



# Høgskulen på Vestlandet

## JOR508 - Masteroppgave

JOR508-O-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	20-04-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	07-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 JOR508 1 O 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	409
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	10920
----------------------	-------

Egenerklæring \*: Ja

Inneholder besvarelsen  
konfidensielt  
materiale? Nei

Jeg bekrefter at jeg har Ja  
registrert  
oppgavetittelen på  
norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
uitnemålet mitt \*:

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 8  
**Andre medlemmer i gruppen:** 415

Jeg godkjenner uttalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

**Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Innleggelse i fødeavdeling i fødselens  
latensfase

Admission to Labor Ward During the  
Latent Phase of Labor

**Kandidatnummer: 409 og 415**

JOR508 Masteroppgave

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 07.05.2021

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Sammendrag

**Tittel:** Innleggelse i fødeavdeling i fødselens latensfase.

**Hensikt:** Å beskrive friske lavrisikofødende kvinner ved innkomst til fødeavdelingen. Dette for å få økt kunnskap og forståelse for hvordan lavrisikofødende blir vurdert for innleggelse og ivarettatt sett opp mot dagens retningslinjer og klinisk praksis.

**Problemstilling:** «I hvilken fase av fødselen innlegges friske, lavrisikofødende kvinner i fødeavdeling? En kartlegging av kvinner som ble innlagt i latensfasen og i aktiv fase av fødsel».

**Studiedesign:** En kvantitativ studie med prospektivt innsamlet datamateriale fra en norsk kvinneklinikk.

**Resultater:** En større andel av kvinnene ble innlagt i fødselens latensfase (59 %) enn i fødselens aktive fase (41 %). Å være førstegangsfødende var assosiert med økt risiko for innleggelse i latensfasen sammenlignet med å være flergangsfødende (RR 1,40, 95 % KI 1,18-1,66). Ikke-medikamentell smertelindring var mer brukt blant kvinnene som ble innlagt i latensfasen (64,8 %) enn i aktiv fase (41,9 %) ( $p < 0,001$ ). En større andel av kvinnene som ble innlagt i latensfasen fikk anlagt EDA (56,1%) sammenlignet med kvinnene innlagt i aktiv fase (21,3 %). Innleggelse i latensfasen var assosiert med høyere risiko for å få anlagt EDA sammenlignet med innleggelse i aktiv fase (RR 2,63, 95 % KI 1,86-3,72). Kvinnene som ble innlagt i latensfasen hadde en lengre gjennomsnittlig fødselsvarighet enn kvinnene innlagt i aktiv fase (454 minutter versus 329 minutter,  $p < 0,001$ ).

**Konklusjon:** Flertallet av kvinnene ble innlagt i fødeavdeling i fødselens latensfase. Disse kvinnene brukte i større grad både ikke-medikamentell smertelindring og epiduralanalgesi, og hadde en lengre fødselsvarighet enn kvinnene som ble innlagt i fødselens aktive fase. Studien antyder at det er diskrepans mellom gjeldende retningslinjer og kvinners behov for støtte, omsorg og smertelindring i latensfasen og at det trengs tydeligere retningslinjer for jordmødre og mer forskning på temaet for å kunne tilpasse omsorgen bedre til kvinnenes behov.

**Nøkkelord:** Lavrisikofødende, latensfase, aktiv fase, innleggelse i fødeavdeling, smertelindring, epiduralanalgesi, jordmor

## **Abstract**

**Title:** Admission to Labor Ward During the Latent Phase of Labor.

**Aim:** To describe healthy low-risk women at admission to the labor ward. This to increase the knowledge and understanding of how low-risk women are assessed for hospitalization and cared for in accordance with current guidelines and clinical practice.

**Issue:** “During which stage of labor are healthy, low-risk women admitted to the labor ward? A survey of women admitted during the latent and active phase of labor.”

**Design:** A quantitative study with prospectively collected data from a Norwegian women’s clinic.

**Results:** A larger proportion of the women were admitted during the latent versus the active phase of labor (59 % versus 41 %). Nulliparous women had a higher risk of being admitted during the latent phase of labor compared to multiparous women (RR 1.40, 95 % KI 1.18-1.66). Women admitted during the latent phase of labor had a higher use of non-pharmacological pain relief than women admitted during the active phase of labor (64.8 % versus 41.9 %,  $p < 0.001$ ). Epidural analgesia was used to a greater extent by the women admitted during the latent phase of labor compared to the women admitted during the active phase of labor (56.1 % versus 21.3 %). Admission during the latent phase of labor was associated with a higher risk of epidural analgesia (RR 2.63, 95 % KI 1.86-3.72). Women admitted during the latent phase of labor had a longer duration of birth than women admitted during the active phase of labor (454 minutes versus 329 minutes,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The majority of the women were admitted to the labor ward during the latent phase of labor, and these women used both non-pharmacological pain relief and epidural analgesia to a greater extent and had a longer birth duration than the women who were admitted during the active phase of labor. This study suggests that there is discrepancy between current guidelines and women’s need for support, care and pain relief during the latent phase, and that clearer guidelines for midwives and additional research on the topic is needed to be able to better adapt care to women’s needs.

**Key Words:** Low-risk women, latent phase, active phase, admission to labor ward, pain relief, epidural analgesia, midwifery

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Hensikt .....	2
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	2
1.3 Begrepsavklaringer .....	2
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1 Fødsel som en normal begivenhet.....	3
2.2 Fødselsstart og fødselens faser .....	3
2.3 Differensiering og seleksjon .....	4
2.4 Innleggelse i fødeavdeling .....	4
<b>3.0 Kunnskapsgrunnlag – et helsefremmende perspektiv</b> .....	<b>8</b>
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>10</b>
4.1 Studiedesign .....	10
4.2 Bakgrunn for datamaterialet.....	10
4.3 Populasjon og utvalg .....	10
4.4 Variabler og målenivå .....	11
4.5 Analyse .....	12
4.6 Missing values.....	13
4.7 Etiske overveielser .....	14
<b>5.0 Resultater</b> .....	<b>15</b>
5.1 Beskrivelse av utvalget.....	15
5.2 Innleggelse i fødeavdeling .....	17
5.3 Smertelindring i fødsel.....	18
5.4 Fødselsvarighet.....	19
5.5 Tiltak i latensfasen .....	19
<b>6.0 Metodediskusjon</b> .....	<b>20</b>
6.1 Studiedesign og datamaterialet.....	20
6.2 Bruken av fødselsjournal og jordmor som observatør .....	20
6.3 Studiens utvalg – friske, lavrisikofødende kvinner .....	21
6.4 Definisjon av latensfase og aktiv fase .....	21
<b>7.0 Resultatdiskusjon</b> .....	<b>23</b>
<b>8.0 Implikasjoner for praksis</b> .....	<b>32</b>
<b>9.0 Konklusjon</b> .....	<b>33</b>
<b>Referanseliste:</b> .....	<b>34</b>

## Oversikt over figurer og tabeller:

**Figur 1:** Flytskjema over utvalg og eksklusjon

**Figur 2:** Andel kvinner innlagt i latensfase og i aktiv fase av fødsel, samt paritet fordelt innad i gruppene

**Tabell 1:** Variabler og målenivå

**Tabell 2:** Sosiodemografiske karakteristika og kvinnenes innkomststatus ved ankomst til fødeavdelingen

**Tabell 3:** Smertelindring i fødsel

**Tabell 4:** Fødselsvarighet



## 1.0 Innledning

Hvert år finner rundt 140 millioner fødsler sted globalt, og majoriteten av disse fødslene er fødsler uten risikofaktorer hos mor eller barn (World Health Organization, 2018). Det finnes ulike syn på hva en fødsel er og hva den betyr for kvinnen, og dette har endret seg i løpet av historien. Fødselsomsorgen har på verdensbasis gradvis blitt mer preget av medisinsk teknologi og patologi (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014) og bruken av intervensjoner som i utgangspunktet var ment til å håndtere komplikasjoner, har økt globalt. Dette har ført til bekymring i fagmiljøet, fordi unødvendige intervensjoner i den normale fødselen fører til økt risiko for komplikasjoner for mor og barn (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014).

En av målsettingene i norsk fødselsomsorg er å unngå unødvendige intervensjoner i den normale fødselen, og å kun intervenere der det er nødvendig (Helsedirektoratet, 2010, s. 25). Norsk gynekologisk forenings (NGF) veileder for fødselshjelp (Norsk gynekologisk forening, 2020) anbefaler generelt at fødende kvinner ikke legges inn i fødeavdeling før de er i aktiv fase av fødselen. Dette er fordi studier har vist at innleggelse i latensfasen fører til økt risiko for obstetriske intervensjoner og komplikasjoner (Bailit et al., 2005; Chuma et al., 2014; Davey et al., 2013; Holmes et al., 2003; Iobst et al., 2019; Kauffman et al., 2016; Klein et al., 2004; Lundgren et al., 2013; Miller et al., 2020; Neal et al., 2014; Rahnama et al., 2006; Rota et al., 2018).

Til tross for stort fokus på å redusere unødvendige intervensjoner og økt kunnskap om tidlig innleggelse i fødeavdeling, eksisterer det lite kunnskap om når i fødselsforløpet kvinner blir lagt inn. Det eksisterer derimot en del forskning rundt kvinners behov og opplevelser knyttet til latensfasen, som påpeker at hovedgrunnene til at kvinnene søkte til fødeavdelingen i latensfasen var smerter, behov for trygghet og for å få en bekreftelse på at det de opplevde var normalt (Beake et al., 2018; Carlsson et al., 2009; Eri et al., 2015; Low & Moffat, 2006). Jordmødre er eksperter på den normale fødselen, og en av jordmors viktigste funksjoner er å fremme det normale fødselsforløpet (Renfrew et al., 2014). Dette kan være utfordrende i et miljø hvor det er økende fokus på risiko, patologi og intervensjoner (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014) samtidig som jordmor også er pliktet til å ivareta kvinnens behov i møtet med fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010; International Confederation of Midwives, 2005).

## 1.1 Hensikt

Hensikten med studien er å beskrive friske lavrisikofødende kvinner ved innkomst til fødeavdelingen. Dette for å få økt kunnskap og forståelse for hvordan lavrisikofødende blir vurdert for innleggelse og ivaretatt, sett opp mot dagens retningslinjer og klinisk praksis.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen er som følger: «I hvilken fase av fødselen innlegges friske, lavrisikofødende kvinner i fødeavdeling? En kartlegging av kvinner som ble innlagt i latensfasen og i aktiv fase av fødsel».

Gjennom studien beskrives:

- Kvinnenes sosiodemografiske karakteristika og innkomststatus ved ankomst til fødeavdelingen
- Andelen kvinner innlagt i latensfasen og aktiv fase av fødsel
- Bruken av smertelindring blant kvinnene innlagt i latensfasen sammenlignet med kvinnene innlagt i aktiv fase
- Fødselsvarighet hos kvinner som ble innlagt i latensfasen sammenlignet med kvinnene innlagt i aktiv fase
- Bruken av tiltakene «venteseng» og «sovedose»

## 1.3 Begrepsavklaringer

I studien defineres kvinnene med 0-3 cm cervixdilatasjon til å være i latensfasen av fødsel, på bakgrunn av definisjonen som brukes i fødselsomsorgen i Norge (Norsk gynekologisk forening, 2020). Cervixdilatasjon mellom 4-10 cm defineres som aktiv fase av fødsel. Lavrisikofødende kvinner defineres i studien som friske første- eller flergangsfødende med normalt svangerskap, som bærer ett foster i hodeleie, der fødselen starter spontant mellom svangerskapsuke 36+0 og 41+3 (Helsedirektoratet, 2010, s. 30).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Fødsel som en normal begivenhet

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer den normale fødsel som en spontan bakhodefødsel til termin (mellom uke 37+0 og 42+0) som er lavrisiko både ved start, underveis og ved fødselen av barnet – samt at mor og barn har det bra etter fødselen (World Health Organization, 1997). Synet på fødsel er ulikt på verdensbasis, og avhenger av faktorer som kultur og økonomi, men et fellestrekk i den vestlige verden er at synet gradvis har blitt mer preget av medisinsk teknologi og patologi (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014; World Health Organization, 2018). Begrepet «Too little too late, too much too soon» beskriver de to ekstreme scenarioene som kan oppstå i fødselshjelp, der den ene delen av verden har for lite ressurser til å hjelpe kvinnene slik at de får nødvendig fødselshjelp for sent, og den andre delen iverksetter tiltak i fødsel før det er nødvendig, og står dermed i fare for å komplisere fødselsforløpet (Miller et al., 2016). I den vestlige delen av verden er det «too much too soon» som utgjør den største trusselen. I Renfrew et. als rammeverk fra 2014, løftes behovet for en tilpasset fødselsomsorg for alle kvinner, der den normale fødselsprosessen fremmes, kvinnenes ressurser styrkes og kvinnene selekteres til riktig nivå av fødselshjelp ut fra individuelle behov (Renfrew et al., 2014).

