



Evaluering av en fødselsforberedende samtale hos jordmor på sykehuset og bruk av samvalgsverktøy om smertelindring i fødsel

Lene Alfstad Haugen

**Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi**



**Universitet i Bergen
Det medisinske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin**

Høst 2020

Forord

Denne oppgaven ville aldri blitt en realitet om det ikke hadde startet med en undring mellom jordmorkolleger over den økende bruken av epiduralbedøvelse som smertelindring i fødsel ved Kvinneklinikken i Bergen. Jordmødrene stilte seg spørsmål om de gravide hadde tilstrekkelig kunnskap om de forskjellige smertelindringsmetodene som brukes i fødsel, og om de kjente til fordelene og ulempene ved bruken, især ved epiduralbedøvelse. Jordmødrene lurte på om en ny måte å gi informasjon om smertelindringsalternativer på kunne føre til endret bruk av smertelindring i fødsel. Gunn Gabrielsen, Bente Langeland og jeg søkte såkornmidler hos Helse Vest. Prosjektet skulle være et kvalitetsforbedringsprosjekt som skulle utvikle et samvalgsverktøy og opprette en fødselsforberedende konsultasjon med jordmor på sykehuset. Prosjektet skulle blant annet undersøke om samtale og samvalgsverktøy ville innvirke på valg av smertelindring, og med økonomisk støtte ble dette arbeidet startet høsten 2017. Prosjektet fikk tittelen: «Samtale og bruk av samvalgsverktøy ved forberedelse til fødsel». Sammen med økonomisk støtte til gjennomføringen av prosjektet fikk jeg som prosjektleder tilbudt en forbedringsutdanning i regi av Helse Vest. «Model of Improvement» ble brukt som prosjektmetodikk. Prosjektgruppen bestående av brukerrepresentant, anestesilege, fødselslege og jordmødre endret målsetningen i prosjektet like etter prosjektstart. Målsetningen ble endret fra å undersøke bruken av smertelindring i fødsel til å undersøke hvordan de gravide opplevde samtalen og bruken av samvalgsverktøyet. Prosjektet ble avsluttet høsten 2019.

Denne masteroppgaven er en evaluering av kvalitetsforbedringsprosjektet «Samtale og bruk av samvalgsverktøy ved forberedelse til fødsel». Leder Kari Nedrebø, Klinikkdirektør Susanne Albrechtsen, Bente Langeland og Linn Marie Sørby ved Kvinneklinikken har vært til stor støtte i disse årene arbeidet med oppgaven har pågått. Fra UiB vil jeg takke Rolf Moe for hjelp med statistikk og Aslak Aslaksen for veiledning.

Bergen, november 2020

Lene Alfstad Haugen

Innhold

1. Bakgrunn	1
1.1 Samvalg	1
1.2 Beslutningsprosessen	2
1.3 Samvalgsverktøy	6
1.4 Fødselsforberedelse	7
1.5 Smertelindring i fødsel	9
1.6 Kvalitetsforbedring	9
1.7 Validitet og reliabilitet	10
1.8 Model of Improvement	10
2. Formål og forskningsspørsmål	12
3. Design og metode	12
3.1 Valg av design og metode	12
3.2 Studiepopulasjon	13
3.3 Utarbeiding av samvalgsverktøyet	13
3.3.1 Tema «Mitt valg» i samvalgsverktøyet	14
3.3.2 Tema «Mine muligheter» i samvalgsverktøyet	16
3.3.3 Tema «Sammendrag» i samvalgsverktøyet	16
3.3.4 Tema «Mine refleksjoner» i samvalgsverktøyet	17
3.4 Rekruttering av jordmødre og kompetanseheving om samvalg	18
3.5 Forberedelse og gjennomføring av samtalene	19
3.6 Målinger og spørreskjema	20
3.7 Datainnsamling	23
3.8 Databehandling/analyseform	23
3.9 Forskningsetiske vurderinger	23
3.9.1 Forskningsetisk vurdering av samtalene	24
3.9.2 Forskningsetisk vurdering av innsamling av data og samtykke	24
3.9.3 Forskningsetisk vurdering av personvern	25
4. Resultater	26
5. Diskusjon	34
5.1 Samvalgsverktøyet betydning	34
5.2 Samtalens betydning	40
5.3 Egenvurderingsskjemaets betydning	43
5.4 Prosjektmetodikk	45
5.5 Metodiske overveielser	48
6. Konklusjon	50
7. Avslutning og videre arbeid	52

8. Litteraturliste	54
Vedlegg 1: Plan for samtalen	1
Vedlegg 2: Plan for telefonsamtalen	1
Vedlegg 3: Spørsmål etter samtale og etter fødsel	1
Vedlegg 4: Samvalgsverktøyet, Introduksjon	1
Fødselens hormoner og virkning i kroppen /Viktige hormoner i fødselsprosessen.....	1
Støtteperson tilstede	2
Pust og avspenning.....	3
Bevegelse og hvile	4
Massasje	5
Dusj/badekar/varmepose/varme omslag	6
Steriltvannspapler.....	7
Akupunktur.....	8
Epiduralbedøvelse i fødsel (Fødepidural)	9
Pudendal	10
Vedlegg 5: Samvalgsverktøy, Egenvurderingsskjema.....	11



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Evaluering av en fødselsforberedende samtale hos jordmor på sykehuset og bruk av samvalgsværktøy om smertelindring i fødsel				
Forfatter: Lene Alfstad Haugen				
Forfatterens stilling og arbeidssted: Seksjonsleder ved Poliklinikk for gravide, mor og barn ved Kvinneklinikken, Helse- Bergen				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder: Aslak Aslaksen		
Antall sider	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag: Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
<p>Bakgrunn: Samvalg er en prosess hvor den som trenger helsehjelp kommer fram til og tar beslutning om undersøkelses- eller behandlingsmetode sammen med helsepersonell. Samtale er en viktig del av prosessen. Samvalgsværktøy er et beslutnings-støtteværktøy som kan hjelpe med samvalg. Et samvalgsværktøy inneholder både informasjon om ulike behandlingsmuligheter med fordeler og ulemper ved de enkelte behandlingene, og en mulighet til å gjøre egne refleksjoner.</p> <p>Formål: Målsettingen med dette studiet er å få kunnskap om hvilken betydning en fødselsforbedrende samtale med jordmor på sykehuset og bruken av et samvalgsværktøy om smertelindring i fødsel har, som en del av fødselsforberedelse for førstegangs gravide.</p> <p>Materiale og metode: I kvalitetsforbedringsprosjektet «Samtale og bruk av samvalgsværktøy ved forberedelse til fødsel» ble det laget et samvalgsværktøy om smertelindringmuligheter i fødsel, inneholdende en informasjonsdel og en egenvurderingsdel. Første gangs gravide i Bergen ble invitert til samtale om smertelindring i fødsel på Kvinneklinikken i svangerskapsuke 36. Samvalgsværktøyet ble brukt i samtalen. Innsamling av data er gjort ved bruk av spørreskjema til deltagerne etter samtalen og deretter ca. fire uker etter fødselen. Svar fra undersøkelsen er analysert kvantitativt og testet i Pearsons Chi kvadrat test. Resultatene er ikke er signifikant ved $p < .05$.</p> <p>Resultat: <i>Ny kunnskap fra samvalgsværktøyet og betydning av denne kunnskapen:</i> Ny kunnskap hos 77% etter samtale og 66% etter fødsel. Ny kunnskap viktig for 91% etter samtale og 81% etter fødsel. Påvirket tanker om smertelindring hos 59% etter samtale og 49% etter fødsel. Trygghet hos 65% etter samtale og 77% etter fødsel. <i>Trygghet fra samtale og viktighet av samtale på klinikken:</i> Trygghet hos 73% etter samtale og 78% etter fødsel. Samtale på sykehuset viktig for 81% etter samtale og 75% etter fødsel. <i>Egenvurderingsskjema viktig for formidling av informasjon:</i> 79% etter samtale og 59% etter fødsel. 89% brukte egenvurderingsskjema. 82% leverte det til jordmor, 80% opplevde at jordmor brukte det. Samtale viktig for egenvurderingsskjema 80% etter samtale og 55% etter fødselen- eneste signifikante funn i undersøkelsen. Andre funn er ikke signifikante.</p> <p>Konklusjon: Førstegangs gravide har nytte av en samtale om smertelindring og bruk av samvalgsværktøy om smertelindringmuligheter i fødsel før fødselen. Den positive erfaringen vedvarer også etter fødselen. Egenvurderingsskjema ble brukt og oppfattet positivt, dette kan brukes uten en samtale på sykehuset.</p>				
Nøkkelord Samvalg, Samvalgsværktøy, Fødselsforberedelse, Smertelindring i fødsel				



Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation Evaluation of an antenatal consultation with a midwife at the hospital and use of decision aids concerning pain relief in labour				
Author: Lene Alfstad Haugen				
Forfatterens stilling og arbeidssted Manager at Outpatient Clinic at Kvinneklinikken, Haukeland University hospital, Helse Bergen, Norway				
Date of approval		Supervisor Aslak Aslaksen		
Number of pages	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Background: Shared decision making is a process in which the person in need of treatment makes a decision of treatment together with a healthcare professional. Dialog is an important part of the process. Decision aids can support shared decision making. Decision aids provides information of different treatments including the risks and benefits, and the possibility to do reflections in a self-assessment form.</p> <p>Aims: The aim of this study is to achieve knowledge about the significance of an antenatal consultation and use of decision aids concerning pain relief in labour, as part of first time pregnant women's preparation for labour.</p> <p>Method: The quality improvement project "Consultation and use of decision aids in preparation for labour" made a decision aid concerning pain relief options in labour, including information and a self-assessment form. First time pregnant women were invited to participate in an antenatal consultation about pain relief in birth at the Women's Clinic in pregnancy week 36. The decision aid was used in the consultation. Data collection was done with a questionnaire to the participant after the consultation and again four weeks after the birth. Data are analysed quantitatively and tested in Pearson's Chi squared test. The results are not significant at $p < .05$.</p> <p>Results: <i>New knowledge from decision aids og meaning of this knowledge:</i> New knowledge in 77% after consultation and 66% after birth. New knowledge important for 91% after consultation and 81% after birth. Affected thoughts of pain relief in 59% after consultation and 49% after birth. Feeling safe from knowledge 65% after consultation and 77% after birth. <i>Feeling safe, effect of consultation and importance of consultation at women's clinic:</i> Feeling safe 73% after consultation and 78% after birth. Importance of consultation at women's clinic 81% after consultation and 75% after birth. <i>Self-assessment form important for transfer information:</i> 79% after interview and 59% after birth. 89% used self-assessment forms. 82% delivered it to the midwife, 80% experienced that the midwife used it. Consultation important for using self-assessment form 80% after interview and 55% after birth - only significant findings in the survey. Other findings not significant.</p> <p>Discussion: First time pregnant women experience an antenatal consultation and use of decision aids concerning pain relief in birth as useful. The positive effect persists after birth. Self-assessment forms was used and perceived positively, and can be used without a consultation at the hospital.</p>				
Key word Shared decisionmaking, Decision aids, Birth preparation, Pain relief in labour.				

1. Bakgrunn

Denne masteroppgaven har evaluert kvalitetsforbedringsprosjektet «Samtale og bruk av samvalgsverktøy ved forberedelse til fødsel». Kvalitetsforbedringsprosjektets målsetning var å øke de gravides kunnskap om ulike typer smertelindring i fødsel, og om fordelene og ulempene ved de ulike tiltakene. Målsetningen skulle oppnås ved en samtale med jordmor på sykehuset og et samvalgsverktøy. Samvalgsverktøyet inneholdt både informasjon om ulike smertelindringsmetoder i fødsel og fordeler og ulemper ved de forskjellige metodene, og en mulighet for å gjøre egne refleksjoner i et egenreferingsskjema.

Denne oppgaven har som formål å få kunnskap om hvordan de gravide kvinnene erfarte samtale med jordmor på sykehuset og bruk av samvalgsverktøy ved forberedelse til fødsel. Følgende tema vil undersøkes nærmere: Kunnskap og betydning av kunnskap fra samvalgsverktøyet, samtalens betydning, bruk og betydning av egne refleksjoner i egenreferingsdelen.

Den teoretiske bakgrunnen for oppgaven har tre hovedtema. Disse tre hovedtema er samvalg, fødselsforberedelse og kvalitetsforbedring. Tema samvalg omhandler hva samvalg er, beslutningsprosessen og relasjonen mellom pasient og behandler i prosessen, og samvalgsverktøy. Tema fødselsforberedelse dreier seg om hva myndighetene forventer og krever at helsepersonell skal bidra med i fødselsforberedelsen av gravide, hvilken effekt fødselsforberedelse har og bruk av smertelindring i fødsel. Tema kvalitetsforbedring handler om kvalitetsforbedring i helsetjenesten og metodikken Model of Improvement.

1.1 Samvalg

Samvalg er det norske begrepet for shared decision-making (1). Samvalg ble lansert av Kunnskapssenteret i 2014 som et nytt norsk begrep og et nytt uttrykk for brukerinvolvering (1). Samvalg er en prosess hvor den som trenger helsehjelp sammen med helsepersonell kommer frem til og tar beslutninger om en undersøkelses- og behandlingsmetode som er riktig for den det gjelder (2). Ved National Institute of Health and Care Excellence (NICE) i England beskriver de samvalg når helsepersonell og pasienten arbeider sammen. I samvalg er det viktig at behandlingsvalgene blir forklart sammen med fordeler og ulemper ved de

forskjellige behandlingene. Valg om behandling tas sammen med helsepersonell. Dette setter personen det gjelder i sentrum når det gjelder beslutning om egen behandling (3). Ved Mayo Clinic i USA beskrives samvalg som at pasient og behandler har ulik kompetanse når det skal tas kliniske avgjørelser. Behandler har kunnskap om sykdom, undersøkelser og behandling mens pasienten har kunnskap om egen kropp og sitt liv, og har sine mål for liv og helse. Ved å ta en beslutning i fellesskap kan idealet om kunnskapsbasert medisin gå i oppfyllelse. Det involverer et partnerskap basert på empati, utveksling av informasjon om tilgjengelige alternativer og overveielser, mens de vurderer potensielle konsekvenser og tar en felles beslutning. Denne prosessen kalles noen ganger pasient-sentrert beslutningsprosess, empatisk beslutningsprosess eller delt beslutningsprosess (4).

Det er litt ulike beskrivelser av samvalg på helsenorge.no, National Institute of Health and Care Excellence (NICE) og Mayo Clinic. Felles for de tre nevnte beskrivelsene fra henholdsvis helsenorge.no, National Institute of Health and Care Excellence og Mayo Clinic er at de tar pasienten inn i beslutningsprosessen. For at pasienten skal kunne være delaktig i beslutningen må beslutningsgrunnlaget være kjent. Det vil si at pasienten må få nok kunnskap om ulike behandlinger og fordeler og ulemper ved disse behandlingene. Samvalg er en modell for behandlingsbeslutning. Det er forskjellige måter behandlingsbeslutninger gjennomføres på. Det er derfor behov for en nærmere redegjørelse av ulike modeller for behandlingsbeslutning.

1.2 Beslutningsprosessen

Hvordan beslutning om behandlingen skjer, og hvordan relasjonen mellom behandler og pasient er i denne prosessen, vil i det følgende omtales som en beslutningsprosess. I det følgende vil tre modeller som beskriver denne prosessen bli presentert. Allerede i 1999 ble denne modellen, figur 1, som viser tre ulike relasjoner mellom lege og pasient i beslutningsprosessen, omtalt av Charles m.fl. i BMJ (5).

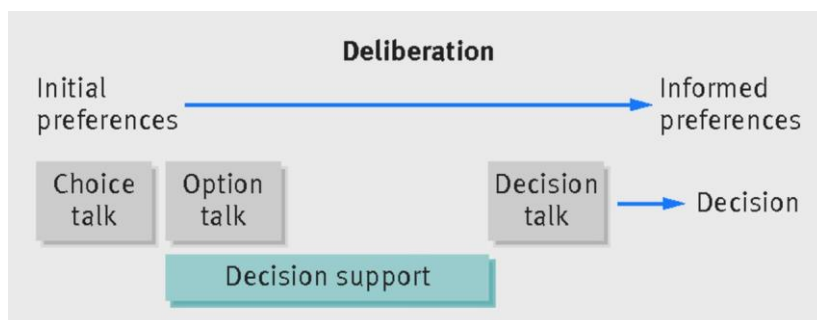
Analytical stages		Paternalistic model	Intermediate approaches	Shared model	Intermediate approaches	Informed model
Information exchange	Flow	One way (largely)		Two way		One way (largely)
	Direction	Doctor ↓ patient		Doctor ↓ ↑ patient		Doctor ↓ patient
	Type	Medical		Medical and personal		Medical
	Minimum amount	Legal requirement		Anything relevant for decision making		Anything relevant for decision making
Deliberation		Doctor alone or with other doctors		Doctor and patient (plus potential others)		Patient (plus potential others)
Who decides what treatment to implement?		Doctors		Doctor and patient		Patient

Figur 1: Modell om beslutningsprosessen viser 3 ulike relasjoner mellom behandler og pasient i en beslutningsprosess. Den viser hvem som styrer valg av behandling og hvilket grunnlag beslutningen tas på Charles m.fl. BMJ 1999(5)

Charles m.fl. (1999) skriver om den paternalistiske beslutningsprosessen, at i den er det en underliggende antagelse om at legen vil ta beslutning om den beste behandlingen for pasienten, uten å få fram personlig informasjon fra pasienten eller involvere han eller henne i beslutningsprosessen (5). Om den informerte beslutningsprosessen skriver Charles m.fl. (1999) at forholdet mellom lege og pasient er basert på et partnerskap og en arbeidsdeling mellom partene. I utveksling av informasjon til pasienten er det en enveis kommunikasjon fra lege til pasient om relevante behandlingsmuligheter, og fordeler og ulemper med disse. Det må være tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan ta et informert valg (5). I den delte beslutningsprosessen skriver Charles m.fl. (1999) at det er samspill mellom lege og pasient på alle stadier i beslutningsprosessen. I sin reneste form er den delte beslutningsprosessen en toveis utveksling av informasjon, hvor både lege og pasienten utveksler behandlingspreferanser og blir enige om beslutningen (5). I praksis blir det gjerne brukt en hybrid med elementer fra flere enn en modell (5). Eksempelvis kan en lege som bruker en delt beslutningsprosess erfare at pasienten etter hvert har fått nok trygghet og informasjon til å ta beslutningen på egen hånd, og at prosessen derved skifter fra delt til informert beslutningsprosess. I andre situasjoner, for eksempel hos en pasient med mindre problemer og som kun trenger en enkel rutinebehandling, er det ikke nødvendig med en lang samtale for å avdekke preferanser (5). Det påpekes at behovet for et partnerskap mellom lege og pasient er svært viktig ved en alvorlig eller livstruende sykdom (5). I situasjoner hvor det er ulike

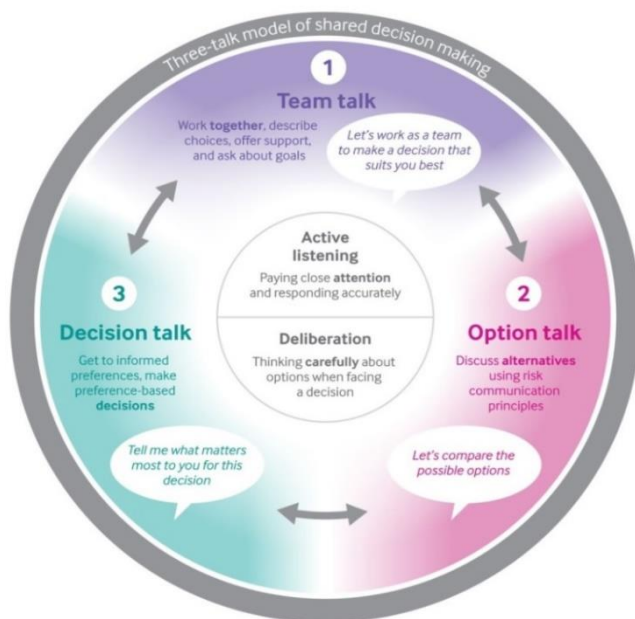
behandlingsmuligheter med forskjellige bivirkninger og utfallet av sykdommen er uviss er det ingen «riktig» behandling. Pasienten må ta konsekvensen av den behandlingen som velges og det er da viktig at hans eller hennes preferanser er kjent og respektert (5).

En annen modell som beskriver samvalg i beslutningsprosessen omtales som «Tre trinns modellen». Elwyn m.fl. skriver om arbeidet med «Tre trinns modellen» at den ble laget i 2012 og deretter revidert i 2017 (6). Bakgrunn for modellen var engasjerte fagpersoner som mente at fremtidens pasienter ikke ville akseptere at viktige beslutninger ble tatt, uten at de forsto kompromisset mellom fordeler og ulemper ved en behandling. Ved å ta modellen i bruk ville det kreve et skifte av makt og kontroll i interaksjonen mellom lege og pasienter, og det ville endre medisinsk praksis. I 2012 ble den første tre trinns modellen utarbeidet, figur 2 (6). Den skulle være kortfattet og praktisk slik at klinikere kunne bruke den for å trene på samvalg. Målet var å hjelpe klinikere, de som betaler dem og de som leder dem, til at de bedre skulle forstå kjerneprosessen i samvalg og hvordan de kan oppnå det. Modellen fra 2012 har vært brukt mye i presentasjoner, treningsprogrammer og arbeidsverksteder (workshops) (6).



Figur 2: Tre trinns modellen fra 2012 presentert i BJM i 2017 (6). Modellen kan brukes som et verktøy for å oppnå samvalg. Samtale om valg, muligheter og beslutning skal hjelpe behandler til å gi pasienten mulighet for å ta beslutninger som er riktig for han eller henne.

I 2016 begynte Elwyn og medarbeidere arbeidet med å forbedre «Tre trinns modellen» for å oppnå en bredere forståelse for samvalg. I modellen fra 2012 ble begrepene «choice talk» og «option talk» oppfattet som å være for like og modellen inkluderte heller ikke målsetting og kommunikasjon. I 2017 ble den reviderte modellen presentert i BMJ (6) figur 3. Det overordnede målet var å lage en modell som kunne være en påminning og en guide til å oppnå samvalg. Elwyn m.fl. erkjenner at det er fullt mulig å gjennomføre alle trinnene i ett møte. Ofte vil det være behov for å bruke flere møter. Møtene kan gjennomføres med eller uten beslutningsstøtteverktøy (6).



Figur 3: Den forbedrede tre trinns modellen av fra 2017, presentert i *BJM* i 2017 (6). Modellen kan brukes som er verktøy for å oppnå samvalg. Den er laget som en prosess hvor tema er nummerert fra 1-3 for å gjøre den logisk å bruke, mens grafikken støtter opp under at modellen kan brukes i sekvenser.

