et al., 2015; Stevens & Miller, 2012).

Jordmor er underlagt et helhetlig menneskesyn, der jordmor skal ivareta kvinnens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (ICM, 2017). Dersom det for eksempel foreligger fysiske plager til grunn for kvinnens ønske om induksjon, kjenner kvinnen et primærbehov i å igjenopprette fysisk velbehag med egen kropp. Alle kvinner innehar ulike behov og skal behandles deretter (Aadland, 2011a). Fenomenologien vektlegger at enhver kvinne skal møtes med den oppfatningen om at hun er et selvstendig og unikt individ med individuelle behov (Thornquist, 2018; Aadland, 2011a). Jordmor skal gi råd og veiledning, for deretter å komme til en enighet med kvinnen, der kvinnen opplever seg sett, hørt og respektert for sine ønsker og valg. Noe som medfører at jordmor er avhengig av å sette seg godt inn i kvinnes preferanser og ønsker, for å kunne yte god pleie (Aadland, 2011a).

Resultatet viste at kvinnene uttrykte å ha stor tillit til jordmor (Coates, Thirukumar, et al., 2021), der tillitten gjenspeilet kvinnens oppfattelse av at jordmor ville gjøre de riktige avgjørelsene basert på kvinnen- og barnets beste (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Aadland, 2011b). Kjernen i et hvert forhold mellom pasient og jordmor er tillit (Bending, 2014). Likevel kommer det frem i resultatet at kvinnen ønsker og foretrekker å ha kontroll i egen situasjon (Gatward et al., 2010). Det handler i stor grad om en balansegang mellom utenfrastyrt og egenstyrt utforming av livssituasjonen. Kvinnens livsverden påvirkes i stor grad av systemverdenen hun møter i helsevesenet, og hvordan dette systemet påvirker hvordan kvinnen velger, følger og påvirker sin egen tilværelse (Aadland, 2011c).

I henhold til de yrkesetiske retningslinjene, skal jordmor jobbe for å myndiggjøre kvinnen til å kunne snakke for seg selv og uttrykke spørsmål som omgår hennes helse (ICM, 2014). Resultatet viste også at tillit var den største faktoren til at kvinnene gikk med på induksjon, og at tillit var hovedårsak til at kvinnen ikke stilte oppfølgingsspørsmål omkring induksjon (Jay et al., 2018b; Moore et al., 2014). Ordet *makt* blir ofte ansett som et ord med negativ betydning (Engelstad, 2003; Tveiten, 2019). Jordmor bør være bevisst maktfordelingen i sin yrkesfaglige utøvelse, og at det ikke skjer en tydelig ubalanse i maktforholdet mellom jordmor og kvinnen (Aadland, 2011c). Likevel innbefatter jordmor en merkompetanse kvinnen ikke innehar, noe som naturlig vil innebære en skjevhet (Tveiten, 2019). Jordmor med sin merkompetanse skal være bevisst på at det er hun som setter premissene for hvor godt hun kan inkludere og veilede kvinnen. Ved grundig informasjon vil jordmor kunne gi fødekvinnen de redskapene hun trenger til å kunne sette krav og ønsker for egen fødsel (Aadland, 2011c). Samtidig kan en se at det stadig voksende internettet med tilgjengelig medisinsk informasjon, kan påvirke maktforholdet mellom helsepersonell og pasienten. Kvinnen har på dette viset mulighet til å opparbeide seg en merkunnskap gjennom aktuelle søk, og på dette viset tilegne seg en større forståelse (Engelstad, 2003).

På den andre siden kan begrepet *makt* betraktes som noe positivt. Et eksempel på dette er at jordmor har en overordnet mulighet til å handle basert på kvinnens beste. Kvinnens autonomi handler i stor grad om hvordan hun erkjenner egen makt. Hun kan velge å ikke handle på egne vegne, men å overlate dette valget til jordmor (Tveiten, 2019). Dette står i samsvar med at resultatet belyste at flere kvinner uttrykte en lettelse over å slippe å ta stilling til valg om induksjon, og opplevde det som trygt at jordmor bisto i valget. Noen uttrykte også å ha ønsket å ta *mindre* valg (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Lou et al., 2021; Schwarz et al., 2016). Studier viste at jo høyere følelse av sårbarhet, jo høyere behov for å ha tillit til jordmor. Dette viser at det foreligger en sammenheng mellom kvinnens opplevelse av risiko, og kvinnens tilbøyelighet til å stole på helsepersonell som formidler informasjonen (Grimen, 2009; Gulbrandsen et al., 2016).

Resultatet redegjør for den økte arbeidsbelastningen jordmødrene utsettes for, og hvordan dette oppleves negativt også for kvinnene og det pleietilbudet som blir deretter. Resultatene viste at kvinnene opplevde jordmødrene som travle, noe som påvirket pleien ovenfor kvinnene i negativ forstand (Jay et al., 2018b). Høy arbeidsbelastning kan anses som en medvirkende årsak til at det ikke legges godt nok til rette for informasjon og informerte valg (Farnworth et al., 2021). Disse funnene støttes av flere jordmødrene, da de uttrykte utfordringer tilknyttet en travle avdeling og lite ressurser. De beskrev at enkelte ganger var det såpass lite jordmødrene på vakt, at dette påvirket pleietilbudet til kvinnene. De kunne da ikke tilby god nok støtte og tid til hver enkelt kvinne, noe jordmødrene uttrykte som svært utfordrende (Farnworth et al., 2021).

I resultatet kom det frem at kvinnene hadde ytret forbedringsforslag til praksis, og der ble blant annet lengre konsultasjoner løftet frem som et tiltak (Coates, Thirukumar, et al., 2021). Samtidig ble det løftet frem forslag om å sette søkelyset på kontinuitet i pleien som gis, slik at kvinnene kunne ha mulighet til å bygge tillit til sin jordmor. På dette viset kan det bli lettere å uttrykke personlige preferanser til fødsel. Resultatet tydeliggjør at dersom kvinnen opplevde kontinuitet i pleien som ble gitt, var dette nært forbundet med en positiv opplevelse av å kunne medvirke i sin fødsel (Coates, Thirukumar, et al., 2021). Det vurderes også som et hensiktsmessig tiltak å gi kvinnene lengre tid til å vurdere sine valg. Her må tidsperspektivet tas til etterretning, da det ikke alltid foreligger god tid før en anser det som nødvendig å indusere. Her handler det igjen om forsvarlighet, og hvordan dette kan gjøre det vanskelig å legge til rette for medvirkning i valgene som tas (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999a, § 3-1).

## 6.2 Metodediskusjon

### 6.2.1 Styrker og svakheter for valg av systematisk litteraturstudie

Det ble ansett som en styrke å utføre en litteraturstudie innenfor valgt tematikk, da sammenfatning av flere studier kan bidra til å tilføre den kliniske utøvelsen av jordmorfaget evidensbasert tyngde. Det anses også som en styrke dersom metode og fremgangsmåte for litteratursøk presenteres såpass tydelig at funnene er etterprøvbare (Aveyard, 2019g).

Det er forsøkt å identifisere og innhente *alle* studier som favnet kvinnenes opplevelser av informasjon og medvirkning i forbindelse med fødselsinduksjon. Det anses som en styrke for oppgaven dersom dette er oppnådd, og ikke kun de studiene som understøtter forfatterens egne tanker og erfaringer. En skal derfor være bevisst den forforståelsen en innehar før oppstart av et slikt prosjekt. Ved å være dette bevisst vil eventuelle skjevheter i studieutvelgelsen kunne forebygges (Aveyard, 2019g; Malterud, 2017e). Det er forsøkt å beholde en nøytral holdning gjennom hele avhandlingen, mens det er jobbet aktivt med materialet. En har forsøkt å stille seg åpen for alle funn, uansett hva disse måtte vise (Aveyard, 2019c).

En potensiell svakhet for studien er forfatteren av litteraturstudien uerfarenhet i forskningsøyemed og når det kommer til å utføre systematiske søk (Aveyard, 2019c). På bakgrunn av at dette kan det derfor ikke stadfestes at alle relevante studier er identifisert og inkludert i litteraturstudien. På den andre siden er det gitt uvurderlig veiledning på å utføre systematiske søk, både fra fagbibliotekarer og veiledere i jordmorfag, noe som medførte at dette har vært en svært lærerik prosess.

Uerfarenheten viste seg tidlig i søkeprosessen. Det ble i september 2021 på ny tatt kontakt med fagbibliotekar for veiledning. Grunnen til dette var at det frem til nå hadde vist seg å være begrensede antall treff i de forskjellige databasene, og at det derfor var ønskelig at vedkommende kunne vurdere søkeordene i PICO-skjemaet. Ordlyden i enkelte søkeord ble revurdert og reformulert. *Informed choice* ble for eksempel skrevet om til *informed consent*. Det ble også sett på andre MeSH-termer, samt at det ble på nytt demonstrert søk innenfor søkemotorene PubMed og CINAHL, slik at en var sikker på at søket var tilfredsstillende utført. Fagbibliotekar veiledet også på riktig plassering av trunkeringstegn, samt ulike stavemåter og viktigheten med å inkludere både engelske- og amerikanske stavemåter (Haraldstad & Christophersen, 2008). Eksempel er *labor* og *labour*, og viktigheten med en inkludering av begge under videre søk. Veiledningen ga uttelling, da det ved nye søk var betraktelig flere treff innenfor de ulike databasene. Søket som deretter ble utført i etterkant av veiledning ga 256 treff mot tidligere 10-15 treff. Kontinuerlig dialog med fagbibliotekar ble derfor ansett som en styrke for søkeprosessen, da vedkommende kom med konstruktive og konkrete tilbakemeldinger. Det anses som en styrke at det på dette viset ble bevisst forsøkt å anvende en systematisk fremgangsmåte ved innsamling av materialet.

Det ble utført søk i databasene PubMed (Medline), CINAHL, EMBASE og PsycINFO. Inkludering av disse anses som en styrke for studien, da en erfarte at disse favnet relevant forskning innenfor ønsket tema å belyse på en god måte (Haraldstad &

Christophersen, 2008; Norsk Bibliotekforening, 2019). Databasen *Maternity and Infant care* kunne vært av interesse å utføre søk innenfor, og det anses som en svakhet at dette ikke har latt seg gjennomføre. Dette ble likevel ikke en prioritert database, da det ikke gis tilgang via NTNUs ORIA. Dette ble kartlagt i samråd med bibliotekar for medisin og helse, ved NTNU (Haraldstad & Christophersen, 2008).

### 6.2.2 Styrker og svakheter for valg av inklusjon- og eksklusjonskriterier

Det ble gjort gjentatte vurderinger på å utføre avgrensninger med tanke på studiedesign i inklusjon- og eksklusjonskriteriene for denne litteraturstudien. Det å skulle avgrense med tanke på enkelte utvalgte studiedesign ble ansett som en svakhet for oppgaven, da en såpass stor og omfattende avgrensning ville medført at relevante studier ville falle bort. Det har i denne litteraturstudien vært et inngående ønske å kunne kartlegge kvinnenenes opplevelser og erfaringer. Ut ifra denne vinklingen sto studier med et kvalitativt studiedesign sterkt, da dette studiedesignet treffer denne vinklingen godt (Helsebiblioteket, 2016b). Fokuset ble dermed satt til å innhente kvalitative studier, da disse studiene ble ansett å inneha størst verdi for besvarelsen av den utarbeidet problemstillingen.

På den andre siden ble det ansett som en styrke for litteraturstudien å kartlegge og favne all relevant forskning innenfor valgt tema, uansett hvilket studiedesign studien måtte inneholde (Aveyard, 2019f). Det ble av den grunn ikke spesifisert noen avgrensning med tanke på studiedesign i litteraturstudiens inklusjons- og eksklusjonskriterier, men heller søkt etter *all* forskning som kunne inneholde kvinners erfaringer og opplevelser av medvirkning til induksjon (se *tabell 3*. Utarbeidede inklusjon- og eksklusjonskriterier). Det en likevel erfarte var at kvantitative studier ofte vinkler temaet på et slikt måte at litteraturstudiens problemstilling ikke ville bli besvart. Kvantitative studier som ble identifisert tok ofte sikte på årsakssammenhenger til induksjon og hvor mange som opplevde intervensjoner i forbindelse med fødselsinduksjon.

Til tross for dette ble det likevel inkludert to mixed method studier og to kvantitative studier i analysen. Dette ble ansett som en styrke for oppgaven, da grunnen til denne inkluderingen var å tilegne seg en dybdeforståelse der kvalitative studiedesign *sammen* med kvantitative studiedesign kunne styrke, utvide og supplere med verdifull og nyttig informasjon (Berg & Munthe-Kaas, 2013).

Det ble også funnet interessante sekundærstudier, men som i sin forskning hadde inkludert eldre forskning som strakk seg utenfor ønsket tidsspenn, og primærstudier som allerede var inkludert i denne litteraturstudien. Dette medførte at studiene ble ekskludert. Samtidig ble det tydelig at studienes referanseliste støttet studiens funn, og dette skal en være bevisst, slik at det ikke forekommer en betydelig skjevhet i materialet (Malterud, 2017e). På den andre siden anses sekundærstudier å utøve en kunnskapsmessig tyngde innenfor forskningsfeltet. Dette på grunnlag av at sekundærlitteratur består av flere eksisterende studier som bidrar til å belyse samme forskningsspørsmål (Haraldstad & Christophersen, 2008).