### 2.2 Fødselsstart og fødselens faser

Selekteringen av kvinnen til riktig fødenivå starter allerede i svangerskapet, og fortsetter ved kvinnens første møte med fødeavdelingen (Helsedirektoratet, 2010). En viktig vurdering som jordmor må gjøre i møte med fødekvinnen, er å bedømme hvor kvinnen er i fødselsforløpet. Kvinnens vurdering av fødselsstart kan avvike fra jordmors faglige vurdering, noe som kan være utfordrende i klinisk praksis. Kvalitativ forskning har vist at kvinner ofte ser på latensfasen som «å være i fødsel», da det er smerter som hovedsakelig kjennetegner kvinnenes definisjon av fødselsstart, mens latensfasen ofte ikke blir anerkjent som å være i fødsel av jordmor (Beake et al., 2018; Cheyne et al., 2006). Det er viktig å definere fødselsstart og aktiv fødsel riktig fra et faglig perspektiv, i og med at dette har konsekvenser for videre vurderinger og avgjørelser som tas i fødselsforløpet, som blant annet diagnostiseringen av protrauert fødselsforløp (National Institute of Health and Care Excellence, 2014; Zhang et al., 2010). Måten man definerer fødselsart på kan dermed påvirke den videre omsorgen og støtten som gis til kvinnen (National Institute of Health and

Care Excellence, 2014), som for eksempel hvorvidt kvinnen skal legges inn i fødeavdeling eller bli hjemme og avvete situasjonen.

### 2.3 Differensiering og seleksjon

Hvordan fødselsomsorgen er organisert, har betydning for når kvinner oppsøker helsehjelp og når de legges inn i fødeavdeling. I Norge er fødetilbudet desentralisert, og det stilles i dag krav om en differensiert fødselsomsorg for å ivareta ulike kvinners behov (Helsedirektoratet, 2010, s. 25). Fødekvinne skal selekteres til riktig fødenivå ut fra en risikovurdering av henne selv og barnet, og kvinnens egne ønsker skal vektlegges. Fødsler hvor det er økt risiko for komplikasjoner, sykdom eller skade, enten hos mor eller barn, defineres som risikofødsler (Helsedirektoratet, 2010, s. 26). Kvinner som defineres som lavrisikofødende kan føde ved alle fødenivåer, ut fra eget ønske, reisevei samt en helhetsvurdering av jordmor. Jordmors oppgave med å selektere kvinnen til riktig fødenivå er derfor viktig. Riktig selektering sikrer kvinnene forsvarlig helsehjelp, men kan også bidra til å unngå unødvendige tiltak og intervensjoner hos lavrisikofødende kvinner, fordi selekteringen til riktig fødenivå bidrar til at rett tiltak blir iverksatt til rett tid for hver kvinne (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014). Helsedirektoratet anbefaler at kvinner får informasjon om seleksjonskriteriene for de ulike fødenivåene tidlig i svangerskapet, og selekteringen til riktig fødenivå gjøres i samarbeid mellom jordmor/lege og kvinnen, ut fra kvinnens anamnese og personlige ønsker (Helsedirektoratet, 2010, s. 29-30). Kvinnens og barnets situasjon er i stadig endring, og jordmors jobb med selektering er derfor en kontinuerlig prosess gjennom både svangerskap og fødsel.

### 2.4 Innleggelse i fødeavdeling

Bakgrunnen for anbefalingen om å avvete innleggelse i fødeavdeling til aktiv fødsel, er at forskning har vist at når kvinner legges inn i latensfasen, øker risikoen for obstetriske intervensjoner som keisersnitt (Bailit et al., 2005; Chuma et al., 2014; Holmes et al., 2003; Iobst et al., 2019; Kauffman et al., 2016; Klein et al., 2004; Lundgren et al., 2013; Miller et al., 2020; Neal et al., 2014; Rahnama et al., 2006; Rota et al., 2018), bruk av riestimulerende oxytocin (Bailit et al., 2005; Chuma et al., 2014; Holmes et al., 2003; Iobst et al., 2019; Kaufmann et al., 2016; Miller et al., 2020; Neal et al., 2014; Rota et al., 2018), bruk av amniotomi (Bailit et al., 2005; Chuma et al., 2014; Iobst et al., 2019; Rota et al., 2018), bruk av epiduralanalgesi (Bailit et al., 2005; Holmes et al., 2003; Iobst et al., 2019; Kauffman et

al., 2016; Miller et al., 2020; Rota et al., 2018) og instrumentell vaginal forløsning (Rota et al., 2018). Grunnen til at disse intervensjonene anses som unødvendige eller uheldige, er fordi overbruk av intervensjoner som er ment å håndtere komplikasjoner kan føre til uheldige utfall for mor og barn (Renfrew et al., 2014). Sammenhengen mellom innleggelse i fødeavdeling og økt bruk av intervensjoner har ikke blitt fullstendig kartlagt eller forstått (Kauffman et al., 2016; Marowitz, 2014). Man vet ikke sikkert om det kan være spesielle faktorer ved kvinnene som legges inn tidlig, eller deres fødsler, som gjør dem mer disponert for bruken av intervensjoner. Man tenker også at tilstedeværelse på sykehuset i seg selv kan øke risikoen for intervensjoner (Bailit et al., 2005; Miller et al., 2020). Om det er det økte fokuset på fremgang i fødsel eller at «veien til» intervensjoner blir kortere, er uvisst.

WHO anbefalte likevel fra 2018 at kvinner som oppsøker fødeavdeling burde legges inn og gis tilpasset støtte og omsorg selv om de er i latensfase, med mindre de selv ønsker å avvete situasjonen hjemme (World Health Organization, 2018). Bakgrunnen for dette er manglende forskning på konsekvensene av en anbefaling om å utsette innleggelse til kvinnen er i aktiv fødsel. Det oppfordres også til å foreta en grundig undersøkelse av alle kvinner som ankommer fødeinstitusjon, og at kvinner og deres partnere burde ha tilgang på venterealer, mat og drikke i påvente av innleggelse på fødestue i aktiv fødsel. For kvinner som innlegges i latensfasen anbefales det å unngå medisinske intervensjoner for å stimulere eller fremskynde fødselen så lenge mor og barn har det bra (World Health Organization, 2018). Det er i dag anerkjent at mange kvinner har en smertefull latensfase med behov for smertelindring, og at de kan oppleve latensfasen som «å være i fødsel». Det er derfor anbefalt at omsorgen må tilpasses individuelt, og at kvinner som har behov for det legges inn i fødeavdeling for smertelindring (National Institute of Health and Care Excellence, 2014; Norsk gynekologisk forening, 2020; World Health Organization, 2018).

### *Jordmor – portvokter for fødeavdelingen?*

En systematisk oversikt har vist at jordmødre synes det er utfordrende å balansere kvinnens behov og ønsker opp mot institusjonens retningslinjer og kapasitet ved vurdering for innleggelse (Beake et al., 2018). Jordmødrene hadde en tendens til å stole mer på vaginalfunn enn på kvinnenes vurdering av situasjonen, og de oppga faktorer som full avdeling og høyt arbeidspress som grunner til å oppmuntre kvinnene til å bli hjemme i latensfasen (Beake et al., 2018). Andre studier har vist at vurderingen jordmor gjør av en kvinne for innleggelse gjøres på bakgrunn av den totale situasjonen, inkludert fysiske tegn, kvinnens håndtering av

smertene og situasjonen, hennes ønsker og forventninger til fødsel, samt institusjonens retningslinjer og kapasitet (Cheyne et al., 2006; Eri et al., 2011). En norsk kvalitativ studie fra 2011 viste at jordmødrene forsøkte å oppmuntre kvinnene til å bli hjemme så lenge som mulig ved fødselens start, for å unngå medikalisering av fødselen. De hadde fokus på å forstå kvinnenes situasjon, gi konkrete råd og normalisere fødselsforløpet i kommunikasjonen med kvinnene. Studien stiller likevel spørsmål ved om jordmødrenes rolle som «portvoktere» står i veien for ivaretagelse av kvinnenes behov i latensfasen (Eri et al., 2011), noe som også er påpekt i andre studier (Beake et al., 2018; Eri et al., 2015; Low & Moffat, 2006; Marowitz, 2014).

Jordmødre er de mest kompetente til å håndtere normale fødsler, og i mange land og kulturer er det jordmødrene som er tette på fødekvinnene. Jordmødre har derfor et særlig ansvar for å legge til rette for et naturlig fødselsforløp og beskytte kvinnene mot unødvendige inngrep i den normale fødselen (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014). Det er mange faktorer som kan bidra til å påvirke jordmors vurdering og beslutning om innleggelse av kvinner i fødeavdeling. I tråd med Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, skal jordmor ivareta både de fysiske, psykiske, emosjonelle og åndelige behovene til kvinnene når de søker helsehjelp (International Confederation of Midwives, 2005). Jordmor må også imøtekomme kravet om kvinnens rett til medvirkning rundt egen helsehjelp (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3-1). Det betyr at jordmor er forpliktet til å ta i betraktning kvinnens ståsted, perspektiv og ønsker i møte med fødselsomsorgen. Dette må likevel balanseres opp mot hva som er best for kvinnen fra et jordmorfaglig ståsted.

### *Kvinnens opplevelse av latensfasen*

Kvalitativ forskning har bidratt til en større anerkjennelse av og forståelse for de utfordringene kvinnene møter i latensfasen. En kvalitativ studie påpekte at hvordan kvinnene følte at de ble møtt i latensfasen hadde stor betydning for den totale fødselsopplevelsen deres (Low & Moffat, 2006). Latensfasen kan oppleves forskjellig fra kvinne til kvinne, og fra fødsel til fødsel, men enkelte temaer går igjen. En metasyntese over kvalitative studier av førstegangsfødende kvinners opplevelse av latensfasen viste at kvinnene følte et ansvar for å bedømme om fødselen virkelig var i gang, og å ta riktig avgjørelse om når de skulle kontakte fødestedet (Eri et al., 2015). Kvinnene brukte ulike mestringsstrategier for å håndtere smerter og engstelse i latensfasen – noen fikk god støtte fra partner, andre forsøkte å holde på med dagligdagse gjøremål, se film/serier eller snakke med venner og familie (Eri et al., 2015). En

annen systematisk oversiktsartikkel viste at kvinnene ofte ble overveldet over smertene de opplevde, og følte seg uforberedt på dette. Kvinnene ønsket å bli møtt av empatiske jordmødre, de ønsket tydelige råd om hva de burde gjøre, samt en forsikring om at smerter og symptomer som de opplevde i latensfasen var normalt (Beake et al., 2018).

Behovet for smertelindring, bekreftelse og trygghet var de mest sentrale punktene i kvinnenes opplevelse av latensfasen (Beake et al., 2018; Carlsson et al., 2009; Dahlberg et al., 2015; Eri et al., 2011; Hosek et al., 2014). Kvalitative studier har vist viktigheten av å få nok tid med og informasjon fra jordmor i svangerskapet for å kunne føle seg trygg og avslappet under fødselen, samt realistisk informasjon om hva kvinnen kan forvente ved fødselsstart (Beake et al., 2018; Dahlberg et al., 2015). I en svensk studie om kvinners håndtering av latensfasen hjemme, rapporterte kvinnene at når de hadde fått bekreftelse på at alt var normalt, kunne de slappe bedre av og la den naturlige fødselsprosessen fortsette (Carlsson, 2012). En RCT-studie fra 2006 viste at hjemmebesøk av jordmor i latensfasen førte til at kvinnene i mindre grad oppsøkte fødeavdelingen i tidlig fødsel (Janssen et al., 2006). En systematisk oversikt fra 2017 viste også at dersom kvinnene ble undersøkt og evaluert i latensfasen, kunne dette utsette innleggelsestidspunktet (Kobayashi et al., 2017). Det har ikke blitt utformet retningslinjer eller konkrete råd for hvordan man kan hjelpe kvinner til å bli værende hjemme i latensfasen for å hindre tidlig innleggelse i fødeavdeling.