Fagmiljøer rundt i verden engasjerer seg både i hvordan man som pasient skal forstå hvilke valgmuligheter man har ved behandling av helseproblemer, men også hvordan helsepersonell bør hjelpe til å ta et valg som er riktig for den enkelte. I 2015 gikk 40 organisasjoner sammen i organisasjonen «Shared decision making collaborative» for å fremme samvalg i det britiske helsevesenet. Organisasjoner som er med er blant annet The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), National Health Service England (NHS), universitetene i Newcastle og i Leeds, Academy of Medical Royal Colleges som har tilknyttet 24 medisinske fakulteter for utdanning av leger i England og Irland, og organisasjoner som jobber for kvalitetsforbedring i England. Sammen har de ambisjoner om å innføre samvalg som en norm og utdanne helsepersonell i samvalg, dessuten ønsker de å lage effektive samvalgsverktøy og øke befolkningens forventninger om å ta en aktiv rolle i beslutninger om egen helse basert på egne verdier og preferanser (7). De har publisert informasjon om organisasjonens arbeid på nettsiden til NICE (3). I USA har blant annet klinikkene Mayo Clinic og Dartmouth-Hitchcock opprettet senter for samvalg. Mayo Clinic har et nasjonalt ressurscenter for samvalg (4) og Dartmouth-Hitchcock har et senter for samvalg (8). I Norge er det et senter for samvalg og forskning ved Oslo Universitetssykehus (9) og et samvalgssenter ved

Universitetssykehuset i Nord-Norge (10). Ved Senter for samvalg og forskning i Oslo kombineres forskning og innovasjon for blant annet å forbedre samvalg, mens det ved Samvalgssenteret på Universitetssykehuset i Nord-Norge arbeides med å implementere samvalg i helsetjenesten og bistå, men også selv utvikle flere samvalgsverktøy. I tillegg har Samvalgssenteret på Universitetssykehuset i Nord-Norge utviklet en veileder for utarbeidingen av nye samvalgsverktøy. Senteret tilbyr blant annet også undervisning i samvalg til helsepersonell, og kurs til fagpersoner som kan undervise i hva samvalg er og hvordan legge til rette for det (10).

1.3 Samvalgsverktøy

Samvalgsverktøy kan brukes for å oppnå samvalg. Det er derfor nødvendig å se nærmere på hva samvalgsverktøy er. Til grunn for samvalg og samvalgsverktøy ligger den lovmessige rett pasienten har på informasjon og medvirkning som er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven (11) §3-2 til 3-4, samt den plikten helsepersonell har til å gi informasjon etter helsepersonelloven (12) §10. Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til medvirkning av valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelsesmetoder, rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand, rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen og rett til informasjon om mulig risiko og bivirkninger. Loven sier at informasjonen skal gis på en forståelig og hensynsfull måte, og at den som gir informasjonen skal så langt det er mulig sikre seg at mottager har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (11). I følge helsepersonelloven pålegges helsepersonell å gi informasjonen til den som har krav på den etter pasient- og brukerrettighetsloven (12).

Når en person er syk eller har et helseproblem finnes det ofte ulike behandlingsmuligheter. Et samvalgsverktøy kan være til hjelp i valgprosessen. Det kan brukes før, under og etter en konsultasjon (2). I Norge er det publisert 13 samvalgsverktøy som ligger tilgjengelig på helsenorge.no (2). I England har organisasjonen «Shared decision making collaborative» laget 19 samvalgsverktøy til ulike sykdommer som er tilgjengelig på nettsiden til NICE (3). De to nevnte amerikanske samvalgssentrene Mayo Clinic (4) og Dartmouth-Hitchcock (8) har også publisert samvalgsverktøy på sine nettsider. De 13 norske samvalgsverktøyene på helsenorge.no inneholder informasjon om de ulike behandlingsmulighetene som finnes for den sykdommen eller helseutfordringen de omhandler (2). Hvert av de 13 samvalgsverktøy

har fire tema. Dette er temaene: Mitt valg, mine muligheter, sammendrag og refleksjoner (2). «Mitt valg» handler om hvorfor man bør ta et valg om en behandling. I eksempelvis samvalgsværktøyet for sykkelig overvekt står det at man ved overvekt blant annet øker faren for alvorlig sykdom som diabetes type 2, og at man derfor må ta valg for å redusere risiko for overvekt (13). Under «Mine muligheter» i samvalgsværktøyet for sykkelig overvekt beskrives de forskjellige behandlingmulighetene som finnes, som for eksempel livsstilsendring og gastric bypass. Det beskrives hvordan behandlingen gjennomføres, hvilken nytteverdi behandlingen har og hvilke bivirkninger og komplikasjoner behandlingen kan ha (13). I «Sammendrag» er det oversikt over de ulike behandlingmulighetene med gjennomføring, nytteverdi, bivirkninger og komplikasjoner satt opp slik at det er mulig å sammenligne de forskjellige behandlingene med hverandre (13). «Refleksjoner» brukes til å notere viktig informasjon om hva som er viktig for den enkelte. Ved pålogging «Min helse» på helsenorge.no kan notatene lagres der, enten for egen del eller for å kunne dele refleksjonene med andre (13). Samvalgsværktøyene på helsenorge.no er laget ut fra nasjonale kvalitetskrav (14).

Folkehelseinstituttet skriver at personer som bruker samvalgsværktøy får mer kunnskap om behandlingalternativene, føler seg mer informert og får en klarere bevissthet om egne preferanser og verdier. De deltar trolig mer i beslutninger om behandlingsvalg og får trolig en riktigere forståelse av risiko knyttet til behandlingalternativene (15).

1.4 Fødselsforberedelse

Det å være gravid og føde et barn tilhører den normale delen av livet og er vanligvis forbundet med å være frisk. For den gravide og partner, men også resten av familien, er svangerskap, fødsel og et nytt barn en forandring. Det å bli foreldre er en av livets overgangsfaser og en modningstid med økte psykiske og sosiale utfordringer. Modningstiden blir omtalt som en normalkrise, utviklingskrise, livskrise eller overgang, fordi livsperspektiver forandres og livet får en ny retning (16) s. 297. De gravide har i alle tider forberedt seg til fødsel. Det å snakke med andre kvinner, inkludert egen mor, er for mange en svært viktig kilde til kunnskapsoverføring om fødsel. I tillegg kan gravide i dag også søke informasjon fra andre gravide, kvinner som har født, fagpersoner og myndigheter, på kanaler som internett, chattegrupper, TV-programmer og bøker. Mange gravide går også på fødselsforberedende

kurs arrangert av helsestasjoner eller private aktører. På helsenorge.no er det blant annet informasjon om ulike typer smertelindring som brukes i fødsel i Norge (17). Denne informasjonen er laget av fagpersoner innen fødselshjelp i Norge, og inneholder tekst og bilder.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter rett til medbestemmelse, rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand, rett til å vite hva innholdet i helsehjelpen er, og rett til å vite om mulige risiko og bivirkninger (11) kap 3.

I Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen står det blant annet at helsepersonell i svangerskapsomsorgen må være lydhøre og ta hensyn til kvinnenes unike behov for informasjon. Gravide har ulik kunnskap og livserfaring og informasjonsbehovet vil derfor være individuelt. Informasjonen må være god nok til at den gravide kan medvirke og ta valg om egen helse. Hensikten er å styrke den gravides autonomi og mestring av morsrollen (18) kap 1. Den nasjonalfaglige retningslinjen har også anbefalinger for når informasjon til den gravide bør gis, og hvilken informasjon den gravide bør få (18) kap. 2.

I svangerskapet følges den gravide opp av lege eller jordmor i primærhelsetjenesten. Gravide anbefales henvist til spesialisthelsetjenesten dersom det er behov for det, enten på grunn av grunnlidelser hos mor eller forhold hos barnet (18) kap. 2. Det er sterkt anbefalt at den gravide bør tilbys minst 8 svangerskapskonsultasjoner i basisprogrammet for konsultasjoner i svangerskapet, og ved behov bør hun få tilbud om ekstra oppfølging (18) kap. 2. Det er også sterkt anbefalt at den gravide har samtale om fødsel hos jordmor eller fastlege i svangerskapsuke 36 og 38 (18) kap. 2. Målsettingen ved svangerskapsomsorgen i Norge er å bidra til en helsefremmende livsstil og å redusere sykelighet, og barne- og mødredødelighet (18) kap 1.

Studier viser at fødselsforberedelse kan dempe engstelse og øke kunnskap. Et litteraturstudium gjort av Ferguson S. m.fl. i 2013, viser at kvinner som gikk på fødselsforberedende kurs var mindre engstelig (19). I Australia ble det i 2010 gjennomført et randomisert kontrollert studie der de undersøkte nytten av samvalgsverktøy i forhold til brosjyrer ved forberedelse til fødsel (20). Resultatene viser at forberedelsene ble bedre med bruk av samvalgsverktøy enn med brosjyrer, fordi det økte kvinnenes kunnskap om smertelindringsmetoder. Et studie ved Lally m.fl. fant at gravide bør få informasjon om

smertelindring og engasjeres i diskusjoner om verdier, forventinger og preferanser og hvordan disse påvirker valgene enn å ta beslutninger om smertelindring i forkant av fødselen (21).

1.5 Smertelindring i fødsel

Bruken av epidural som smertelindring ved fødsel uten sectio (keisersnitt) i Norge øker (22). Uten sectio vil si at fødselen er en vaginal fødsel. Antall fødsler i Norge i 1990 var 60 470 hvorav 4976 kvinner brukte epidural uten keisersnitt. I 2019 var det 54 403 fødsler og 19 289 kvinner brukte epidural uten keisersnitt (22). Årsaker til økt bruk av epidural som smertelindring i fødsel er sammensatt, men forhold som tilgjengelighet, ønske og behov fra den fødende og medisinske årsaker påvirker på ulike måter. Av de som bruker epidural som smertelindring i fødsel vil noen ha tatt valg om dette i svangerskapet. Andre vil ta valget underveis i fødselen. Lally m.fl. gjorde en systematisk gjennomgang av kvinners forventning og erfaring med smertelindring i fødsel og fant blant annet at kvinner underestimerte smerten de ville oppleve i fødsel (23). Kvinner kunne ønske en smertefri fødsel, men mange fant ut at de trengte smertelindring og at de dro nytte av den (23).

1.6 Kvalitetsforbedring

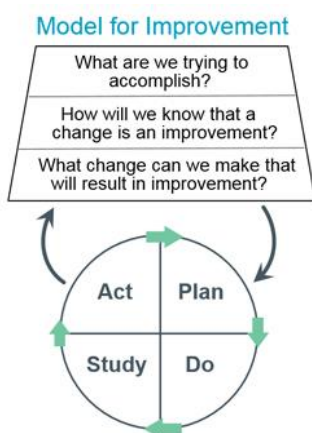
Ifølge Mainz m.fl. har kvalitetsutvikling som formål å overvåke, vurdere, utvikle og forbedre kvaliteten av klinisk praksis (24) s. 39. Kvalitetsutvikling er en dynamisk prosess og den foregår kontinuerlig innen rammene av eksisterende kunnskap (24) s. 39. Myndighetene pålegger gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 1, at alle som gir helse- og omsorgstjenester skal gi tjenester som er forsvarlige. I forsvarlighet ligger det at kvaliteten på tjenesten skal være på et visst nivå (25). Myndighetene sier videre gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 1 at «Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer» § 1 (25).

1.7 Validitet og reliabilitet

Ifølge Mainz m.fl. er det viktig, uansett hvilken undersøkelsesmetode man bruker, at undersøkelsesredskapet gir valide og reliable resultater (24) s. 225. Validitet betyr at en måleteknikk evner å måle det man tilstreber å måle. Reliabilitet betyr at målemetoden viser høy grad av overensstemmelse ved gjentatte målinger, under de samme betingelsene (24) s. 226. Validitet skiller mellom ulike typer validitet som konstruksjonsvaliditet, innholdsvaliditet og overflatevaliditet. Konstruksjonsvaliditet omhandler overensstemmelsen mellom det man ønsker å måle og det man måler, mens innholdsvaliditet omhandler i hvilken grad et spørreskjema dekker de forskjellige sidene av det emnet man ønsker å undersøke. Overflatevaliditet vil si at måleinstrumentet som skal brukes blir vurdert og funnet relevant og dekkende til å måle det fenomenet som skal måles (24) s. 227. Det er ulike måter å gjennomføre valideringstester på. Mainz m.fl. beskriver flere valideringstester, blant annet en pilottest blant et utsnitt av svarpersonene. I pilottest er det blant annet mulig å få kunnskap om brukerne utnytter alle svarkategorier og om det mangler eller er for mange svarkategorier (24) s. 228.

1.8 Model of Improvement

Model of Improvement (forbedringsmodellen) er en enkel og vitenskapelig arbeidsmetode for kvalitetsutvikling (26) s. 11. Det er tre spørsmål og svarene fra disse, som danner grunnlag for forbedringsarbeidet sammen med PDSA sirkelen (Plan, Do, Study, Act) (26) s. 11. De tre spørsmålene handler om hva vi ønsker å oppnå med forbedringen, hvordan vi kan vite om en endring er en forbedring, og hvilke endringer vi kan gjøre for å gjøre for å oppnå forbedringen (26) s. 16. PDSA sirkelen anses som en motor for forbedringsmodellen idet den omsetter ideer til handlinger og forbinder handling med læring (26) s. 19. I Figur 4 vises forbedringsmodellen med de tre spørsmålene og PDSA sirkelen (27).



Figur 4. Model of improvement fra Institute for Healthcare Improvement (IHI). De 3 spørsmålene som skal besvares i forbedringsarbeidet og PDSA sirkel til bruk ved testingen (27).

Langley m.fl. mener at det er fem typer data som støtter forbedringsarbeid. Disse er kontinuerlige målinger, antall observasjoner, dokumentasjon av hva mennesker tenker eller føler, vurderinger og rangeringer (28) s. 28. Innsamlingen av data bør starte med en plan som inkluderer hvilke data som skal samles, hvordan data skal samles, hvem som skal samle data og når og hvor data skal samles (28) s 29. En survey er en metode for å samle informasjon fra mennesker om følelser, motivasjon, planer, tro, erfaring og bakgrunn (28) s 417. Data basert på personlig erfaringer spiller en nøkkelrolle i mange forsøk på forbedringer (28) s. 420. Data om personlige erfaringer kan fås ved å spørre mennesker om deres følelser på spesifikke eller tilfeldige tidspunkter (28) s 422. Langley m.fl. viser til tre rangerings- og vurderingsskalaer som kan brukes for å hente ut data om personlige erfaringer. De har alle fem svarverdier å velge mellom. De tre skalaene som det vises til rangerer fem svarmuligheter. Disse er fra dårlig til utmerket, fra mye verre til mye bedre og fra helt uenig til helt enig. Det kan også i noen tilfeller være nødvendig å tilføre vet ikke som svaralternativ (28) s.422-423. Ifølge Langley m.fl. brukes frekvenstabell for å forstå forekomst, spredning, form og mønster i data, og et histogram er et mye brukt verktøy til dette (28) s. 436. Et testdesign er måten endringen blir testet ut på, og det finnes ulike design for dette. I før-og-etter design samles data inn før og etter endringen, og data kan vises i et histogram (28) s. 154.

2. Formål og forskningsspørsmål

Oppgavens formål er å få kunnskap om hvilken betydning en fødselsforberedende samtale og bruk av samvalgsværktøy om smertelindring i fødsel har for førstegangsfødende kvinner.

Oppgavens målsetting er derfor å søke svar på følgende forskningsspørsmål.

1. *Hvordan vurderes samvalgsværktøyet i forhold til kunnskap og betydningen av denne kunnskapen?*
2. *Hvordan vurderes samtalens betydning?*
3. *Hvordan vurderes egenvurderingsskjemaet og hvordan ble egenvurderingsskjemaet brukt?*

3. Design og metode

3.1 Valg av design og metode

Denne studien søker svar på hvordan gravide kvinner erfarer en samtale med jordmor på sykehuset og bruk av samvalgsværktøy om smertelindring i fødsel, som en del av forberedelse til fødselen. Studien er en evaluering av et kvalitetsforbedrende prosjekt. Model of Improvement er brukt som metode for både å utvikle samtaler og samvalgsværktøyet, og for å få kunnskap om hvordan samtaler og samvalgsværktøyet ble vurdert av deltagerne. Det er anvendt spørreskjema som evalueringsværktøy for å få kunnskap om hvordan samtaler og samvalgsværktøyet ble vurdert. Det er gjort to uavhengige målinger. Første målepunkt er like etter samtalen og andre målepunkt er ca. fire uker etter fødselen, eller ca. åtte uker etter samtalen. Det er den samme gruppen som besvarer spørsmål ved første målepunkt og ved andre målepunkt. Data er ikke koblet på individnivå. Resultatene fra første måling måles mot data fra andre måling for å få kunnskap om hvordan samtaler og samvalgsværktøyet ble vurdert av deltagerne like etter samtalen, og om dette endret seg etter fødselen. Resultatene er også testet i Pearsons chi- kvadrat test for å undersøke om forskjellen mellom svarene etter samtalen og svarene etter fødselen er signifikant (29). Resultatene er ikke er signifikant ved $p < .05$.

3.2 Studiepopulasjon

Utvalget i studien var 82 gravide kvinner i svangerskapsuke 36/37 som ventet sitt første barn, som kunne lese samvalgsverktøyet på norsk og ønsket deltagelsen i prosjektet «Samtale og bruk av samvalgsverktøy ved forberedelse til fødsel». Deltagerne ble rekruttert gjennom oppslag på helsestasjoner i Bergen kommune, oppslag på sykehuset sin Poliklinikk for gravide, sykehusets nettside og Facebook. De kunne komme alene eller sammen med en støtteperson.

3.3 Utarbeiding av samvalgsverktøyet

Samvalgsverktøyet ble laget av en gruppe med jordmødre, anestesilege, fødselslege og en brukerrepresentant. Det ble bestemt at verktøyet skulle lages som et tekstdokument og leveres ut i papirform. Samvalgsverktøyet skulle inkludere de ulike naturlige og ikke-medisinske smertelindringsmetodene og de medisinske smertelindringsmetodene som tilbys ved Kvinneklinikken i Bergen. Medisinske databaser, relevant faglitteratur, Nasjonal veileder i fødselshjelp og Kvinneklinikkens metodebok ble brukt som kunnskapsgrunnlag.

Arbeidsgruppen brukte tid på å bli kjent med de ulike samvalgsverktøyene på helsenorge.no (2). Det ble også søkt etter tilgjengelige samvalgsverktøy om smertelindring i fødsel utenfor Norge. Dersom samvalgsverktøyet ble evaluert som relevant og nyttig av de gravide var målsetningen å jobbe for at det skulle publiseres på helsenorge.no. De norske samvalgsverktøyene ble derfor viktige eksempler å bruke i utarbeidelsen av samvalgsverktøyet. Arbeidet med samvalgsverktøy om smertelindringsmetoder i fødsel ble starten på et pionerarbeid for samvalgsverktøy i fødselsomsorgen i Norge.

En fødsel er en fysiologisk prosess og ikke en sykdom. En sykdom er stadfestet med en diagnose som deretter gir ulike behandlingsmuligheter. Det er så mulig å velge en behandling som deretter kan gjennomføres. Et relativt forutsigbart forløp. En fødsel er nokså uforutsigbar. Det er uvisst når den starter, hvor lenge den varer, hvor smertefull den blir og hvilke tiltak som kan bli nødvendige for overvåkning av mor og/eller barn. Det vil si at det er vanskelig å bestemme seg som gravid for hvilken behandling/smertelindring man vil ha, eller ikke vil ha i fødsel, sammenlignet med det å bestemme seg for behandling ved sykdom eller helseproblem ellers i livet. Med utgangspunkt i samvalgsverktøyet for sykkelig overvekt (13) som et konkret eksempel å jobbe etter, ble det tidlig oppfattet at det ikke var mulig å lage et samvalgsverktøy

om smertelindring i fødsel likt samvalgsverktøyet for sykkelig overvekt, eller de andre samvalgsverktøy på helsenorge.no. Det var vanskelig å bruke tema som: mitt valg, mine muligheter, sammendrag og refleksjoner om smertelindring i fødsel, slik de andre samvalgsverktøyene har om de forskjellige behandlingmulighetene. Nødvendige tilpasninger måtte derfor gjøres for at det skulle bli et relevant verktøy for de gravide. I de neste kapitlene vil det bli gitt en utdypende beskrivelse om temaene: mitt valg, mine muligheter, sammendrag og refleksjoner og de tilpasningene som ble nødvendig å gjøre. Samvalgsverktøyet for sykkelig overvekt ble brukt som mal for samvalgsverktøyet som skulle lages for gravide. I beskrivelsen av hvordan samvalgsverktøyet for gravide ble laget blir det derfor referert til samvalgsverktøy for sykkelig overvekt fortløpende.

3.3.1 Tema «Mitt valg» i samvalgsverktøyet

Temaet «Mitt valg» handler om å ta valg og grunnen til at man må ta valg. I samvalgsverktøyet for sykkelig overvekt står det beskrevet under «Mitt valg» at: «Du må ta valg knyttet til din helse. Valget handler i stor grad om hva som er viktig for deg. Dette verktøyet kan hjelpe deg å få nok kunnskap om situasjonen din til å ta et informert valg og finne den løsningen som passer best for deg » (13). Det beskrives blant annet hvorfor det må gjøres noe for å redusere helserisikoen ved overvekt, og hvorfor den det gjelder skal være med å bestemme.

«Mitt valg» ble definerte til «Smertelindring i fødsel - hva er viktig for meg?» Dette ble den første siden i samvalgsverktøyet. «Smertelindring i fødsel - hva er viktig for meg?» er nokså ulikt «Mitt valg» for sykelige overvekt.

Lally m.fl. undersøkte i en kvalitative studie hvordan man kan støtte kvinner i å ta beslutninger om smertelindring i fødsel (21). Et overordnet funn i studien ved Lally m.fl. er at kvinnene ikke var i stand til å ta avgjørelser om smertelindring før fødselen (21). Studien konkluderte med at tilnærmingen som ble praktisert i England den gangen, hvor gravide ble bedt om å bestemme seg for bruk av smertelindring i fødsel før fødselen, trengte revidering. Lally m.fl. kom frem til at det ville være mer nyttig å informere kvinner og engasjere de i diskusjoner om verdier, forventinger og preferanser og hvordan de påvirker valg, heller enn å forvente at kvinnen skal ta beslutninger om smertelindring før fødselen (21). Dette funnet er

sammenfallende med denne studiens målsetning og utgangspunkt for utviklingen av samvalgsverktøyet om smertelindring i fødsel. Den gravide må oppfordres til ikke å ta bestemte valg om smertelindring før fødselen, men å være åpen for de mulighetene som finnes. I «Smertelindring i fødsel- hva er viktig for meg?» ble det derfor skrevet at behov for smertelindring er forskjellige fra kvinne til kvinne og at behovet vil endre seg underveis i fødselen, og noen ganger vil det heller ikke være mulig å gjennomføre det den fødende ønsker av hensyn til barnet, henne selv eller fødselens fremgang.