5 av de inkluderte studiene valgte å innhente kun førstegangsfødende informanter. Dette ble ofte begrunnet i at flergangsfødende kvinner kunne ha reflektert over sine tidligere

erfaringer i fødsel eller sammenlignet sin nåværende fødsel med en fødsel tidligere, noe som kunne påvirke datamaterialet (Jay et al., 2018b; Murtagh & Folan, 2014). Det å skulle ekskludere flergangsfødende kunne derfor vært ansett som en styrke for datainnsamlingen. På den andre siden ville denne avgrensningen begrense antall treff av et slikt omfang at dette ikke ble en prioritet. Det ble derfor valgt å søke bredere, og derfor ville ikke paritet ha noe fokus i denne litteraturstudien.

Det var ønskelig at forskningen som var utført ikke var utdatert, men at den kunne ses opp mot dagens kliniske utøvelse av jordmorfaget. Forskning av nyere dato ble ansett som av forsvarlig kvalitet å inkludere (Malterud, 2017e). Til tross for at inklusjonskriteriene favnet tidsspennet 2011-2021, ble det likevel inkludert to studier fra år 2010. Årsaken til at Simpson et al. (2010) og Gatward et al. (2010) ble inkludert begrunnes i at funn som ble gjort i disse to studiene sto i samsvar med funn innhentet fra forskningsstudier av nyere dato. Dermed ble funnene tolket som valide, sett opp mot dagens praksis.

Det var også ønskelig å inkludere forskning fra ressurssterke land, da det var ønskelig å kartlegge fellesnevnerne i studiene opp mot norske kvinner og norsk jordmorvirksomhet. På den måten ville de globale ulikhetene innenfor klinisk praksis ikke bli ansett som for omfattende, og dette ble derfor vurdert som en styrke for studien.

### 6.2.3 Styrker og svakheter i artikkelgranskningen av de inkluderte studiene

#### *Kritisk vurdering av kvalitative studier*

For å vurdere forskningsmaterialets troverdighet og pålitelighet, ble det sett på forskerens rolle og hvilke erfaringer vedkommende innbefattet. Det ble ansett som en styrke at titlene til forskerne ofte var lektor og professor i jordmorfag, eller at vedkommende hørte til relevante fakulteter innenfor jordmorfag, kvinnehelse, sykepleie, obstetikk og gynekologi. Dette styrket troverdigheten for at forskeren hadde den erfaringsmessige innsikten for å kunne foreta en slik studie. Som bærer av profesjonstittelen *jordmor* har forskeren også kunnskap og erfaring til å vite hva induksjon innebærer, og kan stille egnede tillegsspørsmål dersom en øyner rom for dette. Dette for å oppnå et utfyllende og detaljert datamateriale (Aveyard, 2019a). På den andre siden skal forskeren på samme tid være bevisst forforståelsens betydning, og hvorledes en som jordmor har mulighet til å styre intervjuet med kvinnen mot det feltet av kunnskap som er velkjent for forskeren (Malterud, 2017c). I studien til Murtagh and Folan (2014) ble alle informantene informert om at hun som intervjuet jobbet som jordmor på avdelingen der kvinnene fødte. Dette kan anses som en svakhet for studien, da det er en mulighet for at dette kunne påvirke svarene til de kvinnelige informantene. Denne betydningen valgte også forfatterne å løfte frem selv, noe som styrket studiens pålitelighet.

I inklusjonskriteriene for denne litteraturstudien var det ønskelig at studiene hadde blitt fagfellevurdert, før publisering i et medisinsk tidsskrift. Det fremkommer som et kvalitetsstempel i forskningsøyemed at studien på forhånd er vurdert av et vitenskapelig panel (Aveyard, 2019a). Alle de 10 studiene ble gransket opp mot dette, og vurdert i

henhold til om de inneholdt «*accepted for publication*». Dersom dette ikke var oppgitt i selve studien, ble det utført ytterligere granskning, ved å gå inn på selve tidsskriftet. Under *Aims & Scope* fremkom det informasjon om studien var *peer reviewed*, og eventuelt hvor mange ganger studien var sitert. Det regnes som en styrke at alle inkluderte studier i denne litteraturstudien var fagfellevurdert. Et viktig poeng er at selv om studien var fagfellevurdert, ble den ikke fritatt fra kritisk granskning av den grunn (Aveyard, 2019a).

Det fremkom som en styrke at alle de utvalgte studiene redegjorde for en tydelig og klar hensikt. Det ble derimot ekskludert flere studier innledningsvis som hadde manglende tydeliggjøring av forskningsspørsmålet, og studiene ble da raskt ansett som ikke av god kvalitet (se *tabell 4. Ekskludering av studier*)(Aveyard, 2019a; Forsberg & Wengström, 2015a). Gjennom de inkluderte studiene ble det vurdert om forskningsspørsmålet ble løftet frem i alle ledd, og at resultat og konklusjon sto i samsvar med det forskerne ønsket å få svar på (Aveyard, 2019a).

Når en skriver en litteraturstudie, bør en vurdere hvordan studienes datainnsamlingsmetoder ble bestemt og hvordan fremgangsmåten for dette er beskrevet. I de fleste studiene ble det anvendt semistrukturerte dybdeintervju, som anses som en velegnet metode for å samle inn data innenfor kvalitativ forskning (Aveyard, 2019a). Intervjuene i de ulike studiene ble gjennomført både over telefon og i kvinnenes hjem. Kvinnene fikk ofte valget ut ifra deres preferanser om sted for intervju. I studien til Gatward et al. (2010) redegjøres det for at forskerne har gjort opptak av intervjuene med kvinnene, som ble gjennomført ved hjelp av en utarbeidet intervjuguide. Derimot fremkom det ikke hvilken type intervjuform som er anvendt i forskningsarbeidet. Det samme gjelder studien til Moore et al. (2014). Dette anses dermed som svakheter for disse studiene, da det å gi et klart bilde på en valgt strategi i intervjuform, er viktig innenfor kvalitativ forskning. Ved å ikke oppgi intervjuformen, mangler en intervjuets rammer, som vanskeliggjør det å skulle kritisk granske fremgangsmåten ved de utførte intervjurundene (Malterud, 2017b). Etter intervjurundene i studien til Moore et al. (2014), ble deler av intervjuet oppsummert slik at kvinnene hadde mulighet til å korrigere og validere tidligere utsagn. Dette styrker studien ved at det utøves nøyaktighet i datainnsamlingen. På den andre siden kan det også fremstå som en svakhet, da kvinnen potensielt kan være med å endre på uttalelser, som kan påvirke validiteten i materialet. Til tross for dette har kvinnen rett til innsyn i dokumenter som omhandler henne (Aveyard, 2019a).

Det er foretatt en hensiktsmessig utvelgelse av informanter, og utvalgsstørrelsen varierer mellom 9 og 32 informanter i de ulike kvalitative studiene. De ulike metodiske tilnærmingene som er tatt i bruk krever også ulik utvalgsstørrelse. Noen metodiske tilnærminger som er anvendt i de inkluderte studiene er *fenomenologisk tilnærming* og *grounded theory*. En ser at de fenomenologiske metodene innbefatter færre informanter enn i de som tar utgangspunkt i *grounded theory*, noe litteraturen også støtter som velegnet (Aveyard, 2019a).

Det fremkommer som en styrke med studiene at forskningen som er innhentet gir et klart bilde på hvordan de har planlagt innsamlingen av datamaterialet, hvordan opptak er oppbevart, og hvordan denne er transkribert ord-for-ord (Aveyard, 2019a). Begrunnelse for fremgangsmåte i analyseprosessen og tolkningen av data kommer tydelig frem i de utvalgte studiene (Helsebiblioteket, 2016b). Her ble det også sett på informantstyrken, og at datainnsamlingen var mettet når det ikke kom frem flere identifiserbare momenter



(Aveyard, 2019a). En svakhet med studien til Gatward et al. (2010) er at det ikke opplyses om hvilken analysemetode som er anvendt, noe det burde vært redegjort for (Aveyard, 2019a).

### *Kritisk vurdering av mixed method- og kvantitative studier*

Det ble ansett som en styrke å tilegne seg en forståelse for hvilke studiedesign som ble kombinert i mixed method studiene. Dette for å kunne granske de ulike studiedesignene av materialet systematisk (Aveyard, 2019a). Både studien til Simpson et al. (2010) og Henderson and Redshaw (2013) inneholder en kohortstudie- og en kvalitativ tilnærming. Det anses som en svakhet at det ikke har vært mulig å identifisere noe vurderingsverktøy for mixed method studie. Derfor ble hvert individuelle studiedesign vurdert opp mot hver sin tilhørende sjekklister i CASP (Helsebiblioteket, 2016b). Den kvalitative datainnsamlingen i mixed method studiene inneholdt åpne spørsmål på slutten av spørreskjemaet, som ble besvart av kvinnen. Disse svarene ble materialgrunnlaget for den videre analyseringen. Det er viktig å bemerke seg at besvarelsen på de åpne spørsmålene ikke er like utfyllende som dersom de ble anvendt i et dybdeintervju. En skal derfor vurdere kvaliteten på denne kvalitative datainnsamlingen med forsiktighet (Aveyard, 2019a).

I kontrast til de kvalitative studiene, inneholdt mixed method studiene et større utvalg kvinnelige informanter. Studiene inkluderte 1349 førstegangsfødende kvinner og 5333 førstegangs- og flergangsfødende kvinner, noe som er hensiktsmessig ved valg av et kvantitativt forskningsdesign. I en kvantitativ studie er det ønskelig å favne en stor nok mengde informanter, slik at utvalgsstørrelsen er representativ for befolkningen som helhet. Disse utvalgsstørrelsene anses å være av et slikt omfang at det ble ansett som en styrke, da en får større tillit til studiens pålitelighet. Derimot vil mindre utvalgsstørrelser svekke studiens troverdighet. Det ble sett på hvordan forskerne gikk frem, med tanke på å beskrive den inkluderte utvalgsstørrelsen og demonstrere hvordan de har gått frem i vurderingen av disse. Det ble også vurdert hvordan sammenligningen ble gjort mellom gruppene. Dette inkluderer hvordan gruppene ble valgt og hvordan de ble definert (Aveyard, 2019a; Rochon et al., 2005). I studien til Henderson and Redshaw (2013) kan en stille spørsmål angående svarprosenten hos kvinnene som har gjennomgått induksjon. Av en total på 5333 kvinner, ble 20% av disse indusert. Den resterende andelen kvinner besvarte spørreskjemaet på bakgrunn av spontan fødselsstart. Dette medfører en betydelig seleksjonsskjevhet i de ulike gruppene med kvinner som har besvart spørreundersøkelsen. 20 % av kvinnene utgjorde en svarrespons på 1066 kvinner. Deltageromfanget ble likevel ansett som stort, da dette var en studie med høy svarprosent. Til tross for en seleksjonsskjevhet, kan en likevel anslå svarresponsen å være representativt. Det ble også naturlig å velge informanter for kohort- og kontrollgruppen slik de fremkom naturlig i populasjonen (Aveyard, 2019a; Rochon et al., 2005). Dette tar studiene hensyn til, da det i studien til Henderson and Redshaw (2013) ble naturlig å se på kvinner som ble indusert opp mot de kvinnene som gikk spontant i fødsel, og sammenligne disse to gruppene. Mens i studien til Simpson et al. (2010) ble det naturlig å se på kvinner som deltok på fødselsforberedende kurs, og motsetningen i kvinner som ikke deltok på et slikt kurs.

I tverrsnittstudien til Coates, Donnelly, et al. (2021) var det ønskelig å se på en bestemt gruppe kvinner som hadde en forestående planlagt induksjon eller keisersnitt, i tidsrommet november 2018 til juli 2019. I løpet av rekrutteringsperioden estimeres det at

det ble utført omtrent 3000 induksjoner. 340 spørreskjemaer ble inkludert i studien, og av disse utgjorde kvinner som hadde en planlagt induksjon 56 % (n = 189). Det fremkommer som usikkert i studien *hvor mange* kvinner som fikk tilbudet om å delta. En kan stille spørsmål vedrørende hvorfor det ikke kommer frem en tydeligere redegjørelse for inkludering av deltagere. Det hadde vært av interesse å vite hvordan forskerne gikk frem med tanke på inkludering, som til slutt endte med en svarrespons fra 189 kvinner med en planlagt fødselsinduksjon (Coates, Donnelly, et al., 2021).

I tverrsnittstudien til Schwarz et al. (2016) var det ønskelig å studere kvinners erfaringer vedrørende induksjon av fødsel. Spørreskjemaets tilgjengelighet hadde et begrenset tidsrom på 4 uker. 698 kvinner besvarte spørreskjemaet. Det redegjøres for at forfatterne innhentet 5 kvinner for en pilot gjennomgang av spørsmålene som ville presenteres i spørreundersøkelsen (Schwarz et al., 2016). Spørreundersøkelsen ble dermed testet på forhånd for gyldighet og pålitelighet. Dette fremstår som en styrke for validiteten i studien, da forskerne forsikrer seg om at spørsmålenes betydning tolkes på samme vis av informantene som forfatterne av studien ønsker at de skal (Aveyard, 2019a). Samtidig kan det være vanskelig å oppnå et tilfeldig utvalg i en nettbasert spørreundersøkelse, da responsprosenten har en tendens til å være lavere enn hva som inngår i et representativt utvalg (Aveyard, 2019a). På den andre siden kan en regne med en større svarprosent i tverrsnittstudien til Coates, Donnelly, et al. (2021), da denne spørreundersøkelsen ble levert ut av jordmor når dato for induksjon var fastsatt. En kan uansett metode for introduksjon til spørreundersøkelsen, medregne at det alltid vil være kvinner som unnlater å svare. Noe som potensielt kan fremstå som en svakhet, da dette kan påvirke kvaliteten på datamaterialet. Dette på grunn av at det ikke er kjent hvordan de som ikke svarte ville ha avviket fra de som besvarte spørreundersøkelsen (Aveyard, 2019a).