### 3.0 Kunnskapsgrunnlag – et helsefremmende perspektiv

Studien bygger på et helsefremmende perspektiv. Den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid i Ottawa i 1986 dannet idégrunnet for en samlende strategi om helsefremmende fokus i folkehelsearbeidet. «Ottawa-charteret» fungerer fremdeles som en slags grunnlov i det helsefremmende arbeidet. Her defineres helsefremmende arbeid som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (World Health Organization, 1986). Helsefremmende arbeid dreier seg primært om å styrke menneskers helse, og å gi dem muligheten til å ta kontroll over og forbedre sin egen helse gjennom økt kunnskap og medvirkning. Jordmødre har en viktig rolle innenfor helsefremmende arbeid både på individ- og samfunnsnivå. Det er nedskrevet i yrkesetiske retningslinjer for jordmødre at de skal opptre som rollemodeller i helsefremmende arbeid for kvinner gjennom hele livets syklus, for familier og for annet helsepersonell (International Confederation of Midwives, 2005).

Å styrke kvinners helse er en viktig del av jordmødres arbeid, da de jobber tett på kvinner i sårbare situasjoner i alle faser av livet. Jordmødre er pliktet til å etterleve Pasient- og brukerrettighetsloven, som gir kvinnene rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene de mottar, blant annet til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3-1). Jordmødre har en viktig oppgave i å informere og undervise kvinner, fordi tilstrekkelig, faglig oppdatert og forståelig informasjon er en forutsetning for at kvinner skal ha en reell mulighet til medvirkning rundt egen helsehjelp. En annen viktig del av jordmors helsefremmende rolle, er å bidra til utvikling og deling av kunnskap innenfor jordmorfaget, for eksempel gjennom forskning (International Confederation of Midwives, 2005).

Som en følge av ny teknologi og økende fokus på risiko og komplikasjoner, har synet på fødsel endret seg (Renfrew et al., 2014). To overordnede og til dels motstridende syn på fødselsprosessen har lenge vært gjeldende; svangerskap og fødsel som en normal, fysiologisk prosess på den ene siden, og det medisinske eller patologiske synet, hvor svangerskap og fødsel kun anses som normalt i retrospekt (Smith et al., 2014). Synet på fødsel som en normal prosess samsvarer med jordmødres faglige opplæring og retningslinjer, hvor en av de viktigste oppgavene er å fremme den normale fødselen (Miller et al., 2016; Renfrew et al., 2014). Dette synet innebærer også et helsefremmende perspektiv med fokus på kvinnens



medbestemmelse og egne ressurser. Studier har fremhevet behovet for at jordmor har en helsefremmende holdning i møtet med fødekvinnen for å fremme den normale fødsel, og for å fremme en positiv fødselsopplevelse for kvinnen (Dahlberg et al., 2015; Howarth et al., 2011). Studiene viste at jordmor hadde en avgjørende rolle i dette arbeidet, og at kvinnene så på jordmors holdning og atferd som av betydning for om de følte seg trygg og ivaretatt under fødselen. Jordmors evne til å tilnærme seg kvinnen på en individualisert og motiverende måte, bidro til å fremme kvinnens indre styrke og tro på sin egen evne til å håndtere fødselsarbeidet (Dahlberg et al., 2015). I denne studien ble det også fremhevet at jordmor gjennom et helsefremmende perspektiv må fokusere på kvinnens egne ressurser for å fremme den normale fødselen.

## 4.0 Metode

### 4.1 Studiedesign

Studien er en kvantitativ studie med prospektivt innsamlet datamateriale fra en norsk kvinneklinikk.

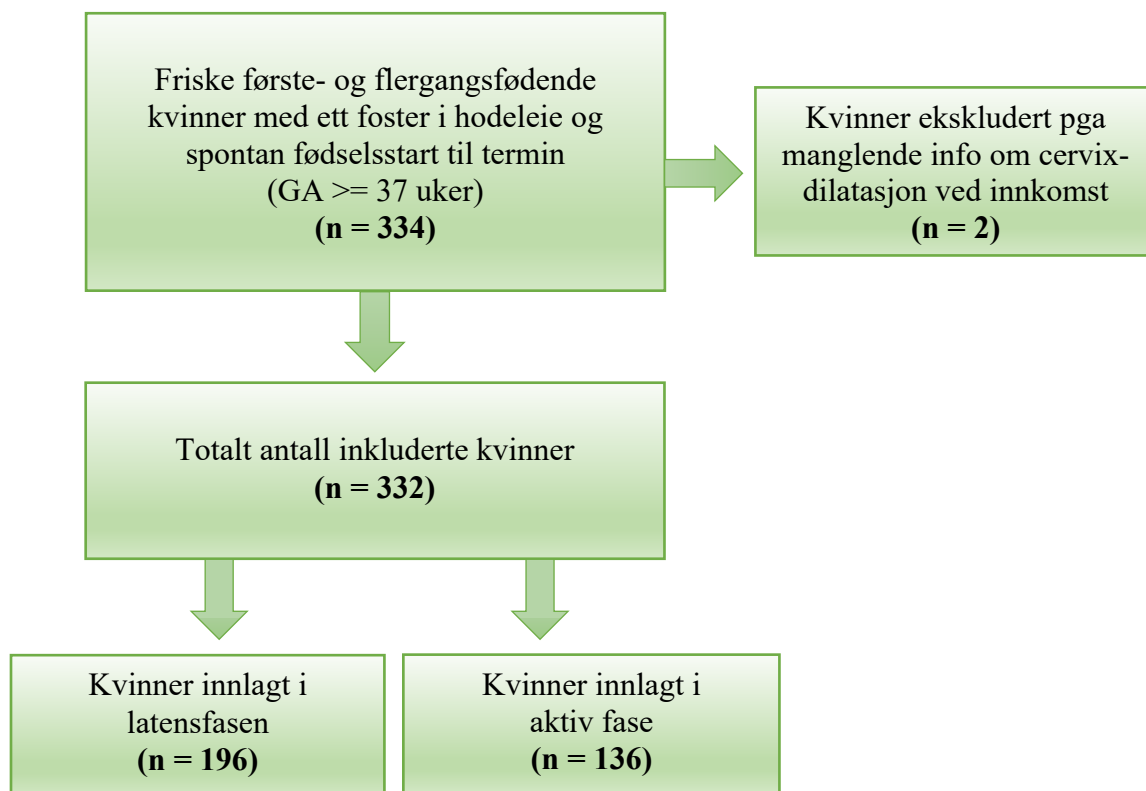
### 4.2 Bakgrunn for datamaterialet

Datamaterialet ble samlet inn prospektivt fra fødselsjournaler i dokumentasjonssystemet Imatus/Natus. Datainnsamlingen ble gjennomført fra 1. august til 30. september 2018 av tidligere studenter. Det ble brukt validerte kartleggingsskjemaer til innhenting av data fra fødselsjournalene, og studentene plottet data fra Imatus/Natus til Excel. Imatus/Natus er et nasjonalt dokumentasjonssystem for svangerskap-, fødsels- og barselomsorgen (CSAM Health AS, 2021), hvor observasjoner, tiltak og utfall av fødsel har blitt dokumentert av jordmor underveis i fødselsforløpet.

Datamaterialet er hentet fra en kvinneklinikk som håndterer rundt 5000 fødsler årlig. Kvinneklinikken er inndelt i tre fødeavdelinger basert på tre ulike fødenivåer – én jordmorstyrt avdeling som kun håndterer lavrisikofødsler, og to avdelinger som håndterer både lavrisiko- og risikofødsler. Kvinnene selekteres til de ulike avdelingene ut fra en risikovurdering basert på gjeldende retningslinjer for fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010).

### 4.3 Populasjon og utvalg

Populasjonen var friske, lavrisikofødende kvinner uten kjente risikofaktorer hos mor eller barn. Utvalget bestod av 332 friske første- og flergangsfødende kvinner med ett foster i hodeleie og spontan fødselsstart til termin (gestasjonsalder  $\geq$  37 uker), og inkluderte kvinner som fødte med og uten epiduralanalgesi (EDA). Flytskjema over utvalgs- og eksklusjonsprosessen i studien er fremstilt i Figur 1.



**Figur 1:** Flytskjema over utvalg og eksklusjon

#### 4.4 Variabler og målenivå

Variablene som ble inkludert i studien er presentert i Tabell 1. Det ble foretatt en seleksjon av hvilke variabler som skulle inkluderes ut fra variablenes relevans for studiens overordnede problemstilling og hensikt (Polit & Beck, 2017, s. 266). Variabellisten inkluderer demografiske variabler, variabler som beskriver kvinnenes inntakststatus, smertelindring og fødselsvarighet.

**Tabell 1:** Variabler og målenivå

Variabel	Målenivå
<i>Demografiske</i>	
Paritet	Dikotom, kategorisk
Alder, gruppe	Ordinal
Opprinnelse	Kategorisk
Utdanningsnivå	Ordinal
<i>Innkommststatus</i>	
Fase ved innkommst	Dikotom, kategorisk
Cervix (cm)	Kontinuerlig
Hodets stasjon i bekkenet	Kontinuerlig
Regelmessige rier	Dikotom, kategorisk
Antall rier per 10 min	Kontinuerlig
Rienes intensitet	Ordinal
<i>Smertelindring</i>	
Varmeflaske	Dikotom, kategorisk
Badekar/dusj	Dikotom, kategorisk
Akupunktur	Dikotom, kategorisk
Steriltvannspapler	Dikotom, kategorisk
EDA	Dikotom, kategorisk
EDA gitt i latensfase	Dikotom, kategorisk
Ikke-medikamentell smertelindring samlet	Dikotom, kategorisk
<i>Fødselsvarighet</i>	
Fødselsvarighet	Kontinuerlig
Fødselsvarighet gruppe	Ordinal
<i>Andre</i>	
Sovedose	Dikotom, kategorisk
Venteseng	Dikotom, kategorisk

Variablene som er beskrevet under «innkommststatus» ble inkludert for å synliggjøre hvor i fødselsforløpet kvinnene var da de ble lagt inn i fødeavdelingen. Alle smertelindringstiltak ble definert som dikotome variabler med ja/nei som verdier, fordi datamaterialet ikke inneholdt informasjon om hvorvidt tiltakene ble gjort i latensfase eller i aktiv fase. Unntaket var variabelen «EDA gitt i latensfase», som definerte at EDA ble gitt før kvinnen var i aktiv fødsel. Opprinnelig var det en del «missing values» i kategorien ikke-medikamentell smertelindring, men disse ble omgjort til «ikke dokumentert», da det var vanskelig å fastslå om tiltakene ikke var dokumentert eller ikke var utført.

#### 4.5 Analyse

Deskriptiv og inferensiell statistikk ble brukt for å se på variablenes frekvensfordeling, og vi utførte statistiske analyser for å beskrive utvalget og sammenligne kvinnene som ble lagt inn i

latensfasen med kvinnene som ble innlagt i aktiv fase av fødsel. For å utføre analysene ble statistikkprogrammet IBM SPSS - Statistical Package for the Social Sciences benyttet (Pallant, 2020).

Variablenes målenivå og hvordan de ble definert var styrende for hvilke analyser som ble utført (Tabell 1). Variablene cervixdilatasjon, antall rier per 10 min, hodets stasjon i bekkenet og fødselsvarighet ble inkludert med både kontinuerlig og ordinalt målenivå, slik at det kunne regnes både andeler og gjennomsnitt (Polit & Beck, 2017, s. 356-357). For disse variablene oppgis standardavvik (SD) og 95 % konfidensintervall (KI). Standardavviket gir informasjon om variasjonen innenfor hver gruppe (Polit & Beck, 2017, s. 364). Konfidensintervallet gir et estimat og en sikkerhetsmargin for tallets størrelse i populasjonen (Polit & Beck, 2017, s. 379).

Signifikante forskjeller mellom kvinnene som ble innlagt i latensfasen og kvinnene som ble innlagt i aktiv fase med tanke på paritet og bruken av EDA var bakgrunnen for å se på relativ risiko (RR) med 95 % konfidensintervall for disse variablene (Polit & Beck, 2017, s. 379). De dikotome variablene ble analysert ved hjelp av kji-kvadrat ( $\chi^2$ ) test for uavhengige grupper (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 106; Polit & Beck, 2017, s. 392). Variabelen fødselsvarighet var ikke normalfordelt i utvalget. For å ikke overestimere en forskjell mellom gruppene ble den analysert ved bruk av Mann-Whitney-U-test for uavhengige grupper (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 90-92).