Brunstad m.fl. skriver at synet på fødselssmerte og smertelindring har endret seg i et historisk perspektiv (16) s 489. I 1940 årene var oppfatningen at fødselen i utgangspunktet er smertefri, men at uvitenhet skaper frykt og spenning skaper smerte hos de fødende. Man mente at kvinner kunne oppnå en viss grad av smertefri fødsel dersom de hadde kunnskap om fysiologiske forandringer, hadde oppøvd og kunne bruke pusteteknikk, og trent på og kunne bruke avspenning i fødselen (16) s. 489. Etter 1940 årene har synet på fødselssmerte og smertelindring vært preget av både pusteteknikk og avslapping, og det å skulle lytte til egen kropp og gi kroppens egne ressurser og hormoner uforstyrret arbeid (16) s 490. Fra 1970 er synet på fødselssmerte og smertelindring preget av to utviklingstrender. Den ene gjelder medisinsk teknikk med krav om smertefrie fødsler og den andre fremhever betydningen av psykososial omsorg (16) s 490. Kvinner stilte krav om en selvstendig og aktiv rolle under fødselen, og kunnskap om fødselens særegne fysiologi understøttet synet på fødselen som en naturlig prosess (16) s 490. Dette er det faglige fundamentet for at jordmødre er opptatt av at trygge fødende er et godt utgangspunkt for fødsel.

I prosjektet var det ønskelig å gi den gravide kunnskap om smertelindring. Det var også viktig at den gravide skulle få oppmuntring og støtte i å stole på seg selv og kroppen sin, i den naturlige prosessen som en fødsel er. Hun kjenner seg selv best, og vet hva som fungerer godt for henne. Dette ble formulert og også tatt inn i teksten. Videre ble det inkludert i teksten at jordmor har kunnskap og erfaring som hun bruker i fødselen, og at hun derfor kan foreslå noe som den fødende kanskje ikke har tenkt ville passe for henne i utgangspunktet, men som i situasjonen likevel kan passe godt (vedlegg 4).

3.3.2 Tema «Mine muligheter» i samvalgsverktøyet

«Mine muligheter» gir en oversikt over hvilke behandlingsmuligheter som finnes og nytteverdi og bivirkninger ved de ulike behandlingene. I «Mine muligheter» i samvalgsverktøyet for sykkelig overvekt er det beskrevet fire ulike behandlingsmuligheter å velge mellom (13). Alder og tilleggssykdommer kan gjøre slik at ikke alle er anbefalt for den enkelte. Det er mulig å lese og se film om livsstilsendring, motivasjonsopphold med livsstilsendring, operasjon som gastric sleeve og gastric bypass. Ved for eksempel å klikke på fanen om gastric sleeve kan man lese mer om gjennomføringen (13). Det vil si hva gastric sleeve er, hvordan det gjennomføres, hva som må gjøres før, hva som skjer under og hva som skjer etter operasjonen. Det står også om nytteverdi, bivirkninger og komplikasjoner med mulighet for å lese mer. Referanseliste er oppgitt.

I «Mine muligheter» ble de ulike smertelindringsmetodene i fødselsarbeidet beskrevet som behandlingsmuligheter. Følgende smertelindringsmetoder omtales som behandlingsmuligheter: fødselens hormoner og virkning i kroppen, betydningen av å ha en støtteperson med seg, pust og avspenning, bevegelse og hvile, massasje, akupunktur, dusj/badekar/varmepose/varme omslag, steriltvannspapler, epiduralbedøvelse og pudendalbedøvelse. Det ble beskrevet hvordan de gjennomføres. Begrepene nytteverdi, bivirkninger og komplikasjoner ble endret til begrepene fordeler og ulemper. Det ble også tatt inn henvisninger til mer informasjon om smertelindringsmetodene, enten ved å lese eller se film. Referanseliste ble også tatt inn i verktøyet ved hvert tiltak. De ikke-medikamentelle metodene som fødselens hormoner og betydningen av å ha en støtteperson med seg, pust og avspenning, bevegelse og hvile, massasje, akupunktur, dusj/badekar/varmepose/varme omslag, steriltvannspapler ble omtalt først, og de medikamentelle metodene som epidural og pudendal ble omtalt til sist (vedlegg 4).

3.3.3 Tema «Sammendrag» i samvalgsverktøyet

Under «Sammendrag» finner man et sammendrag av de ulike valgmulighetene man har. I samvalgsverktøyet ved sykkelig overvekt er det oversikt over behandlingsmulighetene med nytteverdi og bivirkninger satt opp ved siden av hverandre (13). Et sammendrag gjør det lettere å holde oversikt over de ulike behandlingsmetodene, og enklere å sammenligne nytteverdi og bivirkninger ved de forskjellige behandlingene. Dette skal hjelpe den som skal

ta valg med å ta et valg om behandling som er riktig for den det gjelder. Ved sykkelig overvekt, og andre sykdommer, kan man i de fleste tilfeller ikke velge flere behandlinger samtidig. Det er for eksempel ikke mulig å velge to ulike operasjoner samtidig. Samvalgsverktøyet om smertelindring i fødsel skulle ikke legge opp til at gravide skulle velge noe smertelindring for så å velge annen smertelindring bort, siden mange fødende bruker flere ulike smertelindringsmetoder underveis i fødselen. Et sammendrag med oversikt over de ulike smertelindringsmetodene og nytteverdi og bivirkninger ved de ulike metodene, ble derfor ikke laget i dette samvalgsverktøyet.

3.3.4 Tema «Mine refleksjoner» i samvalgsverktøyet

«Mine refleksjoner» er det siste av fire tema i samvalgsverktøyene. I det før omtalte i samvalgsverktøyet for sykkelig overvekt blir man her oppfordret til å danne seg en mening om hva man tror passer best for seg selv (13) . Det er mulig å logge inn på «Min helse» og lagre det man skriver ned. Det er også mulig å ta utskrift av det man noterer, både med og uten pålogging, for å kunne ta det med til konsultasjon hos behandler. Refleksjoner man gjør seg er blant annet hvor langt man en kommet på veien til å ta et valg, hva som er viktigst for den enkelte og hvor bra de ulike mulighetene passer for en.

Det var ikke ønskelig at de gravide skulle bestemme seg for hvilken smertelindring de skulle bruke i fødselen før de faktisk var i fødsel, og hadde behov for smertelindring. «Mine refleksjoner» ble i samvalgsverktøyet om smertelindring i fødsel omformulert til «Egenvurderingsskjema» Egenvurderingsskjemaet ble laget for å gi den gravide mulighet til å gjøre noen skriftlige refleksjoner uten at dette skulle være en beslutning, en meny eller et bestillingskort til de som skulle hjelpe henne i fødselen. Egenvurderingsskjemaet ble utformet slik at den gravide kunne gjøre egne refleksjoner om hun trodde hun ville trenge hjelp med pust og avspenning, få hjelp til å være i aktivitet, få hjelp/vise støtteperson hvordan gi massasje, få akupunktur, bruke dusj/varmepose/varme omslag, få steriltvannspapler, få epidural eller få pudendal. Det ble laget mulighet for å velge følgende: jeg tror jeg trenger, jeg er åpen for å prøve, jeg vet ikke, jeg tror ikke jeg trenger og jeg ønsker ikke. Den gravide kunne også fortelle om hun hadde en støtteperson med seg som hun følte seg trygg på. Det ble også laget plass for «annet jeg vil fortelle» eller kommentarer, slik at egenvurderingsskjemaet

kunne brukes som et fødebrev hvis ønskelig. Egenvurderingsskjemaet ble også omtalt i introduksjonen «Smertelindring i fødsel- hva er viktig for meg?» (vedlegg 5).

Oppsummert så inneholdt samvalgsverktøyet for smertelindring i fødsel en introduksjon til hvilke muligheter som finnes av smertelindring, informasjon om de ulike smertelindringsmetoder med hvordan de gjennomføres og fordeler og ulemper, mulighet for å lese mer, referanseliste og en egenvurderingsdel. Samvalgsverktøyet besto av en informasjonsdel med opplysninger om smertelindringsmetoder, og en egenvurderingsdel som kalles egenvurderingsskjema.

I arbeidet med å lage samvalgsverktøyet ble relevante studier om de ulike smertelindringsmetodene i databaser som Cochrane og Pubmed tatt med i vurderingen. I tillegg ble det hentet informasjon fra fagbøker, Nasjonal veileder i fødselshjelp og elektronisk kvalitetshåndbok i Helse Bergen. En film produsert internt ved Kvinneklinikken som viser anleggelse av epiduralbedøvelse ble gjort tilgjengelig på internett. Teksten i informasjonsskrivet ble skrevet av de ulike fagpersonene i prosjektgruppen, og deretter gjennomgått og korrigert av hele gruppen. Det samme ble egenvurderingsskjemaet. Metodikken, Model of Improvement, ble fulgt og testing av verktøyet med bruk av PDSA (Plan, Do, Study, Act) ble gjennomført. Verktøyet ble testet på gravide, jordmorkolleger, brukerrepresentant og venninner av brukerrepresentant før oppstart av prosjektet.

3.4 Rekruttering av jordmødre og kompetanseheving om samvalg

Siden prosjektet skulle gjennomføres på Kvinneklinikken ble det rekruttert jordmødre til å holde samtaler på samme sted. Alle jordmødre på klinikken fikk tilbud om å holde samtaler uavhengig av hvilken avdeling de var tilknyttet. For å øke kompetanse på kommunikasjonsferdigheter ble jordmødre som ønsket å holde samtaler tilbudt å delta i kommunikasjonskurset «4 gode vaner» før prosjektstart. I tillegg ble det holdt møter med de samme jordmødrene om hva samvalg er og hvordan det er mulig å oppnå samvalg. Det ble vist en film fra Mayo klinikken med eksempel på samvalg ved valg av antidepressiva (30). Både før og etter kommunikasjonskurset ble det holdt møter med jordmødrene som skulle ha samtaler, for å sikre en felles holdning til hvordan samtaler skulle gjennomføres. Kurset «4 gode vaner» er et grunnkurs i effektiv klinisk kommunikasjon som Helse Bergen tilbyr de

ansatte. Læringsmål for dette kurset er blant annet at deltagerne skal kunne anvende metoder som sikrer relevant og god informasjonsutveksling mellom pasient/pårørende og helsearbeider, empati, og oppnå kommunikasjonsferdigheter som fremmer etterlevelse og mestring hos pasient/pårørende (31). Kurset «4 gode vaner» ble avholdt med deltagelse av 13 jordmødre i oktober 2017.

3.5 Forberedelse og gjennomføring av samtalene

Model of Improvement var den anvendte prosjektmetodikken i prosjektet som omtalt i kap 1.7. PDSA sirkelen komplementerer rammeverket for Model of Improvement (28) s. 98. PDSA handler om å planlegge, gjennomføre og evaluere for så å gjøre endringer og teste igjen. Dette er en prosess som skal gjentas flere ganger (28) s. 99. For å gjennomføre testing i prosjektet ble det definert hva som var ønskelig å teste. Det var viktig å vite om ferdigheter fra kommunikasjonskurset «4 gode vaner» var mulig å bruke i samtalene. Tid var en annen faktor. To samtaler ble testet som en pilotstudie. Disse samtalene ble gjennomført av to jordmødre i prosjektgruppen. Det viste seg å være behov for å skape en standardisert struktur i samtalene, og det ble derfor laget en plan for samtalene (vedlegg 1). I planen står det blant annet hvordan jordmødrene skulle gjøre samtalen forutsigbar for den gravide ved fortelle hva som skulle skje i samtalen, og hvor lang tid samtalen var planlagt å vare. Det var også beskrevet at jordmor skulle fortelle den gravide at hun ikke måtte bestemme seg for noe vedrørende smertelindring, hverken i samtalen og heller ikke etterpå, og at den gravide kunne snakke om det hun ønsket å snakke om i samtalen. Det ble gjennomført ytterligere syv tester i prosjektperioden med bruk av PDSA sirkelen.

Jordmødrene som utførte samtalene ble oppfordret til å gi positive tilbakemeldinger på tanker og holdning den gravide hadde til fødselen. Dette er et av elementene i kommunikasjonskurset «4 gode vaner» som omtales i Kap 3.4. Positive tilbakemeldinger som kunne hjelpe den gravide til økt trygghet og tro på egen mestring. Jordmødrene var anbefalt å ha informasjonsskrivet med i samtalen, og bruke det som et utgangspunkt for å snakke om de ulike smertelindringsmulighetene (vedlegg 4). De ble oppfordret å bruke pauser slik at den gravide fikk tid til å tenke på nye spørsmål. I samtalen skulle jordmor også introdusere egenvurderingsskjemaet, vise hvordan det kunne brukes og fortelle at det kunne fungere som en informasjonsformidling fra den gravide til jordmor i fødsel hvis den gravide ønsket det.

Jordmor skulle ta utgangspunkt i det den gravide ønsket å snakke om i samtalen. Samtalene skulle ikke være preget av jordmor sin personlig oppfatning og erfaring, men preget av den informasjonen som var i informasjonsskrivet.

Det ble også utarbeidet en standardisert plan som jordmor skulle følge når hun ringte til de gravide etter fødselen (vedlegg 2). Det ble beskrevet i planen at jordmor skulle starte samtalen med å spørre kvinnen om hvor gammelt barnet var. Hvis barnet var mer enn fire uker gammelt skulle det spørres om det passet at jordmor ringte, og om hun ville svare på spørsmålene. Jordmor skulle oppfordre deltager til å svare ærlig på spørsmålene uavhengig hva hun trodde jordmor ønsket å høre. Hun ble også oppfordret til å gi utdypende tilbakemeldinger som ble notert på spørreskjemaet. Dersom barnet var mindre enn fire uker gammelt skulle jordmor spørre om det var i orden å ringe tilbake. Dette ble notert på samtykkeskjema, Begrunnelsen for at barnet skulle være mer enn fire uker gammelt beskrives i kap 3.6.

To jordmødre hadde samtaler sammen i begynnelsen av prosjektperioden. Dette ble gjort for å kunne hjelpe og korrigere hverandre hvis behov. Når nye jordmødre kom inn deltok de i to til tre samtaler før de holdt samtale på egen hånd. Samtalene ble gjennomført en fast dag i uken og det ble brukt en egen timeliste i sykehusets digitale journalsystemet for å holde oversikt over samtalen. Totalt fire jordmødre holdt samtaler.

3.6 Målinger og spørreskjema

Det var viktig å få vite om samvalgsverktøyet hadde gitt den gravide ny kunnskap, og om denne kunnskapen var viktig for forberedelsen til fødselen. Det var også behov for å vite om samvalgsverktøyet hadde påvirket tankene om bruk av smertelindring, og om samvalgsverktøyet ga trygghet før fødselen. I tillegg var det ønskelig å vite om egenrederingsskjema ble brukt, og om det fungerte som en informasjonsformidling til jordmor. Det var ikke minst viktig å få kunnskap om samtalen ga trygghet, om den var viktig for å kunne bruke egenrederingsskjemaet, og om det var viktig at samtalen foregikk på Kvinneklinikken.

Langley m.fl. beskriver, som beskrevet i kap 1.7, at det er fem typer data som støtter forbedringsarbeid. Disse er kontinuerlige målinger, antall observasjoner, dokumentasjon av hva mennesker tenker eller føler, vurdering og rangering (28) s. 28. Da prosjektets mål var å vite mer om hva de gravide syntes om samtalen og samvalgsværktøyet, ble det nærliggende å bruke spørreskjema for å få deres tilbakemelding på dette.

Første målepunkt var like etter samtalen og andre målepunkt var ca. fire uker etter fødselen. Det ble bestemt at første målepunktet skulle være like etter samtalen. Deltagerne hadde på dette tidspunktet meninger, oppfattelser og tanker om både samvalgsværktøyet og samtalen som var viktig å kartlagt før de gikk fra klinikken. Det andre målepunktet var etter fødselen, og deltagerne hadde på dette tidspunktet fått erfaring med fødselsarbeid, smerter og smertelindring. Etter fødselen kunne de uttale seg om hvordan forberedelsen med samvalgsværktøyet og samtalen hadde vært for dem retrospektivt. De første seks ukene etter fødselen defineres som barseltiden, i denne perioden gjennomgår kvinnens en rekke fysiologiske og psykologiske forandringer (16) s. 593. Tidspunktet for det andre målepunktet ble bestemt utfra en vurdering om at deltagerne etter fire uker hadde fått mer fysisk og psykisk avstand til fødselen, men at de fortsatt ville ha en klar formening om samvalgsværktøyet hadde gitt ny kunnskap, og om denne kunnskapen var viktig for forberedelsen til fødselen. Det var dessuten viktig at tidspunktet for andre målepunkt skulle være likt for alle deltagere.

Det var ikke mulig å finne validerte spørreskjema som kunne brukes i undersøkelsen, og gruppen måtte derfor utarbeide dette selv. Fagsenter for pasientrapporterte data i Helse Bergen bistod i arbeidet med spørreskjema og med lagring av data. Det ble laget et spørreskjema med åtte spørsmål som skulle brukes ved begge målepunktene (vedlegg 3). Svaralternativene ble rangert fra i svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad og vet ikke. Spørsmål om bruk av egenvurderingsskjema ble tilpasset om det var etter samtalen eller etter fødselen. Etter samtalen ble det spurt om hvor viktig den gravide trodde at egenvurderingsskjemaet ville være en informasjonsformidling fra den gravide til jordmor. Svaralternativene var rangering som ved de andre spørsmålene. Etter fødselen ble det spurt om den faktiske bruken av egenvurderingsskjemaet, med svaralternativene ja eller nei. Etter fødselen ble det også spurt om de opplevde at egenvurderingsskjemaet ble en informasjonsformidling. Svaralternativene var rangeringen fra i liten grad og til vet ikke, som ved de andre spørsmålene. Spørreskjema inneholdt også plass for å kunne gi kommentarer.

I utarbeidelsen av spørreskjema ble spørsmålene testet for innholdsvaliditet og overflatevaliditet. Innholdsvaliditet av spørsmålene ble testet i prosjektgruppen og overflatevaliditet av spørsmålene ble testet på jordmødrene som skulle holde samtaler. I figur 5 er det oversikt over de åtte spørsmålene i spørreskjema.

Spørsmål	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
Spørsmål 1: I hvor stor grad har <i>verktøyet</i> gitt deg ny kunnskap om ulike smertelindringsmetoder og fordeler og ulemper ved disse?						
Spørsmål 2: I hvor stor grad tror du at denne kunnskapen er viktig for din forberedelse til fødselen?						
Spørsmål 3: I hvor stor grad har <i>verktøyet</i> påvirket dine tanker om hva du tror du vil bruke av smertelindring?						
Spørsmål 4: I hvor stor grad opplever du at <i>verktøyet</i> har gitt deg mer trygghet før fødselen?						
Spørsmål 5: Hvor viktig tror du <i>egenvurderingsskjemaet</i> vil være som en informasjonsformidling fra deg til jordmor?						
Spørsmål 6: I hvor stor grad har <i>samtalen</i> i dag vært viktig for å kunne bruke <i>egenvurderingsskjemaet</i> ?						
Spørsmål 7: I hvor stor grad opplever du at <i>samtalen</i> har gitt deg mer trygghet før fødselen?						
Spørsmål 8: I hvor stor grad syntes du at det har vært viktig å komme til denne <i>samtalen</i> på Kvinneklinikken?						

Figur 5. Oversikt over de 8 spørsmålene som ble stilt og svaralternativene.

3.7 Datainnsamling

Data ble hentet inn ved to tidspunkter og målingene er uavhengige av hverandre. Det er ingen kobling mellom første måling og andre måling på individnivå. Første datainnsamling var like etter samtalen og andre måling ca. fire uker etter fødsel, eller ca. åtte uker etter samtalen. Data ble analysert på gruppenivå og ikke individnivå. Jordmor som hadde samtalen innhentet data til første måling ved at spørreskjema ble levert ut på slutten av samtalen. Etter besvarelse ble den lagt i lukket konvolutt i avdelingens postkasse. Andre måling ble gjennomført ved at en av jordmødrene som holdt samtaler ringte og stilte spørsmålene per telefon. Datainnsamlingen har foregått i prosjektperioden fra april 2018 til mai 2019.

3.8 Databehandling/analyseform

Samtalene ble avsluttet i mars 2019. Data ble plottet i programmet Corporate Surveyor som er utarbeidet av Helse-Vest IKT til bruk for pasientrapportert data. I mai 2019 ble innhenting av data avsluttet. Fagsenter for pasientrapporterte data i Helse-Bergen samlet data samlet i en Excel fil for videre bearbeiding. For å forstå variasjon i data fra svarene på de åtte spørsmålene etter samtalen og etter fødselen, er alle data lagt inn i histogram/søylediagram. Det er et histogram knyttet til hvert av spørsmålene. Alle svaralternativene er inkludert i søylediagrammene. Dette gjelder i svært liten grad, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad og vet ikke. Bearbeidingen av svarene er omregnet til prosent.

Resultatene ble også testet i Pearsons chi- kvadrat test (29). Svarene i svært liten grad, i liten grad og i noen grad er slått sammen i en gruppe og svarene i stor grad og i svært stor grad er slått sammen i en gruppe. Data etter samtalen og etter fødselen testes mot hverandre for å undersøke signifikans mellom svar gitt etter samtalen og etter fødselen. I beregningen er det brukt antall svar i kategoriene og ikke prosent. I spørsmål nummer 3 og nummer 6 er det henholdsvis 2 og 5 som svarer vet ikke. Disse er ikke tatt inn i beregningen.

3.9 Forskningsetiske vurderinger

Under dette temaet vil forskningsetisk vurdering av samtalene, forskningsetisk vurdering av innsamling av data og samtykke og forskningsetisk vurdering av personvern bli omtalt.