#### 6.2.4 Styrker og svakheter i analyseprosessen

Styrken med tematisk analyse er at en kommer tett på resultatene i primærstudiene og får hele veien jobbe tett med materialet og syntetisere funnene på en tydelig måte (Thomas & Harden, 2008). En potensiell svakhet med analyseringen er at forfatteren ikke har hatt noen til å analysere resultatdelene sammen med. Analyseringen er foretatt av én person alene, og derfor har en også vært redd for å tolke materialet feil. Det er også en sterk anbefaling å tolke datamaterialet sammen med flere (Folkehelseinstituttet, 2018). På den andre siden har det vært nyttig å diskutere analyseprosessen og dens funn sammen med veilederne i jordmorfag, samtidig som andre aktører med helsefaglig bakgrunn og akademisk grad har sett over analyseprosessen. Gjennom dette er det likevel satt flere øyne på oppgaveteksten (Aveyard, 2019e). Analyseprosessen er også vurdert gjennom masterseminarer i regi av forfatterens utdanningsinstitusjon. Som Malterud (2013a) beskriver, kan en som forfatter av en litteraturstudie ikke beskrive forskningen som er utført, uten å tolke materialet. Det presiseres derfor at analyseringen som er utført er gjort på bakgrunn av forfatteren av denne litteraturstudiens subjektive tolkninger (Malterud, 2013a).

Forfatteren av denne litteraturstudien er kjent med muligheten for å legge funnene inn i dataprogrammet EPPI-Reviewer 3.0, der dataprogrammet automatisk utarbeider koder.

Likevel var det ønskelig å gjøre dette manuelt, for å kunne få en bredere forståelse og kjennskap til sitt eget innsamlede materiale (Thomas & Harden, 2008).

Det anses som en styrke for studien at det er jobbet tett med Helsebibliotekets sjekklister opp mot de ulike studiedesignene. Dette har medført en systematisk tilnærming til materialet, noe som har bidratt til en større forståelse av den kritiske granskningen av de inkluderte studiene (Helsebiblioteket, 2016b).

### 6.2.5 Implikasjoner for praksis

Forskningen konkluderte med at tilstrekkelig informasjon, medvirkning og gode relasjoner til jordmor var av stor betydning når kvinnen skulle induseres, og forskning viste også hvordan medvirkning kan påvirke den totale fødselsopplevelsen hos kvinnene (Simpson et al., 2010). Forskning viste blant annet at kvinner hadde tre ganger større sannsynlighet for å være misfornøyd med fødselen dersom de hadde gjennomgått en induksjon, sammenlignet med kvinner som hadde gått spontant i fødsel (Simpson et al., 2010). En medvirkende årsak til dette var at kvinnene ofte uttrykte manglende støtte og informasjon når det endelige valget om induksjon skulle tas (Schwarz et al., 2016). Studien til Moore et al. (2014) konkluderte med at lite mulighet for å kunne ta informerte valg, fremsto som en barriere til å yte optimal pleie og behandling. Dette fungerer som en påminner om at jordmødre må være bevisst informasjonsbehovet hos kvinnen, og alltid forsikre seg om at kvinnen er godt nok informert (Gatward et al., 2010; Henderson & Redshaw, 2013).

De inkluderte studiene er ganske samstemte når det kommer til økt behov for å sette denne tematikken på dagsordenen, og at kvinnenes medvirkning i forhold til induksjon av fødsel må rettes større fokus (Coates, Thirukumar, et al., 2021; Gatward et al., 2010). Det er viktig for jordmødre å være disse forskningsfunnene bevisst, slik at en møter enhver kvinne med tilstrekkelig informasjon, forsikrer seg om at informasjonen er forstått, og at jordmor er bevisst sitt ansvar om å legge til rette for informerte valg ved fødselsinduksjon (Murtagh & Folan, 2014). Dette ofte forankret i at jordmor bør sette av tilstrekkelig med tid til informasjon i møte med den gravide kvinnen og legger til rette for en åpen diskusjon der kvinnen får mulighet til å ytre preferanser til fødsel (Jay et al., 2018b).

## 7.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien ønsket å belyse hvordan kvinner opplevde informasjon og medvirkning i forbindelse med fødselsinduksjon. Resultatet i studien viste både at kvinner var tilfredse og lite tilfredse angående informasjonen som ble videreformidlet, og hvordan det ble tilrettelagt for informerte valg og medvirkning. På bakgrunn av at det var mange kvinner som erfarte negative opplevelser, ble det ansett som av betydning og i hovedsak drøfte disse negative aspektene i diskusjonen.

Kvinner savner mer støtte fra jordmødrene. I dette ligger et ønske om mer individuelt tilpasset informasjon og bevisstgjøring angående kvinnens medvirkningsrett. Dette har også kvinnene rettslig krav på ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven og de yrkesetiske retningslinjene som jordmødrene er underlagt i sin utøvelse av jordmorfaget. Ikke alle kvinnene ønsket induksjon av fødsel, men var omstillingsdyktige, dersom medisinske indikasjoner for induksjon ble tydelig gjort rede for. Noen kvinner ytret også et ønske om induksjon grunnet personlige preferanser, og møtte blandede meninger blant helsepersonell på grunnlag av dette. Det fremkom også delte meninger hvorledes kvinnene ønsket eller ikke ønsket deltagelse i valg om fødselsinduksjon. Noen hadde klare preferanser på at de ønsket å medvirke, mens andre signaliserte en tiltro til at helsepersonell tok de riktige avgjørelsene på vegne av dem.

Denne studien anses som av betydning å ha gjennomført, tatt i betraktning den økende forekomsten av medikalisering av fødsel. Samtidig blir det viktig å ivareta kvinnenes autonomi og informasjonsbehov sett opp mot dette. Jordmødrene ble av mange kvinner ansett som den viktigste informasjonskilden. På bakgrunn av dette kan en som en endelig konklusjon vise til betydningen av individuelltilpasset informasjon og oppfølging av hver enkelt kvinne. Jordmor må møte hver kvinne som et unikt individ, med ulike preferanser og ønsker. Belyste tiltak kan være lengre konsultasjoner, og tilrettelegging for mer kontinuitet i pleien for å optimalisere svangerskap- og fødselsomsorgen.

### 7.1 Forslag til videre forskning

Til tross for inkludering av skandinavisk forskning, har det gjennom prosessen med masteroppgaven vært et savn og ikke identifisere norsk forskning. Derfor hadde det vært av stor interesse at senere forskning kunne sett på hvilken informasjon som videreformidles av norske jordmødre, og hvordan kvinnene opplever denne informasjonen. Det hadde vært av interesse og både se på kvinnenes opplevelse av den informasjonen som gis, men også hvordan jordmødrene opplever å gi informasjon og hvordan de opplever å involvere kvinnene i valg. På bakgrunn av dette hadde det vært interessant å kunne utarbeide en prosedyre/brosjyre i forhold til kvinnens informasjonsbehov, der fokuset også ligger på kvinnens rett til medvirkning der det er mulighet for det.

## Referanser

- 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>
- Alexander, J. M., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2001). Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births. *Obstet Gynecol*, 97(6), 911-915. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01354-0](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01354-0)
- Armstrong, N., & Kenyon, S. (2017). When choice becomes limited: Women's experiences of delay in labour. *Health (London)*, 21(2), 223-238. <https://doi.org/10.1177/1363459315617311>
- Aveyard, H. (2019a). How do I critically appraise the literature? . In H. Aveyard (Ed.), *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 ed., pp. 113-128). Open University press
- Aveyard, H. (2019b). How do I develop a question for my literature review? In H. Aveyard (Ed.), *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 ed., pp. 32-38). Open University press.
- Aveyard, H. (2019c). How do I discuss my findings and make recommendations? In H. Aveyard (Ed.), *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 ed., pp. 153-162). Open University press
- Aveyard, H. (2019d). How do I search for literature? In H. Aveyard (Ed.), *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 ed., pp. 73-92). Open University press.
- Aveyard, H. (2019e). Thematic analysis: a simplified approach In H. Aveyard (Ed.), *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 ed., pp. 141-147). Open University press.
- Aveyard, H. (2019f). Which literature will be relevant to my literature review? In H. Aveyard (Ed.), *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 ed., pp. 41-72). Open University press.
- Aveyard, H. (2019g). Why do a literature review in health and social care? In H. Aveyard (Ed.), *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4 ed., pp. 3-17). Open University press.
- Bekker, H., Thornton, J. G., Airey, C. M., Connelly, J. B., Hewison, J., Robinson, M. B., Lilleyman, J., MacIntosh, M., Maule, A. J., Michie, S., & Pearman, A. D. (1999). Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review. *Health Technol Assess*, 3(1), 1-156. <https://doi.org/10.3310/hta3010>
- Bending, Z. J. (2014). Reconceptualising the Doctor–Patient Relationship: Recognising the Role of Trust in Contemporary Health Care. *J Bioeth Inq*, 12(2), 189-202. <https://doi.org/10.1007/s11673-014-9570-z>
- Berg, R. C., & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 131-139. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1634>
- Berger, B., Schwarz, C., & Heusser, P. (2015). Watchful waiting or induction of labour - a matter of informed choice: identification, analysis and critical appraisal of decision aids and patient information regarding care options for women with uncomplicated singleton late and post term. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0663-y>
- Braddock, C. H., Fihn, S. D., Levinson, W., Jonsen, A. R., & Pearlman, R. A. (1997). How Doctors and Patients Discuss Routine Clinical Decisions Informed Decision Making in the Outpatient Setting. *Journal of general internal medicine : JGIM*, 12(6), 339-345. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00057.x>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bringedal, H., & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 77, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Brown, S. J. S., & Furber, C. M. (2015). Women's experiences of cervical ripening as inpatients on an antenatal ward. *Sex Reprod Healthc*, 6(4), 219-225. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.06.003>
- Clark, S. L., Miller, D. D., Belfort, M. A., Dildy, G. A., Frye, D. K., & Meyers, J. A. (2009). Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200(2), 156 e151- e154. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.068>
- Clausen, J. A., Juhl, M., & Rydahl, E. (2016). Quality assessment of patient leaflets on misoprostol-induced labour: does written information adhere to international standards for patient involvement and informed consent? *BMJ Open*, 6, 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011333>
- Coates, D., Donnelly, N., Foureur, M., Thirukumar, P., & Henry, A. (2021). Factors associated with women's birth beliefs and experiences of decision-making in the context of planned birth: A survey study. *Midwifery*, 96, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102944>
- 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., 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>
- Couët, N., Labrecque, M., Robitaille, H., Turcotte, S., & Légaré, F. (2015). The impact of DECISION+2 on patient intention to engage in shared decision making: secondary analysis of a multicentre clustered randomized trial. *Health Expect*, 18(6), 2629-2637. <https://doi.org/10.1111/hex.12235>
- Coulter, A. (2010). Do patients want a choice and does it work? *BMJ*, 341(7780), 144-975. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4989>
- Declercq, E., Belanoff, C., & Iverson, R. (2020). Maternal perceptions of the experience of attempted labor induction and medically elective inductions: analysis of survey results from listening to mothers in California. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03137-x>
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2007). Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *J Perinat Educ*, 16(4), 15-17. <https://doi.org/10.1624/105812407X244778>
- Den norske jordmorforening. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. Retrieved 18.sept from <https://www.jordmorforeningen.no/content/download/2138/19417/file/Yrkesetisker%20retningslinjer%20for%20jordm%C3%B8dre%202016.pdf>
- Dugas, M., Shorten, A., Dubé, E., Wassef, M., Bujold, E., & Chaillet, N. (2012). Decision aid tools to support women's decision making in pregnancy and birth: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 74(12), 1968-1978. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.041>
- 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, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102663>
- Dögl, M., Romundstad, P., Berntzen, L. D., Fremgaard, O. C., Kirial, K., Kjollesdal, A. M., Nygaard, B. S., Robberstad, L., Steen, T., Tappert, C., Torkildsen, C. F., Vaernesbranden, M. R., Vietheer, A., & Heimstad, R. (2018). Elective induction of labor: A prospective observational study. *PLoS One*, 13(11), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208098>