#### 4.6 Missing values

De ulike variablene i datamaterialet inneholdt manglende verdier, eller «missing values», i varierende grad. Antallet missing values for hver variabel er oppført i tabellene i resultatdelen for å synliggjøre hvor mange av utvalget som ikke ble inkludert i resultatene. Andelen missing values fordelte seg jevnt i datamaterialet, men det var høyest andel missing values for variabelen «utdanningsnivå». Etter en vurdering antar vi at missing values er «missing completely at random» (MCAR), fordi det var tilfeldig hvilke variabler som hadde missing values (Polit & Beck, 2017, s. 430). For å minimere risikoen for bias ble missing values ekskludert «pairwise» i SPSS, det vil si for hver enkelt analyse (Pallant, 2020, s. 219).

#### 4.7 Etiske overveielser

Datamaterialet var opprinnelig en del av et internt kvalitetsforbedringsprosjekt, og det ble søkt om tillatelse for innhenting av anonyme data til foretakets interne personvernombud i 2018. Det var derfor ikke aktuelt å søke studien inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men etiske prinsipper i forskningsøyemed måtte likevel overholdes, og valgene rundt håndtering og anvendelse av data måtte vurderes nøye.

Datamaterialet besto av fullstendig anonyme data. Anonymitet er den beste måten å sikre konfidensialiteten til deltakerne på (Polit & Beck, 2017, s. 147). Det var likevel viktig å være klar over at anonyme opplysninger kan ses på som sensitive for deltakeren, avhengig av hva slags informasjon som er innhentet. Helseregisterloven sier at: ”Graden av personidentifikasjon skal ikke være større enn nødvendig for det aktuelle området” (Helseregisterloven, 2014, § 6). På grunn av en del sensitive opplysninger om kvinnenens bakgrunn, helse og fødselsforløp ble det gjort en restriktiv utvelgelse av data, og det ble ikke hentet ut mer data enn det som var strengt nødvendig ut fra studiens hensikt. Disse avveiningene bidro til ytterligere styrking av personvernet (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Med tanke på oppbevaring av datamaterialet, ble det tatt en vurdering før datainnsamlingen startet om dataene burde ligge på høgskolens forskningsserver. Det ble da konkludert med at datamaterialet var anonymisert i stor nok grad til at det kunne oppbevares på private enheter. Det ble likevel benyttet passordbeskyttede pc-er og en restriktiv holdning til deling av datamaterialet. Nå som analysene er gjennomført, resultatene presentert og studien er over, er datamaterialet slettet.

## 5.0 Resultater

### 5.1 Beskrivelse av utvalget

Totalt 332 kvinner ble inkludert i studien. Kvinnenes sosiodemografiske karakteristika og inntakstatus med tanke på cervixdilatasjon, hodets stasjon i bekkenet og rier er fremstilt i Tabell 2. Det var en overvekt av flergangsfødende kvinner i utvalget (60,9 %). Majoriteten av kvinnene (77,0 %) var mellom 25 og 34 år, av norsk opprinnelse (81,3 %) og hadde høyere utdanning (70,3 %). Kvinnene som ble innlagt i latensfasen og i aktiv fase var sammenlignbare med tanke på sosiodemografiske karakteristika.

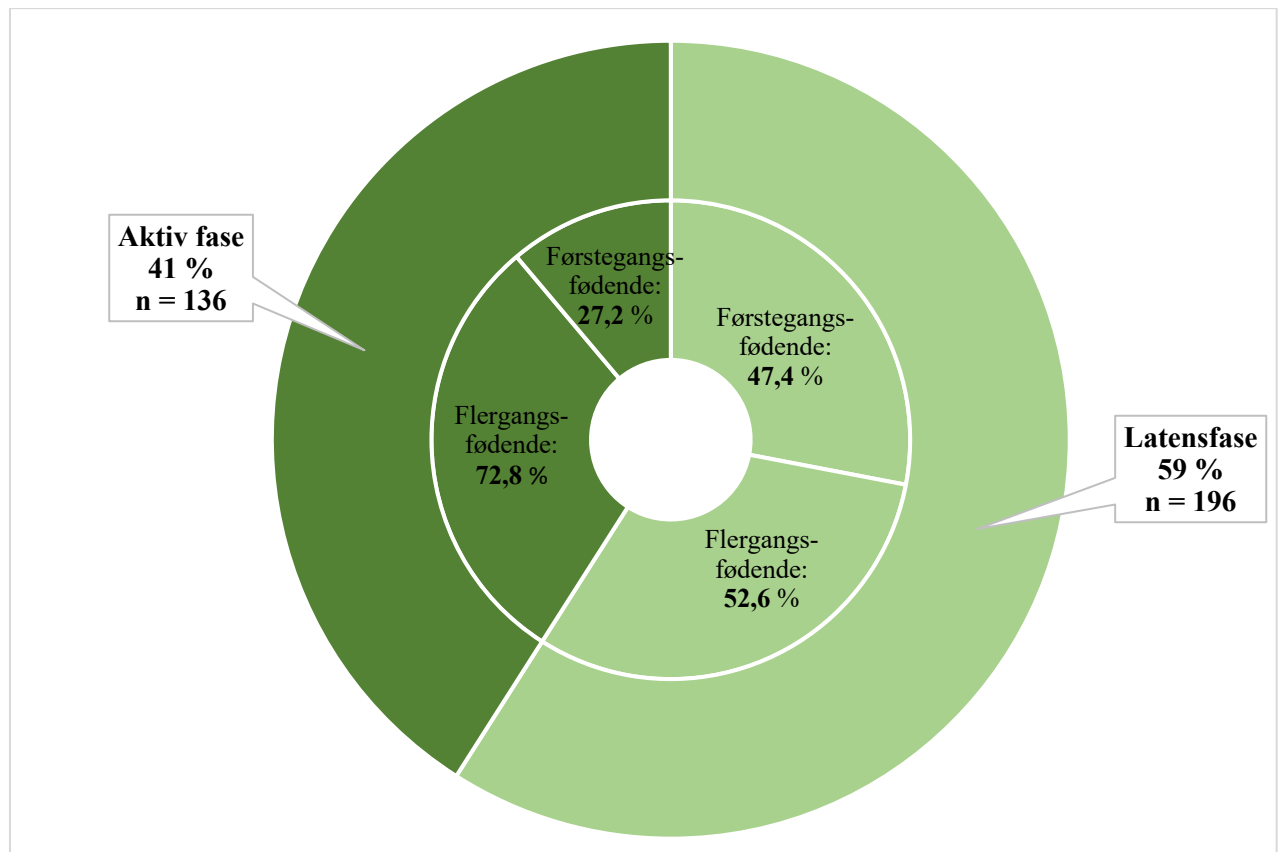
**Tabell 2:** Sosiodemografiske karakteristika og kvinnenes inntakstatus ved ankomst til fødeavdelingen

Variabler:	Kvinner innlagt i latensfase		Kvinner innlagt i aktiv fase		Total av utvalget	
	n	%	n	%	n	%
<b>Alder:</b>						
18-24	17	8,7	7	5,2	24	7,3
25-29	69	35,4	48	35,6	117	35,5
30-34	82	42,0	55	40,7	137	41,5
35-39	23	11,8	21	15,6	44	13,3
>40	4	2,0	4	2,9	8	2,4
Missing	1		1		2	
<b>Opprinnelse*:</b>						
Norsk	155	79,1	115	84,6	270	81,3
Vestlig	22	11,2	9	6,6	31	9,3
Ikke-vestlig	19	9,7	12	8,8	31	9,3
<b>Utdannelse:</b>						
Grunnskole	7	4,1	2	1,7	9	3,2
Videregående	47	27,7	29	24,8	76	26,5
Høyere utdanning	116	68,2	86	73,5	202	70,3
Missing	26		19		45	
<b>Regelmessige rier:</b>						
Ja	81	43,3	93	75,6	174	56,1
Nei	106	56,7	30	24,4	136	43,9
Missing	9		13		22	
<b>Rienes intensitet:</b>						
Dårlig	98	53,0	15	11,8	113	36,2
Middels	77	41,6	63	49,6	140	44,9
God	10	5,4	49	38,6	59	18,9
Missing	11		9		20	
<b>Totalt:</b>	n = 196	100 %	n = 136	100 %	n = 332	100 %
	<b>**</b>	<b>mean SD (95 % KI)</b>	<b>mean SD (95 % KI)</b>			
<b>Cervix ved inntak, cm:</b>	2,2	0,9 (2,11-2,36)	5,7	1,9 (5,38-6,02)		
<b>Antall rier på 10 minutter:</b>	2,7	0,9 (2,52-2,79)	2,9	1,0 (2,77-3,13)		
<b>Hodets stasjon i bekkenet:</b> (i avstand fra spina)	-2		-1			
* opprinnelse er kategorisert på tilsvarende måte som i Imatus/Natus						
** mean = gjennomsnitt, SD = standardavvik, KI = konfidensintervall						



## 5.2 Innleggelse i fødeavdeling

Av det totale antallet kvinner i utvalget ble 59 % lagt inn i fødselens latensfase, mens 41 % av kvinnene ble lagt inn i fødselens aktive fase. Det var omtrent en like stor andel første- og flergangsfødende kvinner som ble lagt inn i latensfasen, mens det var stor overvekt av flergangsfødende kvinner som ble lagt inn i aktiv fase. Dette er fremstilt i Figur 2.



**Figur 2:** Andel kvinner innlagt i latensfase og i aktiv fase av fødsel samt fordeling av paritet innad i gruppene

Det var signifikant forskjell i andelen førstegangsfødende blant kvinnene som ble innlagt i latensfasen (47,4 % førstegangsfødende,  $n = 93$ ) og kvinnene som ble innlagt i aktiv fase (27,2 % førstegangsfødende,  $n = 37$ ). Å være førstegangsfødende var assosiert med noe økt risiko for innleggelse i latensfasen sammenlignet med å være flergangsfødende (RR 1,40, 95 % KI 1,18-1,66).

### 5.3 Smertelindring i fødsel

Bruken av EDA og ikke-medikamentell smertelindring for kvinner innlagt i latensfase og for kvinner innlagt i aktiv fase er presentert i Tabell 3.

**Tabell 3:** Smertelindring i fødsel

Smertelindringstiltak:	Kvinner innlagt i latensfase		Kvinner innlagt i aktiv fase		Total av utvalget		p-verdi
	n	%	n	%	n	%	
<b>Ikke-medikamentelle: *</b>							
<i>Varmeflaske</i>	70	35,7	15	11,0	85	25,6	<0,001
<i>Badekar/dusj</i>	100	51,0	39	28,7	139	41,9	<0,001
<i>Akupunktur</i>	48	24,5	15	11,0	63	19,0	0,002
<i>Steriltvannspapler</i>	17	8,7	6	4,4	23	7,0	0,133
<b>EDA anlagt i fødsel:</b>							
<i>Ja</i>	110	56,1	29	21,3	139	41,9	
<i>Nei</i>	86	43,9	107	78,7	193	58,1	
<b>Totalt:</b>	n = 196	100 %	n = 136	100 %	n = 332	100 %	

\*Mulig med flere ikke-medikamentelle tiltak samtidig

Bruken av ikke-medikamentell smertelindring (alle tiltak samlet) for hele utvalget lå på 55,4 %. Ikke-medikamentell smertelindring ble mer brukt blant kvinnene som ble innlagt i latensfasen (64,8 %) enn blant kvinnene som ble innlagt i aktiv fase (41,9 %). Forskjellen var statistisk signifikant ( $\chi^2 = 17,02$ ,  $df = 1$ ,  $p = < 0,001$ ).

Av hele utvalget var det 41,9 % av kvinnene som fikk anlagt EDA. Det var signifikant forskjell i bruken av EDA mellom kvinnene som ble innlagt i latensfasen (56,1 %) og i aktiv fase av fødsel (21,3 %). Å bli lagt inn i fødselens latensfase var assosiert med høyere risiko for å få anlagt EDA i løpet av fødselen sammenlignet med å bli innlagt i fødselens aktive fase (RR 2,63, 95 % KI 1,86-3,72).