3.9.1 Forskningsetisk vurdering av samtalene

De nasjonale forskningsetiske komiteene har utarbeidet generelle forskningsetiske retningslinjer som skal være retningsgivende for prinsipper og hensyn i forskningen (32). Her beskrives det blant annet at personer som deltar i forskning skal behandles med respekt og at man som forsker skal etterstrebe at det man gjør har gode konsekvenser. I utgangspunktet var det et asymmetrisk maktforhold mellom den gravide og jordmor. Prosjektdeltagerne var kvinner som ventet sitt første barn og de var derfor helt ukjent med hvordan fødselen ville bli. Samtidig var de klar over at de ville bli avhengig av fødselshjelpere i løpet av noen uker, da de allerede var omkring svangerskapsuke 36 ved samtalen. Jordmødrene som holdt samtalene var fagpersoner med lang erfaring i fødselshjelp. Prosjektdeltagerne var uerfarne og kommende avhengig av hjelp fra fødselshjelpere, mens jordmødrene som holdt samtalene var ekspertene og i eget jobbmiljø. Denne ubalansen i kunnskap var erkjent før oppstart av samtalene. Det var viktig å skape en samtale som møtte den gravide der hun var og det hun ønsket å snakke om, men også det hun ønsket å få mer kunnskap om. For å støtte opp under dette bestemte jordmødrene seg for ikke å lese den gravides journal før eller under samtalen, men ta utgangspunkt i det prosjektdeltakeren fortalte. Jordmødrene ble derfor ikke styrt av informasjon om den gravide hadde vært til undersøkelser på sykehuset før, eller i svangerskapet, om den gravide hadde andre sykdommer, eller om svangerskapet var normalt eller ikke. Informasjon om disse forholdene kunne blitt styrende for jordmor i samtalen og kunne påvirket samtalens innhold. Den gravide skulle heller ikke få informasjon basert på den enkelte jordmors mening eller erfaring, men om hvilken smertelindringemetoder som klinikken kunne tilby og fordeler og ulemper ved de enkelte metodene.

3.9.2 Forskningsetisk vurdering av innsamling av data og samtykke

Det var svært viktig for prosjektet å samle inn tilstrekkelig data for å få kunnskap om hva prosjektdeltakerne mente om samvalgsverktøyet og om samtalen. Samtidig var det svært viktig at data ble samlet inn på en måte slik at den avspeilte hva prosjektdeltakerne faktisk mente, og ikke hva prosjektgruppen ønsket å høre. Det var også viktig at tilbakemeldingene var gitt frivillig. Jordmor fortalte derfor tidlig i samtalen at det ville bli delt ut et spørreskjema etter samtalen. Mot slutten av samtalen tok jordmor fram spørreskjema og fortalte at det var frivillig å svare. Det ble også tatt fram og snakket om samtykkeskjema som grunnlag for spørreskjema i telefonsamtale etter fødselen, at dette var frivillig og at det var

mulig å trekke seg fra å svare når de ble oppringt. Samtykkeskjema ble laget etter standard fra Helse Bergen. Samtykke innebar at de oppga telefonnummeret sitt på samtykkeskjema og godkjente at vi kunne oppbevare dette i åtte uker, ca. fire uker etter fødselen, og at vi deretter kunne ringe for å stille de samme spørsmålene som etter samtalen. Begge spørreskjema ble besvart anonymt (vedlegg 3).

For å unngå at jordmor påvirket svarene som ble gitt fikk prosjektdeltarne sitte alene igjen i rommet hvor samtalen hadde foregått, for å besvare spørreskjema. Prosjektdeltagerne la selv spørreskjemaet i lukket konvolutt. Konvolutten ble deretter lagt avdelingens postkasse. I telefonsamtalen etter fødsel ble deltager oppfordret til å svare slik hun opplevde det, ikke det hun trodde jordmor ønsket å høre. Det var også mulig å gi tilbakemeldinger eller utfyllende kommentarer. Jordmor skrev ned det som ble sagt og gjentok deretter setningen. Denne ble justert helt til prosjektdeltager mente den ble gjengitt som ønsket.

3.9.3 Forskningsetisk vurdering av personvern

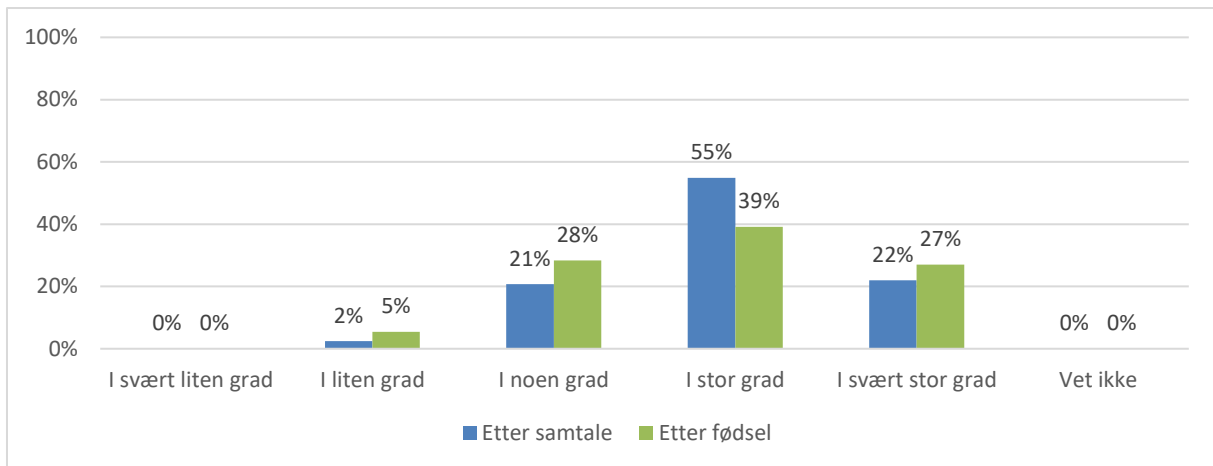
Personopplysningsloven verner om den enkelte person og opplysninger som kan identifisere den enkelte person (33) kap. 1. Prosjektet har ikke samlet noen personidentifiserbare opplysninger på spørreskjema som for eksempel navn, personnummer eller telefonnummer. Det er heller ikke spurt om personlige helseopplysninger. Samtykkeskjema som hadde påført prosjektdeltagers telefonnummer ble makulert etter telefonsamtalen. Det er således ingen personlige opplysninger som er samlet inn, eller behandlet. Prosjektet søkte og fikk veiledning og godkjenning for innhenting av opplysninger, både fra spørreskjema og samtykkeskjema av personvernombudet i Helse-Bergen. Data ble behandlet i tråd med sykehusets retningslinjer ved innhenting av data ved spørreskjema. Data er lagret etter samtalen og etter fødselen uten kobling til den enkelte deltager. Data som denne masteroppgaven behandler er anonyme data som er samlet inn i prosjektet. Det er gjennomført «sjekk om du må melde prosjektet» hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Ifølge NSD er det ikke nødvendig å melde prosjekter som behandler anonyme opplysninger.

4. Resultater

Til sammen ble det i alt gjennomført samtaler med 82 gravide. Det ble samlet inn data fra 82 spørreskjema etter samtale. Det vil si en svarprosent på 100 %. Etter fødselen ble det samlet inn data fra 74 spørreskjema via telefon. Det vil si en svarprosent på 90 %. Deltagerne hadde mulighet for å gi tilbakemelding i fri tekst etter samtale og i telefonsamtalen. Etter samtalen ga 33 deltagere tilbakemeldinger i fri tekst på spørreskjemaet. I telefonsamtalen etter fødsel var det mulig å gi tilbakemelding/kommentar to ganger i løpet av samtalen. Dette førte til at 62 deltagere ga 103 tilbakemeldinger i telefonsamtalen. Noen ga en tilbakemelding og andre ga to tilbakemeldinger. Totalt ble det gitt 136 tilbakemeldinger. Disse tilbakemeldingene er ikke behandlet i oppgaven da denne oppgaven behandler kvantitative data og tilbakemeldinger i fri tekst regnes som kvalitative data.

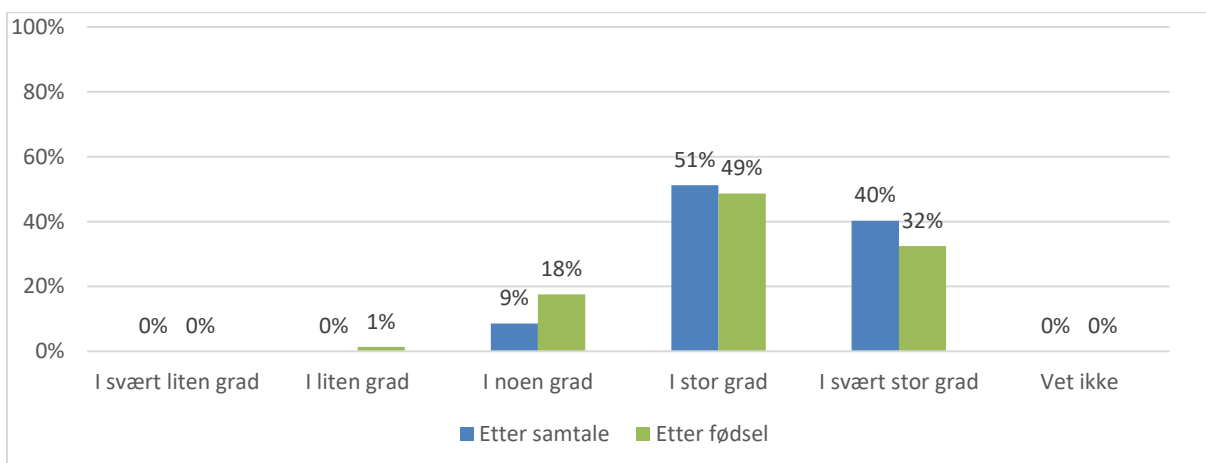
Resultatene blir presentert på følgende måte. Alle spørsmål, bortsett fra spørsmål 5 (fig 9) presenteres med svar etter samtale og svar etter fødsel. Resultatene er fremstilt i % av de som svarte. Under hvert spørsmål, bortsett fra spørsmål 5 (fig 9), vil resultat av Pearsons chi-kvadrattest (Chi-kvadrattest) med beregning av signifikansnivå beskrives. Spørsmål 5 (figur 9) presenteres i flere søylediagram.

På spørsmål om i hvor stor grad samvalgsverktøyet har gitt ny kunnskap om ulike smertelindringsmetoder og fordeler og ulemper ved disse svarte 77 % av deltagerne etter samtalen at samvalgsverktøyet i stor grad, eller i svært stor grad hadde gitt ny kunnskap. Etter fødselen svarte 66 % av deltagerne at samvalgsverktøyet i stor grad, eller i svært stor grad hadde gitt ny kunnskap (figur 6). Chi-kvadrattest gjort for å teste forskjell etter samtale og etter fødsel mellom gruppen som svarer i svært liten grad, i liten grad og i noen grad mot gruppen som svarer i stor grad og i svært stor grad viser at p-verdien er .141312 og at funnet dermed ikke er signifikant.



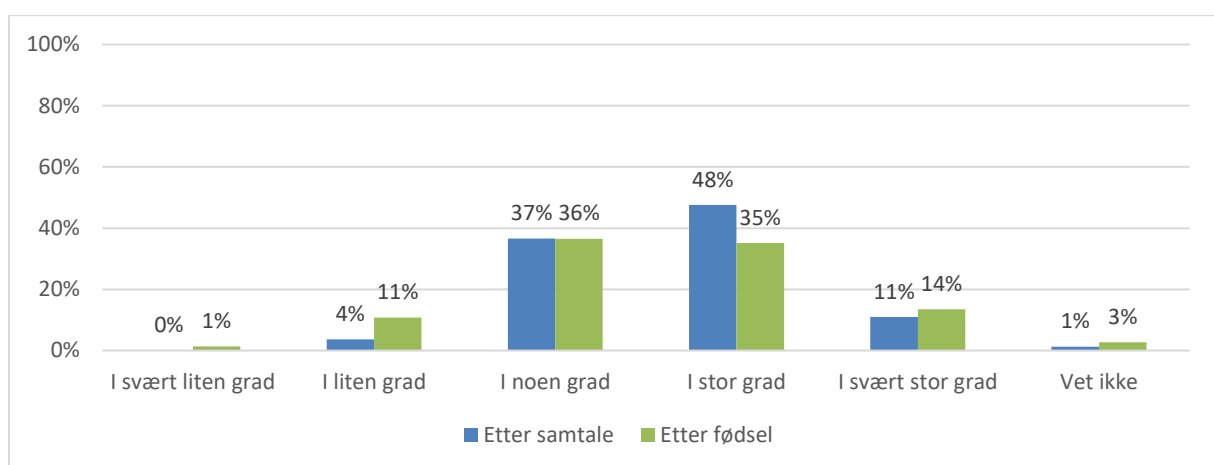
Figur 6: I hvor stor grad ga verktøyet ny kunnskap om ulike smertelindringsmetoder og fordeler og ulemper ved disse. Spørsmål 1 fra spørreskjema

På spørsmål om i hvor stor grad denne kunnskapen var viktig for forberedelse til fødselen sier 91 % av deltagerne etter samtalen at denne kunnskapen i stor grad, eller i svært stor grad var viktig. Etter fødselen svarer 81 % av deltagerne at denne kunnskapen i stor grad, eller i svært stor grad var viktig (figur 7). Chi-kvadrattest er gjort for å teste forskjell etter samtale og etter fødsel mellom gruppen som svarer i svært liten grad, i liten grad og i noen grad mot gruppen som svarer i stor grad og i svært stor grad viser at p-verdien er .057807 og at funnet dermed ikke er signifikant.



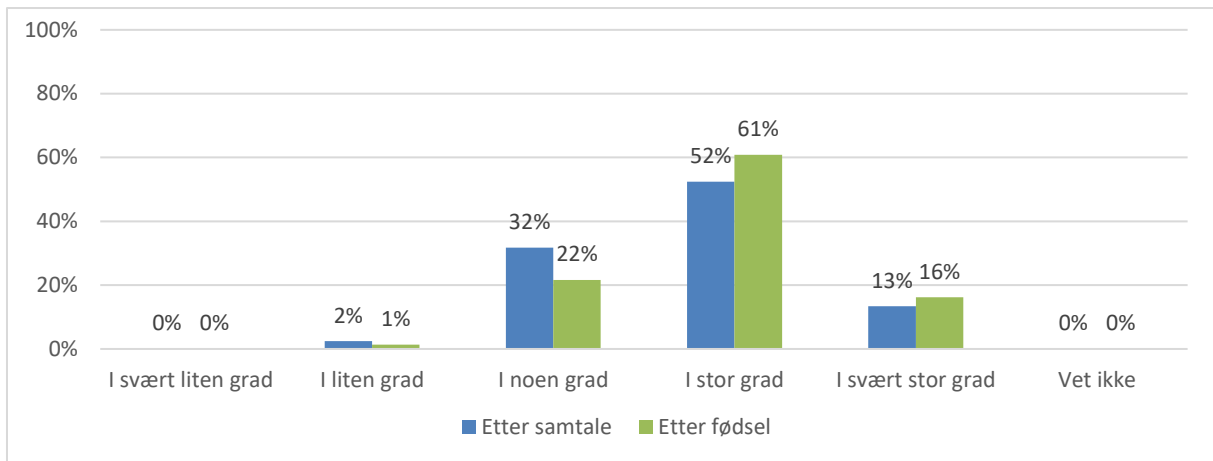
Figur 7: I hvor stor grad var denne kunnskapen viktig for forberedelse til fødsel. Spørsmål 2 fra spørreskjema

På spørsmål om i hvor stor grad samvalgsverktøyet påvirket tankene om hva de ville bruke av smertelindring svarte 59 % av deltagerne etter samtalen at samvalgsverktøyet i stor grad, eller i svært stor grad hadde påvirket tankene om hva de ville bruke av smertelindring. Etter fødselen svarte 49 % av deltagerne at samvalgsverktøyet i stor grad, eller i svært stor grad hadde påvirket tankene om hva de ville bruke av smertelindring (figur 8). Chi-kvadrattest gjort for å teste forskjell etter samtale og etter fødsel mellom gruppen som svarer i svært liten grad, i liten grad og i noen grad mot gruppen som svarer i stor grad og i svært stor grad viser at p-verdien er .250614 og at funnet ikke er signifikant.



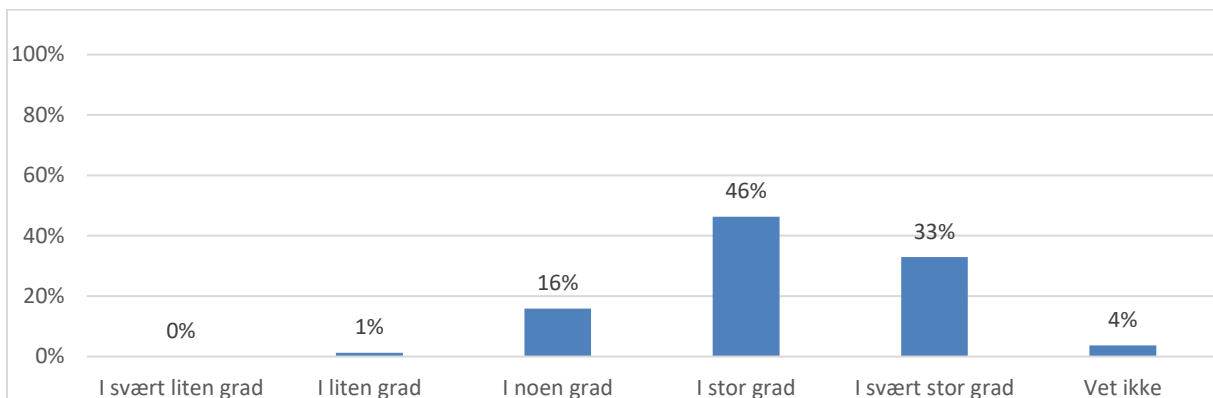
Figur 8: I hvor stor grad påvirket verktøyet tankene om bruk av smertelindring. Spørsmål 3 på spørreskjema

På spørsmål om i hvor stor grad samvalgsverktøyet hadde gitt mer trygghet før fødselen svarte 65 % av deltagerne etter samtalen at samvalgsverktøyet i stor grad, eller i svært stor grad hadde gitt mer trygghet før fødselen. Etter fødselen svarte 77 % av deltagerne at samvalgsverktøyet i stor grad, eller i svært stor grad hadde gitt mer trygghet før fødselen (figur 9). Chi-kvadrattest gjort for å teste forskjell etter samtale og etter fødsel mellom gruppene som svarer i svært liten grad, i liten grad og i noen grad mot gruppen som svarer i stor grad og i svært stor grad viser at p-verdien er .12401 og at funnet ikke er signifikant.



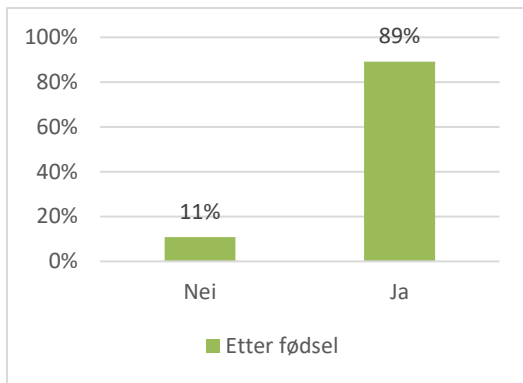
Figur 9: I hvor stor grad ga verktøyet trygghet før fødsel. Spørsmål 4 på spørreskjema.

På spørsmål om hvor viktig de trodde egenvurderingsskjema ville være en informasjonsformidling fra seg selv til jordmor svarer 79 % av deltagerne etter samtalen at de i stor grad, eller i svært stor grad trodde det ville det (figur 10).



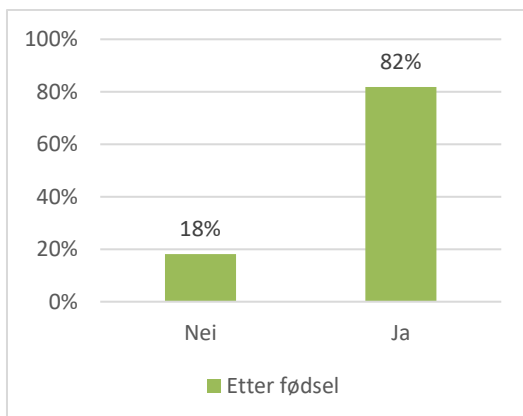
Figur 10: Hvor viktig vil egenvurderingsskjema være som en informasjonsformidling til jordmor. Spørsmål 5 på spørreskjema etter samtalen

På spørsmål om de brukte egenvurderingsskjema svarte 66 av de gravide at de hadde brukte det. 74 svarte på telefonspørsmål etter fødselen. Det vil si at 89% av prosjektdeltagerne brukte egenvurderingsskjemaet (figur 11).



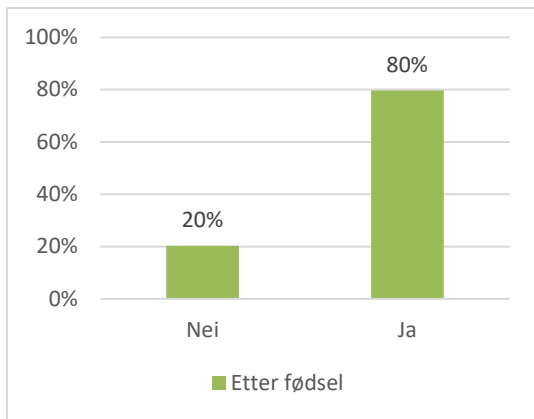
Figur 11: Hvor mange brukte egenvurderingsskjemaet i forberedelse til fødsel. Spørsmål 5a på spørreskjema etter fødsel

Antall gravide som leverte egenvurderingsskjemaet til jordmor var 54. Det vil si at 82 % av de 66 som brukte det leverte det til jordmor i fødsel (figur 12).



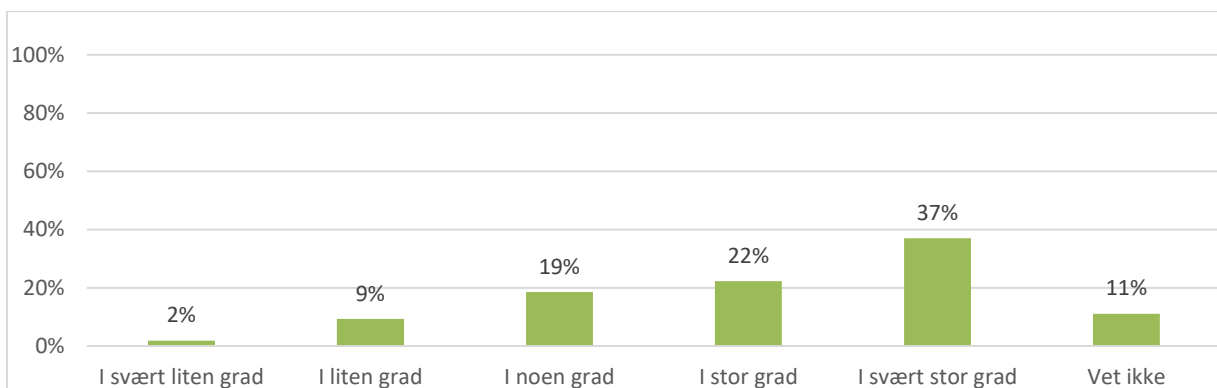
Figur 12: Hvor mange av de som brukte egenvurderingsskjema leverte det til jordmor i fødsel. Spørsmål 5b på spørreskjema etter fødsel

På spørsmål om de opplevde at jordmor brukte egenvurderingsskjemaet svarte 43 gravide at de opplevde at jordmor brukte det. Det tilsvarer at 80 % av de som leverte det også opplevde at jordmor brukte det (figur 13).