- Eide, H., & Eide, T. (2017). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? In H. Eide & T. Eide (Eds.), *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3 ed., pp. 19-23). Gyldendal akademisk
- 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>
- Engelstad, F. (2003). Makt i det norske samfunnet In I. Frønes & L. Kjølsvold (Eds.), *Det norske samfunn* (4.utg ed., pp. 42-48). Gyldendal akademisk
- Epstein, R. M., & Gramling, R. E. (2013). What Is Shared in Shared Decision Making? Complex Decisions When the Evidence Is Unclear. *Med Care Res Rev*, 70, 94S-112S. <https://doi.org/10.1177/1077558712459216>
- Farnworth, A., Graham, R. H., Haighton, C. A., & Robson, S. C. (2021). How is high quality research evidence used in everyday decisions about induction of labour between pregnant women and maternity care professionals? An exploratory study. *Midwifery*, 100, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103030>
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Vedlegg 2: Sjekklistor. Slik oppsummerer vi forskning: Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – 2011* [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok\\_11\\_vedlegg2\\_sjekklistor.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklistor.pdf)
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet.* <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015a). Att värdera kvalitativ forskning In C. Forsberg & Y. Wengström (Eds.), *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 ed., pp. 138-145). Natur & kultur
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015b). Den systematiska litteraturstudiens första steg In C. Forsberg & Y. Wengström (Eds.), *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 ed., pp. 59-73). Natur & kultur
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015c). Olika typer av litteraturstudier. In C. Forsberg & Y. Wengström (Eds.), *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4 ed., pp. 25-33). Natur & kultur
- Fotaki, M., Boyd, A., McDonald, R., Smith, L., Roland, M., Edwards, A., Elwyn, G., & Sheaff, R. (2005). *Patient Choice and the Organisation and Delivery of Health Services: Scoping Review*. NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). [https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/32467170/FULL\\_TEXT.PDF](https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/32467170/FULL_TEXT.PDF)
- Freire, P. (2003). *De undertryktes pedagogikk* (S. Lie, Trans.; Vol. 2). Ad notam Gyldendal
- Gammie, N., & Key, S. (2014). Time's up! Women's experience of induction of labour. *The Practising Midwife*, 15-18.
- Gatward, H., Simpson, M., Woodhart, L., & Stainton, M. C. (2010). Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *Women & Birth*, 23, 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2009.06.002>
- Grad, R., Légaré, F., Bell, N. R., Dickinson, J. A., Singh, H., Moore, A. E., Kasperavicius, D., & Kretschmer, K. L. (2017). Shared decision making in preventive health care: What it is; what it is not. *Can Fam Physician*, 63(9), 682-684.
- Grimen, H. (2009). Power, Trust, and Risk: Some Reflections on an Absent Issue. *Med Anthropol Q*, 23(1), 16-33. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2009.01035.x>
- Gulbrandsen, P., Clayman, M. L., Beach, M. C., Han, P. K., Boss, E. F., Ofstad, E. H., & Elwyn, G. (2016). Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns*, 99(9), 1505-1510. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.014>
- Hamilton, B. E., Martin, J. A., Osterman, M. J., Curtin, S. C., & Matthews, T. J. (2015). Births: Final Data for 2014. *Natl Vital Stat Rep*, 64(12), 1-64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26727629>

- Haraldstad, A. M., & Christophersen, E. (2008). Litteratursøk og personlige referansedatabaser. In P. Laake, Reino Olsen, B. & Breien Benestad, H. (Ed.), *Forskning i medisin og biofag* (2 ed., pp. 147-173). Gyldendal akademisk
- Helsebiblioteket. (2016a, 03.juni). *PICO*. Folkehelseinstituttet  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b, 03.juni). *Sjekklistor* Folkehelseinstituttet  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (IS-1877)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2019, 9.des). 1. *Svangerskapsomsorgen og informasjon til gravide. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen* Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsepersonelloven. (1999). §4, *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*(LOV-1999-07-02-64). Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(10), 1159-1167.  
<https://doi.org/10.1111/aogs.12211>
- Hildingsson, I., Karlström, A., & Nystedt, A. (2011). Women's experiences of induction of labour - Findings from a Swedish regional study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 51(2), 151-157.  
<https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01262.x>
- Hoffmann, T. C., Montori, V. M., & Del Mar, C. (2014). The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA*, 312(13), 1295-1296.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.10186>
- Husserl, E. (1989). Consciousness and natural actuality. In E. Husserl (Ed.), *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy* (Vol. 3, pp. 92-97). Kluwer academic publishers
- Husserl, E., & Moran, D. (2001). External and internal perception: physical and psychological phenomena. In E. Husserl (Ed.), *Logical Investigations* (Vol. 2, pp. 335-348). Routledge.
- ICM. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. International Confederation of Midwives (ICM). <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- ICM. (2017). *Appropriate use of Intervention in Childbirth*. International Confederation of Midwives (ICM). <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-appropriate-intervention.pdf.pdf>
- Jay, A., Thomas, H., & Brooks, F. (2018a). In labor or in limbo? The experiences of women undergoing induction of labor in hospital: Findings of a qualitative study. *Birth*, 45(1), 64-70.  
<https://doi.org/10.1111/birt.12310>
- Jay, A., Thomas, H., & Brooks, F. (2018b). Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study. *British journal of midwifery*, 26(1), 22-29.  
<https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.1.22>
- Jou, J., Kozhimannil, K. B., Johnson, P. J., & Sakala, C. (2015). Patient-Perceived Pressure from Clinicians for Labor Induction and Cesarean Delivery: A Population-Based Survey of U.S. Women. *Health Serv Res*, 50(4), 961-981. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12231>
- 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>
- Kilvik, A., & Lamøy, L. I. (2005). Artikkeldatabaser innen medisin og helsefag In A. Kilvik & L. I. Lamøy (Eds.), *Litteratursøking i medisin og helsefag: en håndbok* (pp. 23-28). Tapir akademisk forlag



- Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, 1-380. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>
- Lima, B. C. d. S., Ribeiro, M. M. A., Martins, E. R. C., Ramos, R. C. d. A., Francisco, M. T. R., & de Lima, D. V. M. (2016). Feelings amongst high-risk pregnant women during induction of labor: a descriptive study. *Online Brazilian journal of nursing*, 15(2), 254-264. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165484>
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(2), 295-303.
- 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>
- Macdorman, M. F., Declercq, E., & Jun, Z. (2010). Obstetrical Intervention and the Singleton Preterm Birth Rate in the United States From 1991—2006. *Am J Public Health*, 100(11), 2241-2247. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.180570>
- Malterud, K. (2013a). Forskerens rolle gjennom forskningsprosessen In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 ed., pp. 44-45). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2013b). Hva er kvalitative metoder? In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 ed., pp. 26-27). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2013c). Kunnskap fra samtaler mellom mennesker In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 ed., pp. 129-131). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017a). Forskeren som fortolker In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed., pp. 44-48). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017b). Innsamling og bearbeiding av kvalitative data In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed., pp. 69-71). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017c). Kunnskap fra samtaler mellom mennesker In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed., pp. 133-135). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017d). Kvalitativ analyse - systematikk og retning In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed., pp. 94-96). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017e). Kvalitativ metasyntese In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed., pp. 174-181). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017f). Litt vitenskapsteori In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed., pp. 28-29). Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017g). Vitenskapelighet In K. Malterud (Ed.), *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed., pp. 15-24). Universitetsforlaget
- Mealing, N. M., Roberts, C. L., Ford, J. B., Simpson, J. M., & Morris, J. M. (2009). Trends in induction of labour, 1998-2007: A population-based study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 49(6), 599-605. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.01086.x>
- Medisinsk fødselsregister. (2020, 9.nov). F8: Fødselsstart og induksjon. Folkehelseinstituttet <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Miller, Y. D., & Holdaway, W. (2019). How communication about risk and role affects women's decisions about birth after caesarean. *Patient Educ Couns*, 102(1), 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.015>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Phys Ther*, 89(9), 873-880. <https://doi.org/10.1093/ptj/89.9.873>
- Moore, J. E., Low, L. K., Titler, M. G., Dalton, V. K., & Sampselle, C. M. (2014). Moving toward patient-centered care: Women's decisions, perceptions, and experiences of the induction of labor process. *Birth* 41(2), 138-146. <https://doi.org/10.1111/birt.12080>

- Murtagh, M., & Folan, M. (2014). Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy. *British journal of midwifery*, 22(2), 105-110.  
<https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.2.105>
- Norsk Bibliotekforening. (2019). *OVID-baser, søkeveiledning* UiO Universitetsbiblioteket, Medisinsk bibliotek. [https://norskbiotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/ovidsp\\_generisk\\_-2019\\_smh.pdf](https://norskbiotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/ovidsp_generisk_-2019_smh.pdf)
- Norsk Bibliotekforening. (2020). *CINAHL (EBSCO) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, søkeveiledning* UiO Universitetsbiblioteket, Medisinsk bibliotek.  
[https://norskbiotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/CINAHL\\_2020\\_SMH\\_200220.pdf](https://norskbiotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/CINAHL_2020_SMH_200220.pdf)
- O'Brien, E., Rauf, Z., Alfirevic, Z., & Lavender, T. (2013). Women's experiences of outpatient induction of labour with remote continuous monitoring. *Midwifery*, 29(4), 325-331.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.014>
- Oppegaard, K. S., Dögl, M., Sun, C., Hill, S., Ween-Velken, M., & Sørbye, I. K. (2020). Induksjon/igangsettelse av fødsel - Modning av cervix/livmorhalsen før fødsel. In *Norsk gynekologisk forening, Veileder i fødselshjelp (2020)*:  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/induksjon-igangsettelse-av-fodsels-modning-av-cervix-livmorhalsen-for-fodsels-hjelp/>.
- Oster, C., Adelson, P. L., Wilkinson, C., & Turnbull, D. (2011). Inpatient versus outpatient cervical priming for induction of labour: Therapeutic landscapes and women's preferences. *Health Place*, 17(1), 379-385. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.12.001>
- Paré, E., Quiñones, J. N., & Macones, G. A. (2006). General obstetrics: Vaginal birth after caesarean section versus elective repeat caesarean section: assessment of maternal downstream health outcomes. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 113(1), 75-85.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00793.x>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999a). §3-1, *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63)*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999b). §3-2, *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63)*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Reid, M., Lorimer, K., Norman, J. E., Bollapragada, S. S., & Norrie, J. (2011). The home as an appropriate setting for women undertaking cervical ripening before the induction of labour. *Midwifery*, 27(1), 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.11.003>
- Rochon, P. A., Gurwitz, J. H., Sykora, K., Mamdani, M., Streiner, D. L., Garfinkel, S., Normand, S.-L. T., & Geoffrey, M. (2005). Reader's guide to critical appraisal of cohort studies: 1. Role and design. *BMJ*, 330(7496), 895-897. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7496.895>
- Rydahl, E., Eriksen, L., & Juhl, M. (2019). Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*, 17(2), 170-208.  
<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003587>
- Salvesen, K. Å. (2017). Operative forløsnings In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka; ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 ed., pp. 566). Cappelen Damm Akademisk.
- Salvesen, K. Å., & Dahlø, R. (2017). Fødsler som krever ekstra oppfølging In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka; ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 ed., pp. 543-545). Cappelen Damm Akademisk
- Schoen, C., & Navathe, R. (2015). Failed induction of labor. *Semin Perinatol*, 39(6), 483-487.  
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.07.013>
- 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>

- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Med Decis Making*, 35(1), 114-131. <https://doi.org/10.1177/0272989X14551638>
- Shetty, A., Burt, R., Rice, P., & Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—A questionnaire-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 123(1), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.03.004>
- Simpson, K. R., Newman, G., & Chirino, O. R. (2010). Patients' Perspectives on the Role of Prepared Childbirth Education in Decision Making Regarding Elective Labor Induction. *J Perinat Educ*, 19(3), 21-32. <https://doi.org/10.1624/105812410X514396>
- Stevens, G., & Miller, Y. D. (2012). 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>
- Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. J. M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns*, 98(10), 1172-1179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>
- Stock, S. J., Ferguson, E., Duffy, A., Ford, I., Chalmers, J., & Norman, J. E. (2012). Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *BMJ*, 344, 19. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2838>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Thompson, R., & Miller, Y. D. (2014). Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-62>
- Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020a). Fenomenologi som metode In L. Thoresen, G. Rugseth, & H. Bondevik (Eds.), *Fenomenologi i helsefaglig forskning* (pp. 45-47). Universitetsforlaget
- Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020b). Fenomenologiens klassiske filosofer. In L. Thoresen, G. Rugseth, & H. Bondevik (Eds.), *Fenomenologi i helsefaglig forskning* (pp. 97-101). Universitetsforlaget
- Thornquist, E. (2018). Fenomenologi In E. Thornquist (Ed.), *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2 ed., pp. 101-145). Fagbokforlaget
- Tong, C. T., Mackeen, A. D., & Berghella, V. (2012). The effect of standardized counseling on patient knowledge about induction of labor. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(12), 2700-2703.
- Tveiten, S. (2019). Etik i veiledning In S. Tveiten (Ed.), *Veiledning - mer enn ord...* (5 ed., pp. 53-54). Fagbokforlaget
- Vatne, S. (1998). Teoretisk grunnlag for brukermedvirkning In S. Vatne (Ed.), *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv* (pp. 46-50). Fagbokforlaget
- Vlemmix, F., Warendorf, J. K., Rosman, A. N., Kok, M., Mol, B. W. J., Morris, J. M., & Nassar, N. (2013). Decision aids to improve informed decision-making in pregnancy care: a systematic review. *BJOG*, 120(3), 257-266. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12060>
- Wood, S., Cooper, S., & Ross, S. (2014). Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG*, 121(6), 674-685. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12328>
- World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for induction of labour*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156\\_eng.pdf;%20jsessionid=CEED48E67A6A67DBED56DEDAE95FA71F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf;%20jsessionid=CEED48E67A6A67DBED56DEDAE95FA71F?sequence=1)
- World Health Organization. (2018). *WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