Når det gjaldt tidspunktet for anleggelse av EDA, var det flere kvinner som fikk anlagt EDA i fødselens aktive fase enn i latensfasen. Av alle kvinnene som fikk anlagt EDA var det 35,3 % som fikk det mens de var i fødselens latensfase, mens 64,7 % fikk EDA mens de var i fødselens aktive fase. Forskjellen var statistisk signifikant ( $\chi^2 = 79,82$ ,  $df = 1$ ,  $p = < 0,001$ ). Kvinnene som hadde brukt ikke-medikamentell smertelindring hadde ikke lavere risiko for bruk av EDA (RR 0,92, 95 % KI 0,71-1,18).

## 5.4 Fødselsvarighet

Gjennomsnittlig fødselsvarighet for kvinnene i hele utvalget var på 403 minutter (SD 408, 95 % KI 359-448 minutter), som vil si 6 timer og 43 minutter. Fødselsvarighet for kvinner innlagt i latensfase og i aktiv fase er presentert i Tabell 4.

**Tabell 4:** Fødselsvarighet

Fødselsvarighet*:	Kvinner innlagt i latensfase		Kvinner innlagt i aktiv fase		p-verdi
	n	%	n	%	
< 3 timer	50	25,9	42	31,6	
3 t - 12 t	103	53,4	83	62,4	
12 t - 24 t	37	19,1	7	5,3	
24 t - 48 t	3	1,6	0	0	
> 48 t	0	0	1	0,7	
Missing	3		3		
<b>Totalt:</b>	n = 196	100 %	n = 136	100 %	
<b>Fødselsvarighet:</b>	<b>mean, SD (95 % KI)**</b>		<b>mean, SD (95 % KI)</b>		< 0,001
Minutter	454, 396 (398-510)		329, 415 (258-400)		
Timer (t) og minutter (min)	7 t 34 min		5 t 29 min		
* Fødselsvarighet er regnet fra start av aktiv fase for alle kvinnene					
**mean = gjennomsnitt, SD = standardavvik, KI = konfidensintervall					

## 5.5 Tiltak i latensfasen

Av alle kvinnene i studien var det 4,2 % som benyttet seg av tiltaket «venteseng», og 3,6 % som benyttet seg av tiltaket «sovedose». Med «venteseng» menes en seng kvinnen kan benytte seg av på sykehuset i latensfasen dersom hun ikke ønsker å reise hjem i påvente av aktiv fødsel. Med «sovedose» menes en kombinasjon av smertestillende og beroligende medikamenter som skal hjelpe kvinnen i latensfasen med å slappe av og sove. Det var ingen kvinner i utvalget som hadde benyttet begge tiltak.

## 6.0 Metodediskusjon

### 6.1 Studiedesign og datamaterialet

Studiens design gjorde at det var nødvendig å ta veloverveide valg underveis for å sikre den interne validiteten. Utfordringer i forhold til den interne validiteten er størst i ikke-eksperimentelle studier på grunn av den manglende kontrollen på alle involverte variabler (Polit & Beck, 2017, s. 203). For å styrke studiens interne validitet, ble det benyttet deskriptiv og inferensiell statistikk uten å trekke slutninger om årsakssammenhenger, og uten å vurdere styrken til de statistiske assosiasjonene (Polit & Beck, 2017, s. 203).

Datamaterialet som ble brukt i studien ble opprinnelig samlet inn til et annet prosjekt med et annet formål. Dette ga oss mindre kontroll og et begrenset utvalg variabler. For å styrke studiens innholdsvaliditet ble det derfor laget en ny kodebok hvor alle variablene ble kontrollert slik at de samsvarte, og dette ble kontrollert opp mot rådata. Dette ble gjort både som en kvalitetssjekk og for å gi oss økt kjennskap til datamaterialet (Polit & Beck, 2017, s. 742). Gjenbruk av datamaterialet var tidsøkonomisk, i og med at vi ikke trengte å samle inn nye data, og vi heller ikke var avhengig av deltakernes samarbeid for å kunne utføre studien (Polit & Beck, 2017, s. 174). En annen styrke var tilgangen til et relativt stort antall fødselsjournaler, samt at vi ikke trengte å ta høyde for frafall fra studien fordi datamaterialet allerede var innhentet (Folkestad, 2017, s. 4).

### 6.2 Bruken av fødselsjournal og jordmor som observatør

At datamaterialet baserer seg på jordmødres dokumentasjon i kvinnens fødselsjournal, kan innebære en svakhet ved datamaterialet. Jordmødre har dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §39-40), og Helsedirektoratet presiserer at jordmødre er ansvarlig for å dokumentere blant annet symptomer, funn, smertelindringstiltak, hvilke vurderinger som ble foretatt på hvilke tidspunkter og mors tilstand under fødselen (Helsedirektoratet, 2018a). En del av dataene i studien samsvarer med data som rapporteres til Medisinsk fødselsregister (MFR) i forbindelse med fødsel, og anses derfor å ha god kvalitet og reliabilitet. Noen av variablene som ble inkludert i denne studien var likevel avhengige av den enkelte jordmors vurdering og dokumentasjon, og kan derfor sies å ha lavere reliabilitet enn de variablene som baserte seg på klare, definerte mål (Polit & Beck, 2017, s. 303). Selv om jordmødre er lovpålagt å dokumentere tiltak og hendelser i fødsel, kan det tenkes at jordmor av ulike grunner ikke prioriterer å dokumentere enkelte tiltak som blir ansett som mindre kritiske, som

for eksempel bruken av ikke-medikamentell smertelindring. Dette kan skape informasjonsbias (Polit & Beck, 2017, s. 173). Studier har vist at jordmødre prioriterer det å være tilgjengelig for kvinnen høyere enn dokumentering og journalføring (Cooper et al., 2021; Dike et al., 2015). Jordmødres ekspertise på det normale fødselsforløpet (Renfrew et al., 2014), og at jordmødre er godt trent og opplært i å vurdere og dokumentere fødsel (Kerkin et al., 2017) bidrar likevel til å styrke datamaterialets reliabilitet (Polit & Beck, 2017, s. 303). Det faktum at dokumentasjonsplikten gjelder alle jordmødre, gjør også at risikoen for informasjonsbias i studien anses som liten (Polit & Beck, 2017, s. 173).

### 6.3 Studiens utvalg – friske, lavrisikofødende kvinner

I enhver studie må det tas hensyn til faren for seleksjonsbias (Polit & Beck, 2017, s. 207), som kommer av at det kan være preeksisterende forskjeller mellom gruppene man studerer. Det var antagelig mange faktorer og variabler som påvirket når i fødselsforløpet kvinnene ble lagt inn i fødeavdeling, som denne typen studie ikke tar høyde for eller kan kontrollere. Samtidig besto utvalget kun av friske, lavrisikofødende kvinner med ett friskt barn i hodeleie med spontan fødselsstart til termin, der andre preeksisterende risikofaktorer var ekskludert. Seleksjonskriteriene var strenge og avgrensede, og de sosiodemografiske variablene fordelte seg også relativt likt i utvalget. Dette gir lite rom for seleksjonsbias, og er en stor styrke for studiens interne validitet (Polit & Beck, 2017, s. 224).

Studiens eksterne validitet avgrenses av de strenge seleksjonskriteriene (Polit & Beck, 2017, s. 229-230), og studien kan ikke trekke slutninger om andre fødepopulasjoner som for eksempel kvinner med komplikasjoner eller risikofødsler. Dette er nettopp bakgrunnen for studiens hensikt, som er å kartlegge friske, lavrisikofødende kvinner. Utvalget er representativt for denne studien, og resultatene kan være overførbare til andre friske, lavrisikofødende kvinner. Utvalgets størrelse er også en styrke for studiens generaliserbarhet, da et relativt stort utvalg kan sies å være mer representativt for populasjonen (Polit & Beck, 2017, s. 259)

### 6.4 Definisjon av latensfase og aktiv fase

I studien er NGF sin veileder i fødselshjelp brukt som definisjon på hva som skiller latensfase fra aktiv fase. I tillegg til cervixdilatasjon er også avflatning av cervix og regelmessige rier viktige parametre for å vurdere hvor kvinnen er i fødselsforløpet (Norsk Gynekologisk

Forening, 2020). I studiens datamateriale fantes det ikke informasjon om avflatning av cervix, derfor ble ikke dette inkludert i studiens definisjon av latensfase og aktiv fase. Regelmessige rier var inkludert i datamaterialet, men dette var en usikker variabel, da også noen av kvinnene med cervixdilatasjon mellom 4 og 10 cm hadde uregelmessige rier. Derfor var det i studien kun cervixdilatasjon som avgjorde om kvinnene befant seg i latensfasen eller i aktiv fase. Det kan stilles spørsmål ved om dette kan true studiens interne validitet, dersom kvinnene «feilaktig» ble vurdert til å være i latensfase eller aktiv fase. En systematisk oversiktsartikkel fra 2016 konkluderte med at det er liten enighet i forskningslitteraturen når det gjelder definisjonen av fødselsstart samt av latens- og aktiv fase, og at få av studiene la forskning til grunn for sin definisjon (Hanley et al., 2016). En norsk systematisk oversikt fra 2008 viste at latensfasens start ble ulikt definert, men at det virket som det var enighet om at latensfasen slutter ved 3-4 cm (Blix et al., 2008). Noen steder ble det presisert at mormunnen skal være avflatet ved avslutningen av latensfasen, men dette var det mindre enighet om (Blix et al., 2008). Likevel var det nødvendig å sette grensen mellom latens- og aktiv fase et sted, og derfor ble den sikreste variabelen i datamaterialet, som etter vår vurdering var cervixdilatasjon, benyttet som parameter for denne grensen.

## 7.0 Resultatdiskusjon

Flertallet av kvinnene i studien ble innlagt i latensfasen. Av hele utvalget ble 59 % av kvinnene lagt inn i latensfasen, mens 41 % av kvinnene ble lagt inn i aktiv fase. Dette var en høyere prosentandel enn i andre sammenlignbare studier, hvor andelen lavrisikofødende kvinner innlagt i latensfase lå mellom 30-53 % (Bailit et al., 2005; Chuma, et al., 2014; Jobst et al., 2019; Miller et al., 2020; Neal et al., 2014; Rota et al., 2018). En forklaring på dette kan være manglende enighet omkring definisjonen av latensfase og aktiv fase av fødsel i forskningslitteraturen (Hanley et al., 2016). I denne studien ble latensfase definert fra 0-3 cm cervixdilatasjon og aktiv fase fra 4 cm på bakgrunn av norske retningslinjer (Norsk gynekologisk forening, 2020). Det er et interessant fenomen at dersom grensen mellom latensfase og aktiv fase av fødsel skulle blitt endret til 5 cm slik som WHO har anbefalt (World Health Organization, 2018), så ville prosentandelen kvinner i denne studien som ble innlagt i latensfasen ha økt fra 59 % til 71,9 %. Dette antyder en diskrepans mellom praksis og gjeldende retningslinjer for innleggelse av kvinner i fødeavdeling (Norsk gynekologisk forening, 2020), noe som gir grunn til å reflektere rundt om kvinnene har behov som ikke blir møtt i tilstrekkelig grad med dagens praksis.

De norske retningslinjene for fødselshjelp er ufullstendig i forhold til hva jordmor bør vektlegge ved innleggelse av friske kvinner i fødeavdeling. Retningslinjene er skrevet for og av gynekologer (Norsk gynekologisk forening, 2020), og vektlegger ikke nødvendigvis jordmorfaglige vurderinger rundt innleggelse i fødeavdeling, som i praksis er en jordmoroppgave. Det er langt flere aspekter enn kun de fysiske som må tas hensyn til i vurderingen av kvinner ved innleggelse i fødeavdeling. Rier og cervixdilatasjon kan gi en indikator på hvor langt kvinnen er kommet i fødselen, men vil ikke nødvendigvis si noe om kvinnens individuelle behov. Jordmødre prioriterer ulikt og vektlegger ulike aspekter når de vurderer en kvinne for innleggelse, og studier har vist at jordmødre baserte avgjørelsen på den totale situasjonen, inkludert fysiske tegn på fødsel, kvinnens håndtering av smertene og situasjonen, hennes ønsker og forventninger til fødsel, samt institusjonens retningslinjer og kapasitet (Beake et al., 2018; Cheyne et al., 2006; Eri et al., 2011). En studie omkring temaet har vist at enkelte jordmødres strategi var å overbevise kvinnen om å være hjemme lengst mulig for å hindre medikalisering av den normale fødselen, mens andre ville la kvinnen ta avgjørelsen selv (Eri et al., 2011). Diskrepansen mellom retningslinjene og praksis antyder at retningslinjene for innleggelse bør være mer innholdsrike for å synliggjøre ulike

problemstillinger som må vurderes ved innleggelse av en kvinne i fødeavdelingen. Dette kan gjøre det enklere for jordmødre å begrunne valget om kvinnene skal legges inn eller sendes hjem. Det burde også vurderes hvorvidt det er behov for egne faglige retningslinjer for norske jordmødre, med fokus på de jordmorfaglige perspektivene og problemstillingene, for å fremme og bevare den normale fødselen.