Figur 13: Hvor mange av de som leverte egenvurderingsskjema opplevde at jordmors brukte det i fødselen. Spørsmål 5c på spørreskjema etter fødsel

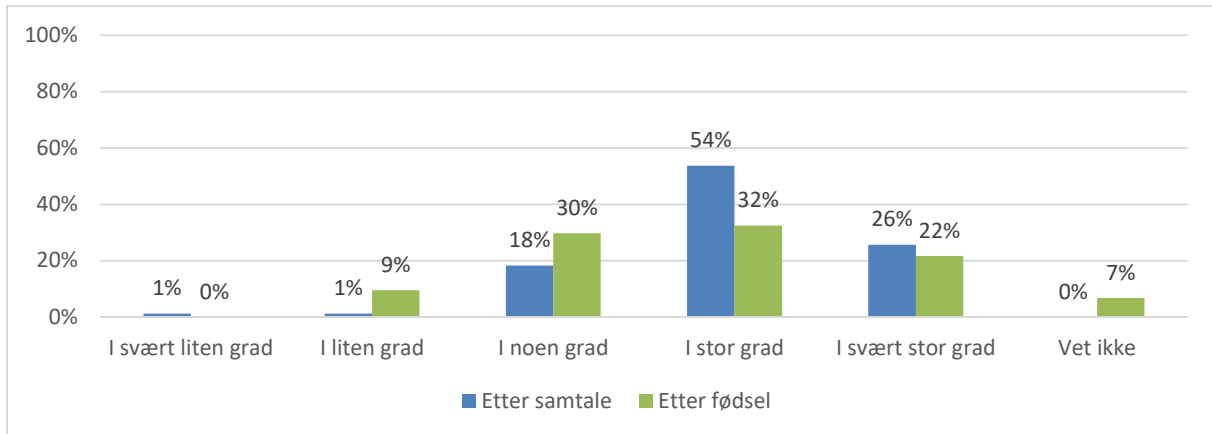
På spørsmål om de opplevde at egenvurderingsskjemaet ble en informasjonsformidling fra seg selv til jordmor svarte 32 av 54 at de i stor grad eller i svært stor grad opplevde dette. Det vil si at 59 % svarer at de i stor grad eller i svært stor grad opplevde dette (figur 14).



Figur 14: Hvor stor grad ble bruk av egenvurderingsskjema en informasjonsformidling fra den gravide til jordmor. Spørsmål 5d på spørreskjema etter fødsel

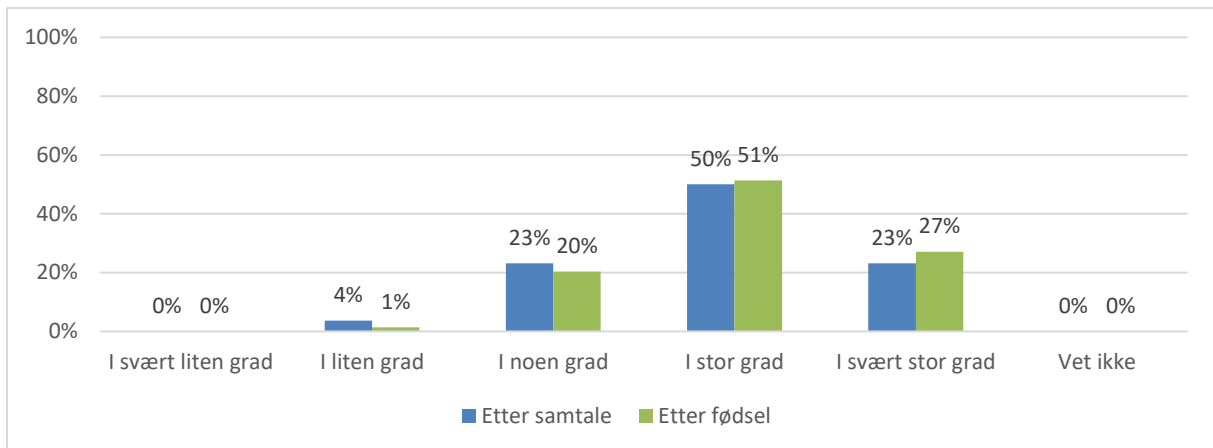
På spørsmål om i hvor stor grad samtalen var vært viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet svarte 80 % av deltagerne etter samtalen at samtalen i stor grad, eller i svært stor grad hadde vært viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet. Etter fødselen svarte 55 % av deltagerne at samtalen i stor grad, eller i svært stor grad hadde vært viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet (figur 15). Chi-kvadrattest gjort for å teste forskjell etter

samtale og etter fødsel mellom gruppene som svarer i svært liten grad, i liten grad og i noen grad mot gruppen som svarer i stor grad og i svært stor grad viser at p-verdien er .004619 og at funnet dermed er signifikant. De 7 % (5 deltagere) som svarte vet ikke etter fødsel er utelatt i chi- kvadrattesten.



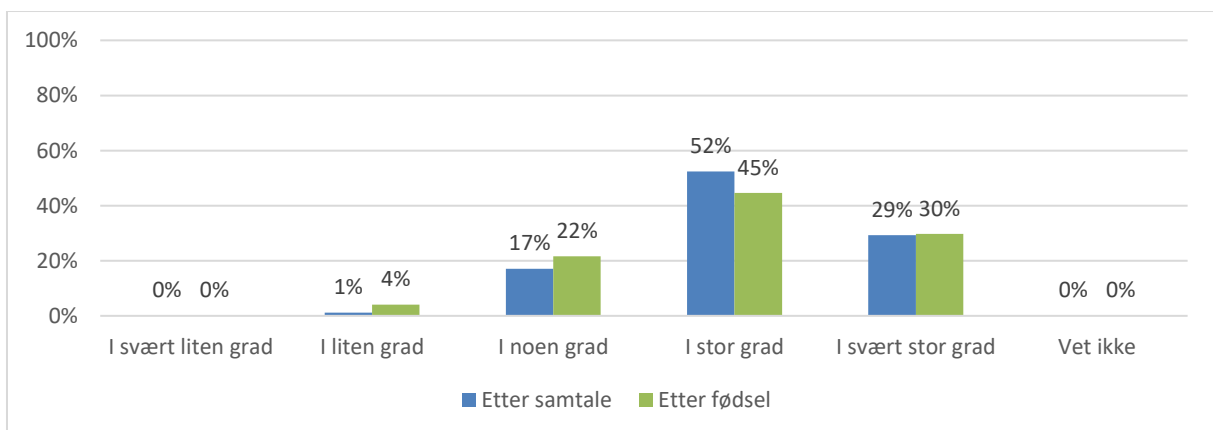
Figur 15: Hvor viktig var samtalen for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet Spørsmål 6 på spørreskjema etter fødsel

På spørsmål om i hvor stor grad samtalen hadde gitt mer trygghet før fødselen svarte 73 % av deltagerne etter samtalen at samtalen i stor grad, eller i svært stor grad hadde gitt mer trygghet før fødselen. Etter fødselen svarte 78% av deltagerne at samtalen i stor grad, eller i svært stor grad hadde gitt mer trygghet før fødselen (figur 16). Chi-kvadrattest gjort for å teste forskjell etter samtale og etter fødsel mellom gruppene som svarer i svært liten grad, i liten grad og i noen grad mot gruppen som svarer i stor grad og i svært stor grad viser at p-verdien er .449261 og at funnet dermed ikke er signifikant.



Figur 16: Hvor stor grad ga samtalen trygghet. Spørsmål 7 på spørreskjema

På spørsmål om i hvor stor grad det var viktig å komme til samtalen på Kvinneklubben svarte 81% av deltagerne etter samtalen at det i stor grad, eller i svært stor grad hadde vært viktig å komme til samtalen på Kvinneklubben. Etter fødselen svarte 75% av deltagerne at det i stor grad, eller i svært stor grad hadde vært viktig å komme til samtalen på Kvinneklubben (figur 17). Chi-kvadrattest gjort for å teste forskjell etter samtale og etter fødsel mellom gruppene som svarer i svært liten grad, i liten grad og i noen grad mot gruppen som svarer i stor grad og i svært stor grad viser at p-verdien er .264715 og at funnet dermed ikke er signifikant.



Figur 17: Hvor viktig var det å komme til samtalen på Kvinneklubben. Spørsmål 8 på spørreskjema

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil det først presenteres en diskusjon av de 3 forskningsspørsmålene. De blir diskutert etter rekkefølge 1 til 3.

De tre forskningsspørsmålene er:

1. *Hvordan vurderes samvalgsverktøyet i forhold til kunnskap og betydningen av denne kunnskapen?*
2. *Hvordan vurderes samtalens betydning?*
3. *Hvordan vurderes egenvurderingsskjemaet og hvordan ble egenvurderingsskjemaet brukt?*

Studiens prosjektmetodikk og metodiske overveielser vil påfølgende bli diskutert.

5.1 Samvalgsverktøyet betydning

Dette forskningsspørsmålet belyser hvordan samvalgsverktøyet vurderes i forhold til kunnskap og betydning av denne kunnskapen. Deltagerne svarte på fire spørsmål som omhandler samvalgsverktøyet, kunnskap og betydning av denne kunnskapen. Disse fire spørsmålene vil bli knyttet til dette forskningsspørsmålet. Det første spørsmålet er om hvor stor grad samvalgsverktøyet ga ny kunnskap om ulike smertelindringsmetoder og fordeler og ulemper ved disse smertelindringsmetodene (vedlegg 3, spørsmål 1). Det andre spørsmålet handler om i hvor stor grad denne kunnskapen var viktig for forberedelse til fødsel (vedlegg 3, spørsmål 2). Det tredje spørsmålet er om i hvor stor grad samvalgsverktøyet påvirket tankene om bruk av smertelindring (vedlegg 3, spørsmål 3) og det fjerde spørsmålet undersøker i hvor stor grad samvalgsverktøyet ga trygghet før fødselen (vedlegg 3, spørsmål 4).

På det første spørsmålet om i hvor stor grad verktøyet ga ny kunnskap om ulike smertelindringsmetoder og fordeler og ulemper ved disse smertelindringsmetodene, svarte 77% av deltagerne at verktøyet i stor grad eller i svært stor grad hadde gitt ny kunnskap. Etter fødselen svarte 66% av deltagerne at verktøyet i stor grad eller i svært stor grad hadde gitt ny kunnskap. Det er en betydelig stor andel av deltagerne som vurderte at samvalgsverktøyet i

stor grad eller i svært stor grad ga ny kunnskap etter samtalen, uten at dette endret seg signifikant etter fødselen. Deltagerne ble ikke spurt om hva som var ny kunnskap for dem.

Studier ved Raynes-Greenow m.fl. og Stacy D m.fl. viser at samvalgsverktøy øker kunnskap. Raynes-Greenow m.fl. fant at det var betydelig bedre kunnskap om smertelindringsmetoder i fødsel hos gravide som brukte samvalgsverktøy som en del av fødselsforberedelsen, enn gravide som brukt brosjyre (20). I denne studien fra Australia deltok 596 førstegangsgravide kvinner. De ble randomisert til å bruke enten et samvalgsverktøy eller en brosjyre som en del av forberedelsen til fødselen. Samvalgsverktøyet var et hefte på 55 sider eller en lydbok på 40 minutter, og en arbeidsbok på fire sider. Brosjyren var på fire sider. Studien målte kunnskap om smertelindring hos de gravide deltagerne i starten av prosjektet og i svangerskapsuke 38 (20).

Folkehelseinstituttet skriver på sin nettside at samvalgsverktøy øker kunnskapsnivå blant pasienter (15). De refererer til en systematisk review i Cochrane hvor Stacy D. m.fl. undersøkte hvordan samvalgsverktøy kan hjelpe mennesker som skal ta beslutning om en behandling eller en undersøkelse, i denne prosessen. De fant at når mennesker bruker samvalgsverktøy økes kunnskap om valgmuligheter og de føler seg mer informert, bedre informert, og mer tydelig om hva som er viktig for dem (34). Kunnskapsnivået var gjennomsnittlig 13,7 % høyere hos de som brukte samvalgsverktøy i forhold til de som brukte tradisjonell beslutningsprosess. I forhold til informerte beslutninger følte gjennomsnittlig 9,27 % flere seg mer informerte av samvalgsverktøy enn ellers. Det var gjennomsnittlig 8,8 % lavere forekomst av uklarhet om egne preferanser hos de som brukte et samvalgsverktøy enn i andre tradisjonelle beslutningsprosesser (15).

I dag, hvor kunnskap er lett tilgjengelig er det kanskje overraskende at 77% av deltagerne i prosjektet svarte at samvalgsverktøyet i stor grad, eller i svært stor grad hadde gitt ny kunnskap etter samtalen, og at 66% av deltagerne svarte det samme etter fødselen. Det vil i det følgende bli redegjort for de vanligste informasjonskilder de gravide har om smertelindring i fødsel, og hvilken informasjon de har tilgang til, for å forstå årsak til den høye andelen av deltagere som oppga at samvalgsverktøyet ga ny kunnskap.

Alle gravide i Norge går til svangerskapskontroll hos jordmor eller lege. Myndighetene anbefaler i Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen at det gis minimum 8

svangerskapskontroller i løpet av svangerskapet (18) kap 2. Hvorav det anbefales en samtale om fødsel i svangerskapsuke 36 og i svangerskapsuke 38 (18) kap 2. Anbefalt innhold i denne samtalen spesifiseres ikke ytterligere. Retningslinjen sier også at gravide har ulik kunnskap og livserfaring, og at informasjonsbehovet derfor er individuelt. Informasjonen som blir gitt må derfor være god nok til at den gravide kan medvirke og ta valg om egen helse (18) kap 1. Det anbefales også at gravide får informasjon om fødsels- og/eller foreldreforbereende kurs. I tillegg henvises det til informasjon for gravide på helsenorge.no (18) kap 1.

Fødselsforbedrende kurs tilbys gravide på mange helsestasjoner i Norge. I tillegg er det også private aktører som tilbyr denne type kurs. Ferguson m.fl. skriver at fødselsforbedrende kurs blir sett på som en viktig komponent i svangerskapsomsorgen i Australia (19). De fleste helsepersonell anbefaler det, og de fleste foreldrene bruker denne tjenesten. Mål, innhold og prosesser for kursene varierer da det mangler vedtatte standarder og retningslinjer, noe som gjør evaluering vanskelig (19). Raynes-Greenow m.fl. undersøkte hvor de gravide hadde fått informasjon om smertelindring i fødsel fra, utover samvalgsverktøyet eller brosjyren de fikk i studien (20). De fant at det var ingen forskjell mellom den gruppen som brukte samvalgsverktøy og i gruppen som brukte brosjyre hvor de hentet informasjon fra. De gravide hentet kunnskap fra familie og venner, bøker og fødselsforbedrende kurs (20) s. 12. Denne studien er publisert i 2010. Internett ville antakelig også vært en oppgitt kilde til informasjon dersom undersøkelsen var gjennomført i dag.

De gravide i Norge får sannsynligvis kunnskap om smertelindringsmetoder i fødsel fra familie, venner, bøker og fødselsforbedrende kurs, likt det Raynes-Greenow m.fl. fant. I tillegg er det i dag også mye informasjon å finne på internett. Som i Australia blir fødselsforbedrende kurs også sett på som en viktig del av fødselsforbedrelsene gravide gjør i Norge, og heller ikke i Norge er det standard og retningslinjer for disse kursene. Hvilken informasjon som gis på kursene kan derfor variere. Internett har lett tilgjengelig informasjon. Det vil redegjøres nærmere hvilken informasjon de gravide har tilgang til dersom de søker smertelindring i fødsel.

Helsenorge.no kommer opp som en av de første treffene med tittelen «Epidural og smertelindring under fødselen (35). I selve teksten om smertelindring i fødsel på helsenorge.no fortelles det blant annet at motivasjon og trygghet er viktig for å kunne takle fødselssmerter (35). Deretter følger en liste over ikke- medikamentelle

smertelindringsmetoder. Disse omtales som «Smertelindrende tiltak uten legemidler». Det følger ingen beskrivelse av hvorfor disse er bra, eller om eventuelle ulemper ved noen av tiltakene. Etter dette følger en tekst om epidural- og spinalbedøvelse. Her beskrives det hvordan man får epidural og hvem som er anbefalt å bruke den. Ulemper beskrives som følgende: «Epiduralbedøvelse er sjelden forbundet med alvorlige komplikasjoner, men den kan gi svakere rier og langsommere fødselsframgang. Noen få opplever hodepine etter fødselen, og enkelte får midlertidig nedsatt nervefunksjon i beina etter epidural. Varige forandringer er imidlertid svært sjeldne» (35). Innholdet på helsenorge.no er levert av helsedirektoratet.

Samvalgsverktøyet som ble utarbeidet i denne studien inneholdt informasjon om de ulike typer smertelindringsmetoder som blir vurdert som smertelindring i fødsel. Alle metodene: fødselens hormoner, støtteperson, pust og avspenning, bevegelse og hvile, massasje, dusj/badekar/varmepose/varme omslag, steriltvannspapler, akupunktur, epiduralbedøvelse, og pudendal ble beskrevet med hvordan det gjennomføres, varighet, fordeler, ulemper og kilder. Alle alternativene ble fremstilt på samme måte, ingen av alternativene ble trukket fram spesielt. Dette er ulikt fra helsenorge.no som omtaler smertelindring i fødsel med overskriften «Epidural og smertelindring under fødselen (35). Beskrivelsen av epiduralbedøvelse på helsenorge.no mangler blant annet omtale av flere av de ulempene som samvalgsverktøyet beskriver.

Et stort antall av deltagerne i denne studien oppga at samvalgsverktøyet ga ny kunnskap etter samtalen. Etter fødselen vurderte fortsatt et stort antall deltagerne at samvalgsverktøyet ga ny kunnskap. Det er uvisst hvilken ny kunnskap deltagerne fikk. De gravide får informasjon fra ulike kilder som svangerskapskontroller, fødselsforbedrende kurs, internett bøker, venner, familie mm. Det er mulig at deltagerne i prosjektet fikk kunnskap fra samvalgsverktøyet om smertelindring de ikke hadde hørt om før. Det kan også tenkes at deltagerne fikk kunnskap om noe som de hadde hørt om før, men ikke tenkt på som smertelindring, for eksempel hva som hemmer eller fremmer fødselens hormoner eller viktigheten av en støtteperson, og derfor vurderte kunnskapen som ny. Det kan også være at kunnskapen de fikk fra verktøyet var mere utfyllende enn den kunnskapen de hadde før, og at det derfor ble betraktet som ny kunnskap. Til slutt kan det tenkes at siden informasjonen i samvalgsverktøyet var presentert på en oversiktlig og samlet måte, og språket var gjort så allment som mulig, var kunnskapen lettere å ta til seg, og at kunnskapen derfor ble betraktet som ny.

I spørsmål nummer 2 ble det spurt om hvor viktig denne kunnskapen var for forberedelse til fødselen. Her svarte 91% etter samtalen at denne kunnskapen i stor grad, eller i svært stor grad var viktig for forberedelse til fødselen. Etter fødselen svarte 81% det samme. Endringen er ikke signifikant. Det er ikke kjent hvilken ny kunnskap deltagerne fikk. Kunnskapen ble vurdert som viktig av svært mange deltagere etter samtalen, og den ble fortsatt vurdert som viktig etter fødselen.

Samvalgsverktøy gir kunnskap som kan gjøre det lettere å ta informerte valg.

Raynes-Greenow m.fl. fant at de gravide som brukte samvalgsverktøy i forberedelse til fødsel var mer informert om smertelindringmulighetene i fødsel enn de som brukte brosjyre, og at de som brukte samvalgsverktøy derfor var i bedre stand til å informerte beslutninger om smertelindring under fødselen (20). Fødselsforberedende kurs kan gi trygghet, men kan også gi flere utilsiktede følger som for eksempel intervensjoner i fødsel. Ferguson m.fl. identifiserte flere positive aspekter ved fødselsforberedende kurs (19). De fant at færre gravide kom til sykehuset med «falske» rier, de gravide var mindre engstelige og hadde større grad av partnerinvolvering. Negative effekter som ble indentifiserte var økt forekomst av intervensjoner i fødslene som eks, igangsetting av fødsel og bruk av epiduralbedøvelse (19).

Den nye kunnskapen deltagerne fikk fra samvalgsverktøyet i denne studien ble betraktet som viktig for forberedelse til fødselen for mange av deltagerne. Det kan tenkes at deltagerne i studien vår knyttet den nye kunnskapen til bedre muligheter for å kunne ta informerte valg om smertelindring i fødsel, slik Raynes-Greenow m.fl. fant i deres studie.

Spørsmål 3 omhandler i hvor stor grad verktøyet påvirket tanker om bruk av smertelindring. Etter samtalen svarte 59% av deltagerne at de i stor grad, eller i svært stor grad opplevde at verktøyet påvirket tankene deres om bruk av smertelindring, mens 49% mener det samme etter fødselen. Endringen er ikke signifikant. Dette er også et tema som Raynes-Greenow m.fl. undersøkte (20). De undersøkte hva deltagerne hadde intensjon om å bruke/ikke bruke av smertelindring i fødsel, både før introduksjon av samvalgsverktøy eller brosjyre, og etterpå. Deretter undersøkte de hva deltagerne hadde brukt av smertelindring i fødselen. (20) s. 13. I begge gruppene, både i gruppen som forberedte seg ved bruk av samvalgsverktøy som hefte eller lydbok og gruppen som brukte en brosjyre, tenkte majoriteten av gravide blant annet at de skulle ha en støtteperson med seg i fødsel, og 5-8 % av deltagerne tenkte at de absolutt ville bruke epidural (20). Det var ingen forskjell mellom gruppene i forhold til hva de hadde

tenkt å bruke av smertelindring. De fleste hadde tatt noen valg, men var villig til å endre på valgene. I svangerskapsuke 38 ble første oppfølgingen i studien gjort. Den viste at gruppen som hadde brukt samvalgsverktøy hadde større kunnskap om smertelindring i forhold til gruppen som brukte brosjyre. De gravide vurderte høy tilfredshet med fødselsplanen sin i begge gruppene. Det ble undersøkt om de hadde tilstrekkelig kunnskap til å ta beslutning om smertelindring. I gruppen som brukte samvalgsverktøyet var det flere som mente at de hadde nok informasjon til å ta beslutning om smertelindring i fødsel, enn i gruppen som brukte brosjyre. Etter fødselen ble det undersøkt hvilken smertelindring deltagerne hadde brukt i fødselen (20). Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene i forhold til bruk av smertelindring. Det var heller ingen forskjell mellom intensjonen om bruk av smertelindring og bruken mellom de to gruppene, men det var en generell forskjell mellom intensjon om bruk og den aktuelle bruken for begge gruppene. Den største forskjellen var i forhold til lystgass, epiduralbedøvelse og opioider. Blant kvinner som ikke hadde tenkt å bruke lystgass, brukte 40% det. Det var 6 % av deltagerne som hadde intensjon om å bruke epiduralbedøvelse mot 37,8% som brukte epiduralbedøvelse. Alt i alt brukte kvinnene ikke-farmakologiske smertelindringsmetoder oftere enn farmakologiske smertelindringsmetoder, og dette var i tråd med intensjonene. Absolutte intensjoner om bruk av smertelindring førte ikke nødvendigvis til at denne smertelindringen ble brukt (20) s. 13.