- Zikmund-Fisher, B. J., Couper, M. P., Singer, E., Levin, C. A., Fowler, F. J., Ziniel, S., Ubel, P. A., & Fagerlin, A. (2010). The DECISIONS Study: A Nationwide Survey of United States Adults Regarding 9 Common Medical Decisions. *Med Decis Making, 30*, 20-34.  
<https://doi.org/10.1177/0272989X09353792>
- Aadland, E. (2011a). Kampen om mennesket In E. Aadland (Ed.), "*Og eg ser på deg...*" *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3 ed., pp. 114-115). Universitetsforlaget
- Aadland, E. (2011b). "Og eg ser på deg...". In E. Aadland (Ed.), "*Og eg ser på deg...*" *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3 ed., pp. 208-211). Universitetsforlaget
- Aadland, E. (2011c). Vi snakkes In E. Aadland (Ed.), "*Og eg ser på deg...*" *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3 ed., pp. 221-223). Universitetsforlaget
- Aadland, E. (2011d). Vitenskapsteorier. In E. Aadland (Ed.), "*Og eg ser på deg...*" *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3 ed., pp. 119-121). Universitetsforlaget
- Aasen, H. S. (2000a). Hovedpunkter, avgrensninger og terminologi In H. S. Aasen (Ed.), *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling* (pp. 41-52). Fagbokforlaget
- Aasen, H. S. (2000b). Rettslige grunnlag for kravet om samtykke In H. S. Aasen (Ed.), *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling* (pp. 281-285). Fagbokforlaget

## Oversikt over vedlegg

- Vedlegg 1: Søkehistorikk PubMed (Medline)
- Vedlegg 2: Søkehistorikk CINAHL
- Vedlegg 3: Søkehistorikk EMBASE (OVID)
- Vedlegg 4: Søkehistorikk PsycINFO (OVID)
- Vedlegg 5: Søketablell
- Vedlegg 6: Fremgangsmåte for identifisering av tekstkoder
- Vedlegg 7: Fremgangsmåte for utarbeiding av deskriptive tema
- Vedlegg 8: Presentasjon og kvalitetsvurdering av inkluderte studier
- Vedlegg 9: Kvalitetsvurdering av de inkluderte primærstudienes interne validitet
- Vedlegg 10: Sjekkliste for vurdering av en prevalensstudie (tverrsnittstudie)
- Vedlegg 11: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie
- Vedlegg 12: Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie

# Vedlegg 1

## Søkehistorikk PubMed (Medline)

Et eksempel på søk via PubMed (Medline) 08.09.21

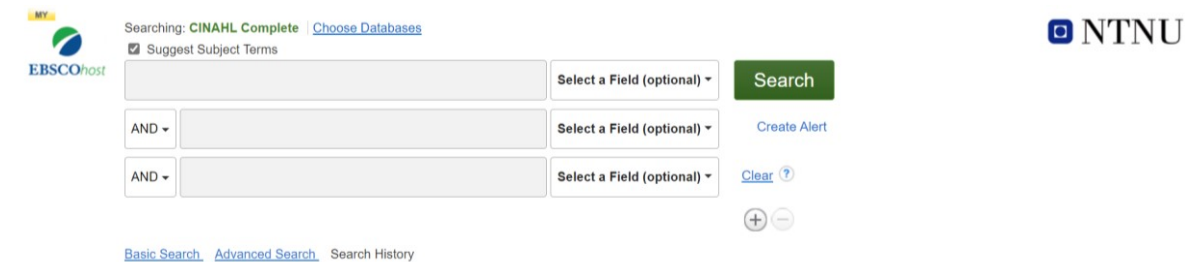
History and Search Details						Download	Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time		
#32	...	>	Search: (((((((Maternity care[Text Word]) OR (carrying a child[Text Word])) OR (Expect*[Text Word])) OR (pregnan*[Text Word])) OR (motherhood[Text Word]))) OR (pregnant women[MeSH Terms])) AND (((((((patient participation[MeSH Terms]) OR (empowerment[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (decision making, shared[MeSH Terms])) OR (Patient-Centered Care[MeSH Terms])) OR (experience*[Text Word])) OR (patient-centered outcomes[Text Word])) OR (women's information needs[Text Word])) OR (patient involvement[Text Word])) OR (informed choice*[Text Word])) OR (patient empowerment[Text Word])) AND (((induction of labor[Text Word]) OR (labor inductions[Text Word])) OR (labor, induced[MeSH Terms])) - Saved search Filters: from 2010 - 2021 Sort by: Most Recent	267	06:11:05		
#31	...	>	Search: (((((((Maternity care[Text Word]) OR (carrying a child[Text Word])) OR (Expect*[Text Word])) OR (pregnan*[Text Word])) OR (motherhood[Text Word]))) OR (pregnant women[MeSH Terms])) AND (((((((patient participation[MeSH Terms]) OR (empowerment[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (decision making, shared[MeSH Terms])) OR (Patient-Centered Care[MeSH Terms])) OR (experience*[Text Word])) OR (patient-centered outcomes[Text Word])) OR (women's information needs[Text Word])) OR (patient involvement[Text Word])) OR (informed choice*[Text Word])) OR (patient empowerment[Text	267	06:09:29		
			Word])) AND (((induction of labor[Text Word]) OR (labor inductions[Text Word])) OR (labor, induced[MeSH Terms])) Filters: from 2010 - 2021 Sort by: Publication Date				
#29	...	>	Search: (((((((Maternity care[Text Word]) OR (carrying a child[Text Word])) OR (Expect*[Text Word])) OR (pregnan*[Text Word])) OR (motherhood[Text Word]))) OR (pregnant women[MeSH Terms])) AND (((((((patient participation[MeSH Terms]) OR (empowerment[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (decision making, shared[MeSH Terms])) OR (Patient-Centered Care[MeSH Terms])) OR (experience*[Text Word])) OR (patient-centered outcomes[Text Word])) OR (women's information needs[Text Word])) OR (patient involvement[Text Word])) OR (informed choice*[Text Word])) OR (patient empowerment[Text Word])) AND (((induction of labor[Text Word]) OR (labor inductions[Text Word])) OR (labor, induced[MeSH Terms])) AND (2011:2021[pdat])) AND ((qualitative research[MeSH Terms]) OR (qualitative synthesis[Text Word]))	12	06:02:43		
#30	...	>	Search: (((((((Maternity care[Text Word]) OR (carrying a child[Text Word])) OR (Expect*[Text Word])) OR (pregnan*[Text Word])) OR (motherhood[Text Word]))) OR (pregnant women[MeSH Terms])) AND (((((((patient participation[MeSH Terms]) OR (empowerment[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (decision making, shared[MeSH Terms])) OR (Patient-Centered Care[MeSH Terms])) OR (experience*[Text Word])) OR (patient-centered outcomes[Text Word])) OR (women's information needs[Text Word])) OR (patient involvement[Text Word])) OR (informed choice*[Text Word])) OR (patient empowerment[Text	280	05:54:48		

			(informed choice*[Text Word])) OR (patient empowerment[Text Word])) AND (((induction of labor[Text Word]) OR (labor inductions[Text Word])) OR (labor, induced[MeSH Terms])) Filters: from 2009 - 2021		
#25	...	>	Search: (((((((Maternity care[Text Word]) OR (carrying a child[Text Word])) OR (Expect*[Text Word])) OR (pregnan*[Text Word])) OR (motherhood[Text Word])) OR (pregnant women[MeSH Terms])) AND (((((((patient participation[MeSH Terms]) OR (empowerment[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (decision making, shared[MeSH Terms])) OR (Patient-Centered Care[MeSH Terms])) OR (experience*[Text Word])) OR (patient-centered outcomes[Text Word])) OR (women's information needs[Text Word])) OR (patient involvement[Text Word])) OR (informed choice*[Text Word])) OR (patient empowerment[Text Word])) AND (((induction of labor[Text Word]) OR (labor inductions[Text Word])) OR (labor, induced[MeSH Terms])) Filters: from 2011 - 2021	256	05:53:01
#28	...	>	Search: (qualitative research[MeSH Terms]) OR (qualitative synthesis[Text Word])	69,238	03:28:06
#27	...	>	Search: qualitative synthesis[Text Word]	2,084	03:27:51
#26	...	>	Search: qualitative research[MeSH Terms]	67,346	03:23:47
#24	...	>	Search: (((((((Maternity care[Text Word]) OR (carrying a child[Text Word])) OR (Expect*[Text Word])) OR (pregnan*[Text Word])) OR (motherhood[Text Word])) OR (pregnant women[MeSH Terms])) AND (((((((patient participation[MeSH Terms]) OR (empowerment[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (decision making, shared[MeSH Terms])) OR (Patient-Centered Care[MeSH Terms])) OR (experience*[Text Word])) OR (patient-centered outcomes[Text Word])) OR (women's information needs[Text Word])) OR (patient involvement[Text Word])) OR (informed choice*[Text Word])) OR (patient empowerment[Text Word])) AND (((induction of labor[Text Word]) OR (labor inductions[Text Word])) OR (labor, induced[MeSH Terms]))	631	03:22:39
#23	...	>	Search: (((induction of labor[Text Word]) OR (labor inductions[Text Word])) OR (labor, induced[MeSH Terms]))	10,958	03:22:10
#22	...	>	Search: labor, induced[MeSH Terms]	9,740	03:21:55
#21	...	>	Search: labor inductions[Text Word]	74	03:21:41
#20	...	>	Search: induction of labor[Text Word]	3,458	03:21:19
#19	...	>	Search: (((((((patient participation[MeSH Terms]) OR (empowerment[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (decision making, shared[MeSH Terms])) OR (Patient-Centered Care[MeSH Terms])) OR (experience*[Text Word])) OR (patient-centered outcomes[Text Word])) OR (women's information needs[Text Word])) OR (patient involvement[Text Word])) OR (informed choice*[Text Word])) OR (patient empowerment[Text Word])	1,238,103	03:20:54
#18	...	>	Search: patient empowerment[Text Word]	1,516	03:19:54
#17	...	>	Search: informed choice*[Text Word]	2,810	03:19:40
#16	...	>	Search: patient involvement[Text Word]	2,974	03:18:30
#15	...	>	Search: women's information needs[Text Word]	36	03:18:08
#14	...	>	Search: patient-centered outcomes[Text Word]	2,190	03:17:47
#13	...	>	Search: experience*[Text Word]	1,180,176	03:17:27
#12	...	>	Search: Patient-Centered Care[MeSH Terms]	22,127	03:16:59
#11	...	>	Search: decision making, shared[MeSH Terms]	1,159	03:15:14
#10	...	>	Search: knowledge[MeSH Terms]	12,349	03:14:57
#9	...	>	Search: empowerment[MeSH Terms]	531	03:14:43
#8	...	>	Search: patient participation[MeSH Terms]	27,611	03:14:33
#7	...	>	Search: (((((((Maternity care[Text Word]) OR (carrying a child[Text Word])) OR (Expect*[Text Word])) OR (pregnan*[Text Word])) OR (motherhood[Text Word])) OR (pregnant women[MeSH Terms]))	1,637,704	03:12:27
#6	...	>	Search: pregnant women[MeSH Terms]	10,394	03:11:40
#5	...	>	Search: motherhood[Text Word]	5,370	03:11:21
#4	...	>	Search: pregnan*[Text Word]	1,053,335	03:11:08
#3	...	>	Search: Expect*[Text Word]	603,553	03:10:58
#2	...	>	Search: carrying a child[Text Word]	2,397	03:10:44
#1	...	>	Search: Maternity care[Text Word]	4,454	03:10:29

## Vedlegg 2

### Søkehistorikk CINAHL

Et eksempel på søk via CINAHL 01.10.21



Searching: **CINAHL Complete** | [Choose Databases](#)  
 Suggest Subject Terms

Select a Field (optional) ▾ **Search**  
 Select a Field (optional) ▾ [Create Alert](#)  
 Select a Field (optional) ▾ [Clear](#) ⓘ

[Basic Search](#) [Advanced Search](#) [Search History](#)

<input type="checkbox"/> Select / deselect all	<b>Search with AND</b>	<b>Search with OR</b>	<b>Delete Searches</b>	<b>Refresh Search Results</b>
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions	
<input type="checkbox"/> S31	S9 AND S15 AND S29	Limiters - Published Date: 20100101-20211231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (376) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S30	S9 AND S15 AND S29	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (527) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S29	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S28	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (665,756) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S28	*capacity to understand information*	Expanders - Apply equivalent subjects	<a href="#">View Results</a> (76,726) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S27	*capacity to understand information*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (0) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S26	(MH "Patient Satisfaction+") OR *patient satisfaction*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (68,108) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S25	(MH "Decision Making, Shared") OR *decision making, shared* OR (MH "Decision Making, Patient+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (21,868) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S24	(MH "Empowerment") OR *empowerment*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (22,051) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S23	*patient participation*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (13,897) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S22	choos*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (31,666) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S21	*informed choice*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (1,062) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S20	*patient involvement*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (1,722) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	
<input type="checkbox"/> S19	(MH "Information Needs") OR *information needs*	Expanders - Apply equivalent subjects	<a href="#">View Results</a> (13,774) <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>	



<input type="checkbox"/>	S18	"patient centered outcomes"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (1,121)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S17	(MH "Patient Centered Care") OR "patient centered care"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (34,843)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S16	experience*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (504,634)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S15	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (5,044)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S14	(MH "Labor, Induced+") OR "labor, induced"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (3,819)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S13	"labour induction"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (260)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S12	"labor induction"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (2,825)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S11	"induction of labour"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (2,753)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S10	"induction of labor"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (3,097)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (716,801)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S8	(MH "Expectant Mothers") OR "expectant mothers"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (11,075)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S7	"pregnant women"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (40,111)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S6	(MH "Pregnancy+") OR "pregnancy"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (268,316)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S5	(MH "Women+") OR "women"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (418,467)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S4	pregnan*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (269,981)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S3	expect*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (149,770)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S2	"carrying a child"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (13)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S1	"maternity care"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (10,700)   <a href="#">View Details</a>   <a href="#">Edit</a>