En faktor som kan ha påvirket innleggelse i fødeavdeling kan ha vært den høye andelen flergangsfødende kvinner i utvalget (60,9 %). Det er kjent at flergangsfødende normalt føder raskere enn førstegangsfødende (World Health Organization, 2018). Jordmor kan gjennom vurdering av kvinnens anamnese og tidligere fødsler ha funnet det forsvarlig å innlegge kvinnen til tross for at hun var i latensfase. NICE guidelines anbefaler at kvinner bør innlegges i fødeavdeling dersom det er fare for at kvinnen føder uten jordmor tilstede hvis hun reiser hjem (National Institute of Health and Care Excellence, 2014), mens NGFs veileder for fødselshjelp ikke vektlegger dette (Norsk gynekologisk forening, 2020). I denne studien fant vi at 25,9 % av kvinnene innlagt i latensfasen og 31,6 % av kvinnene innlagt i aktiv fase hadde en fødselsvarighet på mindre enn 3 timer. På bakgrunn av det relativt høye antallet kvinner som fødte raskt, kan det påpekes at jordmor har gjort en god og faglig begrunnet vurdering i å legge inn disse kvinnene tidlig. Størsteparten av kvinnene i studien hadde likevel en fødselsvarighet mellom 3-12 timer, med en gjennomsnittlig fødselsvarighet på 6 timer og 43 minutter. Forskning har ikke konkludert med hva som kan anses som normal fødselsvarighet (Abalos et al., 2018; Hanley et al., 2016; Oladapo et al., 2017; World Health Organization, 2018), men tallene i studien samsvarer med tallene fra en systematisk oversiktsartikkel som så på fødselsvarighet blant lavrisikofødende kvinner. Her fant man at median fødselsvarighet fra aktiv fase for første- og flergangsfødende kvinner varierte fra 3,7-7 timer (Abalos et al., 2018).

I denne studien fant vi at kvinnene som ble innlagt i latensfasen i gjennomsnitt hadde 2 timer lengre fødselsvarighet enn kvinnene som ble innlagt i aktiv fase ( $p < 0,001$ ), og det var flere av kvinnene som ble innlagt i latensfasen som hadde en fødselsvarighet mellom 12-24 timer enn av kvinnene innlagt i aktiv fase (19,1 % versus 5,3 %). Vi har ikke tall fra andre studier som ser på fødselsvarighet opp mot innleggelsestidspunkt, og det kan ikke fastslås om tidspunktet for innleggelse i fødeavdeling påvirker fødselsvarighet. En forklaring kan være at det er kvinnene som har en lang latensfase, og kanskje dermed en lengre total fødselsvarighet, som har et økt behov for støtte og derfor legges inn i fødeavdeling tidligere. En studie som



støtter denne teorien så på friske, førstegangsfødende kvinners egen opplevelse av latensfasens varighet som prediktor for obstetriske intervensjoner og tidspunkt for innleggelse. Studien fant blant annet at kvinnene som opplevde å ha vært i fødsel i mer enn 24 timer før innleggelse i fødeavdeling, oftere ble lagt inn i latensfasen, samt at disse kvinnene hadde en litt over 2 timer lengre varighet av fødselens første stadium enn kvinnene som opplevde å ha vært i fødsel i under 24 timer før innleggelse (Janssen og Weissinger, 2014). Dette kan antyde et økt behov for omsorg og oppfølging av kvinnene som opplever en lang latensfase, og at lang latensfase kanskje kan være en prediktor for lengre fødselsvarighet. Studien påpekte nytten av å bruke kvinnenes egen opplevelse av fødselsstart og fødselens varighet som parameter, da det ikke er enighet rundt disse definisjonene i litteraturen eller i klinisk praksis (Janssen og Weissinger, 2014). Det er behov for mer kunnskap omkring temaet for å kunne forstå dette bedre.

En annen faktor som kan påvirke innleggelsespraksisen, er avstanden til fødeavdelingen. Forskning har vist at reisevei over en time øker sannsynligheten for transportfødsel (Gunnarsson et al., 2014; Vik et al., 2016), og øker risikoen for mor og barn (Helsedirektoratet, 2020, s. 68). Til tross for krav om et desentralisert fødetilbud i Norge (Helsedirektoratet, 2010), har antallet fødesteder i landet gått ned fra 131 i 1974 (Meld. St. 12 (2008-2009), s. 46) til 45 i 2020 (Helsedirektoratet, 2020, s. 101). Det er antagelig rundt 10 % av kvinnene i Norge som har 1-2 timers reisevei til nærmeste fødeavdeling (Meld. St. 12 (2008-2009), s. 37), noe som kan være en forklaring på hvorfor mange kvinner søkte tidlig til fødeavdelingen. Risikoen for uplanlagt fødsel utenfor institusjon er også størst for unge, flergangsfødende kvinner, og en studie viste at disse kvinnene hadde 20 ganger høyere sannsynlighet for en slik fødsel enn eldre, førstegangsfødende kvinner (Gunnarsson et al., 2014). Forskning viser at selv i de tilfellene hvor alt går bra med mor og barn, oppleves en transportfødsel som utrygt og ubehagelig for kvinnen (Gunnarsson et al., 2014; Helsedirektoratet, 2020; Vik et al., 2016). For kvinner med lang reisevei kan det derfor være både forsvarlig og nødvendig å innlegges tidlig i fødeavdeling. Vi har ikke tall på hvor mange av kvinnene i studiens utvalg som hadde lang reisevei, men i og med at det gjelder en såpass stor andel av den norske befolkningen og at mange av kvinnene i utvalget var flergangsfødende, kan dette ha vært en nærliggende faktor. Til tross for færre fødesteder og lang reisevei for flere kvinner, har forekomsten av uplanlagte fødsler utenfor institusjon i Norge vært stabil på rundt 0,6-0,7 % siden 1999 (Helsedirektoratet, 2020, s. 68). Dette kan

tale for at jordmødre er gode til å selektere de kvinnene som har behov for tidlig innleggelse i fødeavdeling.

En tredje sentral forklaring på at så mange kvinner ble innlagt i latensfasen, kan være behovet for støtte, trygghet og smertelindring i latensfasen. Dette støttes av studier som har vist at kvinnene følte på usikkerhet og utrygghet når de var hjemme i latensfasen, og at de følte seg uforberedt på smertene (Beake et al., 2018; Carlsson et al., 2009; Eri et al., 2015; Hosek et al., 2014; Low & Moffat, 2006). Likevel hadde over halvparten av kvinnene som ble innlagt i latensfasen «dårlige rier», 38,4 % hadde mindre enn 3 rier på 10 minutter og 2 % av disse hadde ingen rier ved ankomst til fødeavdelingen. Rienes intensitet, regelmessighet og hyppighet gir ikke fasiten på graden av smerten kvinnen opplever, men dette kan tyde på at det er mange faktorer som spiller inn på kvinnens opplevelse av smerte og hennes behov for innleggelse i fødeavdeling.

I vår studie fant vi at førstegangsfødende kvinner hadde noe økt risiko for innleggelse i latensfasen (RR 1,40, 95 % KI 1,18-1,66), noe som samsvarer med annen kvantitativ forskning på temaet (Holmes et al., 2003; Miller et al., 2020; Rota et al., 2018). Dette kan tyde på at førstegangsfødende kvinner kan ha et særlig stort behov for ivaretagelse i svangerskapet og i fødsel. Å være førstegangsfødende er forbundet med en lengre latensfase (World Health Organization, 2018), og kvalitative studier har påpekt at førstegangsfødende følte at de «balanserte i et ukjent territorie» og kjente på usikkerhet, smerter «til ingen nytte» og et behov for bekreftelse på at alt var normalt (Eri et al., 2015). Kvinner ser ikke nødvendigvis på fødselen som oppdelt i faser (Dixon et al., 2013), og førstegangsfødende kan finne det særlig utfordrende å avgjøre om de er i fødsel da de ikke vet hva de skal forvente – noen har en rask latensfase mens andre har en opplevelse av at latensfasen varer i mange timer eller til og med dager (Gross et al., 2009; Tilden et al., 2019; Ångeby et al., 2018). En norsk studie fant at førstegangsfødende kvinner syntes det var utfordrende å forberede seg på latensfasen, og at uavhengig av hvor godt forberedt de følte seg så opplevde de uforutsette situasjoner (Myhre et al., 2021). Dette tyder på at jordmor må ha et særlig fokus på fødselsforberedelse og ivaretagelse av førstegangsfødende kvinner i latensfasen, slik at de informeres og betrygges på best mulig måte.

Kvalitative studier løfter frem viktigheten av at jordmødre fokuserer på å styrke kvinnene i svangerskapet, normalisere latensfasen, samt finner nye måter å gi omsorg og støtte til disse

kvinnene på, for å bedre ivareta deres individuelle ønsker og behov (Beake et al., 2018; Carlsson et al., 2009; Eri et al., 2011; Eri et al., 2015; Low & Moffat, 2006). Jordmødre har mest kunnskap om og erfaring fra den normale fødselen, og har dermed de beste forutsetningene for å veilede kvinnen i svangerskap og fødsel på en helsefremmende måte (Meld. St. 12 (2008-2009), s. 26; International Confederation of Midwives, 2005). Ved at jordmor identifiserer og styrker kvinnens egne ressurser, blir kvinnen medvirkende i å fremme egen helse (Dahlberg et al., 2015).

I retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefales det fra svangerskapsuke 36 å tilby kvinnen en samtale om fødsel og barseltid. Informasjonen må være individuelt tilpasset den enkelte kvinnen, slik at hun har mulighet til å medvirke og ta valg om egen helse (Helsedirektoratet, 2018b). Det kan imidlertid være problematisk at denne fødselsforberedende samtalen ikke er standardisert, og at det ser ut til at det er opp til den enkelte jordmor i svangerskapsomsorgen hvilken informasjon som skal gis. At så mange kvinner i studien hadde behov for innleggelse i fødeavdeling til tross for at de ikke var i aktiv fødsel, kan tale for at dagens fødselsforberedelse ikke i tilstrekkelig grad dekker kvinnenes behov for informasjon, trygghet og verktøy i møte med fødsel og fødselssmerte. PasOpp-undersøkelsen fra 2013 undersøkte i hvilken grad kvinnene syntes de hadde fått tilstrekkelig informasjon i svangerskapet om hva de kunne forvente i forbindelse med fødselen. 59 % av kvinnene svarte at de i stor eller svært stor grad hadde fått tilstrekkelig informasjon, 27 % i noen grad og 15 % at de i liten grad eller ikke i det hele tatt hadde fått tilstrekkelig informasjon om dette (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013, s. 29). Undersøkelsen synliggjør at det ligger et forbedringspotensiale i informasjonen som gis til kvinnene i svangerskapet. Jordmor har et stort ansvar i å undervise og forberede kvinnene for fødsel, da det er jordmødre som i størst grad følger opp gravide gjennom svangerskapet (Meld. St. 12 (2008-2009), s. 26).

I denne studien var bruken av tiltakene «venteseng» og «sovedose» liten (henholdsvis 4,2 % og 3,6 %). En dansk studie fant at bruken av «sovedose» på danske fødeavdelinger lå betraktelig høyere enn vi fant i denne studien, og rapporterte at andelen kvinner som mottok «sovedose» lå mellom 7-21 % (Glavind et al., 2020). En studie som så på kvinnenes tilfredshet med bruken av «sovedose» i latensfaen og fødselsutfall for mor og barn, fant at kvinnene som mottok «sovedose» hadde noe lavere risiko for å bli indusert, men fant ellers ingen forskjeller i utfallene for mor eller barn. Alle kvinnene i studien som mottok

«sovedose» rapporterte om effekt og at de var tilfredse med behandlingen. Studien konkluderte med at «sovedose» ble ansett som en trygg og effektiv måte å oppnå smertelindring og hvile i latensfasen (Maykin et al., 2021). Det kan tenkes at andelen kvinner som ble innlagt i fødselens latensfase kunne vært lavere i vår studie dersom «sovedose» og «venteseng» hadde blitt benyttet i større grad. Da bruken av disse tiltakene var lav, kunne vi ikke si noe om effekten av dem i vår studie. Vi etterlyser mer kunnskap og forskning rundt disse tiltakene for kvinner i latensfase.

En kvalitativ studie har stilt spørsmål rundt hvorfor kvinner mer eller mindre overlates til seg selv i latensfasen, og om grunnen til dette er at latensfasen tradisjonelt ikke har blitt ansett som «å være i fødsel» (Low & Moffat, 2006). En økt anerkjennelse av latensfasen som en del av fødsel, kan kanskje bidra til at kvinnene opplever en mer helhetlig måte å bli møtt på. Det er i dag ingen klare anbefalinger om hvordan jordmor kan hjelpe kvinner i latensfasen på best mulig måte. God informasjon i svangerskapet og ved kontakt med fødeavdelingen (Eri et al., 2015; Myhre et al., 2021), samt hjemmebesøk av jordmor i latensfasen (Janssen et al., 2006), er noen tiltak som har vist at kvinner kan håndtere latensfasen lengre hjemme. En studie fra 2013 viste at en «Caseload midwifery»-modell, altså at kvinnen ble fulgt opp av én eller noen få jordmødre gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, førte til at færre kvinner oppsøkte fødeavdelingen i latensfasen (Davey et al., 2013). Kontinuerlig tilstedeværelse i fødsel ser ut til å bedre både fødselsutfall og fødselsopplevelse for kvinnen (Bohren et al., 2017; Hodnett et al., 2013), men den nyeste systematiske oversikten på temaet kunne ikke konkludere med om tidspunktet for når kvinnen mottok kontinuerlig støtte hadde noe å si (Bohren et al., 2017). Det trengs mer kunnskap omkring hvilke tiltak som kan være nyttige for kvinner i latensfasen, slik at man bedre kan hjelpe kvinnene til å håndtere denne delen av fødselen, og muligens redusere antall innleggelser i latensfasen.

Over halvparten (55,4 %) av kvinnene i studien benyttet ikke-medikamentelle smertelindringstiltak i løpet av fødselen. Kvinnene innlagt i latensfasen brukte ikke-medikamentell smertelindring i større grad enn kvinnene innlagt i aktiv fødsel, og forskjellen var statistisk signifikant ( $\chi^2 = 17,02$ ,  $df = 1$ ,  $p = < 0,001$ ). En forklaring på dette kan være at kvinnene innlagt i latensfasen sannsynligvis tilbrakte lengre tid på sykehuset, noe som kan ha gjort at det var bedre tid til å iverksette og dokumentere slike tiltak (Cooper et al., 2021). En annen forklaring kan være at kvinnene innlagt i latensfasen hadde en lengre fødselsvarighet

enn kvinnene som ble lagt inn i aktiv fødsel. Fødselens varighet ser ut til å være medvirkende i kvinners valg om å få smertelindring (Jones et al., 2012; Thomson et al., 2019), og det kan tenkes at kvinnene innlagt i latensfasen derfor hadde et større behov for smertelindring.

I vår studie fant vi at flesteparten av kvinnene som fikk anlagt EDA, fikk det i aktiv fødsel (64,7 %). Retningslinjene til NGF anbefaler at EDA skal anlegges uavhengig av cervixdilatasjon, og at kvinnenes behov for smertelindring skal være tilstrekkelig som indikasjon for å anlegge EDA (Norsk gynekologisk forening, 2020). At så mange av kvinnene i studien ble innlagt i latensfasen men ikke fikk anlagt EDA før i aktiv fase av fødsel kan tyde på et ønske om å utsette anleggelse av EDA til kvinnen er i aktiv fase. Noen studier har vist at kvinner ser på EDA som «siste utvei», noe som både kan indikere graden av smerte de opplevde, men også at kvinnene opprinnelig hadde et ønske om å forsøke andre former for smertelindring og mestringsstrategier (Borrelli et al., 2020; Thomson et al., 2019). Bruken av ikke-medikamentell smertelindring blant kvinnene innlagt i latensfasen, og at EDA som oftest ikke ble anlagt før i aktiv fødsel, kan indikere en innstilling hos både kvinnene og jordmødrene om å forsøke å holde fødselen normal. Kvinnene som hadde brukt ikke-medikamentell smertelindring, hadde ikke lavere risiko for bruk av EDA (RR 0,92, 95 % KI 0,71-1,18). Det er likevel usikkert hvor mye manglende dokumentasjon av ikke-medikamentell smertelindring det var i datamaterialet. Dette, sammen med lite forskning på bruk av ikke-medikamentell smertelindring i fødsel i Norge synliggjør et behov for mer forskning på dette området.

Av alle kvinnene i studien var det 41,9 % av kvinnene som fødte med EDA. Dette tallet samsvarer med tall fra MFR fra 2020 hvor det ble det rapportert at 42,3 % av kvinnene på landsbasis fødte med EDA (Medisinsk fødselsregister, 2020). I studien vår var bruken av EDA likevel mindre enn gjennomsnittet for den aktuelle kvinneklinikken, som i 2020 lå på hele 56,6 % (Medisinsk fødselsregister, 2020). Overvekten av flergangsfødende kvinner i studien, en høy andel kvinner med rask fødsel og det faktum at kvinner med risikofødsler oftere blir anbefalt å føde med EDA, kan være med på å forklare den noe lavere forekomsten av EDA i dette utvalget.

I denne studien fant vi at kvinnene som ble innlagt i latensfasen hadde over dobbelt så høy risiko for å få anlagt EDA sammenlignet med kvinnene som ble innlagt i aktiv fase (RR 2,63, 95 % KI 1,86-3,72). Dette samsvarer med tidligere forskning som også viser betraktelig økt

risiko for anleggelse av EDA blant kvinner innlagt i latensfasen (Bailit et al., 2005; Holmes et al., 2003; Iobst et al., 2019; Kauffman et al., 2016; Miller et al., 2020; Rota et al., 2018). NGF sin veileder for fødselshjelp påpeker at noen kvinner har så store smerter at de bør legges inn i latensfasen for smertelindring (Norsk gynekologisk forening, 2020). Det er nærliggende å anta at en av grunnene til den økte bruken av EDA blant disse kvinnene henger sammen med sterke smerter, som også er en av hovedgrunnen til at kvinnene søker til fødeavdelingen i latensfasen (Beake et al., 2018; Carlsson et al., 2009; Eri et al., 2015; Low & Moffat, 2006).

Når man tar studiens utvalg i betraktning, kan det virke overraskende at så mange friske kvinner uten risikofaktorer hadde behov for EDA. Kvalitativ forskning har vist at kvinner som ønsker EDA ofte opplever u håndterlig smerte, å være utslitt eller opplever å ha en langvarig fødsel (Thomson et al., 2019). Faktorer som har vist seg å påvirke kvinners valg om EDA inkluderer kvinnens egen smerteterskel, hennes evne til å takle smertene, timing for anleggelse av EDA og fødselens varighet (Borrelli et al., 2020). Anleggelse av EDA i fødsel er en individuell vurdering som må gjøres på bakgrunn av kvinnens behov og ønsker, samt jordmors faglige begrunnelse. Bakgrunnen for å fraråde kvinner mot å komme tidlig til fødeavdeling er for å beskytte dem mot bruken av unødvendige intervensjoner. Det kan diskuteres om EDA i denne sammenhengen burde anses som en uheldig eller unødvendig intervensjon, når det er denne metoden som gir kvinner best smertelindring (Anim-Somuah et al., 2018; Jones et al., 2012).

Det er likevel erkjent at EDA er forbundet med noen bivirkninger som hypotensjon, motorisk blokkade, feber og urinretensjon (Anim-Somuah et al., 2018; Jones et al., 2012), noe økt risiko for instrumentell vaginal forløsning, forlenget aktiv fødsel og utdrivningstid, samt økt bruk av oxytocin (Anim-Somuah et al., 2018; Jones et al., 2012; Wassen et al., 2011). Jordmor bør derfor også fokusere på andre tiltak for å hjelpe kvinner med å håndtere en smertefull latensfase og fødsel. Studier har vist at god forberedelse til fødsel, synet på fødsel som en naturlig prosess og mental trening på å håndtere smerte, var faktorer som bidro til å hjelpe kvinner som var hjemme gjennom hele latensfasen (Carlsson et al., 2012). Det er flere ting som ser ut til å påvirke kvinnens beslutning om EDA i fødsel, blant annet settingen rundt fødekvinnen, hvilken omsorg hun mottar og hvem hun mottar omsorg fra. Kunnskapen kvinnen tilegner seg i svangerskapet og hvordan hun føler seg ivaretatt i fødsel kan muligens bidra til å moderere et ønske om EDA (World Health Organization, 2018). Jordmødre bør som en del av forberedelse til fødsel diskutere både bruken av EDA og bruken av alternative

smertelindringsmetoder med kvinnen allerede i svangerskapet (World Health Organization, 2018), men jordmor må også være klar over at hennes måte å snakke om og tilby smertelindring på kan antyde til kvinnen at hun ikke klarer fødselen uten smertelindring (Borrelli et al., 2020).

En norsk studie fremhevet at jordmødre opplevde det å jobbe på en avdeling med risikofødsler som utfordrende med tanke på å holde fødslene normale, og at det gjorde veien til EDA kortere (Aune et al., 2020). Hvorvidt jordmor vurderer en fødsel som normal eller ikke etter anleggelse av EDA kan påvirke det videre fødselsforløpet. EDA fører blant annet med seg et økt behov for overvåkning av mor og barn, og dersom jordmor for eksempel ikke er bevisst på å avslutte unødvendig overvåkning når fødselen forløper normalt, kan det åpne opp for flere intervensjoner som kanskje kunne vært unngått dersom jordmor beholdt fokus på å fremme den naturlige fødselsprosessen. Den samme studien påpekte også at i noen tilfeller opplevde jordmødrene at EDA ble brukt som en erstatning for kontinuerlig tilstedeværelse når avdelingen var travel (Aune et al., 2020), noe som i så fall er en svært uheldig bruk av intervensjoner i den normale fødselen. Studien konkluderte med at jordmødre må være bevisste på hvor mye påvirkningskraft de har på kvinnen, og at jordmor må beholde fokus på å jobbe *med* kvinnen for å fremme en normal fødsel, både med og uten EDA (Aune et al., 2020). På denne måten kan jordmor ivareta et helsefremmende perspektiv til tross for bruken av intervensjoner som EDA hos lavrisikofødende kvinner.

## 8.0 Implikasjoner for praksis

Avstanden mellom retningslinjer for innleggelse i fødeavdeling og praksis synliggjør et behov for tydeligere retningslinjer for jordmødre rundt innleggelse i fødeavdeling, og det er nødvendig at retningslinjene fremstiller ulike problemstillinger og viktigheten av å møte den enkelte kvinnes behov. En gjennomgang av om det er behov for egne faglige retningslinjer for jordmødre i Norge ville vært hensiktsmessig, da det er nødvendig å verne om jordmors spesialkompetanse på den normale fødselen i en verden hvor fødsel stadig blir mer medikalisert. Ved at man i større grad anerkjenner latensfasen som en del av fødselen, der kvinnen også blir møtt på sine behov, kan det muligens bidra til færre tidlige innleggelser, samtidig som at kvinnene opplever økt mestring og kontroll over sin egen fødsel.

Det er behov for norsk forskning og statistikk på når i fødselsforløpet kvinner legges inn i fødeavdeling, og kunnskap om kvinnenenes konkrete behov i latensfasen. Dette vil gi et bedre grunnlag for å kunne evaluere praksis opp mot retningslinjene. Økt kunnskap om latensfasens varighet og fødselsvarighet for lavrisikofødende kvinner er også viktig for å bedre kunne definere fødselens ulike faser. I tråd med hva tidligere forskning har vist, vil en styrking av det fødselsforberedende tilbudet i svangerskapet antageligvis bidra til at kvinnene er bedre forberedt på fødselssmerter og at de blir tryggere i det å være hjemme i latensfasen.

Det er også behov for mer forskning for å få økt kunnskap om ikke-medikamentell smertelindring og konkrete strategier kvinnene kan bruke for å takle smerte og stress i forbindelse med latensfasen. Ved et økt fokus på å styrke kvinnens egne ressurser og iverksette riktig tiltak til riktig tid, kan jordmor bidra til å holde fødselen normal. På bakgrunn av at EDA brukes i stadig større grad må jordmødre ha spesielt fokus på å fremme den normale fødselen hos disse kvinnene. I stedet for å fokusere på å få ned bruken av EDA, noe som ikke nødvendigvis er enkelt eller ønskelig i dagens fødselsomsorg, må fokuset kanskje dreie seg mer om hvordan jordmor og kvinnen i samarbeid kan fremme det normale fødselsforløpet. Ved at jordmor forvalter EDA og andre smertelindringstiltak som en ressurs i den normale fødsel, kan hun tilby kvinnen en helhetlig, helsefremmende fødselsomsorg.



## 9.0 Konklusjon

Flertallet av kvinnene i studien ble lagt inn i fødselens latensfase. Disse kvinnene brukte i større grad både ikke-medikamentell smertelindring og EDA enn kvinnene som ble lagt inn i aktiv fase. Kvinnene som ble innlagt i latensfasen hadde også lengre fødselsvarighet enn kvinnene som ble innlagt i aktiv fase. Disse funnene samsvarer med annen forskning på innleggelse i latensfasen. Kvinner har et stort behov for støtte, omsorg og smertelindring i latensfasen. Disse problemstillingene dekkes ikke av gjeldende retningslinjer for innleggelse i fødeavdeling, og det tyder på at vi behøver tydeligere jordmorfaglige retningslinjer for innleggelse av friske kvinner. Det er behov for mer forskning på latensfasen, herunder mer kunnskap om faktorene som påvirker innleggelse i fødeavdeling, om strategier for smertelindring og håndtering av stress i latensfasen, samt mer kunnskap om latensfasens varighet og om fødselsvarighet blant lavrisikofødende kvinner. Dette vil forhåpentligvis bidra til å gjøre fødselsomsorgen i enda bedre stand til å tilpasse omsorgen etter kvinnenes behov. Latensfasen bør også i større grad anerkjennes som en del av fødsel for å dekke kvinnenes behov for en helhetlig fødselsomsorg.

## Referanseliste:

- Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 223, 123-132. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.026>
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- Aune, I., Brøtmet, S., Grytskog, K. H., & Sperstad, E. B. (2020). Epidurals during normal labour and birth — Midwives' attitudes and experiences. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.001>
- Bailit, J. L., Dierker, L., Blanchard, M. H., & Mercer, B. M. (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstetrics & Gynecology*, 105(1), 77-79. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000147843.12196.00>
- Beake, S., Chang, Y. S., Cheyne, H., Spiby, H., J., S., & Bick, D. (2018). Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 57, 69-84. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.11.002>
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. (2. Utg.) Gyldendal Akademisk.
- Blix, E., Kumle, M., & Øian, P. (2008). What is the duration of normal labour? *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 128(6), 686-689.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Borrelli, S., Evans, K., Pallotti, P., Evans, C., Eldridge, J., & Spiby, H. (2020). Mixed-methods systematic review: Childbearing women's views, experiences, and decision-making related to epidural analgesia in labour. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3273-3292. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14555>
- Carlsson, I.-M., Hallberg, L. R. M., & Odberg Pettersson, K. (2009). Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. *Midwifery*, 25(2), 172-180. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.003>
- Carlsson, I.-M., Ziegert, K., Sahlberg-Blom, E., & Nissen, E. (2012). Maintaining power: Women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward. *Midwifery*, 28(1), 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.011>

- Cheyne, H., Dowding, D. W., & Hundley, V. (2006). Making the diagnosis of labour: midwives' diagnostic judgement and management decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 625-635. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03769.x>
- Chuma, C., Kihunrwa, A., Matovelo, D., & Mahendeka, M. (2014). Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 68. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-68>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Eccles, S. P., Cooper, N., & Albrecht, M. A. (2021). Is nursing and midwifery clinical documentation a burden? An empirical study of perception versus reality. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15718>
- CSAM Health AS. (2021). *CSAM Natus*. <https://www.csamhealth.com/solutions/womens-childrens-health/csam-natus/>
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2015). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sex & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Davey, M. A., McLachlan, H. L., Forster, D., & Flood, M. (2013). Influence of timing of admission in labour and management of labour on method of birth: results from a randomised controlled trial of caseload midwifery (COSMOS trial). *Midwifery*, 29(12), 1297-1302. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.014>
- Dike, F. M., Onasoga, O. A., & Njoku, E. (2015). Documentation in labour among midwives in Madonna university teaching hospital elele, rivers state, Nigeria. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 4(5), 1404-1409. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20150719>
- Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2013). Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*, 29(1), 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.001>
- Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E., & Blaaka, G. (2011). 'Stay home for as long as possible': Midwives' priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour. *Midwifery*, 27(6), 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.006>
- Eri, T. S., Bondas, T., Gross, M. M., Janssen, P., & Green, J. M. (2015). A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*, 31(3), 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.007>
- Folkestad, B. (2017). *Registerdata innan pleie og omsorgssektoren* (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 7). [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2491609/rapport\\_07\\_2017-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2491609/rapport_07_2017-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Glavind, J., Greve, T., de Wolff, M. G., Hansen, M. K., & Henriksen, T. B. (2020). Medication used in Denmark in the latent phase of labor – Do we know what we are doing? *Sex & Reproductive Healthcare*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100515>
- Gross, M. M., Burian, R. A., Frömke, C., Hecker, H., Schippert, C., & Hillemanns, P. (2009). Onset of labour: women's experiences and midwives' assessments in relation to first stage duration. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 280(6), 899-905. <https://doi.org/10.1007/s00404-009-0990-7>
- Gunnarsson, B., Smáráson, A. K., Skogvoll, E., & Fasting, S. (2014). Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(10), 1003-1010. <https://doi.org/10.1111/aogs.12450>
- Hanley, G. E., Munro, S., Greyson, D., Gross, M. M., Hundley, V., Spiby, H., & Janssen, P. A. (2016). Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 71. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0857-4>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/13edf7e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/13edf7e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018a). *Helsepersonelloven med kommentarer, rundskriv*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/dokumentasjonsplikt#paragraf-39-plikt-til-a-fore-journal>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Svangerskapsomsorgen, nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/\\_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*, (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helseregisterloven. (2014). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger* (LOV 2014-06-20-43). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-43>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).

- Holmes, P., Oppenheimer, L. W., & Wen, S. (2003). The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *108*(11), 1120-1124. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.00265.x>
- Hosek, C., Faucher, M. A., Lankford, J., & Alexander, J. (2014). Perceptions of Care in Women Sent Home in Latent Labor. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *39*(2), 115-121. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000015>
- Howarth, A., Swain, N., & Treharne, G. J. (2011). First-time New Zealand mothers' experience of birth: Importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal* (45), 6-11. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=b861b76a-13e7-479f-ad1a-3d73e4e3628c%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=66853500&db=cin20>
- International Confederation of Midwives. (2005, 2014). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. ICM. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005\\_v201406\\_en\\_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf)
- Iobst, S. E., Breman, R. B., Bingham, D., Storr, C. L., Zhu, S., & Johantgen, M. (2019). Associations among cervical dilatation at admission, intrapartum care, and birth mode in low-risk, nulliparous women. *Birth*, *46*(2), 253-261. <https://doi.org/10.1111/birt.12417>
- Janssen, P. A., Still, D. K., Klein, M. C., Singer, J., Carty, E. A., Liston, R. M., & Zupancic, J. A. (2006). Early labor assessment and support at home versus telephone triage: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *108*(6), 1463-1469. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000247644.64154.bb>
- Janssen, P. A., & Weissinger, S. (2014). Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 182. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-182>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
- Kauffman, L. E., Souter, G. V., Katon, G. J., & Sitcov, G. K. (2016). Cervical Dilatation on Admission in Term Spontaneous Labor and Maternal and Newborn Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, *127*(3), 481-488. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001294>
- Kerkin, B., Lennox, S., & Patterson, J. (2017). Making midwifery work visible: The multiple purposes of documentation. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, *31*(3), 232-239. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.012>

- Klein, M. C., Kelly, A., Kaczorowski, J., & Grzybowski, S. (2004). The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(7), 641-645. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30611-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30611-9)
- Kobayashi, S., Hanada, N., Matsuzaki, M., Takehara, K., Ota, E., Sasaki, H., Nagata, C., & Mori, R. (2017). Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2>
- Low, L. K., & Moffat, A. (2006). Every Labor is Unique: But “Call When Your Contractions are 3 Minutes Apart”. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(5), 307-312. <https://doi.org/10.1097/00005721-200609000-00009>
- Lundgren, I., Andrén, K., Nissen, E., & Berg, M. (2013). Care seeking during the latent phase of labour--frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(4), 141-146. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.09.001>
- Laake, P., Hjartåker, A., & Thelle, D. S. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Marowitz, A. (2014). Caring for Women in Early Labor: Can We Delay Admission and Meet Women's Needs? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(6), 645-650. <https://doi.org/doi:10.1111/jmwh.12252>
- Maykin, M. M., Ukoha, E. P., Tilp, V., Gaw, S. L., & Lewkowitz, A. K. (2021). Impact of therapeutic rest in early labor on perinatal outcomes: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(3). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100325>
- Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. (2020). *I6: Anestesi/analgesi* [Statistikk]. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. (2020). *Is3: Sykdom hos mor, komplikasjoner, tiltak og analgesi* [Statistikk]. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Meld. St. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Miller, Y. D., Armanasco, A. A., McCosker, L., & Thompson, R. (2020). Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: an

- observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 469.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03149-7>
- Myhre, E. L., Lukasse, M., Reigstad, M. M., Holmstedt, V., & Dahl, B. (2021). A qualitative study of Norwegian first time mothers' information needs in pre-admission early labour. *Midwifery*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103016>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013). *Brukererfaringer med svangerskapsfødels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater*. (PasOpp-rapport nr 4).  
[https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2477352/K\\_PasOpp\\_2013\\_04\\_Brukererfaringer\\_svang\\_erskaps\\_nasjonale.pdf?sequence=2](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2477352/K_PasOpp_2013_04_Brukererfaringer_svang_erskaps_nasjonale.pdf?sequence=2)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014, 3. des). Intrapartum Care for Healthy Women and Babies, Clinical Guideline 190. NICE.  
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Neal, J. L., Lamp, J. M., Buck, J. S., Lowe, N. K., Gillespie, S. L., & Ryan, S. L. (2014). Outcomes of Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset Admitted to Hospitals in Preactive Versus Active Labor. *J Midwifery Womens Health*, 59(1), 28-34. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12160>
- Norsk gynekologisk forening. (2020). *Veileder i fødselshjelp*. Norsk gynekologisk forening.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2020). *Personvernulempe*. Norsk Senter for Forskningsdata.  
<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/personvernulempe>
- Oladapo, O. T., Diaz, V., Bonet, M., Abalos, E., Thwin, S. S., Souza, H., Perdoná, G., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2017). Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG*, 125(8), 944-954. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14930>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7. utg.) Open University Press.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10. utg.) Wolters Kluwer.
- Rahnama, P., Ziaei, S., & Faghihzadeh, S. (2006). Impact of early admission in labor on method of delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics.*, 92(3), 217-220. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.12.016>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L.,

- & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E., & Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*, 31(4), 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>
- Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Benstoem, C., & Devane, D. (2014). Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of intrapartum interventions: A systematic review of systematic reviews. *Midwifery*, 30(4), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.002>
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019, 2019/05/30). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
- Tilden, E. L., Phillippi, J. C., Ahlberg, M., King, T. L., Dissanayake, M., Lee, C. S., Snowden, J. M., & Caughey, A. B. (2019). Describing latent phase duration and associated characteristics among 1281 low-risk women in spontaneous labor. *Birth*, 46(4), 592-601. <https://doi.org/10.1111/birt.12428>
- Vik, E. S., Haukeland, G. T., & Dahl, B. (2016). Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery*, 42, 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.012>
- Wassen, M. M. L. H., Zuijlen, J., Roumen, F. J. M. E., Smits, L. J. M., Marcus, M. A., & Nijhuis, J. G. (2011). Early versus late epidural analgesia and risk of instrumental delivery in nulliparous women: a systematic review. 655-661. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02906.x>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- World Health Organization. (1997). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*, 24(2), 121-123. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Zhang, J., Troendle, J., Mikolajczyk, R., Sundaram, R., Beaver, J., & Fraser, W. (2010). The Natural History of the Normal First Stage of Labor. *Obstetrics & Gynecology*, 115(4), 705-710. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d55925>
- Ängeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I., & Sandin-Bojö, A. K. (2018). Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Records in a Swedish Population. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 63(1), 33-44. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12704>