Samvalgsverktøyet påvirket tankene til omtrent halvparten av deltagerne i prosjektet i forhold til hva de trodde de ville bruke av smertelindring i fødselen etter samtalen, og denne påvirkningen endret seg ikke signifikant etter fødselen. Det ble ikke undersøkt nærmere på hvilken måte de ble påvirket. Det kan tenkes at noen deltagerne ble mer skeptisk til en type smertelindring på grunn av mer informasjon om den, mens andre deltagere kan ha blitt beroliget av mer informasjon. Andre kan ha blitt oppmerksom på smertelindringsalternativer de ikke hadde hørt om fra før, og derfor fått påvirket tanker om bruk av smertelindring. Dersom funnene til Raynes-Greenow m.fl. kan overføres til Norge, vil intensjonen om å bruke smertelindring i fødsel ikke endre seg ved bruk av samvalgsverktøy. Det vil også bety at bruken av epiduralbedøvelse ikke vil påvirkes ved bruk av samvalgsverktøyet, at et fåtall av kvinner vil ha intensjon om å bruke epiduralbedøvelse, mens mange vil komme til å bruke det.

De foregående spørsmål handler om graden av ny kunnskap, hvor viktig denne kunnskapen var og i hvilken grad den påvirket tanker om bruk av smertelindring. Det fjerde spørsmålet

undersøker i hvor stor grad samvalgsverktøyet ga trygghet før fødselen. 65% av deltagerne svarte at de i stor grad eller i svært stor grad opplevde at verktøyet ga mer trygghet etter samtalen, og 77 % svarte det samme etter fødselen, uten at forskjellen er signifikant. Det ble ikke undersøkt direkte hva ved samvalgsverktøyet som ga trygghet til deltagerne.

Deltagere opplevde at samvalgsverktøyet ga økt trygghet. Både Brunstad m.fl. (16), Ferguson m.fl. (19) og Raynes-Greenow m.fl. (20) tar opp forholdet mellom kunnskap og trygghet. Brunstad m.fl. skriver at engstelse kan blant annet reduseres eller forebygges ved at god informasjon gis i svangerskapet (16) s. 440. Dersom den fødende er utrygg og redd i fødselen skiller kroppen hennes ut stresshormoner, som igjen fører til nedsatt blodtilførsel til livmoren, dårligere rier og lenger fødselsvarighet (16) s. 440. Ferguson m.fl. fant at gravide som hadde vært på fødselsforberedende kurs var mindre engstelige i fødselen enn de som ikke hadde vært på kurs (19). Raynes-Greenow m.fl. fant at deltagerne som brukte samvalgsverktøyet fikk økt kunnskap om smertelindring i forhold til de som brukte brosjyre, men at graden av engstelse som var lav i begge gruppene i utgangspunktet, endret seg ikke (20). Disse to studiene har ulike funn i forhold til forberedelse og engstelse. Ferguson m.fl. finner at gravide som hadde vært på fødselsforberedende kurs var mindre engstelige i fødselen, mens Raynes-Greenow m.fl. fant at det ikke var forskjell i grad av engstelse i gruppen som brukte samvalgsverktøy i forhold til gruppen som brukte brosjyre. I begge gruppene var det lav grad av engstelse i utgangspunktet.

I denne studien er det uvisst hva ved samvalgsverktøyet som ga trygghet, og hvilken betydning tryggheten hadde for hver enkelte, men deltagerne vurderte at samvalgsverktøyet ga trygghet. Det var flere som vurderte at samvalgsverktøyet ga trygghet etter fødselen enn etter samtalen, uten at dette var signifikant.

5.2 Samtalens betydning

Dette andre forskningsspørsmålet tar for seg samtalens betydning. Deltagerne ble stilt to spørsmål om dette temaet. Det første spørsmålet handlet om i hvor stor grad samtalen ga mer trygghet før fødselen (vedlegg 3, spørsmål 7). Det andre spørsmålet er om hvor viktig at det er at samtalen foregår på Kvinneklinikken (vedlegg 3 spørsmål 8).

På spørsmål om i hvor stor grad deltagerne opplevde at samtalen ga mer trygghet før fødselen svarte 73 % svarer at de i stor grad, eller i svært stor grad opplevde at samtalen ga mer trygghet før fødselen. Etter fødselen svarte 78 % svarte det samme. Det er flere som svarer at samtalen ga mer trygghet etter fødselen enn etter samtalen, uten at endringen er signifikant. Det ble ikke undersøkt hva det var ved samtalen som ga mer trygghet. Det vil derfor redegjøres for ulike faktorer som kan ha betydning for dette resultatet. Som beskrevet før i kap 1.1 er samvalg en prosess der du sammen med helsepersonell tar beslutninger om hvilke undersøkelse- og behandlingsmetoder som passer best for deg (2). Det legges opp til en diskusjon mellom pasient og behandler om de ulike behandlingsalternativene. Pasient og behandler kommer sammen fram til det beste behandlingsvalget. Dette er sammenfallende med det Charles m.fl. skriver om den delte beslutningsprosessen i valg av behandling (5) s. 781, i kap 1.2. Den delte beslutningsprosessen beskrives som en toveis utveksling av informasjon hvor lege og pasient utveksler behandlingspreferanser og blir enige om beslutningen. Beskrivelse av samvalg på helsenorge.no (2) og hva Charles m.fl skriver om den delte beslutningsprosessen (5), har mange likheter til det Elwyn m.fl. skriver om samvalg og bruk av «Tre trinns modellen» (6) i kap 1.2. De ulike beskrivelsene har alle fokus på at pasienten skal være delaktig i beslutningen, og for å kunne være delaktig trenger den som er pasient kunnskap om behandlingsmuligheter, og om mulige risiko og bivirkninger ved disse.

Rammene rundt samtaler i denne studien er gravides rett til informasjon som omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven (11) §3-2 til 3-4, helsepersonells plikt til å gi informasjon omtalt i helsepersonelloven (12) §10 og samvalg som en prosess mellom den gravide og jordmor. Lally m.fl. konkluderer i deres studie at fødselsplanen, som ble brukt i England i 2014, burde endres (21). Den la opp til å velge smertelindring før fødsel. Lally m.fl. skriver at det ville være mere nyttig å fokusere på bedre informasjon og å engasjere de gravide i diskusjon om verdier, forventinger og preferanser, og hvordan disse påvirker valgene enn å få de gravide til å ta faste beslutninger om smertelindring i forkant av en fødsel (21). Samtalen var som beskrevet i kap 3.5 lagt opp som en dialog mellom den gravide og jordmor. Den gravide skulle bestemme hva hun ønsket å snakke om, og jordmor var oppfordret til gi positive tilbakemeldinger på tanker og holdninger den gravide hadde til fødselen. Det var ønskelig at den gravide skulle få svar på spørsmål og kunnskap som skulle hjelpe henne til å ta valg som var riktig for henne vedørende smertelindring under fødselen, og økt tro og trygghet på egen mestring i fødsel. Den oppnådde tryggheten i samtalen kan ha sammenheng med at den gravide deltagerne fikk samtale med en erfaren fødselsjordmor hvor hun kunne

stille de spørsmål hun ønsket, fikk kunnskapen formidlet på en måte som gjorde at hun fikk ny kunnskap eller mer utfyllende kunnskap, og at hun fikk positive tilbakemeldinger på egne refleksjoner omkring fødselen.

Deltagerne vurderte, som beskrevet i kap 5.1, at samvalgsverktøyet ga økt kunnskap og økt trygghet. Den økte kunnskapen fra samvalgsverktøyet kan skyldes at samvalgsverktøyet omtalte smertelindring som de gravide ikke hadde hørt om fra før, eller ikke hadde tenkt på som smertelindring. Eller at kunnskapen i samvalgsverktøyet var mer utfyllende enn kunnskapen de gravide hadde før, eller kanskje at utformingen på samvalgsverktøyet gjorde at kunnskapen var lettere å ta til seg. Årsak til at samtalen ga trygghet er ikke kjent. Forskning viser at fødselsforberedelser både kan dempe engstelse (19) eller ikke endre graden av engstelse (20). Det er overveiende sannsynlig at faktorer som økt kunnskap etter bruk av samvalgsverktøyet både før og i samtalen, og samtalens form og innhold bidro til at samtalen ble vurdert som viktig for trygghet av deltagerne.

På spørsmål om i hvilken grad det var viktig å komme til samtalen på Kvinneklinikken svarte 81% etter samtalen at det i stor grad, eller i svært stor grad var viktig å komme til samtale på Kvinneklinikken. Etter fødselen er det 75% som mener det samme. Endringen fra etter samtalen til etter fødselen er ikke signifikant. Det ble ikke undersøkt årsaker til hvorfor det var viktig at samtalen var på klinikken. I det følgende vil ulike faktorer som kan medvirke til dette bli presentert.

Det kan være ulike aspekter som gjorde det viktig å komme til Kvinneklinikken. De aller fleste som føder på klinikken har sitt første møte med klinikken i forbindelse med en ultralydundersøkelse. Rutineundersøkelse med ultralyd (terminbestemmelse) er et tilbud til de gravide i Norge. Tilbud om denne undersøkelsen skal gis i forbindelse med konsultasjon hos lege eller jordmor i primærhelsetjenesten i svangerskapets første trimester (18) kap. 2. Over 90 % av de gravide i Norge får gjort denne terminbestemmelsen i svangerskapsuke 17-19. (36) Is11:Terminmetode. Ultralydundersøkelsen foregår hovedsakelig på sykehusene i Norge og utføres av jordmor. Ut over denne undersøkelsen skal lege eller jordmor i primærhelsetjeneste individuelt vurdere kvinner med tilstander som kan ha behov for henvisning til spesialist eller fødepoliklinikk. (18) kap. 2. Noen gravide har komplikasjoner i svangerskapet og trenger derfor oppfølging hos spesialist eller fødepoliklinikk gjennom hele svangerskapet, enten som tillegg eller som erstatning for oppfølgingen i primærhelsetjenesten.

Andre gravide blir henvist til enkeltstående undersøkelse, men fortsetter oppfølgingen i primærhelsetjenesten. Hvor mange av deltagerne som hadde vært til undersøkelser, eller hadde jevnlig oppfølging på Kvinneklubben i svangerskapet er uvisst da dette ikke ble undersøkt. Antakelig hadde noen av deltagerne ikke vært på klubben siden terminbestemmelsen, mens andre hadde vært til en eller flere kontroller på klubben. Det å komme til klubben i seg selv, å ha en samtale med en erfaren fødselsjormor, eller å komme for å ha en samtale og ikke for skulle undersøkes på bakgrunn av risiko eller avvik kan hver for seg, eller til sammen ha medvirket til at det var viktig at samtalen var på Kvinneklubben.

5.3 Egenvurderingsskjemaets betydning

Dette forskningsspørsmålet handler om egenvurderingsskjemaets betydning. Det ble stilt to spørsmål til deltagerne om dette temaet. Det første spørsmålet handler om hvor viktig deltageren trodde at egenvurderingsskjemaet ville være som en informasjonsformidling fra deltager til jormor i fødsel (vedlegg 3, spørsmål 5). Etter fødselen ble dette første spørsmålet utvidet til flere spørsmål. Disse spørsmålene undersøker bruken og erfaringene med egenvurderingsskjemaet. Det var knyttet fire underspørsmål til dette spørsmålet.

Det første var om egenvurderingsskjemaet ble brukt (vedlegg 3, spørsmål 5 a etter fødsel). Dersom det ble brukt ble det spurt om det ble levert til jormor i fødsel (vedlegg 3, spørsmål 5 b etter fødsel). Dersom det ble levert ble det spurt om deltager opplevde at jormor brukte det (vedlegg 3, spørsmål 5 c etter fødsel). Til slutt ble det spurt om i hvor stor grad deltager opplevde at egenvurderingsskjemaet ble en informasjonsformidling fra henne til jormor (vedlegg 3, spørsmål 5 d etter fødsel). Det andre spørsmålet handler om i hvor stor grad samtalen var viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet (vedlegg 3, spørsmål 6).

På det første spørsmålet om egenvurderingsskjemaet som informasjonsformidling til jormor svarte 79 % av deltagerne at de trodde at egenvurderingsskjemaet i stor grad, eller i svært stor grad ville være viktig som en informasjonsformidling fra henne til jormor. Etter fødselen svarte 74 deltagere på telefonspørsmålene. 89% av deltagerne (66 deltagere) hadde brukt egenvurderingsskjemaet. 82% av deltagerne (54 deltagere) hadde levert det til jormor og 80 % av de som levert det opplevde at jormor brukte det (43 deltagere). 59 % deltagere (32 deltagere) svarte at de i stor grad, eller i svært stor grad, opplevde at egenvurderingsskjemaet ble en informasjonsformidling fra seg selv til jormor.

I samvalgsværktøy på helsenorge.no er det et eget tema som kalles «refleksjoner». I «refleksjoner» kan man med pålogging til «Min helse» på helsenorge.no notere ned viktig informasjon for eksempel dersom man har tatt et valg, eller det er noe som er viktig for en. Informasjonen kan lagres og skrives ut, og deretter tas med til behandler (13). Refleksjoner ble i prosjektet til egenvurderingsskjema, slik som beskrevet i kap 3.3.4.

Egenvurderingsskjemaet var lagt opp til at det ikke skulle gjøres valg om smertelindring før fødselen. Det skulle gi deltageren mulighet for å kunne gjøre refleksjoner om hva hun kunne tenke seg å få hjelp til/ trodde hun ville trenge /var åpen for å prøve/ikke ønsket å bruke av smertelindring i fødsel, og deltagerne ble oppmuntret til å bruke egenvurderingsskjemaet som et fødebrev. Dette er i tråd med studien til Lally m.fl som mener at gravide bør engasjeres i diskusjon om verdier, forventinger og preferanser, og hvordan dette påvirker valgene om smertelindring (21). Egenvurderingsskjemaet var også ment å kunne fungere som en informasjonsformidling til jordmor i fødsel utover den muntlige informasjonen, og det synes som om deltagerne vurderte at egenvurderingsskjemaet kunne brukes til dette siden 89% av deltagerne hadde brukte det, og 82 % av deltagerne leverte egenvurderingsskjemaet til jordmor i fødsel.

Brunstad m.fl. skriver at noen par lager et brev med ønsker for fødsel og smertelindring, enten selv eller sammen med jordmor, og tar dette med seg til fødeavdelingen (16) s. 495. Dersom denne forberedelsen skal ha en positiv effekt for kvinnen må jordmor støtte kvinnens ønsker og ikke overse eller motarbeide kvinnens planer når hun kommer til fødeavdelingen (16) s. 495. Det er således et tilfredsstillende resultat at 80 % av de som leverte egenvurderingsskjemaet også opplevde at jordmor brukte det, og at 59 % deltagerne svarte at de i stor grad, eller i svært stor grad opplevde at egenvurderingsskjemaet ble en informasjonsformidling fra seg selv til jordmor.

Egenvurderingsskjemaet var lagt opp til å bygge opp under en beslutningsprosess, men uten at man skulle bestemme seg. Både den delte modellen for beslutningsprosessen beskrevet i kap 1.2, figur 1, og Tre trinns modellen beskrevet i kap 1.2, figur 3, legger opp til at beslutning tas mellom behandler og pasient i fellesskap. Egenvurderingsskjemaet var således et godt utgangspunkt for en felles beslutning mellom den gravide og jordmor i fødsel.

Det andre spørsmålet handler om i hvor stor grad samtalen var viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet. 80% av deltagerne mente at samtalen i stor grad, eller i svært stor

grad var viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet etter samtalen, mens etter fødselen mente 55% det samme. Denne endringen fra etter samtalen til etter fødselen har betydning, og er signifikant. Dette er det eneste funnet som var signifikant i studien. Der er flere aspekter ved dette funnet. Egenvurderingsskjemaet er som nevnt før laget utfra «Mine refleksjoner» i samvalgsverktøyet for sykelig overvekt (kap 3.3.4) «Mine refleksjoner» handler om at man kan gjøre seg opp en mening om hva som passer for en selv og det er lagt opp til at man gjøre det alene eller sammen men en man stoler på (13). Deltagerne i studien fikk først utlevert egenvurderingsskjemaet etter samtalen. Det kan tenkes at når deltagerne fikk sett nærmere på egenvurderingsskjemaet, alene eller med partner etter samtalen, så var det relativt enkelt å bruke på egen hånd. Dette kan være en medvirkende årsak til at funnet er signifikant. Til tross for dette er det fortsatt 55% av deltagerne som mener at samtalen i stor grad, eller i svært stor grad var viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet. Funnet støtter opp under at gravide kan bruke egenvurderingsskjemaet uten en samtale.

5.4 Prosjektmetodikk

Denne studien evaluerer et kvalitetsforbedrende prosjekt hvor Model of Improvement ble brukt som prosjektmetodikk. Prosjektet utarbeidet som beskrevet i kap 3.3 et samvalgsverktøy om smertelindring i fødsel og inviterte gravide i svangerskapsuke 36-37 til en samtale med jordmor på Kvinneklubben. Deltagernes erfaring med samvalgsverktøyet og samtalen ble undersøkt ved bruk av spørreskjema. I det følgende vil prosjektmetodikken diskuteres i forhold til utvikling av samvalgsverktøyet og samtalen, målinger og spørreskjema.

Forbedringsmodellen Model of Improvement er som beskrevet i kap 1.7 en arbeidsmetode for kvalitetsutvikling (26) s. 11. Det er tre spørsmål og svare fra disse spørsmålene som danner grunnlaget for forbedringsarbeidet sammen med PDSA sirkelen (Plan, Do, Study, Act) (26) s. 11. De tre spørsmålene handler om hva vi ønsker å oppnå med forbedringen, hvordan vi kan vite om en endring er en forbedring og hvilke endringer vi kan gjøre for å oppnå forbedringen (26) s. 11. De tre spørsmålene og svarene derfra dannet grunnlaget for prosjektets mål, gjennomføring og målinger sammen med PDSA sirkelen. Model of Improvement var en derfor egnet prosjektmetodikk for dette kvalitetsforbedrende prosjektet.

Prosjektet hadde et ønske og en målsetning om å øke/forbedre gravides kunnskap om smertelindringsmuligheter i fødsel. Dette ville de prøve å oppnå med å bruke et samvalgsverktøy og en samtale med jordmor på sykehuset. Dette er svaret på det første av de tre spørsmålene som grunnlag for forbedringsarbeidet. Arbeidet med utprøving/testing av samvalgsverktøyet og samtale med bruk av PDSA sirkelen førte etter hvert til et tydeligere og mer brukervennlig språk, og en mer oversiktlig utforming av samvalgsverktøyet. PDSA sirkelen ble oppfattet som et godt verktøy for dette arbeidet. Utprøvingene viste også at det var behov for å ha plan for gjennomføring av selve samtalen. Da prosjektperioden startet ble det gjort syv tester, etter dette ble det ikke gjort flere utprøvinger/endringer hverken på samvalgsverktøyet eller samtalen.

De neste to spørsmålene som danner grunnlag for forbedringsarbeidet er spørsmålet om hvordan vi kan vite om en endring er en forbedring, og hvilke endringer vi kan gjøre for å oppnå forbedring (26) s. 11. Disse spørsmålene omhandler målinger, eventuelle tiltak og nye målinger igjen. Langley m.fl. mener at kontinuerlige målinger, antall observasjoner, dokumentasjon av hva mennesker tenker eller føler, vurdering og rangering er data som støtter forbedringsarbeid (28) s. 28. Innsamlingen at data bør starte med en plan som inkluderer hvilke data som skal samles, hvordan data skal samles, hvem som skal samle data og, når og hvor skal data skal samles (28) s. 29. Data basert på personlig erfaringer spiller en nøkkelrolle i mange forsøk på forbedringer (28) s. 420. Dessuten kan man spørre mennesker om deres følelser på spesifikke eller tilfeldige tidspunkter (28) s. 422.

Prosjektgruppen valgte å undersøke de personlige erfaringene deltagerne fikk ved deltagelse i prosjektet i forhold til kunnskap og trygghet. Prosjektet kunne ha valgt å undersøke for eksempel ny kunnskap om de ulike typer smertelindringsmetodene. Dette kunne ha vært gjennomført ved en måling av konkret kunnskap før samtalen, og deretter en ny måling av kunnskap etter samtalen eller senere, slik Raynes-Greenow m.fl. undersøkte i Australia i 2010 (20). Prosjektgruppen ønsket imidlertid kunnskap om samvalgsverktøyet og samtalens betydning, og valgte derfor å undersøke kunnskap og trygghet hos de gravide.

Spørreskjema ble brukt som evalueringsverktøy. Langley m.fl. sier at ulike rangerings- og vurderingsskalaer kan brukes for å hente ut data om personlige erfaringer, og at de svarmulighetene kan rangeres (28) s.422-423. For å undersøke de personlige erfaringen til de gravide ble det valgt en rangeringsskala på fem svarmuligheter fra i svært liten grad til i svært

stor grad på alle spørsmål, unntatt spørsmål 5 etter fødselen (vedlegg 3, spørsmål 5 a,b,c,d). Vet ikke ble også lagt til som en svarmulighet. Spørsmålene som ble valgt var valgt utfra hva prosjektgruppen ønsket å vite. Spørreskjemaundersøkelse ble gjennomført to ganger, og har gjort det mulig å sammenligne data fra etter samtalen mot etter fødselen. Model of Improvements to siste spørsmål handler om hvordan vi kan vite om en endring er en forbedring, og hvilke endringer vi kan gjøre for å oppnå forbedringen (26) s. 11.