## Vedlegg 3

### Søkehistorikk EMBASE (OVID)

Et eksempel på søk via EMBASE 10.09.21

Search Journals Books Multimedia My Workspace Visible Body What's New					
▼ Search History (15) <span style="float: right;">View</span>					
<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type	Actions Annotations
<input type="checkbox"/>	1	pregnant woman.mp.	103874	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	pregnant.mp.	284902	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	exp labor induction/	14976	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	induction of labor.mp.	4985	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	labor induced.mp.	302	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	3 or 4 or 5	16833	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	experience*.mp.	1737188	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	patient involvement.mp. or exp patient participation/	33316	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	exp decision making/	419702	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	exp shared decision making/	10743	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	exp informed consent/	119895	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	1 or 2	284902	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	7 or 8 or 9 or 10 or 11	2225791	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	6 and 12 and 13	306	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	14 and 2011:2021.(sa_year).	232	Advanced	Display Results More ▼ <input type="checkbox"/>

## Vedlegg 4

### Søkehistorikk PsycINFO (OVID)

Et eksempel på søk via PsycINFO 19.09.21

Search Journals Books Multimedia My Workspace Visible Body What's New						
▼ Search History (16) <span style="float: right;">View</span>						
<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type	Actions	Annotation
<input type="checkbox"/>	1	exp Pregnancy/	45575	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	"pregnant women".mp.	10603	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	pregnant.mp.	21177	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	1 or 2 or 3	53406	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	"labor induction".mp.	72	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	exp Birth/ or induction of labor.mp.	17249	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	labor induced.mp.	84	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	5 or 6 or 7	17279	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	"decision making".mp. or exp Decision Making/	184185	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	patient involvement.mp.	1112	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	patient participation.mp.	6088	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	information need.mp.	253	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	"shared decision making".mp.	3337	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	9 or 10 or 11 or 12 or 13	188464	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	4 and 8 and 14	604	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	15 and 2011:2021.(sa_year).	337	Advanced	<a href="#">Display Results</a> <a href="#">More ▼</a>	<input type="checkbox"/>

## Vedlegg 5

### Søketabell

Søkene dokumentert i tabell, for å vise et systematisk og planmessig utført søkefremgang.

Database Dato for søk	Avgrensning for søk	Utvalgte søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for videre granskning	Inkluderte
PubMed (Medline) 13.09.21	Årene 2011-2021	Maternity care OR Carrying a child OR Expect* OR Pregnan* OR Motherhood OR Pregnant women <b>AND</b> Induction of labor OR Labor Inductions OR Labor, induced <b>AND</b> Experience* OR Patient-centered outcomes OR Womens information needs OR Patient involvement OR Informed choice* OR	256	212* 31**	13***	13	6 relevante studier, av disse 6 studier inkludert.

		Patient empowerment OR Patient participation OR Empowerment OR Knowledge OR Decision making, shared OR Patient-centered care					
CINAHL 19.09.21	Årene 2011-2021	Maternity care OR Carrying a child OR Expect* OR Pregnan* OR Motherhood OR Pregnant women <b>AND</b> Induction of labor OR Labor Inductions OR Labor, induced <b>AND</b> Experience* OR Patient-centered outcomes OR Womens information needs OR Patient involvement OR Informed choice* OR Patient empowerment OR Patient participation	323	280* 24**	19***	10	8 relevante studier, av disse 2 nye studier inkludert.

		OR Empowerment OR Knowledge OR Decision making, shared OR Patient-centered care					
EMBASE 20.09.21	Årene 2011-2021	Pregnant woman OR pregnancy OR pregnant <b>AND</b> Labor induction OR induction of labor OR labor induced <b>AND</b> experience* OR patient involvement OR patient participation OR information need OR birth OR decision making OR shared decision making OR decision making, patient	278	230* 36**	12***	7	4 relevante studier, ingen nye studier inkludert.
PsycINFO 20.09.21	Årene 2011-2021	Pregnancy OR «pregnant woman» OR pregnant <b>AND</b> «labor induction» OR «induction of labor» OR «labor induced»	285	267* 14**	4***	4	1 relevant studie, ingen nye studier inkludert.

		OR birth <b>AND</b> «decision making» OR «patient involvement» OR «patient participation» OR «information need» OR «shared decision making» OR involvement					
CINAHL 01.10.21	Årene 2010-2021	Maternity care OR carrying a child OR expect* OR pregnan* OR women OR pregnancy OR pregnant women OR expectant mothers <b>AND</b> Induction of labor OR induction of labour OR labor induction OR labour induction OR labor, induced <b>AND</b> Experience* OR patient centered care OR patient centered outcomes OR information needs OR patient involvement OR informed choice	376	320* 36**	20***	13	10 relevante studier, av disse 2 nye studier inkludert.

		OR choos* OR patient participation OR empowerment OR decision making, shared OR information OR patient satisfaction OR decision making, patient OR decision making OR capacity to understand information					
PubMed (Medline) 01.10.21	Årene 2011-2021	Maternity care OR expect* OR pregnancy OR pregnant women <b>AND</b> Induction of labor OR induction of labour OR labor induction OR labour induction OR labor, induced <b>AND</b> Experience* OR patient centered care OR patient involvement OR informed choice OR patient participation OR decision making, shared OR patient satisfaction OR	417	393* 11**	13***	10	6 relevante studier, ingen nye studier inkludert.



		decision making					
PsycINFO 03.10.21	Årene 2011-2021	«Maternity care» OR Expect* OR pregnan* OR «Pregnant women» <b>AND</b> «Induction of labor» OR «Induction of labour» OR «Labor Induction» OR «Labour induction» OR «Labor induced» OR Labor (childbirth) <b>AND</b> Experience* OR «Patient involvement» OR «Informed consent» OR Choos* OR «Decision making» OR «Patient participation» OR «Decision making, shared» OR «Patient-centered care» OR «Patient Satisfaction» OR client participation OR	245	232* 10**	3***	2	1 relevant studie, ingen nye studier inkludert.

		client satisfaction					
EMBASE 03.10.21	Årene 2011-2021	Pregnant woman OR pregnant OR expecting OR carrying a baby OR motherhood <b>AND</b> Labor induction OR induction of labor OR labor induced <b>AND</b> Patient participation OR patient involvement OR experience OR patient inclusion OR informed choice OR patient information OR shared decision making OR informed consent OR decision making OR informed consent OR «patient centered care»	190	170* 13**	7***	6	3 relevante studier, ingen nye studier inkludert.

\*: antall ekskluderte artikler etter leste titler

\*\* : antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakt

\*\*\*: antall artikler som er lest i sin helhet

## Vedlegg 6

### Fremgangsmåte for identifisering av tekstkoder

Tabellen viser et utdrag av fremgangsmåte for å identifisere tekstkoder fra funn i resultatet:

UTDRAG FRA PRIMÆRSTUDIE	TEKSTKODER
<p>«I was told I needed to be induced and they didn't give me any choice. It was very traumatic for me . . . I wasn't told why and I wasn't asked what I wanted or how I felt about it . . . . I wasn't asked if I had questions . . . I didn't want to be induced so I went home and I cried.» (Vicki, <i>Suspected macrosomia</i>) (Coates, Thirukumar, et al., 2021, s.491).</p>	<p>Kvinnens opplevelse av manglende medbestemmelse</p> <p>Manglende kartlegging av kvinnens preferanser</p> <p>Kvinnen ønsket ikke induksjon</p>
<p>While some women reported that they were given adequate information, with comments such as "I was given enough information" common, other women commented that they were "left in the dark" with little information (Coates, Thirukumar, et al., 2021, s.492).</p>	<p>Kvinnen mottok tilstrekkelig med informasjon</p> <p>Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig informasjon</p>
<p>«I was happy to be guided" and "had a really, really great midwife, so I was very happy for her to call the shots and do what she does" were common (Coates, Thirukumar, et al., 2021, s.492).</p>	<p>Følte ikke behovet for å ta et valg</p> <p>Tillit til sin jordmor/lege</p> <p>Fødekvinnen overlot beslutningen til jordmor</p>
<p>Some participants reported not having received any information on IOL from any health professionals and, in many instances, felt left to 'figure things out for themselves' (Murtagh &amp; Folan, 2014, s.107).</p>	<p>Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig med informasjon</p> <p>Kvinnen måtte innhente informasjon på egen hånd</p>
<p>'To be honest ... I think she was quite busy, she always ... just seemed a bit</p>	<p>Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig med informasjon</p>

<i>rushed, so we didn't really get to talk a lot but ... yeah, I didn't really know anything!' (Olivia, post-dates pregnancy) (Jay et al., 2018b, s.25).</i>	Kvinnen opplevde jordmor som travel Manglende støtte fra jordmor
<i>Few women sought further information from midwives, as they saw no need at the time induction was first offered. With hindsight, however, many stated that they would have preferred to have known more, particularly regarding the duration and procedures (Jay et al., 2018b, s.26).</i>	Kvinnen hadde ønsket mer informasjon Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig med informasjon
<i>Half of the women stated that they had been involved in the decision to induce labour (Jay et al., 2018b, s.26).</i>	Kvinnene opplevde at de hadde et valg
<i>I really didn't have all of the information when I scheduled the induction. I don't feel like I got a lot of education on it beforehand. You know, I got one paper before I went to the hospital. I don't think it had a lot of information. I mean, the paper just tells you the date of the IOL, to call the triage nurse, and where to go. I really was surprised by everything involved with the induction (Moore et al., 2014, s.141).</i>	Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig med informasjon Kvinnen hadde ønsket mer informasjon Mottok skriftlig informasjon Mangelfull informasjon om prosedyren
<i>Women indicated that despite feeling that they did not have enough information about the IOL, they did not seek out this information because they trusted their clinician and their concern for the safety of the baby (Moore et al., 2014, s.144).</i>	Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig med informasjon Kvinnen hadde ønsket mer informasjon Søkte ikke ytterligere informasjon Tillit til sin jordmor/lege
<i>Most women felt they had received adequate information about the reasons for this recommendation and that the midwives were open for discussion about alternatives to IOL (Lou et al., 2021, s.246).</i>	Kvinnen mottok tilstrekkelig med informasjon Jordmor åpen for å diskutere alternativer Opplevde støtte fra jordmor
<i>The midwife who did the Bishop's score for this woman said the cervix needed to ripen some more to which Jess responded with, "I guess that means I need to have</i>	Manglende kartlegging av kvinnens preferanser Mangelfull informasjon om prosedyren

<p><i>the Prostaglandin” and reported: The midwife said, ‘Oh, it’s already in’. I guess it implies consent that I have checked into the hospital. For her, that Prostaglandin has been so long out of the fridge but you know, my child and my feelings about labour are more important and she could just take another one out! (Gatward et al., 2010, s.7).</i></p>	<p>Utilstrekkelig informert</p> <p>Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig med informasjon</p> <p>Kvinnens opplevelse av manglende medbestemmelse</p>
<p><i>Based on the medical record, macrosomia was the indication for 26.7% (n = 147) of inductions; however, 39.9 (n = 220) of patients noted that their physician told them they needed to be induced because “my baby was too big.” (Simpson et al., 2010, s.28).</i></p>	<p>Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig med informasjon</p> <p>Kvinnen misforsto informasjonen</p>
<p><i>I was not offered any choice about an induced labor nor was I offered any choice or explanation about why the induction process was so rushed [3649] (Henderson &amp; Redshaw, 2013, s.1161).</i></p>	<p>Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig med informasjon</p> <p>Kvinnen opplevde seg ikke inkludert i beslutningen</p>
<p><i>When women were asked about their needs for support with decision-making, more than half of the 689 eligible participants indicated that their needs had not been met (Schwarz et al., 2016, s.7).</i></p>	<p>Kvinnen hadde behov for støtte i valget</p> <p>Manglende støtte fra jordmor</p> <p>Kvinnens forventninger ble ikke innfridd</p>
<p><i>Continuity of pregnancy care (i.e. same doctor or midwife for most pregnancy care) was associated with positive decision-making experiences (Coates, Donnelly, et al., 2021, s.6).</i></p>	<p>Tillit til sin jordmor/lege</p> <p>Kontinuitet i pleien</p> <p>Kvinnene opplevde at de hadde et valg</p>

## Vedlegg 7

### Fremgangsmåte for utarbeiding av deskriptive tema

Tallene i parentes er antall ganger disse kodene er indentifisert gjennom de 10 inkluderte studiene.

TEKSTKODER (78 stk)	DESKRIPTIVE TEMA (16 stk)
<p>Manglende kartlegging av kvinnens preferanser (9)</p> <p>Kartlegge kvinnens forventninger til fødsel (2)</p> <p>Kvinnen ønsket ikke informasjon om induksjon tidlig i svangerskapet (1)</p> <p>Kvinnen hadde et ønske om tidligere informasjon om induksjon i svangerskapet (1)</p>	<p>Kartlegging av kvinnens ønsker</p>
<p>Kvinnen mottok tilstrekkelig med informasjon (13)</p> <p>Forståelse for informasjonen som ble gitt (6)</p> <p>Kvinnen opplevde seg tilstrekkelig forberedt til fødsel (1)</p> <p>En følelse av kontroll i situasjonen (3)</p> <p>Kvinnen mottok informasjon om medisinsk indikasjon for induksjon (3)</p> <p>Kvinnen ble informert om risiko med tanke på induksjon (1)</p> <p>Mottok tilstrekkelig informasjon til å kunne ta et informert valg (4)</p>	<p>Kvinnen mottok god informasjon om induksjon</p>
<p>Kvinnens opplevelse av å motta utilstrekkelig informasjon (37)</p>	

<p>Opplevde seg ikke forberedt til fødsel (4)</p> <p>Savnet informasjon fra jordmor (15)</p> <p>Trenger informasjon om fordeler/ulemper til induksjon (5)</p> <p>Trenger informasjon om risikovurdering (3)</p> <p>Manglende dialog med helsepersonell (1)</p> <p>Savnet et informert valg (5)</p> <p>Ikke informert angående mulige interaksjoner i fødsel (2)</p> <p>Kvinnen måtte innhente informasjon på egen hånd (2)</p> <p>Mangelfull informasjon vedrørende prosedyren (3)</p> <p>Kvinnen misforsto informasjonen (2)</p> <p>Opplevde å ikke ha kontroll (1)</p> <p>Kvinnen måtte innhente informasjon på egen hånd (1)</p> <p>Mottok ulik informasjon (1)</p>	<p>Kvinnen opplevde manglende informasjon om induksjon</p>
<p>Fødselsforberedende kurs som informasjonskilde (3)</p> <p>Informasjon påvirket valget om ønske om elektiv induksjon (2)</p>	<p>Verdien av ulike informasjonsmetoder</p>
<p>Kvinnen opplevde at hun hadde et valg (13)</p> <p>Induksjon presentert som et valg (3)</p> <p>Opplevde å ha nok tid til å kunne stille spørsmål (1)</p> <p>Partners betydning for valg av induksjon (1)</p>	<p>Deltagende i beslutningsprosessen</p>
<p>Kvinnens opplevelse av manglende medbestemmelse (14)</p> <p>Negative erfaringer tilknytt</p>	

<p>medbestemmelse (1)</p> <p>Valgte å ikke stille oppfølgingsspørsmål (3)</p> <p>Kvinnen opplevde seg ikke inkludert i beslutningen (7)</p> <p>Ble ikke lagt frem som et valg (3)</p> <p>Ønsket mer tid for å kunne ta et valg (4)</p> <p>Presentert som et valg, men fremsto som en anbefaling (1)</p> <p>Visste ikke hva hun skulle spørre om (1)</p> <p>Opplevde seg overtalt til induksjon (1)</p> <p>Kvinnen hadde behov for støtte i valget (1)</p> <p>Kvinnens forventninger ble ikke innfridd (1)</p> <p>Opplevde seg presset til å ta et valg (1)</p> <p>Opplevde at valgalternativer ikke ble overveid/diskutert (1)</p>	<p>Ikke deltagende i beslutningsprosessen</p>
<p>Induksjon presentert som rutine/prosedyre (2)</p> <p>Anbefaling om induksjon (5)</p> <p>Støttet kvinnen i å avvente elektiv induksjon (1)</p> <p>Fulgte råd og anbefaling (1)</p> <p>Induksjon som en del av jordmor/leges sjekkliste (1)</p>	<p>Helsepersonells innflytelse på kvinnens valg</p>
<p>Følte ikke behovet for å ta et valg (4)</p> <p>Ønsket at noen andre kunne ta valget på vegne av kvinnen (2)</p> <p>Kvinnen overlot beslutningen til jordmor (3)</p>	<p>Kvinnen ønsket ikke å ta valget om induksjon</p>
<p>Tillit til sin jordmor/lege (14)</p> <p>Anbefalinger fra jordmor/lege (4)</p> <p>Jordmor åpen for å diskutere alternativer</p>	<p>Kvinnen opplevde støtte fra jordmor</p>



(1)	
<p>Kvinnen opplevde jordmor som travel (3)</p> <p>Fikk ikke gjennomslag på induksjon av jordmor (1)</p> <p>For lite tid på konsultasjon (1)</p> <p>Ikke tid og sted til å uttrykke bekymring (1)</p> <p>Manglende støtte fra jordmor (3)</p>	Kvinnen opplevde manglende støtte fra jordmor
<p>Kvinnen ønsket ikke induksjon (11)</p> <p>Frykt for ytterligere intervensjoner i fødsel (2)</p> <p>Ønsket en mest mulig naturlig fødsel (1)</p>	Kvinnen ønsket ikke induksjon
<p>Ønsket å bli igangsatt (6)</p> <p>Ønsket elektiv induksjon (1)</p>	Kvinnens egne ønsker om induksjon
<p>Fikk utdelt skriftlig informasjon (6)</p>	Mottok skriftlig informasjon
<p>Ikke utdelt skriftlig informasjon (1)</p> <p>Ønsket mer skriftlig informasjon (1)</p>	Mottok ikke skriftlig informasjon
<p>Frykt for stort barn (1)</p> <p>Sliten av å gå gravid (2)</p> <p>Ønske om forutsigbarhet til fødselsstart (1)</p> <p>Ubehag/smerter ved å gå gravid (3)</p> <p>Lettelse over å bli indusert (1)</p> <p>Barnets sikkerhet av betydning (2)</p>	Faktorer som påvirker ønsket om induksjon
<p>Tilgang til retningslinjer for fødselsinduksjon (2)</p> <p>Konsis og nøyaktig informasjon (1)</p> <p>Informasjon om indikasjoner og metoder til induksjon (2)</p> <p>Lengre medisinske konsultasjoner (1)</p>	Forslag til forbedringer i praksis

Mer kontinuitet i pleien (4)	
------------------------------	--

## Vedlegg 8

### Presentasjon og kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Forfatter Årstall Tittel	Tidsskrift Land	Hensikt med studien	Design/ metode	Deltakere, sted	Studiens hovedfunn	Kvalitet på studien
Coates D, Thirukumar P, Henry A (2021)  The experience of shared decision-making of women who had an induction of labour	Patient Education and Counseling  Australia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Få innsikt i kvinnenes erfaringer angående medbestemmelse i forhold til induksjon.</li> <li>○ Forstå faktorene som er medvirkende til at kvinnen er tilfreds/lite tilfreds når det kommer til medbestemmelse.</li> </ul>	<p>Kvalitativ studiedesign.</p> <p>Semi-strukturerte telefonintervju.</p> <p>Det ble benyttet en induktiv tilnærming til koding og kategorisering.</p>	<p>32 kvinner som nettopp hadde gjennomgått en induksjon, ved et av de 8 offentlige sykehusene i Sydney, Australia.</p> <p>Fremkommer ikke i studien om det er inkludert førstegangs- eller flergangsfødende kvinner.</p>	<p>Opplevde at de ikke hadde noe valg/ lite valg i forbindelse med igangsetting av fødsel.</p> <p>Mottok utilstrekkelig informasjon om fordeler versus ulemper med tanke på forskjellig fødselsmetoder, og mottok utilstrekkelig informasjon angående induksjonsprosess og de forskjellige metodene.</p> <p>Anbefalingene for forbedring inkluderte mer fokus på inkludering og involvering av kvinnen, tilgang til retningslinjer, og kontinuitet i</p>	Høy kvalitet

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identifisere anbefalinger for forbedringer.</li> </ul>			pleien.	
<p>Moore J E, Low L K, Titler M G, Dalton V K, Sampselle C M (2014)</p> <p>Moving toward patient-centered care: women`s decisions, perceptions , and experience s of the induction of labor process</p>	<p>Birth: Issues in Perinatal Care</p> <p>USA</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere faktorer som påvirket valg om induksjon, sett fra kvinnens perspektiv.</p>	<p>Kvalitativt studiedesign, med grounded theory metodikk.</p> <p>Kvinnene ble intervjuet i to runder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Når induksjon var bestemt.</li> <li>○ 4 uker postpartum.</li> </ul> <p>Intervjuene ble analysert ved hjelp av en tretrinns-analyse, ved å sammenligne materialet, utarbeide koder, kategorier og temaer.</p>	<p>Studien omfattet 29 førstegangsfødende kvinner fra USA.</p> <p>Alle kvinnene som var registrert ved oppfølging i svangerskapsomsorgen mottok informasjon om denne pågående studien. De mottok informasjon om muligheten for at forskerteamet ville ta kontakt, dersom de ble satt opp til induksjon i tidsrommet desember 2011-februar 2012, og dersom de da var i gestasjonsuke 34-41.</p>	<p>5 hovedtemaer ble identifisert i intervjuene som ble gjennomført <i>før</i> induksjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barnets sikkerhet</li> <li>○ Tillit til sin jordmor/lege</li> <li>○ En lettelse over å slippe å gå lengre gravid. Opphør av ubehag/engstelse</li> <li>○ Redusere risiko ved å fortsette svangerskapet</li> <li>○ Manglende informerte valg</li> </ul> <p>5 hovedtemaer ble identifisert i intervjuene <i>postpartum</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Manglende informasjon/ mulighet til informerte valg</li> <li>○ Induksjon som en del av en «sjekklister»</li> <li>○ Tillit til sin jordmor/lege</li> <li>○ Tilfredshet over valg av induksjon</li> <li>○ Forslag til forbedring.</li> </ul>	Høy kvalitet

<p>Lou S, Carstensen K, Hvidman L, Jensen T F, Neumann L, Habben J-G, Uldbjerg N (2021)</p> <p>"I guess baby was just too comfy in there . . .": A qualitative study of women's experiences of elective late-term induction of labour</p>	<p>Women and Birth Danmark</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan kvinner med ukompliserte svangerskap, opplevde å bli indusert på overtid.</p>	<p>Kvalitativt studiedesign.</p> <p>Datamaterialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.</p>	<p>Kvalitative telefonintervjuer ble gjennomført, med totalt 23 kvinner som hadde blitt indusert på indikasjon overtidig svangerskap. Deltagerne ble rekruttert fra to danske sykehus. Intervjuene skjedde 4-8 uker postpartum.</p> <p>Inklusjonskriteriene var både førstegangs- og flergangsfødende kvinner indusert på overtid, med ukompliserte svangerskap.</p>	<p>Håpet på spontan fødselsstart. Overtidig svangerskap var forstått slik at kroppen/barnet ikke var klar for fødsel, men dette fremsto ikke skremmende på kvinnene. De fleste kvinnene følte seg tilstrekkelig informert angående induksjon. Ytret et ønske om mer inngående informasjon i forkant og tid til å evaluere sine muligheter. Flertallet av kvinnene opplevde induksjon både som et tilbud og en anbefaling. 1/3 av kvinnene var i utgangspunktet skeptisk til induksjon, men gikk med på valget, på grunn av at de var lei av å gå gravide, og i forhold til sikkerhet for barnet.</p>	<p>Høy kvalitet</p>
<p>Jay A, Thomas H, Brooks F (2018)</p>	<p>British Journal of Midwifery England</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan førstegangsfødende kvinner gikk frem</p>	<p>Kvalitativt studiedesign, med fordypning i kvinnenes erfaring angående</p>	<p>Det ble innhentet 21 førstegangsfødende kvinner fra England, som ble intervjuet 3-6 uker etter fødsel.</p>	<p>Det ble identifisert fire hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hovedkilde til informasjon</li> <li>○ Involvering i</li> </ul>	<p>Høy kvalitet</p>

<p>Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study</p>		<p>med tanke på å innhente informasjon om induksjon, og hvordan de ga samtykke til induksjon av fødsel.</p>	<p>induksjon. Det ble anvendt en semistrukturert intervjuform.</p>	<p>Informantene ble rekrutert ved barselavdelingen. Alle informantene bortsett fra én ble intervjuet i eget hjem, den siste ble intervjuet over telefon.</p>	<p>avgjørelsen om induksjon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Risikovurdering</li> <li>○ Partners påvirkning og betydning</li> </ul> <p>Jordmødrene fremsto travle, med liten mulighet til å drøfte inngående informasjon med kvinnen. Familie og venner var ofte rapportert som viktige informasjonskilder. Jordmødre la ofte frem induksjon som en anbefalt måte å gå i fødsel på, mens alternative planer for fødselsstart, eller risikovurdering i forhold til å fortsette svangerskapet versus induksjon av fødsel, ble sjelden diskutert med kvinnen.</p>	
<p>Murtagh M and Folan M (2014)  Women's experiences of induction of labour for</p>	<p>British Journal of Midwifery  Ireland</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer førstegangsfødende kvinner satt igjen med etter induksjon av fødsel, og hvordan dette</p>	<p>Kvalitativt studiedesign, med en deskriptiv fenomenologisk tilnærming.  Det ble benyttet semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>Det ble inkludert 9 førstegangsfødende kvinner i studien.  Informantene ble innhentet fra en fødeseksjon i Irland, der indikasjon for induksjon var</p>	<p>Det ble identifisert fire hovedtemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Induksjonen ble ikke som kvinnene hadde forventet</li> <li>○ Mangel på informasjon og kunnskap</li> <li>○ Tillit til helsepersonell</li> <li>○ Det å få et friskt barn</li> </ul>	<p>Høy kvalitet</p>

post-date pregnancy		påvirket deres fødselsopplevelse.	Analyseringen ble utført ved hjelp av Giorgis metode for analyse.	overtidig svangerskap.  Det er ikke spesifisert når intervjuene fant sted.	overgår alt  Kvinnene rapporterte om manglende informasjon, og at de kjente på et ansvar for å lete informasjon på egen hånd. Resultatene rapporterte at kvinner anså det som jordmors plikt å gi tilrettelagt informasjon, da ikke kun skriftlig, men også verbalt.	
Gatward H, Simpson M, Woodhart L, Stainton M C (2010)  Women's experience s of being induced for post-date pregnancy	Women and Birth  Australia	Hensikten med studien var å utforske førstegangs fødende kvinners erfaring av å bli indusert, på grunnlag av overtidig svangerskap.	Kvalitativt studiedesign, der målet var å innhente datamaterialet i tre omganger: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ når induksjon var bestemt.</li> <li>○ kort tid etter at første dose med prostaglandiner var administrert.</li> <li>○ 24-48 timer etter fødsel.</li> </ul>	Det ble innhentet 23 førstegangs fødende kvinner der det er bestemt induksjon. Av disse ble 18 indusert, mens 5 gikk spontant i fødsel. Sistnevnte 5 kvinner deltok likevel i studien som en sammenligningsgruppe. Induksjonen skjedde etter fullførte 41 uker.	I det første intervjuet handlet det om at flere kvinner hadde en felles oppfattelse av at tiden var ute, og at kvinnene nå måtte endre sine forventninger til fødselen. Kroppen hadde på et vis «sviktet» dem.  Noen kvinner rapporterte om en følelse av lettelse i å ha en induksjonsdato å forholde seg til.  Flere identifiserte manglende informasjon i forkant av induksjon. Dette påvirket deres evne til å forberede seg til fødsel.	Høy kvalitet