Første målingen etter samtalen var et utgangspunkt for andre måling. Denne første målingen viser at mange fikk ny kunnskap fra samvalgsverktøyet, at de vurderte at kunnskapen var viktig, at tanker om smertelindring ble påvirket av verktøyet og at verktøyet ga trygghet. Dessuten vurderte mange at egenvurderingsskjemaet ville være en informasjonsformidling til jordmor. Målingen viser også at samtalen ga trygghet, at samtalen var viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet og det at samtalen var på Kvinneklinikken var viktig.

Andre måling sammenlignes med første måling for å vite om fødselen og tiden mellom målingene endrer resultatene. Intervallet mellom målingene er utdypet i kap. 3.6. Andre måling viser at deltagerne fortsatt vurderer at de fikk ny kunnskap fra samvalgsverktøyet, at kunnskapen var viktig, at tanker om smertelindring ble påvirket av verktøyet og at det ga trygghet i like stor grad som etter samtalen. Mange vurderte fortsatt at egenvurderingsskjemaet ville være en informasjonsformidling til jordmor, og at samtalen både ga trygghet og at det var viktig at den var på Kvinneklinikken. Den eneste signifikante endringen ved andre måling var at færre mente at samtalen var viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet.

De to målingene viser at førstegangs gravide fikk kunnskap og trygghet ved bruk av samvalgsverktøy om smertelindring i fødsel og en samtale med jordmor i svangerskapsuke 36-37, og at denne kunnskapen og tryggheten vedvarer etter fødselen. Det er færre som mener at det er nødvendig med en samtale for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet etter fødselen, enn etter samtalen, men det er fortsatt 55 % som mener at samtalen er viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet etter fødselen.

5.5 Metodiske overveielser

Det er uvisst om prosjektgruppen ville valgt å gjennomføre prosjektet på samme måte dersom det skulle gjennomføres i dag. I det følgende vil noen av styrkene og svakhetene ved prosjektet beskrives.

Spørreskjema ble utarbeidet i samarbeid med Fagsenter for pasientrapporterte data i Helse Bergen. Konstruksjonsvaliditet er ifølge Mainz m.fl. en overensstemmelsen mellom det man ønsker å måle og det man måler (24) s. 227. Innholdsvaliditet omhandler i hvilken grad måleinstrumentet dekker de forskjellige sidene av det emnet man ønsker å undersøke, og overflatevaliditet vil si at måleinstrumentet blir vurdert og funnet relevant og dekkende til å måle det fenomenet som skal måles (24) s. 227. En pilottest kan brukes for å få mer kunnskap om måleinstrumentet (24) s. 228. Det er en svakhet for studien at det ikke ble gjort en pilottest på spørreskjema på et utvalg av førstegangs gravide før det ble tatt i bruk. En pilottest ville avdekket om noen av spørsmålene kunne misforstås av de gravide. Det er derfor usikkert hvor stor konstruksjonsvaliditeten er. Både innholdsvaliditet og overflatevaliditet ble testet på jordmødre som skulle holde samtaler og i arbeidsgruppen, og er derfor en styrke for studien.

Det var viktig for resultatene i prosjektet at samtaler ble noenlunde like fra gang til gang da det ellers kunne være vanskelig å oppnå overførbare resultater. Samtalene skulle gjennomføres som samvalg. Samvalg er mer beskrevet i kap 1.1, og er en prosess hvor den som trenger helsehjelp sammen med helsepersonell kommer frem til og tar beslutninger om en undersøkelses- og behandlingsmetode som er riktig for den det gjelder (2). Samtalene skulle ta utgangspunkt i beslutningsprosessen som i den delte modellen i beslutningsprosessen (Figur 1 s. 6) og Tre trinns modellen (figur 3 s. 8) beskriver, uten at de gravide skulle ta beslutning om smertelindring. Jordmødrene som holdt samtaler fikk økt kompetanse og trening i kommunikasjon fra kurset «4 gode vaner». Det ble avholdt møter med jordmødrene om hva samvalg er, og hvordan det kan utføres. Alle jordmødrene holdt samtaler sammen med annen jordmor de første samtaler, og plan for samtale ble brukt ved alle samtaler. Faktorer som at samtaler ble gjennomført noenlunde likt og at jordmødrene hadde kunnskap om samvalg og kommunikasjon betraktes som styrker ved studien.

Ifølge Mainz m.fl. betyr reliabilitet at målemetoden viser høy grad av overensstemmelse ved gjentatte målinger, under de samme betingelsene (24) s. 226. Det er en styrke for studien at

samtalene ble gjennomført noenlunde likt fra gang til gang, men også at kommunikasjonskompetansen hos jordmødrene som holdt samtalene var noenlunde like. Dessuten var spørreskjema validert, både for å være sikker på at studien fikk dekket det som var ønskelig å undersøke, og at spørreskjema var relevant og dekkende for det studien ønsket å undersøke. I tillegg ble spørreskjema utlevert til alle deltagerne etter samtalen, de fikk tid til å svare på spørsmål alene og etter fødsel ble det brukt en plan for spørsmål. Disse faktorene er viktige for å gi god reliabilitet i studien.

Utvalget i studien var 82 gravide kvinner i svangerskapsuke 36/37 som ventet sitt første barn, kunne lese samvalgsværktøyet på norsk og ønsket deltagelsen i prosjektet. Det er en styrke for studien at utvalget var homogent. Resultatene vurderes som overførbare til andre gravide med gode norskkunnskaper. Det er en svakhet i studien at resultatene ikke uten videre kan derfor overføres til alle førstegangs gravide i Norge, da studien utelukket deltagelse av gravide som ikke snakket norsk. Det er uvisst om språk og kulturbakgrunn kan påvirke effekten av samvalgsværktøyet og samtalen.

Prosjektgruppen vurderte om kjennskap til alder og utdanningsbakgrunn hos prosjektdeltagerne ville bidra til en større kunnskap i prosjektet. Prosjektgruppen vurderte også om svar etter samtalen skulle kobles mot svar etter fødselen. Alder og utdanningsbakgrunn, og kobling av svar, kunne blitt undersøkt hver for seg eller sammen. Det hadde da vært mulig å undersøke om variablene alder og utdanning påvirket resultatet. Dersom data hadde vært koblet kunne svar fra hver enkelt deltager blitt analysert, og endringen blitt undersøkt på individnivå. Prosjektgruppen mente at alder, utdanning og hva enkelte deltager svarte etter samtalen, og etter fødselen, ikke var viktig for prosjektets resultater. Prosjektet ønsket å få kunnskap om hva deltagerne mente om samvalgsværktøyet og samtalen på gruppenivå, ikke individnivå. Dette vurderes som en svakhet for studien, men en styrke for prosjektet.

Svar gitt i spørreskjema kan påvirkes av flere faktorer. Spørreskjema etter samtalen ble utlevert for besvarelse like etter samtalen. Dersom opplevelsen av samtalen var god kan det tenkes at svarene ble påvirket av dette. Det kan heller ikke utelukkes at noen prosjektdeltagere følte på forventinger om å svare på spørsmål, og at svarene kan ha blitt påvirket av dette. På spørsmål om samtykke kan det tenkes at deltagere følte forventning om å gi samtykke til telefonspørsmålene etter fødselen, men at de egentlig ikke ønsket dette. I besvarelsen av

telefonspørsmål kan det være vanskelig for deltageren å gi ærlige svar da det kan ligge en implisitt forventning til å gi gode svar. For å redusere dette sa jordmor til alle deltagere at prosjektet ønsket at hun skulle svare på spørsmål som hun mente svarene var, og ikke hva hun trodde jordmor ønsket å høre, men det er uvisst om dette hadde en effekt.

Svarprosenten fra deltagerne i studien var 100 % etter samtalen, og 90 % etter fødselen. Den høye svarprosenten etter samtalen og etter fødselen er en styrke for studiens resultater.

Prosjektets målsetning var å øke deltageres kunnskap om smertelindring. Resultatene etter samtalen viser at 77 % av deltagerne fikk ny kunnskap. Etter fødselen opprettholdes vurderingen om ny kunnskap fra 66% av deltagerne. Dette resultatet vurderes som en styrke for prosjektet.

En styrke for prosjektet og for studien er at samvalgsværktøyet om smertelindring i fødsel sammen med en samtale med jordmor på sykehuset var et tiltak som, så langt som prosjektgruppen vet, ikke har vært prøvd ut i Norge før nå. Kunnskapen i prosjektet og i denne oppgaven er derfor antakelig ny.

6. Konklusjon

Denne masteroppgaven har evaluert kvalitetsforbedringsprosjektet «Samtale og bruk av samvalgsværktøy ved forberedelse til fødsel». Studien har søkt svar på hvordan gravide kvinner erfarer en samtale med jordmor på sykehuset og bruk av samvalgsværktøy om smertelindring i fødsel. Spørreskjema er anvendt som evalueringsværktøy. Det er gjort to uavhengige målinger. Første målepunkt er like etter samtalen og andre målepunkt er ca. fire uker etter fødselen/ ca. åtte uker etter samtalen. Data er samlet inn og analysert på gruppenivå. Resultatene er testet i Pearsons chi- kvadrattest for å undersøke om det er variasjon i svar gitt etter samtalen, sammenlignet med svar gitt etter fødselen. Resultatene var ikke signifikante ved $p < .05$.

Utvalget i studien var førstegangs gravide kvinner i svangerskapsuke 36-37 som kunne lese samvalgsværktøyet på norsk og som ønsket deltagelse i prosjektet. Data ble samlet inn i perioden april 2018 til mai 2019. 82 gravide kvinner deltok i prosjektet og det ble samlet inn

data fra 82 spørreskjema etter samtalen og 74 spørreskjema via telefon etter fødselen. Svarprosent etter samtalen var 100 % og etter fødselen 90 %.

Studien viser at samvalgsverktøyet ga de gravide ny kunnskap etter samtalen, og at denne vurderingen ble opprettholdt etter fødselen. Det er ikke kjent hvilken ny kunnskap samvalgsverktøyet ga. Kunnskapen kan ha vært ny, mer utfyllende enn kunnskapen fra før, eller presentert på en måte som gjorde den var lettere å ta til seg og derfor ble ansett som ny. Den nye kunnskapen ble vurdert som viktig både etter samtalen og etter fødselen. Det er ikke kjent hvilken ny kunnskap som ble vurdert som viktig. Kunnskap kan knyttes til å være bedre i stand til å ta valg, og det kan ha medvirket til at kunnskapen har blitt vurdert som viktig. Samvalgsverktøyet påvirket tankene til deltagerne i prosjektet i forhold til hva de trodde de ville bruke av smertelindring i fødselen, både etter samtalen og etter fødselen. Det ble ikke undersøkt nærmere på hvilken måte de ble påvirket. Samvalgsverktøyet ga trygghet til mange av deltagerne etter samtalen, og denne vurderingen ble opprettholdt etter fødselen. Det ble ikke undersøkt direkte hva ved samvalgsverktøyet som ga trygghet til deltagerne. Trygghet kan ha sammenheng med økt kunnskap.

Samtalen ga trygghet for mange deltagere, og denne tryggheten opprettholdes etter fødselen. Det ble ikke undersøkt hva det var ved samtalen som ga mer trygghet. Tryggheten kan ha sammenheng med at deltagerne fikk samtale med en erfaren fødselsjordmor, fikk ny kunnskap eller mer utfyllende kunnskap, eller at deltageren fikk positiv tilbakemelding på egne refleksjoner omkring fødselen. For mange av deltagerne var det viktig at samtalen var på Kvinneklinikken. Dette var også viktig etter fødselen. Det ble ikke undersøkt årsaker til hvorfor det var viktig. Viktigheten av at samtalen var på sykehuset antas å være sammensatt.

Resultatene i studien viser at de positive vurderingene deltagerne gjør av samvalgsverktøyet og samtalen ikke endrer seg signifikant fra etter samtalen til etter fødselen, men vedvarer.

Egenvurderingsskjemaet ble vurdert som en viktig informasjonsformidling til jordmor. 89% (66 deltagere) brukte egenvurderingsskjemaet. 82% (54 deltagere) leverte det til jordmor. 80 % av de som leverte det opplevde at jordmor brukte det (43 deltagere). 59 % (32 deltagere) opplevde at egenvurderingsskjemaet ble en informasjonsformidling fra seg selv til jordmor.

Samtalen var i mindre grad viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet etter fødselen, enn etter samtalen. Dette er det eneste signifikante funn i studien. Funnet støtter opp under at gravide kan bruke egenvurderingsskjemaet på egen hånd, uten en samtale. Til tross for dette mener 55 % deltagerne at samtalen i stor grad, eller i svært stor grad er viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet.

7. Avslutning og videre arbeid

Ny kunnskap er fremskaffet i prosjektet og i denne oppgaven, men det er fortsatt flere ubesvarte spørsmål som kan undersøkes videre.

Prosjektet samlet inn 136 tilbakemeldinger/kommentarer fra deltagerne. Det ble gitt 33 tilbakemeldinger etter samtalen og 103 tilbakemeldinger etter fødselen. Disse tilbakemeldingene er ikke bearbeidet i denne oppgaven. Det er blant annet ikke kjent hvilken ny kunnskap deltagerne fikk, eller på hvilken måte samvalgsverktøyet påvirket tankene om bruk av smertelindring på. Det er heller ikke kjent hva ved samvalgsverktøyet eller samtalen som ga trygghet, eller hvorfor det var viktig at samtalen var på Kvinneklubben. Tilbakemeldingene som ble samlet inn kan muligvis være et utgangspunkt for en kvalitativ studie som kan undersøke disse spørsmålene nærmere.

I hvilken grad samtaler og fødselsforberedelse til friske gravide er en oppgave spesialisthelsetjenesten bør påta seg er uvisst. Forberedelse til fødsel er en oppgave som er lagt til primærhelsetjenesten. I hvilken grad primærhelsetjenesten kan utføre samtalen, og i hvor stor grad de gravide vil oppleve dette som tilfredsstillende, er tema som også kan undersøkes videre.

Samvalgsverktøyet om smertelindring i fødsel ble i prosjektet laget for utdeling i papir. Utarbeiding av et digitalt samvalgsverktøy ville ha tatt lenger tid å lage og gjort det nødvendig å involvere flere i arbeidsgruppen enn de tre jordmødrene, anestesilegen, fødselslegen, brukerrepresentanten og prosjektlederen. Dette kunne medført forsinket oppstart av samtaler og dessuten var kostnaden med å lage et digitalt verktøyet ukjent. Gruppen ønsket først og fremst å undersøke hva gravide mente om samvalgsverktøy om smertelindring i fødsel, og en papirutgave var tilfredsstillende for dette formålet. Den videre utviklingen av

Samvalgsverktøyet pågår fortsatt gjennom et samarbeid med samvalgssenteret ved Universitetssykehuset i Nord - Norge (10). Målet er å publisere samvalgsverktøyet om smertelindring i fødsel på helsenorge.no. Når det pågående arbeidet er ferdig vil det være behov for å gjøre ytterligere utprøving av det digitale samvalgsverktøyet. I den forbindelse kan det gjøres videre forskning på flere av de ubesvarte spørsmålene som denne studien ikke undersøkte.

8. Litteraturliste

1. Helsebiblioteket.no. "Samvalg" lansert som nytt norsk begrep (Kunnskapssenteret). 2014:1.
2. helsenorge.no. Samvalg og samvalgsverktøy 2019 [Available from: <https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg>].
3. NICE. Shared decision making collaborative 2018 [Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>].
4. Clinic M. Mayo Clinic Shared Decision Making National Resource Senter 2019 [Available from: <https://shareddecisions.mayoclinic.org/>].
5. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ. 1999;319(7212):780-2.
6. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. BMJ. 2017;359.
7. Leng G, Clark CI, Brian K, Partridge G. National commitment to shared decision making. BMJ. 2017;359.
8. Hitchcock D-. Center for Shared Decision Making 2019 [Available from: https://med.dartmouth-hitchcock.org/csdm_toolkits.html].
9. Universitetssykehus O. Center for Shared Decision Making and Collaborative Care Reserarch 2019 [Available from: <https://www.ous-research.no/sps/>].
10. Norge UiN. Samvalgssenteret ved UNN 2020 [Available from: <https://unn.no/samvalg>].
11. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer 2017 [KaP 2 § 10]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>.
12. Helsedirektoratet. Helsepersonellloven med kommentarer 2018 [Kap 2 §10].
13. Helsenorge.no. Samvalgsverktøy sykelig overvekt 2019 [Available from: <https://minhelse.helsenorge.no/samvalg/verktoy/sykelig-overvekt/mitt-valg?>]
14. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetskrav til samvalgsverktøy som skal publiseres på helsenorge.no 2019 [Available from: <https://helsedirektoratet.no/nasjonale-kvalitetskrav-til-samvalgsverktoy-som-skal-publiseres-pa-helsenorgeno#kvalifiseringskrav>].
15. Folkehelseinstituttet. Samvalgsverktøy 2019 [Available from: <https://fhi.no/publ/2018/samvalgsverktoy/>].
16. Brunstad Anne TE. Jordmorboka: Cappelen Damn AS; 2017. 761 p.
17. Helsenorge.no. Epidural og smertelindring under fødselen 2020 [Available from: <https://helsenorge.no/fodsel/smertelindring-under-fodsel>].
18. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen 2018 [Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>].
19. Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. Women and Birth. 2013;26(1):e5-e8.
20. Raynes-Greenow CH, Nassar N, Torvaldsen S, Trevena L, Roberts CL. Assisting informed decision making for labour analgesia: a randomised controlled trial of a decision aid for labour analgesia versus a pamphlet. BMC pregnancy and childbirth. 2010;10:15-.
21. Lally JE, Thomson RG, MacPhail S, Exley C. Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14:6.
22. statistikkbank Mf-. F 10d Anestesi/analgesi 2020 [Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>].

23. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*. 2008;6(1):7.
24. Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen K M, V K, P R. *Kvalitetsudvikling i praksis*. Danmark: Munksgaard; 2015. 427 p.
25. Helsedirektoratet. *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten 2017* [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade#paragraf-1-formalet-med-forskriften>].
26. Andhøj J. *Kompendium i kvalitetsutvikling- rammer og redskaper*: Munksgaard; 2015. 59 p.
27. Improvement IfH. *How to Improve 2020* [Available from: <http://www.ihf.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>].
28. Langlely GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, LP P. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers; 2009.
29. Statistics SS. *Chi-Square calculator 2020* [Available from: <https://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/default2.aspx>].
30. Center MCSDMR. *Depression Medication Choice- Demo 2013* [
31. Bergen H. *4 gode vaner - Klinisk kommunikasjon Innsiden Helse Bergen*; 2020 [Available from: <http://innsiden.helse-bergen.no/tema/Klinisk-kommunikasjon-4gv/Sider/default.aspx>].
32. komiteene Dnf. *Generelle forskningsetiske retningslinjer 2019* [Available from: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>].
33. Lovdata. *Lov om behandling av personopplysninger 2018* [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>].
34. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(4).
35. Helsenorge.no. *Epidural og smertelindring under fødsel 2020* [Available from: <https://helsenorge.no/fodsel/smertelindring-under-fodsel>].
36. Folkehelseinstituttet. *Statistikkbanken for Medisinsk fødselsregister 2019* [Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>].

Vedlegg 1: Plan for samtalen

Tid: 30 min

Sted:

Bruk 4 gode vaner i samtalen (invester i møtet, utforsk pasientens perspektiv, vis empati, investere i avslutningen)

Del 1 av samtalen

- Fortell om hva som skal skje videre i samtalen: samtale om smertelindring i ca 20 min, egenvurderingsskjema, samtykke og spørreskjema i ca 10 min
- Fortell at vi snakker om det de ønsker å snakke om
- Fortell at de ikke trenger å bestemme seg for hvilken smertelindring de vil bruke. Det er vanskelig å bestemme seg for noe de ikke vet hvordan blir
- Spør om hva de tenker om smertelindring
- Gi positiv tilbakemelding på tanker eller holdninger de har til fødsel
- Bruk gjerne infoskrivet å bla i underveis i samtalen
- Bruk pauser til at de får stille spørsmål

Del 2 av samtalen

- Introduser egenvurderingsskjemaet
- Vis hvordan de kan bruke det
- Fortell at dette kan være informasjonsformidlingen fra henne til jordmor hvis de ønsker å levere det ved fødsel
- Introduser samtykke og spørreskjema
- De må skrive under på samtykke og levere dette før de går fra samtalen. Det arkiveres i mappen «Samtykke»
- Lever ut spørreskjema og konvolutt.
- Be de fylle ut samtykke og spørreskjema når samtalen er over. De kan sitte på rommet.
- Hent samtykke etter 5 min
- Be henne legge spørreskjema i postkasse merket «tak for tilbakemeldingen» ved vaktrommet på poliklinikken

Vedlegg 2: Plan for telefonsamtalen

Plan for telefonsamtalen

Tid: 5 min

Sted: På et kontor

- Ring nummeret som er oppgitt på samtykkeskjema
- Fortell hvem du er
- Fortell hvorfor du ringer: at hun var til samtale før fødsel og at du regner med at fødselen er over nå
- Spør hvor gammelt barnet er (hvis barnet er under 2 uker gammelt er det lurt å spørre om vi skal ringe tilbake om noen uker)
- Spør om det passer å svare på spørsmål nå eller om du skal ringe senere

Hvis ok for spørsmål:

Fortell at du ønsker at hun svarer som hun opplever det, ikke hva hun tror du vil høre.

Bruk skjema og spør fortløpende.

Fyll inn svaret hennes.

Si at det er fint om hun har tilbakemeldinger. Skriv ned det hun sier.

Takk for alle tilbakemeldingene hun gir.

Avslutt samtalen med å ønske lykke til eller annen positiv avslutning.

Vedlegg 3: Spørsmål etter samtale og etter fødsel

Spørsmål etter samtale

- 1. I hvor stor grad har *verktøyet* gitt deg ny kunnskap om ulike smertelindringsmetoder og fordeler og ulemper ved disse?**

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

- 2. I hvor stor grad tror du at denne kunnskapen er viktig for din forberedelse til fødselen?**

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

- 3. I hvor stor grad har *verktøyet* påvirket dine tanker om hva du tror du vil bruke av smertelindring?**

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

- 4. I hvor stor grad opplever du at *verktøyet* har gitt deg mer trygghet før fødselen?**

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

..

- 5. Hvor viktig tror du *egenvurderingsskjemaet* vil være som en informasjonsformidling fra deg til jordmor?**

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

6. I hvor stor grad har *samtalen* i dag vært viktig for å kunne bruke egenvurderingsskjemaet?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

7. I hvor stor grad opplever du at *samtalen* har gitt deg mer trygghet før fødselen?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

8. I hvor stor grad syntes du at det har vært viktig å komme til denne *samtalen* på Kvinneklinikken?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

Er det noe du vil kommentere:

Spørsmål etter fødsel

1. I hvor stor grad ga verktøyet deg ny kunnskap om ulike smertelindringsmetoder og fordeler og ulemper ved disse?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

2. I hvor stor grad tror du at denne kunnskapen var viktig for din forberedelse til fødselen?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

3. I hvor stor grad påvirket verktøyet dine tanker om hva du trodde du ville bruke av smertelindring?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

4. I hvor stor grad opplevde du at verktøyet ga deg mer trygghet før fødselen?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

5.

a. Brukte du *egenvurderingsskjemaet*

Ja Nei

b. Dersom du brukte det. Leverte du det til jordmor?