<p>Simpson K R, Newman G, Chirino O R (2010)</p> <p>Patients' Perspectives on the Role of Prepared Childbirth Education in Decision Making Regarding Elective Labor Induction</p>	<p>The Journal of Perinatal Education</p> <p>USA</p>	<p>Hensikten med denne studien handlet om å utforske årsaken til hvorfor førstegangsfødende kvinner ønsket elektiv induksjon av fødsel, og for å se om fødselsforberedende kurs kunne ha noen betydning for valget.</p>	<p>Mixed method studie, med bruk av spørreundersøkelse og analysering av innsamlet data.</p>	<p>1643 kvinner fikk utdelt spørreundersøkelsen, og av disse responderte 1349 førstegangsfødende kvinner. Dette utgjør en svarprosent på 82,1%.</p> <p>Kvinnene ble bedt om å utdype hva som var utslagsgivende for valg av induksjon.</p> <p>De åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen dannet grunnlaget for den kvalitative analysen.</p> <p>Kvinnene ble inndelt i to grupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kvinnene som hadde deltatt på et fødselsforberedende kurs, der informasjon om induksjon ble presentert.</li> <li>○ Kvinnene som</li> </ul>	<p>Studien rapporterer faktorer som påvirker kvinnens valg om å velge/ikke velge en elektiv induksjon.</p> <p>63% av informantene som hadde deltatt på fødselsforberedende kurs, oppga at kursholderne videreformidlet viktig og god informasjon vedrørende betydningen av egne valg i fødsel.</p> <p>29,4 % av kvinnene oppga jordmødrene ved fødeavdelingen som den kilden til mest nyttig og inngående informasjon. Mens legens anbefaling var av størst betydning.</p> <p>Av de kvinnene som deltok på fødselsforberedende kurs, ønsket 37,7 % elektiv induksjon. Mens i gruppen av kvinner som ikke hadde deltatt på samsvarende kurs, ønsket 50 % elektiv induksjon.</p>	<p>Høy kvalitet</p>
---	--	---	--	---	--	---------------------



				ikke deltok på et fødselsforberedende kurs.		
Henderson J and Redshaw M (2013)  Women's experience of induction of labor: a mixed methods study	ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica  England	Hensikten med studien var å undersøke kvinnenes erfaringer til induksjon av fødsel.	Mixed method studie, med en kvalitativ tematisk sekundæranalyse av de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen.	Et tilfeldig utvalg på 10 000 kvinner mottok spørreskjemaet, omtrent 3 måneder etter fødsel. Av disse besvarte 55,1%, tilsvarende 5333 kvinner, undersøkelsen. Av informantene som besvarte spørreskjemaet, hadde 20 % gjennomgått induksjon.  161 av 3435 informanter responderte på de kvalitativt åpne spørsmålene som omhandlet induksjon.  Studien inkluderte både førstegangs- og flergangsfødende	Den kvantitative studien fant en signifikant større sannsynlighet for induksjon hos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Førstegangsfødende kvinner</li> <li>○ Kvinner med langvarig psykisk sykdom</li> <li>○ Kvinner med lærevansker</li> <li>○ Helseproblemer som påvirket graviditeten, som for eksempel hypertensjon.</li> </ul> Den kvalitative analysen så på: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kvinners opplevelse av medbestemmelse knyttet til induksjon.</li> <li>○ Forsinkelser i induksjonsprosessen, og bekymring omkring dette.</li> <li>○ Mangel på ansatte, hvorpå kvinnene følte seg forsømt.</li> </ul>	Høy kvalitet

				kvinner.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erfaringer tilknytt induksjon.</li> <li>○ Mislykket induksjon, hvor kvinnene uttrykte bortkastet innsats og smerter, samt å føle seg sviktet og skuffet.</li> </ul>	
Coates D, Donnoley N, Foureur M, Thirukumar P, Henry A (2021)  Factors associated with women's birth beliefs and experiences of decision-making in the context of planned birth: A survey study	Midwifery  Australia	Hensikten med studien var å utforske kvinners erfaringer om beslutningstaking i forbindelse med planlagt fødsel, enten induksjon eller keisersnitt. Dette sett opp mot deres fødselsforventninger	Kvantitativt studiedesign.  Undersøkelsen ble gitt ut til gravide kvinner ved 8 ulike sykehus i Sydney, Australia, i tidsperioden november 2018 – juli 2019.	Det fremkommer som usikkert i studien hvor mange kvinner som fikk tilbudet om å delta. I løpet av rekrutteringsperioden estimeres det at det ble utført omtrent 3000 induksjoner, og 1500 keisersnitt ved sykehusene som deltagerne tilhørte.  340 spørreskjemaer ble inkludert for videre analyse, og av disse utgjorde kvinner som hadde en planlagt induksjon 56 % (n = 189).	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kvinnene uttrykte å ha høye forventninger om å motta tilstrekkelig støtte for å kunne ta avgjørelser angående sin planlagte fødsel.</li> <li>○ Tillit til helsepersonell.</li> <li>○ Opplevde medbestemmelse og mottok tilstrekkelig informasjon.</li> <li>○ Kvinner som hadde planlagt induksjon, rapporterte i større grad negative beslutningsopplevelser, enn de kvinnene som hadde planlagt keisersnitt.</li> </ul>	Høy kvalitet
Schwarz C, Gross M M,	Midwifery	Hensikten med studien er å utforske	Kvantitativt studiedesign.	Nettbasert spørreundersøkelse	Studien ønsket å kartlegge årsaker, sett opp mot	Middels

<p>Heusser P, Berger B (2016)</p> <p>Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany</p>	<p>Tyskland</p>	<p>kvinneres erfaringer og preferanser til induksjon av fødsel.</p>		<p>med ti spørsmål, som omhandler kvinners syn og erfaringer på induksjon av fødsel.</p> <p>Spørreskjemaet var tilgjengelig i 4 uker, og på denne tiden besvarte 698 kvinner spørreundersøkelsen.</p>	<p>indikasjon for induksjon og gestasjonsalder ved gjennomførelse av induksjon.</p> <p>Det ble kartlagt kvinnenes omfang av foretrukne ønske, kvinnenes erfaringer vedrørende støtte, og opplevelsen av medbestemmelse.</p> <p>Over halvparten av kvinnene i studien ytret et ønske om mer informasjon angående alternativer til induksjon, metoder for induksjon, og bivirkninger til medikamenter. Mange av forskningsobjektene hadde foretrukket mer støtte i avgjørelsen og hadde foretrukket mer tid til å vurdere sine alternativer.</p>	<p>kvalitet</p>
--	-----------------	---	--	---	--	-----------------

## Vedlegg 9

Kvalitetsvurdering av de inkluderte primærstudienes interne validitet  
(Folkehelseinstituttet, 2011).

---

# Samlet kvalitetsvurdering av studiene (intern validitet) – kan anvendes for alle sjekklisterne

Kriterier møtt	Studiens kvalitet
Alle/ nesten alle kriterier møtt. Eventuelle svakheter kan ikke endre studiens konklusjon.	Høy kvalitet
Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Det antas likevel at det er liten sjanse for at svakheterne faktisk kunne ha endret studiens konklusjon.	Middels kvalitet
Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Svakheterne kan innebære at studiens konklusjon er gal.	Mangelfull/lav
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

Den samlede vurderingen omfatter også skjønn. Hva som er «nesten alle», «noen» og «få» kan variere noe fra oppsummering til oppsummering, men skal dokumenteres i rapporten.

## Vedlegg 10

### Sjekkliste for vurdering av en prevalensstudie (tverrsnittstudie)

Helsebiblioteket (2016b) har utarbeidet følgende sjekkliste, som er aktivt anvendt i granskningen av tverrsnittstudiene.

## **SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE**

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?</li> <li>- Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</li> </ul>	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika</li> <li>- Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</li> </ul>	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p><i>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p><i>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Hva er hovedkonklusjonen?</i>  <i>Kan du oppsummere resultatene i én setning?</i></p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b>  <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?</i>  <i>Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	
--	--

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	<p><b>Ja</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i></p>	<p><b>Ja</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>



## Vedlegg 11

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Helsebiblioteket (2016b) har utarbeidet følgende sjekkliste, som er aktivt anvendt i granskningen av de kvalitative studiene.

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

## Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

### Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

### Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

### Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

## Vedlegg 12

### Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie

Helsebiblioteket (2016b) har utarbeidet følgende sjekkliste, som er aktivt anvendt i granskningen av de kvalitative studiene.

# Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie

## Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler der de overordnede spørsmålene er:

- Kan du stole på resultatene?
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## (A) Kan du stole på resultatene?

### 1) Er formålet med studien klart formulert?

JA

UKLART

NEI

**Tips:**

Formålet bør være klart formulert med hensyn til

- populasjon (personene studien handler om)
- eksponering (f.eks. risikofaktorer)
- utfall
- om det klart fremgår hvorvidt studien forsøkte å finne en positiv eller negativ effekt (sammenheng)

### 2) Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?

JA

UKLART

NEI

**Tips:** Se etter seleksjonsskjevhet (eng. selection bias) som kan begrense mulighetene for å generalisere funnene:

- Var kohorten (gruppen som ble studert) representativ for en definert populasjon (f.eks. befolkningsgruppe)?
- Var det noe spesielt med personene i kohorten?

### 3) Ble eksponeringen presist målt?

 JA UKLART NEI

#### Tips:

- Er det måleskjevhet?
  - Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder?
  - Er målemetodene pålitelige (valide)?
- Er det klassifiseringsskjevhet?
  - Ble det brukt samme måte for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene?

### 4) Ble utfallet presist målt?

 JA UKLART NEI

#### Tips:

- Er det måleskjevhet?
  - Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder?
  - Er målemetodene pålitelige (valide)?
  - Var personene i kohorten og/eller de som målte utfallet blindet med hensyn til hvem som var eksponert? Uten blinding er det større risiko for bias (systematiske feil), særlig for subjektive utfallsmål som f.eks. smerte eller tilfredshet. Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?
- Er det klassifiseringsskjevhet?
  - Er det etablert et godt system for å fange opp alle utfall (eks. sykdomstilfeller)?
  - Ble samme målemetode brukt i alle gruppene?

### 5) Forvekslingsfaktorer

#### a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Aktuelle forvekslingsfaktorer (eng. confounding factors) kan være genetiske, miljømessige eller sosioøkonomiske. Nevn eventuelle forvekslingsfaktorer som ikke er gjort rede for i artikkelen.



**b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?**

JA

UKLART

NEI

**Tips:** Se etter restriksjoner i design eller teknikker, f.eks. stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er brukt for å kontrollere, korrigere eller justere for forvekslingsfaktorer.

---

**6) Oppfølging**

**a) Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?**

JA

UKLART

NEI

**Tips:**

- Var det få som falt fra?
- Var frafallet likt fordelt i de ulike gruppene?
- Skiller de som falt fra seg fra de som ble fulgt opp og analysert i studien?

**b) Ble personene fulgt opp lenge nok?**

JA

UKLART

NEI

**Tips:** Det må ha gått lang nok tid for eventuelle positive og negative utfall til å oppstå

Basert på svarene dine på punkt 1 – 6 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

---

Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie. Til undervisningsbruk. Sist oppdatert april 2018  
Side 4 av 7

---

## (B) Hva er resultatene?

### 7) Hva er resultatene i denne studien?

**Tips:**

- Hva er hovedresultatet?
- Hvor sterk er sammenhengen (eng. association) mellom eksponering og utfall (se på Risk Ratio RR)?
- Hva er den absolutte risikoreduksjonen (ARR)?

---

**8) Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?**

**Tips:** Se på

- P-verdien
- Bredden av konfidensintervallet

---

**9) Tror du på resultatene?**

JA

UKLART

NEI

**Tips:**

- Store effekter er vanskelige å se bort fra
- Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller forveksling?
- Har designet og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke er til å stole på?
- Vurder mot [Bradford Hill-kriteriene](https://en.wikipedia.org/wiki/Bradford_Hill_criteria)\* (f.eks. tidsrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens)

\*[https://en.wikipedia.org/wiki/Bradford\\_Hill\\_criteria](https://en.wikipedia.org/wiki/Bradford_Hill_criteria)

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10) Kan resultatene overføres til praksis?

JA

UKLART

NEI

**Tips:**

- Vurder om personene i studien er annerledes enn personene du møter i praksis
- Er de lokale forholdene forskjellige fra stedet der studien ble gjort?

11) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?

JA

UKLART

NEI

**Tips:** Vurder andre tilgjengelige studier som systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier, kaskontrollstudier og andre kohortstudier – er det sammenfallende resultater eller sammenhenger?