Ja Nei

c. Dersom du leverte det. Opplevde du at jordmor brukte det?

Ja **Nei**

d. Opplevde du at *egenvurderingsskjemaet* ble en informasjonsformidling fra deg til jordmor?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

Kommentarer:

6. I hvor stor grad var samtalen på **KK viktig for å kunne bruke *egenvurderingsskjemaet*?**

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

7. I hvor stor grad opplevde du at samtalen ga deg mer trygghet før fødselen?

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

8. I hvor stor grad syntes du at det er viktig å komme til denne samtalen på **Kvinneklinikken?**

I svært liten grad I liten grad I noen grad I stor grad I svært stor grad

Vet ikke

Andre tilbakemeldinger

Vedlegg 4: Samvalgsverktøyet, Introduksjon



Fødekvinner opplever fødselsforløpet svært forskjellig og behovet for smertelindring vil derfor variere. Behovet ditt for smertelindring under fødselen vil endre seg underveis. Noen ganger vil det ikke være mulig å gjennomføre det du har ønsket. Dette kan være av hensyn til barnet, deg, eller fødselens fremgang.

I fødsel er det viktig at du prøver å stole på kroppen din. Fødsel er en naturlig prosess. Du er den som kjenner på kroppen din hvordan det er og hva som skjer, og du er den som vet hva som fungerer for deg. Jordmor har erfaringer som hun vil bruke når hun hjelper deg. Det kan derfor skje at hun foreslår noe du ikke har tenkt ville passe for deg, men som likevel kan vise seg å være bra.

Hvis det er noe du absolutt ikke ønsker å prøve kan du notere dette i egenvurderingsskjemaet du vil få på samtalen på KK. Dette kan du levere til jordmor når du kommer inn for å føde.

Her kan du lese om:

- Fødselens hormoner og virkning i kroppen / Viktige hormoner i fødselsprosessen
- Betydningen av å ha en støtteperson med seg
- Pust og avspenning
- Bevegelse og hvile
- Massasje
- Akupunktur
- Dusj/badekar/varmepose/varme omslag
- Steriltvannspapler
- Epidural
- Pudendal

Fødselens hormoner og virkning i kroppen /Viktige hormoner i fødselsprosessen

	Fødselens hormoner og virkning i kroppen / Viktige hormoner i fødselsprosessen
Hvorfor er det viktig å kjenne til fødselens hormoner	Oxytocin er hormonet som virker på livmor muskelen under fødsel og får den til å trekke seg sammen i rier. Rier er nødvendig for at fødselen av barnet skal skje. Utskillelsen av oxytocin kan forstyrres. Hvis du føler seg utrygg eller redd skiller kroppen ut «kamp- og flukt» hormonene adrenalin og noradrenalin som hemmer oxytocinet. De ikke medikamentelle smertelindringsmetodene som beskrives i dette verktøyet søker å fremme både utskillelse av oxytocin og endorfiner. Endorfiner er kroppens egenproduserte morfinstoffer.
Varighet	Oxytocin-nivået øker i løpet av fødselen og er nødvendig for at fødselen skal gå fremover. Oxytocin er også viktig for amming og tilknytning til barnet.
Fordeler	Oxytocin og endorfiner senker blodtrykket, virker beroligende og øker smerteterskelen. Mot slutten av fødselens åpningsfase gir dette ofte en så god avslapning i ri-pausene at du kan lukke øynene og døse / falle i søvn i et par minutter.
Ulemper	Ingen ulemper, men god utskillelse av oxytocin alene er ikke alltid nok for at fødselen skal komme i mål uten hjelp. Fosterets tilstand og dreining nedover i bekken vil også spille inn.
Kilder:	Uvnäs-Moberg Kerstin. Afspending, ro og berøring-om oxytocins helbredende virkning i kroppen. Akademisk forlag København 2010 Odent Michel. Birth and breastfeeding - rediscovering the needs of women during pregnancy. Clairview Book 2007

Støtteperson tilstede

	Støtteperson tilstede
Hvorfor er det viktig med en støtteperson	Det er godt å være to i timene underveis i fødselen og under selve fødselen av barnet. Som oftest er det en partner som har rollen som ledsager, men det kan også være en annen person du føler deg trygg på. Fødselsopplevelsen gir ofte varige minner og i ettertid er det godt å ha en nær person å bearbeide opplevelsen sammen med. I forkant av fødselen er det lurt om dere snakker sammen om hvordan du ønsker å ha det gjennom fødselsforløpet. Du kan fortelle din ledsager om hva som pleier å være godt for deg i smertefulle situasjoner, og om hva som vanligvis hjelper deg til å få god avspenning. Det å ha med seg en ledsager som kjenner deg godt, og som formidler og støtter opp under det som er bra for deg kan være viktig for en god fødselsopplevelse. Slik kjærlig støtte fra en person du har en god relasjon til er gunstig gjennom alle fødselens faser.
Hva innebærer det	Det er viktig at du har en person som er tilstede for deg når du trenger det, at denne personen er kjent med rollen sin og at du opplever han eller hun som støttende.
Fordeler	Det er en fordel med god menneskelig støtte og oppmuntring så du ikke blir motløs, og det kan hjelpe deg til å mestre smertene bedre
Ulemper	Disse tiltakene er uten bivirkninger. Dersom støttepersonen er svært engstelig for fødselen kan dette virke negativt inn på deg.
Kilder:	Brunstad A, Tegnander E. Jordmorboka. Akribe Oslo 2010; Kap 29, s 34

Pust og avspenning

	<h1>Pust og avspenning</h1>
Hvordan gjennomføre pust	<p>Opplevelse av smerte og ubehag kan føre til at du på refleks strammer alle muskler og holder pusten, eller puster overflatisk og anstrengt. Dette kan forsterke smerteopplevelsen. God pusteteknikk og en behagelig kroppsstilling vil gjøre det lettere for deg å oppnå avspenning. Du kan trene på avspennende pust før fødselen. Finn en god stilling, legg hendene over navlen og trekkepusten så dypt inn at hendene dine beveger seg utover. Når du puster ut vil hendene dine følge bevegelsen tilbake. Noen fødselsforberedende kurs vil også snakke om pust og avspenning.</p> <p>Underveis i fødselen: Pust rolig og dypt 10-15 ganger pr. minutt. Når barnet skal fødes: Pust som det blir naturlig for deg når du ikke presser. Jordmor som er hos deg i fødsel kan veilede deg.</p>
Varighet	Pust og avspenning kan brukes gjennom hele fødselen.
Fordeler	Pust og avspenning vil ikke ta bort fødselssmerten men kan føre til at smerten oppleves mindre intens.
Ulemper	Dersom du puster for fort (hyperventilerer) vil det føre til at du blir svimmel. Dette vil forsvinne når du puster litt langsommere
Hvis du vil vite mer:	<p>Hvis du vil vite mer: YouTube:</p> <ul style="list-style-type: none">• The Essence of Coping in Labor ved Penny Simkin• Åndedrætsøvelse fra app'en «Gravid» fra Jordemoderforeningen og Komiteen for Sundhedsoplysning• Pusteteknikk under fødsel. Forberedelse til fødsel ved Trondheim kommune

Bevegelse og hvile

	Bevegelse og hvile
Hvordan gjennomføre bevegelse og hvile	<p>I hele fødselsforløpet er det viktig å finne en balanse mellom bevegelse og hvile. Det er viktig at du som er i fødsel følger det som kroppen din trenger. Bevegelse er å veksle mellom ulike stillinger som sittende, liggende og stående i løpet av fødselsprosessen. Du kan bruke gymball, saccosekk, prekestol, badekar eller seng. Under rier kan eks. ruggende bevegelser være godt for deg.</p> <p>I hele fødselsforløpet fra riene starter til barnet er født er det stort sett lenger pauser mellom riene, enn tiden riene varer. Jordmor vil hjelpe deg til å finne gode stillinger for både bevegelse og hvile.</p>
Varighet	Hele fødselsforløpet
Fordeler	Fødselen er et samspill mellom riene, barnet og fødselskanalen. Fødselskanalen er en beinete kanal som barnet skal passere gjennom fra riene starter til barnet er født. Barnet vil velge minste motstands vei og rotere gjennom bekkenet ved hjelp av kraften fra livmor muskelen som trekker seg sammen under riene. Å veksle mellom bevegelse og hvile vil være med å hjelpe barnet med denne rotasjonen.
Ulemper	Dersom du blir svært sliten i musklene av å være i bevegelse er det viktig at du tar en pause og hviler deg. Det kan også hende at du da trenger en epiduralbedøvelse for å gjennomføre fødselen på en god måte.
Hvis du vil vite mer:	<p>Hvis du vil vite mer: www.helse-bergen.no: Fødsel og barsel, aktivitet og kvile under fødselen tekst og film En animert film som viser barnets bevegelser i fødselskanalen. Youtube: Patient Education Animation: Labor and Vaginal Birth, ved Nucleus Medical Media</p>
Kilder:	Brunstad A, Tegnander E. Jordmorboka. Akribe Oslo 2010; Kap 34

Massasje

	Massasje
Hvordan gjennomføre massasje	Støttepersonen du har med deg, eller jordmor, kan gi massasje. Det finnes mange former for massasje, men under fødsel er det mest aktuelt med massasje for avslapning og avspenning. Strykning eller trykk over områder som føles spente eller smertefulle, massasje av hodebunn, hender eller føtter, kan ha en avspennende effekt. Noen kvinner foretrekker at det masseres/ holdes under ri, og at massasjen opphører i ri-pausen, mens andre kan foretrekke det motsatte. Strykning over muskler og vev vil virke smertelindrende ved at det kan løse opp spenninger og derved øke blodgjennomstrømmningen.
Varighet	Massasje kan gis under hele fødselsforløpet
Fordeler	Berøring og hudkontakt som oppleves som god, fremmer utskillelse av endorfiner og oxytocin. Endorfiner kalles kroppens egenproduserte «morfin», og virker smertedempende. Oxytocin kalles populært for «velvære-hormonet» / «kjærlighets-hormonet», fordi det virker inn på tilknytning og kjærlighetsliv. Utskillelse av oxytocin virker også på fremgang i fødselens forløp.
Ulemper	Noen kvinner føler at berøring forstyrrer dem og ønsker ikke å bli tatt på. Sensibiliteten i huden kan også endre seg i løpet av fødselen, slik at kvinnen plutselig føler ubehag ved berøringer som like før har vært opplevd som gode. Bruk av eteriske oljer ved massasje kan medføre allergiske reaksjoner
Kilder:	Brunstad A, Tegnander E. Jordmorboka. Akribe Oslo 2010; 449 Moberg Kerstin Uvnäs. Oxytocin: The Biological Guide to Motherhood. Pracclarus Press. Texas. 2016

Dusj/badekar/varmepose/varme omslag

	Dusj/badekar/varmepose/varme omslag
Hvordan gjennomføre dusj/badekar/varmepose/varme omslag	Dusje eller ligge i badekar i varmt vann (34-37 grader). Plassere varmepose eller varme kluter på smertefulle områder
Varighet	Kan brukes i hele fødselen, også når barnet skal fødes
Virker dusj/massasje	Varm dusj eller bad fører til at musklene slapper av og gir bedre gjennomstrømming av blod i livmoren, bedre avslapping og bedre rier. Studier viser at effekten er god den første del av fødselen og reduserer bruken av annen smertelindring. Kvinneklinikken har god og lang erfaring med bruk av badekar i fødselsforløpet. Varmeposer eller varme kluter på smertefulle områder virker smertelindrende. Forskning viser at kvinner som bruker varme kluter nedentil når barnet fødes har mindre smerter og er mer tilfredse enn kvinner som ikke bruker dette.
Fordeler	Fødende opplever en smertelindrende effekt. Kan gi redusert bruk av epidural. Bruk av badekar kan også gi litt kortere åpningsstid i fødsel.
Ulemper	Bruk av varmt vann kan gi kroppstemperatur hos mor over 37.5 grader. Dette kan i sjeldne tilfeller føre til at blodtrykket faller for raskt. Forhøyet kroppstemperatur hos mor vil gi høy puls hos barnet. Jordmor vil oppdage høy puls hos barnet ditt når hun lytter på fosterlyden. Å forlate det varme vannet en stund hjelper. Dersom barnet får forhøyet puls vil det være nødvendig å overvåke barnets hjerterytme med CTG inntil barnets puls er normal igjen. Badekar kan føre til svakere rier når det brukes i mere enn 2 timer.
Hvis du vil vite mer:	www.helse-bergen.no : <ul style="list-style-type: none">• Fødsel og barsel; Aktivitet og kvile under fødselen (video)• Fødestillinger (video)
Kilder:	Brunstad A, Tegnander E. Jordmorboka. Akribe Oslo 2010; 450, 451 Dahlen H.G, Homer C.S, Cooke M, Upton A.M, Nunn R.A, Brodrick B.S Soothing the ring of fire- Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. Midwifery. 2017 Simkin P.P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor; Systematic reviews of five methods. American journal of obstetrics and gynecology. 2002 Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp (2014); Kap 36 Metodebok KK; Vann fødsel og bruk av badekar

Steriltvannspapler

	Steriltvannspapler
Hvordan gjennomføres det	En liten mengde sterilt vann sprøytes/injiseres inn under huden i smertefulle områder eks i korsryggen. Virker sannsynligvis via «motirritasjonsprinsippet» eller «portteorien», dvs. at en kraftig stimulus "konkurrerer" bort smertestimuli fra livmoren.
Varighet	Varighet etter injeksjonen er 60-75 minutter. Kan gis i hele fødselsforløpet
Fordeler	Moderat til god smertelindring.
Ulemper	Det gir svie i huden i ca 30 sekunder etter at paplene er gitt, ellers ingen bivirkninger
Kilder:	Brunstad A, Tegnander E. Jordmorboka. Akribe Oslo 2010; s 450 Saxena K.N, Nischal H, Batra S. Intracutaneous Injections of Sterile Water over the Secrum for Labour Analgesia. Indian journal of anastesia. 2009 Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp. 2014; Kap 36

Akupunktur

	Akupunktur
Hvordan gjennomføres akupunktur	Akupunktur gis av jordmor med utdanning i fødselsakupunktur. Akupunktur nåler settes i spesifikke punkter, som befinner seg på kroppens energibaner, slik disse er beskrevet i tradisjonell kinesisk medisin. Jordmor velger en kombinasjon av punkter ut fra hvor smerten sitter. Nålene tas vanligvis ut etter ca. 20 min., men noen kan stå i under hele fødselen. Under behandlingstiden skal nålene ikke kjøles ubehagelige, og det er også mulig å bevege seg og skifte stilling.
Varighet	Akupunktur kan benyttes under hele fødselsforløpet. Gjentatt behandling kan gis hvis rir-mønster og smerte-opplevelse endrer seg underveis
Fordeler	Det er få studier om akupunktur som smertelindring i fødsel. Akupunktur synes å ha en smertelindrende effekt, men dette er ikke tilstrekkelig undersøkt med vitenskapelige metoder. Erfaringsmessig vil mange kvinner oppleve at akupunktur virker avslappende og smertelindrende. Andre kan oppleve at denne smertelindringen ikke er tilstrekkelig. Akupunktur er ikke til hinder for å ta i bruk andre smertelingsmetoder.
Ulemper	Ingen
Kilder:	Heyerdahl O, Lystad N. Lærebok i akupunktur 3. utg.. Universitetsforlaget. Oslo. 2013. Smith C.A, Collins C.T, Crowther C.A, Levett K.M. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jul 6; (7) Levett K.M, Smith C.A, Dahlen H.G, Bensoussan A. Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence. Complement Ther Med. 2014;22(3):523. NAFKAMs nettportal for formidling av forskning og fakta om alternativ behandling: nifab.no: Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp. 2014; Kap 36

Epiduralbedøvelse i fødsel (Fødeepidural)

Epiduralbedøvelse i fødsel (Fødeepidural)	
Hvordan gjennomføres det	<p>Fødselssmerter ledes gjennom nerver som går inn til ryggmargen. «Dura» er den ytterste av tre hinner som omgir ryggmargen. Epiduralkateteret legges i nederste del av ryggen, utenfor «dura», og medikamentene siver over til nerverøttene.</p> <p>Før anleggelse av epiduralbedøvelse vil du få en intravenøs kanyle i hånden. Du må sitte med krum rygg eller ligge i sideleie. Ryggen vaskes steril og lokalbedøvelse settes. Anestesilegen benytter en epiduralnål og legger et epiduralkateter (en tynn slange) inn i epiduralrommet før nålen fjernes. Smertestillende medikamenter settes inn gjennom den tynne slangen. Slangen blir koblet til en medisinpumpe som står på et stativ. Den første halvtimen etter at du har fått epiduralbedøvelse blir blodtrykket ditt målt regelmessig og fosterets hjerterytme overvåket med CTG (to elektroder på magen).</p>
Fordeler	<p>Epiduralbedøvelse gir vanligvis svært god smertelindrende effekt hos 8 av 10 kvinner innen 30 min. Noen vil oppleve at epiduralbedøvelse gir svakere rier og langsommere fødselsfremgang, andre vil oppleve en raskere fødselsfremgang. Medikamentene i epiduralbedøvelsen er ikke skadelige for barnet.</p>
Ulemper	<p>2 av 10 kvinner som får epiduralbedøvelse vil ikke oppnå tilfredsstillende smertelindring innen 30 min. Mange vil likevel oppnå tilfredsstillende smertelindring, eventuelt ved å få lagt inn et nytt epiduralkateter.</p> <p>Epiduralbedøvelse gjør det ofte vanskelig å tisse og jordmor må i så fall tømme urinblæren med engangskateter underveis i fødselen og i løpet av de første timene etter fødsel. Kløe er en vanlig bivirkning av epiduralbedøvelse. De fleste kvinner kan være oppe å gå, men noen få kvinner vil oppleve svakhet i bena som gjør dette vanskelig. Noen kvinner vil få feber. Dersom mor får feber, kan barnet få forhøyet puls og det vil være nødvendig å overvåke barnets hjerterytme med CTG inntil barnets puls er normal igjen. I sjeldne tilfeller kan blodtrykksfall hos mor oppstå. Dette behandles med væske og medisiner. Sterk hodepine etter fødsel oppstår hos 1 av 100 kvinner som har fått epiduralbedøvelse. Denne hodepinen må ofte behandles på sykehuset. Alvorlige komplikasjoner av epiduralbedøvelse er svært sjeldne. De første dagene etter at epiduralbedøvelse er benyttet, er ømhet i ryggmuskulaturen vanlig.</p>
Hvis du vil vite mer:	<p>Film fra KK om epidural https://vimeo.com/256588985</p>
Kilder:	<p>Ledin E.S, Otterblad O. P, Olofsson C. Use of epidural analgesia and its relation to caesarean and instrumental deliveries—a population-based study of 94,217 primiparae. <i>European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology</i> 2006; 128: 270-275</p> <p>Sng B, Leong W, Zeng Y, Siddiqui F, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Sia AT. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. <i>Cochrane review</i> 2014</p>

Pudendal

	Pudendal
Hvordan gjennomføres det	Pudendalbedøvelse er en lokalbedøvelse av nervene i nedre del av skjeden og området utenfor skjedeåpningen. Bedøvelsen settes med et stikk på hver side innvendig i skjeden, gjerne i en riepause. Når bedøvelsen settes kan en kjenne et press og ilinger som raskt går over.
Varighet	Bedøvelsen virker i løpet av et par minutter og varer i 1-1,5 timer.
Fordeler	Siden det er flere nerver som forsyner bekkenbunnen vil en ikke oppleve at all smerte og trykkfølelse blir borte. Virker godt ved tidlig trykкетrang/ tidlig trang til å presse barnet ut og mot smerter i siste del av trykкетiden. Den brukes også når mor må forløses med vakuu eller tang, og når en skal sy rifter i fødselskanalen.
Ulemper	Utslett/elveblest dersom en er allergisk mot lokalbedøvelse. Kan føre til dårligere rier og nedsatt trykкетrang. Dersom lokalbedøvelse settes rett i en blodåren kan en få hjertebank og skjelvinger.
Kilder:	Metodebok KK: Anestesi. Pudendusblokade Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 2014; Kap 36

Dette er viktig for meg!

Egenvurderingsskjema (marker det som passer for deg)

Jeg tenkt over hva som er viktig for meg i fødsel og vil gjerne at du som skal hjelpe meg leser det jeg har notert. Jeg vet at behovet for smertelindring kan endre seg underveis i fødselen og at det noen ganger ikke er mulig å gjennomføre det jeg i utgangspunktet har ønsket. Det kan være av hensyn til barnet, meg, fødselens fremgang eller at jeg må vente på personell som kan gi meg denne hjelpen.

1. Jeg har en støtteperson som skal være med meg og som jeg føler meg trygg med

Ja Nei

Annet jeg vil fortelle:

2. Få hjelp med pust og avspenning

Jeg tror jeg trenger Jeg er åpen for å prøve Jeg vet ikke Jeg tror ikke jeg trenger Jeg ønsker ikke

3. Få hjelp til å være i aktivitet

Jeg tror jeg trenger Jeg er åpen for å prøve Jeg vet ikke Jeg tror ikke jeg trenger Jeg ønsker ikke

4. Få hjelp til/ vise min støtteperson hvordan gi massasje

Jeg tror jeg trenger Jeg er åpen for å prøve Jeg vet ikke Jeg tror ikke jeg trenger Jeg ønsker ikke

5. Få akupunktur

Jeg tror jeg trenger Jeg er åpen for å prøve Jeg vet ikke Jeg tror ikke jeg trenger Jeg ønsker ikke

6. Bruke dusj/badekar/varmepose/varme omslag

Jeg tror jeg trenger Jeg er åpen for å prøve Jeg vet ikke Jeg tror ikke jeg trenger Jeg ønsker ikke

7. Få steriltvannspapler

Jeg tror jeg trenger Jeg er åpen for å prøve Jeg vet ikke Jeg tror ikke jeg trenger Jeg ønsker ikke

8. Få epidural

Jeg tror jeg trenger Jeg er åpen for å prøve Jeg vet ikke Jeg tror ikke jeg trenger Jeg ønsker ikke

9. Få pudendal

Jeg tror jeg trenger Jeg er åpen for å prøve Jeg vet ikke Jeg tror ikke jeg trenger Jeg ønsker ikke

Annet/kommentarer: