



Høgskulen på Vestlandet

JOR508, Masteroppgave

JOR508

Predefinert informasjon

Startdato:	27-04-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	04-05-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 JOR508 1 O 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 530

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 17622

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 19

Andre medlemmer i gruppen: 525

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Ulike posisjoner i fødselen – En
kartleggingsstudie.

Different positions during labour and
birth – A survey.

Kandidatnummer: 525 og 530.

Fakultet for helse – og sosialvitenskap (FSH),

Institutt for helse – og omsorgsvitenskap,

Master i Jordmorfag,

JOR508 Masteroppgave

3.Mai 2018

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, § 10.

Forord

Vi ønsker å takke vår veileder, som har stått i det sammen med oss og veiledet oss gjennom utarbeiding av forskningsprotokoll, søknadsprosessen hos etisk komité og veiledet oss gjennom skriveprosessen. Du har vært en inspirasjon til det salutogene perspektivet i oppgaven.

Vi vil også takke alle lærerne som har stilt opp og bidratt med konstruktive tilbakemeldinger og vært med å veilede prosjektet gjennom masterseminarene.

Vi vil benytte anledningen til å takke alle jordmødrene og medstudenter som har bidratt til å samle data til vår studie. Vi er klar over at kartleggingsstudien har medført merarbeid, alle som har deltatt har gjort en fantastisk innsats. Vi takker alle kvinnene som har takket ja til å delta, og gjort det mulig å gjøre denne kartleggingsstudien. Vi ønsker også å takke Audun Thuen hos Centrum Fotosats AS for all hjelp med utarbeiding av spørreskjema i mange ulike utgaver. Vi vil takke GynZone, Color4Care, Fjordline, Rema 1000, Kiwi og Mars som har bidratt til sponsing av premie til avdeling med høyest svarprosent.

Vi ønsker å utbringe en ekstra stor takk til familiene våre med ektefelle, samboer og barn for tålmodighet og støtte gjennom disse to årene.

Abstract

Objective: The purpose of the study was to investigate how mobility and different positions are used during labour and birth.

Design: An observational study, using a cross-sectional design. Data was collected as a survey with a questionnaire filled in by the midwife.

Setting: This study was conducted at a university hospital in Norway with approximately 5000 deliveries a year, with both obstetric and midwife-led units. The survey lasted for a three-week period, from February 26. to March 18. 2018. All women who gave birth to one live child with gestational age between week 37-42 were included. Only elective cesarean section, cesarean section because of failed induction and births with multiple fetuses was excluded.

Participants: 133 women from 3 units. 64,9% women gave birth in an obstetric unit and 33,1% gave birth in a midwife led unit.

Results: A total of 1098 positions were reported from the 133 births. The average was 8,3 positions per birth. Results show that during labour all units used many different positions but at birth this number was reduced at the two obstetric units but not at the midwife-led unit. One of the obstetric units had a reduction in kneeling position from 10% to none, whilst the two other units had only a reduction in numbers of kneeling position. During the different stages of labour, positions who gave a flexible sacrum were being reported, this change in the two obstetric units at birth, where the majority were upright positions who gave a non-flexible sacrum. At the midwife led unit the opposite was being reported with a higher number of lying positions but with a flexible sacrum.

Key conclusions: Results show that many different positions are being used during labour on all units. During birth the number of positions is reduced at the two obstetric units, most of the positions were upright but with a non-flexible sacrum. At the midwife-led unit more positions were being used during birth, most of them lying but with a flexible sacrum.

Key words: Labour, birth, maternal position, flexible sacrum, non- flexible sacrum, upright, supine position

Abstrakt

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvilke posisjoner som blir benyttet gjennom de ulike fasene i fødselen, og hvilken posisjon kvinner har når barnet fødes.

Metode: En observasjonsstudie av typen tverrsnittstudie. Data ble samlet ved å ved hjelp av et spørreskjema som ble fylt ut av jordmor.

Setting: Studien ble utført ved et universitets sykehus i Norge som har en fødeklinikk med cirka 5000 fødsler i året, med både obstetriske og jordmorstyrt enheter. Kartleggingen foregikk i en periode på 3 uker, fra 26. februar til 18.mars år 2018. Studien inkluderte alle fødekvinner med ett levende foster med gestasjonsalder 37- 42 uker, uavhengig av eventuell patologi. Elektive sectio, sectio grunnet mislykket induksjon og flerlinger ble ekskludert fra studien.

Deltakerne: 133 kvinner fra 3 avdelinger. 64,9% av kvinnene fødte på obstetriske enheter og 33,1% fødte på en jordmorstyrt enhet.

Resultat: Det ble benyttet mange ulike posisjoner gjennom fødselen ved alle de ulike avdelingene. Totalt 1098 ulike posisjoner ble benyttet fordelt på 133 fødsler noe som utgjorde et snitt på 8,3 posisjoner per fødsel. Resultatene viste at ved partus ble det benyttet mindre variasjon av posisjoner ved de to obstetriske avdelingene sammenlignet med den jordmorstyrte avdelingen. Ved den ene obstetriske avdelingen gikk andelen knestående fra 10% i trykkefasen til ingen ved partus, de andre avdelingene hadde bare en reduksjon i antall knestående. Gjennom de ulike fasene benyttes posisjoner med fleksibelt sacrum, men ved partus er dette endret til en stor overvekt av ikke-bevegelig sacrum. Unntaket er den jordmorstyrte avdelingen som har en høyere andel med liggende men samtidig med fleksibelt sacrum.

Konklusjon: Resultatene viser at det brukes mange ulike posisjoner gjennom fødselen ved alle enheter, men at ved partus var det en reduksjon i antall ulike posisjoner ved de obstetriske avdelingene, flertallet av posisjonene ved partus er også med ikke fleksibelt sacrum. Ved den jordmorstyrte enheten benyttes flere ulike posisjoner, men de fleste liggende men med fleksibelt sacrum.

Nøkkelord: fødsel, fødselsposisjon, oppreist, liggende, fleksibelt sacrum, ikke-fleksibelt sacrum

Innholdsfortegnelse

MASTEROPPGAVE	1
FORORD	2
ABSTRACT	3
ABSTRAKT	4
INNHOLDSFORTEGNELSE	5
OVERSIKT OVER TABELLER	7
OVERSIKT OVER FIGURER	7
FORKORTELSER OG ORDFORKLARINGER:.....	8
1.0 INTRODUKSJON	10
1.1 BAKGRUNN.....	10
1.2 AVGRENSNING OG PROBLEMSTILLING	15
1.3 TEORI OM BRUK AV ULIKE POSISJONER I FØDSELEN	15
1.3.1 <i>Klassifisering av de ulike fasene og posisjoner i fødselen.</i>	15
1.3.2 <i>Litteratursøk</i>	18
1.3.3 <i>Systematiske oversikter</i>	18
1.3.4 <i>Historie og antropologi om bruk av bevegelse i fødselen</i>	24
1.3.5 <i>Kunnskap om ulike posisjoner</i>	24
1.3.6 <i>Valg av posisjon – Demografiske og psykososiale aspekter</i>	31
1.3.7 <i>Birth Territory</i>	33
1.3.8 <i>A midwifery model of woman-centered childbirth care - in Swedish and Icelandic setting</i>	34
1.3.9 <i>WHO's intrapartum model.</i>	36
2.0 METODE	37
2.1 DESIGN	37
2.2 INKLUSJONSKRITERIER.....	37
2.3 DATASAMLING	37
2.3.1 <i>Spørreskjemaet</i>	39
2.4 VARIABLER	40
2.5 VALIDERING OG RELIABILITET	41

2.5.1 Utvalget	41
2.5.2 Validering av spørreskjemaet	41
2.5.3 Begreps validitet	43
2.6 ANALYSE	43
2.6.1 Behandling av data.....	43
2.6.2 Bias	44
2.6.3 Metode for analyse.....	45
2.7 ETIKK.....	46
3.0 RESULTATER	47
3.1 UTVALG OG DELTAKELSE	47
3.2 BAKGRUNNS DATA	48
3.2.1 Karakteristika ved fødekvinnene	48
3.2.2 Karakteristika ved jordmødrene	53
3.3 POSISJONER I FØDSEL	54
3.3.1 Totalt antall benyttede posisjoner i fødsel.....	54
3.3.2 Posisjoner benyttet i latensfase	55
3.3.3 Posisjoner benyttet i aktiv fase	58
3.3.4 Posisjoner benyttet i trykkefase.....	60
3.3.5 Posisjoner benyttet ved partus	62
3.3.6 Posisjoner utfra klassifisering	64
3.4 ANDRE ANALYSER	66
4.0 DISKUSJON	68
4.1 RESULTATDISKUSJON	68
4.2 METODEDISKUSJON	73
4.2.1 Design	73
4.2.2 Diskusjon av validitet og relabilitet.....	75
4.3 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	78
4.4 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	81
5.0 OPPSUMMERING	82
6.0 REFERANSER	83
Vedlegg 1: RCM Survey.....	92

<i>Vedlegg 2: Spørreskjema</i>	93
<i>Vedlegg 3: Samtykkeskjema norsk</i>	94
<i>Vedlegg 4: Samtykkeskjema engelsk</i>	96
<i>Vedlegg 5: Godkjenning fra REK</i>	98
<i>Vedlegg 6: Avsluttet saksbehandling fra NSD</i>	100
<i>Vedlegg 7: Tillatelse fra RCM til å revidere og oversette deres spørreskjema (RCM, 2010)</i>	101
<i>Vedlegg 8: AGREE dokument, kvalitetsvurdering av WHO (2018) sine retningslinjer.</i>	102
<i>Vedlegg 9: Søk i medisinsk fødselsregister (Folkehelseinstituttet, 2017).</i>	107

Oversikt over tabeller

TABELL 1: WHO (2018) ANBEFALINGER.	11
TABELL 2: KLASSIFISERING AV ULIKE POSISJONER (BLIX MFL., 2016; KIBUKA MFL., 2017).....	17
TABELL 3: KARAKTERISTIKA VED FØDEKVINNENE I KARTLEGGINGSSTUDIEN.....	50
TABELL 4: FORTSETTELSE; KARAKTERISTIKA VED FØDEKVINNENE I KARTLEGGINGSSTUDIEN.	51
TABELL 5: KARAKTERISTIKA HOS JORDMØDRENE SOM HAR SVART PÅ KARTLEGGINGSSTUDIEN.	54

Oversikt over figurer

FIGUR 1: A MIDWIFERY MODEL OF WOMEN CENTERED CHILDBIRTH CARE (BERG, 2012).	35
FIGUR 2: WHO'S INTRAPARTUM CARE MODEL (WHO, 2018).	36
FIGUR 3: OVERSIKT OVER UTVALG PRESENTERT I PRISMA FLOW CHART (MOHER, 2009).	49
FIGUR 4: ALDER HOS FØDEKVINNER I STUDIEN VERSUS FØDEKVINNER I NORGE 2016.....	52
FIGUR 5: KARAKTERISTIKA VED FØDEKVINNEN OG FØDSLENE I UTVALGET VERSUS KVINNER SOM FØDER I NORGE (FOLKEHELSEINSTITUTTET, 2017). *SE VEDLEGG 9 FOR SØK I MEDISINSK FØDSELSREGISTER.....	53
FIGUR 6: TOTALT ANTALL BENYTTETE POSISJONER I DE ULIKE FASENE GJENNOM HELE FØDSELEN.....	55
FIGUR 7: POSISJONER BENYTTET I LATENSFASE VED ALLE AVDELINGENE.	56
FIGUR 8: POSISJONER BENYTTET I LATENSFASE FORDELT ETTER AVDELING.	57
FIGUR 9: POSISJONER BENYTTET I AKTIV FASE ALLE AVDELINGER.	58
FIGUR 10: POSISJONER BENYTTET I AKTIV FASE FORDELT ETTER AVDELING.....	59
FIGUR 11: POSISJONER BENYTTET I TRYKKEFASE ALLE AVDELINGER.	60
FIGUR 12: POSISJONER BENYTTET I TRYKKEFASE FORDELT ETTER AVDELING.	61
FIGUR 13: POSISJONER BENYTTET VED PARTUS ALLE AVDELINGER.....	62
FIGUR 14: POSISJONER BENYTTET VED PARTUS FORDELT ETTER AVDELING.....	63

FIGUR 15: BENYTTETE POSISJONER UTFRA DE ULIKE KLASSIFISERINGENE I LATENS FASE.....	64
FIGUR 16: BENYTTETE POSISJONER UTFRA DE ULIKE KLASSIFISERINGENE I AKTIV FASE.	65
FIGUR 17: BENYTTETE POSISJONER UTFRA DE ULIKE KLASSIFISERINGENE I TRYKKEFASE.....	65
FIGUR 18: BENYTTETE POSISJONER UTFRA DE ULIKE KLASSIFISERINGENE VED PARTUS.	66
FIGUR 19: BESKRIVELSER AV ÅPNE SVAR PÅ FELT FOR "ANNET, VENNLIGST FORKLAR" I SPØRRESKJEMA.	67

Forkortelser og ordforklaringer:

AGREE: The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation – mal for metoderapport.

Cervix: mormunnsåpning.

CTG: Cadiotochography (kardiotokografi). Fosterovervåking med rieregistrering.

EDA: Epidural anestesi.

GRADE: The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – en metode for å evaluere kvaliteten på evidens.

Multipara: Flergangsfødende.

Nullipara: Førstegangsfødende.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

Partus: Fødselsøyeblikket- når barnet fødes.

RCM: Royal College of Midwives.

Sacrum: korsbein som er nedre del av ryggrad, også kalt halebein.

STAN: ST-analyse av fosterovervåking med CTG.

TLTL: too little, too late.

TMTS: too much, too soon.

WHO: World Health Organization

Kari Klocke er en anerkjent jordmor i Norge. I en artikkel i "KK" (Snarby, 2017) sier hun at vi er inne i et nytt paradigmeskifte:

”Det er på tide å løfte frem den gamle kunnskapen om at kvinner kan føde”

Hun forteller videre at man har begynt å hente frem gammel kunnskap fra 1800-tallet og hvordan man brukte bevegelse og ulike posisjoner for å fremme en normal spontan vaginal fødsel (ibid.).

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

WHO (2018) anbefaler at man arbeider for at bevegelse i fødsel skal inkluderes som tiltak i nasjonale retningslinjer. World Health Organization (WHO, 2018) oppdaterte nylig sine internasjonale retningslinjer (se tabell 1), ”*WHO Recommendation – Intrapartum care for a positive childbirth experience*”. Disse retningslinjene har ikke vært oppdatert på flere tiår, og mye har skjedd siden den gang. I dag foregår de fleste fødsler på sykehus, likevel har man ikke en optimal kvalitet på helsetjenestene når man ser på ulike utfall på helse (ibid.). I dagens fødselsomsorg eksisterer det to ekstreme ytterpunkter av helseomsorg; ”too little too late”(TLTL) og ”too much too soon” (TMTS) (Miller et al., 2016). Dette handler om intervensjoner i fødselen, og at man må gjøre riktige og nødvendige intervensjoner til rett tid. I Norge er tilgangen på ressurser så god at vi gjerne har en større tendens til å intervenere i form av medisinske tiltak. Det vil si at vi i større grad utøver det Miller et al. (2016) omtaler som TMTS. I kontekst av vårt tema som er ”bruk av ulike posisjoner i fødselen” kan man stille spørsmål ved i hvilken grad mobilitet og posisjoner brukes, som tiltak for å fremme normal fødsel og unngå unødvendige intervensjoner i fødselen. Ifølge retningslinjene til (NICE, 2014) anbefales det for friske gravide kvinner å føde på jordmorstyrt avdeling, da dette viser gir mindre risiko for intervensjon i fødsel og ingen forskjell i utfall for barnet.

Aaron Antonovsky (1987) var en av de første som introduserte konseptet Salutogenese. Antonovsky (1987) har laget et teoretisk rammeverk for helse, basert på spørsmål om hva som fremmer helse og velvære, som han kalte salutogenese. Salutogenese kan overføres i fødselsarbeidet til kunnskap om hva som fremmer helse og velvære i fødselen og hvordan styrke kvinnen, for å fremme en normal fødsel (Smith et al., 2013).

WHO (2018) har oppdatert sine internasjonale retningslinjer med fokus på hva som fremmer helse og velvære i fødselen, gir gode fødselsopplevelser og reduserer unødvendige intervensjoner i normale fødsler. Retningslinjen til WHO (2014) er utarbeidet etter prosedyre i ”WHO handbook for guideline development”. Vi har benyttet AGREE-dokument for å vurdere kvaliteten på

retningslinjen (se vedlegg 8). Retningslinjene baserer seg på systematiske oversikter (se tabell 1 for referanser).

Tabell 1: WHO (2018) anbefalinger.

Care Option	Recommendation	Category of recommendation	Reference
<i>First stage of labour</i>			
Maternal mobility and position	25. Encouraging the adoption of mobility and an upright position during labour in women at low risk is recommended.	Recommended	(Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013) (WHO, 2014)
<i>Second stage of labour</i>			
Birth position (for women without epidural analgesia)	34. For women without epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended	(Bohren et al., 2014) (S. Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet, & Gulmezoglu, 2018) (Elvander, Ahlberg, Thies-Lagergren, Cnattingius, & Stephansson, 2015) (Janesh K Gupta, Sood, Hofmeyr, & Vogel, 2017) (Lawrence et al., 2013) (Okonta, 2012) (Zileni et al., 2017)

Birth position (for women with epidural analgesia)	35. For women with epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended	(S. Downe et al., 2018) (Elvander et al., 2015) (Janesh K Gupta et al., 2017) (M. Kibuka & J. G. Thornton, 2017) (Okonta, 2012) (Zileni et al., 2017)
--	--	-------------	--

WHO (2018) anbefaler at man oppfordrer og hjelper kvinner til å bevege seg fritt og innta en posisjon hun finner komfortabel. I tillegg oppfordrer WHO (2018) til oppreiste posisjoner.

WHO (2018) sin anbefaling for lavrisiko fødekvinne i fødselens første fase (se tabell 1) er basert på tidligere anbefalinger fra "WHO recommendations for augmentation of labour" (WHO, 2014). WHO (2018) sin anbefaling er sterk, selv om den er basert på en systematisk oversikt (Lawrence et al., 2013) med evidens av lav kvalitet. WHO (2018) sine anbefalinger for fødselens andre fase er basert på evidens (Janesh K Gupta et al., 2017; Marion Kibuka & Jim G Thornton, 2017) som viser at oppreiste posisjoner kan bidra til redusert forekomst av episiotomi og instrumentelle forløsninger hos kvinner uten epidural og liten eller ingen forskjell i utfall for mor og barn med epidural.

WHO (2014) vektlegger i sin anbefaling at mobilisering og oppreiste posisjoner er et kostnadsnyttig og gunstig tiltak som er lett å implementere og kan bidra til redusert risiko for sectio. WHO (2018) hevder at det er viktig å ha kunnskap om bruk av ulike posisjoner, for å kunne tilby kvinnen informasjon om fordeler og ulemper slik at hun er i stand til å gjøre et informert valg av posisjon etter eget ønske.

Det er per dags dato ingen retningslinjer på salutogene tiltak i fødsel som kan være med å fremme helse og velvære. I den elektroniske kvalitetshåndboken ved sykehuset hvor studien ble utført er det noen retningslinjer hvor bevegelse eller leieendring er nevnt som tiltak. Retningslinjen er dog patogen i sin fremstilling; ”tiltak for å unngå protraisert forløp”, og ikke salutogent; ”tiltak for å fremme normal fødsel”. Dagens fødselsomsorg måles i stor grad i teknologiske og medisinske intervensjoner og uønskede utfall (Escuriet et al., 2015). Vaginal fødsel (ikke-instrumentell) var eneste måleenhet Escuriet et al. (2015) fant som ikke hadde fokus på uønskede utfall, medisinsk eller teknologisk intervensjon (ibid.). Overvekt av patogene medisinske intervensjoner og risiko for et utfall som måleverktøy for kvalitet i helsetjenesten (Escuriet et al., 2015) fremfor å måle kvalitet i salutogene tiltak og ønskelige utfall, gjør noe med synet på fødsel i arbeidet vårt – ”Risikoen er ikke over før kvinnen har født” (Scamell & Alaszewski, 2012).

En fødsel vil kunne prege livet til både kvinnen og det nyfødte barnet i mange år etter, derfor er det så viktig å ha kunnskap også om hva som er fremmer helse og velvære i fødselsarbeidet. (Smith et al., 2013) har gjennomført analyse av systematiske oversikter for å identifisere salutogene tiltak som fremmer helse og velvære i fødselsomsorgen. Mobilisering og bruk av ulike posisjoner i fødselen er et av de salutogene tiltakene (ibid). Smith et al. (2017) holder på å utarbeide et verktøy for å måle bruk av salutogene tiltak som fremmer helse og velvære i fødselsarbeidet, til bruk i forskning og som kvalitetsforbedringsverktøy i praksis.

Kvalitet i tjenestene er et satsningsområde for regjeringen, og i Stortingsmelding 12 – en gledelig begivenhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) fremheves det at kunnskapsbasert praksis er grunnleggende for å oppnå kvalitet i tjenestene. Regjeringen ønsker en helsetjeneste som stimulerer til helsefremmende tiltak, for å forebygge sykdom og skade og bidra til mestring.

Renfrew et al. (2014) sitt rammeverk for svangerskap-, fødsels- og barselomsorg viser at jordmor er essensiell for en omsorg som har en forebyggende og støttende tilnærming, som styrker kvinnen med fokus på å fremme normale prosesser. International Confederation of Midwives (ICM, 2017) definerer jordmor som en ansvarlig profesjonell som jobber sammen med kvinnen

for å gi henne nødvendig, støtte, omsorg og råd. Denne omsorgen inkluderer å gjøre forebyggende tiltak og fremme normal fødsel (ibid.)

Som jordmor har man ansvar for at yrkesutøvelsen er forsvarlig og plikt til å yte omsorgsfull helsehjelp jf. Helsepersonelloven (1999, §4). Virksomheten er pliktig til å organisere slik at helsepersonell kan overholde sine plikter jf. Helsepersonelloven (1999, §16). Fødselsomsorgen er forbeholdt spesialisthelsetjenesten i Norge, og kravet om forsvarlighet er også presisert i Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §2-2). Det er viktig at helseforetakene etterstreber oppdatering og vedlikehold av kunnskap (Helsedirektoratet, 2010). Pasienten har også rett på informasjon om fordeler og ulemper, og rett til å medvirke ved valg av ulike tjenesteformer, undersøkelse- og behandlingsmetoder jf. Pasientrettighetsloven (1999, §3-1).

Jordmødrenes veiledning kan spille en viktig rolle i å hjelpe kvinnene å finne en posisjon de er komfortable med, og valg av posisjon kan påvirke kvinnens fødselsopplevelse (Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Budé, & Lagro-Janssen, 2013). Kvinner opplever mer kontroll i fødselen dersom de medvirker til valg av fødestillinger (ibid.).

I protokolleringen må alle jordmødre fylle ut hvilken posisjon fødekvinnen hadde da barnet ble født. Jordmødre kan dokumentere i notat på partogrammet hvilke posisjoner fødekvinnen bruker underveis i fødselen, men vår erfaring er at dette gjøres i varierende grad. Vi ønsker å kartlegge hvilke posisjoner som anvendes ved en stor fødeklinikk med to obstetriske og en jordmorstyrt avdeling. Dette vil gi kunnskap om hvordan posisjoner blir benyttet i fødselen ved denne klinikken.

1.2 Avgrensning og problemstilling

Hensikt:

Hensikten med studien er å undersøke hvilke posisjoner som blir benyttet gjennom de ulike fasene i fødselen, og hvilken posisjon kvinner har når barnet fødes.

Problemstilling:

Hvordan praktiseres bevegelse og ulike posisjoner i fødsel?

Delspørsmål som vil bli besvart:

- Hvilke posisjoner blir benyttet i de ulike fasene i fødselen?
- Hvilke posisjoner benyttes når barnet fødes?

1.3 Teori om bruk av ulike posisjoner i fødselen

1.3.1 Klassifisering av de ulike fasene og posisjoner i fødselen.

I fødselen skiller man mellom første og andre fase. Videre deler man fødselens første fase inn i latensfase og aktivfase, og fødselens andre fase inn i passiv andre fase og utdrivningsfase (også kalt trykkefase). Partus er et latinsk medisinskfaguttrykk for fødselsøyeblikket, når barnet blir født.

Klassifisering for når kvinnen regnes for å være i aktiv fødsel har vært mye omdiskutert. Praksis har lenge vært at aktiv fase starter ved 4 cm og regelmessige rier, noe som har vært basert på en studie som Emanuel Friedman gjorde på 1950-tallet av 500 nullipara (Robert M. Ehsanipoor & Andrew J. Sating, 2018).

WHO kom i 2018 med nye retningslinjer (WHO, 2018). De deler første fase inn i latens og aktiv fase, hvor latens fase er ved rier og dilatasjon av cervix til og med 5cm, og aktiv fase regnes for å være ved regelmessige rier og cervix dilatasjon fra 5cm til full dilatasjon. Disse retningslinjene baserer seg på 3 systematiske oversikter (Abalos et al., 2018; Hanley et al., 2016; Oladapo et al.,

2017), som viser at det er mye hurtigere og mer lik fremgang hos kvinner (nullipara og multipara) i fødselen fra 5cm cervikal dilatasjon. Fødselens andre fase er fra full cervikal åpning og til barnet fødes (WHO, 2018).

Blix et al. (2016) beskriver at posisjoner i fødsel kan klassifiseres utfra om det er stående eller liggende posisjon, eller om sacrum er fleksibelt eller ikke-fleksibelt (se tabell 2). Førstnevnte tar utgangspunkt i definisjoner mye brukt i vestlig obstetrikk, hvor man definerer oppreiste posisjoner som når kvinnens 4-5 vertebrae er mer vertikal enn horisontal (Blix mfl., 2016; Kibuka mfl., 2017). Med denne definisjonen blir også ”på alle fire” kategorisert som liggende, ikke oppreist, fordi 4-5 vertebrae er horisontal i denne posisjonen (Kibuka mfl., 2017).

Vi har blant annet basert kunnskapsgrunnlaget for studien i systematiske oversikter (Janesh K Gupta et al., 2017; Marion Kibuka & Jim G Thornton, 2017; Lawrence et al., 2013). Disse systematiske oversiktene tar utgangspunkt i forskjellen på oppreiste versus liggende posisjoner, da det ikke er gjort så mange studier på forskjell i bruk av posisjoner som gir bevegelig sacrum (ibid.). Vi vil undersøke forskjellen i bruk av oppreiste posisjoner versus liggende posisjoner, og i tillegg også posisjoner med bevegelig versus ikke-bevegelig sacrum i vår studie.

Tabell 2: Klassifisering av ulike posisjoner (Blix mfl., 2016; Kibuka mfl., 2017)

Type klassifisering	Type posisjon
<i>Oppreist vs. liggende</i>	
Oppreist (vertikal)	<ul style="list-style-type: none"> • Stående • Knelende • Sittende • På fødekrakk
Liggende (horisontal)	<ul style="list-style-type: none"> • Liggende flatt på rygg • Sideleie • Halvt liggende • ”På alle fire ”
<i>Fleksibelt vs. ikke-fleksibelt sacrum</i>	
Fleksibelt sacrum	<ul style="list-style-type: none"> • Stående • På huk • På fødekrakk • Knelende • Sideleie • ”På alle fire”
Ikke-fleksibelt sacrum	<ul style="list-style-type: none"> • Sittende, med vekt på sacrum • Halvt liggende • Liggende flatt

1.3.2 Litteratursøk

Vi gjorde et systematisk litteratursøk tidlig våren 2017 for å gjøre oss kjent med temaet. Vi gjennomførte søk i søkemonitorene: Cochrane Library, Johanna Briggs, Embase og Maternity and Infant Care og fant relevante treff. Vi søkte også i: British Nursing, Swemed, Helsebiblioteket og BMJ uten å finne relevante treff.

Søkeordene våre inkluderte: parturition, birth first stage, second stage, movement, motion, upright position, labor/labour, midwife position during birth, supine, semi supine, spontaneous vaginal birth og delivery. Vi benyttet Norske søkeord der det var relevant. Vi gikk også i referansene til de relevante treffene for å se om vi kunne ha oversatt noe i våre søk.

Kunnskapsgrunnlaget for oppgaven er basert på retningslinjen fra (WHO, 2018) og referansene den er utarbeidet fra (se tabell 1). Videre har vi benyttet kunnskap fra systematiske oversikter (Cluett & Burns, 2009 ; Janesh K Gupta et al., 2017; Marion Kibuka & Jim G Thornton, 2017; Lawrence et al., 2013). Vi har også gått i referansene til nevnte systematiske oversikter, samt brukt relevante artikler fra vårt systematiske søk. Vi har også brukt kunnskap fra artikler som har blitt ekskludert fra systematiske oversikter (grunnet inklusjonskriterier og det de skulle sammenligne, oppreist versus liggende), som var relevante for vårt tema.

1.3.3 Systematiske oversikter

Tre systematiske oversikter omhandler bevegelse i fødselen, en for fødselens første fase (Lawrence et al., 2013) og to for fødselens andre fase (Janesh K Gupta et al., 2017; Marion Kibuka & Jim G Thornton, 2017). Det er også en systematisk oversikt som omhandler bruk av badekar i fødsel (Cluett & Burns, 2009). Vi har brukt Folkehelseinstituttets sjekkliste for systematiske oversikter, for å vurdere den metodiske kvaliteten på de vitenskapelige artiklene og om resultatene er til å stole på (Folkehelseinstituttet, 2014).

Alle har gjort søk i ”The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group’s Trials Register” ved å kontakte søkekoordinator. Søkekoordinatoren gjør månedlige søk på ”Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) og ukentlige søk på MEDLINE, Embase mm (ibid.). Janesh K Gupta et al. (2017) har i tillegg oppgitt at de sjekket referanselistene til studiene som ble funnet. Tre av artiklene (Cluett & Burns, 2009; Janesh K Gupta et al., 2017; Marion Kibuka & Jim G Thornton, 2017) har brukt GRADE for å vurdere artiklene som er inkludert i sine systematiske oversikter, og to (Cluett & Burns, 2009); Lawrence et al. (2013) brukte metoder fra ”Cochrane Handbook for systematic Reviews of Interventions” for å vurdere kvaliteten på studiene som ble inkludert.

Fødselens første fase

Lawrence et al. (2013) inkluderte 25 randomiserte kontrollerte studier (RCT) og qasi-randomiserte studier av til sammen 5218 kvinner i en systematisk oversikt. (Lawrence et al., 2013).

Lawrence et al. (2013) fant et høyt nivå av heterogenitet (mer enn 50%), som baseres på skjevheter i utvalget i de ulike studiene (nullipara/multipara) og store variasjoner i intervensjoner som har blitt testet. Risiko for bias ble også vurdert, og (Lawrence et al., 2013) fant at flere studier hadde metodiske svakheter; som for eksempel at blinding av denne type intervensjon ikke er mulig, mangelfull informasjon om metoden og ulike variasjoner av andre intervensjoner som inntreffer i fødslene. På grunn av høy heterogenitet og risiko for bias sier Lawrence et al. (2013) at en bør være varsom ved tolking av resultatene.

Resultatene i denne systematiske oversikten (Lawrence et al., 2013) viser at oppreiste posisjoner og mobilisering i første fase (særlig ved spontan fødselsstart og hos nullipara) gir kortere første fase (opptil 1time og 22min kortere, $P= 0.00001$, $I^2= 93\%$), statistisk signifikant mindre behov for epidural (RR 0.81, 95% CI 0.66 to 0.99) og redusert forekomst av sectio (RR 0.71, 95% CI 0.54 to 0.94, $Chi^2 = 9.27$, $df = 12$, $(P = 0.68)$, $I^2= 0\%$). Andre resultater (ikke statistisk

signifikante) viser at oppreiste posisjoner gir færre episoder som krever innleggelse ved nyfødtavdeling (en studie av 200 kvinner), mindre behov for oxytocin-stimulering, mindre risiko for episiotomi, redusert forekomst av instrumentelle forløsninger og større sannsynlighet for spontan vaginal fødsel (ibid.).

Til tross for at flere av studiene ikke var av høy kvalitet, konkluderer Lawrence et al. (2013) at kvinner bør informeres om fordelene med oppreiste posisjoner i fødselens første fase og få hjelp til å innta posisjoner av eget ønske.

Fødselens andre fase hos kvinner uten epidural

Janesh K Gupta et al. (2017) inkluderte 30 RCT av til sammen 9015 kvinner, hvor oppreiste posisjoner ble sammenlignet med liggende posisjoner. Kvaliteten på studiene ble vurdert av Janesh K Gupta et al. (2017) til å være av veldig lav til moderat kvalitet.

Ifølge Janesh K Gupta et al. (2017) hadde alle studiene metodiske svakheter grunnet inadekvat randomisering og mangel på blinding av deltakere og fødselshjelpere. Janesh K Gupta et al. (2017) understreker at ved denne form for intervensjon er ikke blinding av deltakerne og fødselshjelperne mulig, men i flere studier er det ikke gjort klart om det er forsøkt blinding av de som vurderer utfall. Janesh K Gupta et al. (2017) vurderte at det var høy heterogenitet i studiene grunnet variasjon i størrelse og effekt og brede konfidensintervall som krysser linjen for ingen effekt. Noen resultater viste stor variabilitet i gjennomsnitts varighet, differanse og standardavvik, noe som gjør at man kan ikke være sikker på resultatene. Noen resultater viste funnel plot asymmetri noe som kan tyde på publiseringsskjevhet, og Janesh K Gupta et al. (2017) anbefaler derfor at resultatene tolkes med forsiktighet. Publiseringsskjevhet er når forsker velger å publisere kun ved statistisk signifikante resultat, dette kan føre til en overestimering av effekten (Polit & Beck, 2017, p. 651).

Oppreist posisjon versus liggende posisjon

Resultatene i analysen til Janesh K. Gupta and Nikodem (2000) viser at oppreiste posisjoner gir i gjennomsnitt 6,16 minutter kortere andre fase (95% CI -9,74min til -2,59min, P:0,0007, tilfeldig effekt; $I^2=91\%$; $\text{Tau}^2 ;56,35$). Særlig hos primipara er andre fase kortere ved oppreiste posisjoner (mean 7,8min, 95% CI -12,68min til -2,92 min, $I^2=89\%$) (ibid). Flere studier viser at kvinnen opplever mindre smerte i oppreiste posisjoner (Janesh K Gupta et al., 2017). Det er mindre forekomst av episiotomi ved oppreiste posisjoner (Janesh K Gupta et al., 2017). Det var noe høyere forekomst av rift grad 2 ved oppreiste posisjoner, men ikke noe forskjell i rift grad 3 og 4 (ibid.). Færre episiotomi førte muligens til en høyere rate av rift grad 2 (Janesh K Gupta et al., 2017). Det er ifølge Janesh K Gupta et al. (2017) ingen klar forskjell i sectio rate (RR 1,22, 95% CI 0,81 til 1,81), men oppreiste posisjoner gir mindre forekomst av instrumentelle forløsninger ved oppreiste posisjoner (RR 0,75, 95% CI 0,66 til 0,860). Oppreiste posisjoner gir mindre behov for analgesi eller anestesi (liten, usikker effekt; CI krysser linjen for ingen effekt) (ibid.).

Det er økt forekomst av blødning mer enn 500ml ved oppreiste posisjoner. Når Janesh K Gupta et al. (2017) ekskluderte studier med lav kvalitet, er det ingen forskjell i blødning mellom oppreiste og liggende posisjon. Det var registrert færre episoder med avvikende fosterlyd i oppreiste posisjoner, men ingen klar forskjell i antall barn som ble innlagt på nyfødtavdeling eller spedbarns mortalitet (ibid).

Fødekrakk eller knestående stol versus ryggliggende

Ifølge Janesh K Gupta et al. (2017) har kvinner som bruker fødekrakk eller knestående stol mindre behov for analgesi og anestesi, har færre episiotomi og mindre forekomst av avvikende fosterlyd og mindre forekomst av instrumentelle forløsninger. Det er ingen klar forskjell i sectio rate, rift grad 2 og heller ikke rift grad 3 og grad 4 hos de på fødekrakk/knestående stol sammenlignet med liggende posisjon (Janesh K Gupta et al., 2017). Janesh K Gupta et al. (2017) fant at det var økt forekomst av blødning mer enn 500ml, men ingen forskjell i behov for

blodoverføring (ibid.). En liten studie av 200 kvinner viste at det ikke var noe forskjell i antall skulderdystoci ved bruk av fødekrakk (Janesh K Gupta et al., 2017).

Fødepute versus liggende posisjon

Kvinnene har kortere andre fase ved bruk av fødepute (Janesh K Gupta et al., 2017). Bruk av fødepute gir færre assisterte fødsler og færre rifter grad 2 (Janesh K Gupta et al., 2017). Bruk av fødepute gir ingen klar forskjell i sectio rate eller rift grad 3 og 4 (ibid.)

Fødestol versus liggende posisjon

Bruk av fødestol gir ingen klar forskjell i varighet av fødselsforløpet, blødning over 500ml, assistert fødsel eller sectio rate sammenlignet med liggende posisjon (Janesh K Gupta et al., 2017). Bruk av fødestol gir økt forekomst av grad 2 rifter (Janesh K Gupta et al., 2017), men det var ikke rapportert noen rift grad 3 og 4 ifølge Janesh K Gupta et al. (2017).

Gupta mfl. (2017) konkluderer med at resultatene i studiene som foreligger viser flere mulige fordeler ved bruk av oppreiste posisjoner i fødselens andre fase hos kvinner uten epidural (Gupta mfl., 2017).

Fødselens andre fase hos kvinner med epidural

Når det gjelder fødselens andre fase med epidural foreligger det lite forskning på dette området, og forskningen som finnes er av veldig lav kvalitet bortsett fra én av moderat kvalitet (Kibuka og Thornton, 2017). Resultatene viser at det ikke er noen klare forskjell i forekomst av instrumentelle forløsninger eller sectio mellom bruk av oppreist eller liggende posisjon. Det er heller ingen forskjell i varighet, rift eller andre utfall hos mor eller barn (ibid.). Kibuka og Thornton (2017) konkluderer med at det må forskes mer på området, men oppfordrer kvinnene til å benytte en posisjon av eget ønske som de finner komfortabel.

Bruk av badekar i fødselen

I den systematiske oversikten til Cluett and Burns (2009) er det inkludert 12 studier; 8 som omhandler fødselens første fase, 3 om andre fase og 1 som tar for seg bruk av badekar tidlig versus sent i første fase.

Blinding ble ikke vurdert da Cluett and Burns (2009) har konkludert med at formen for intervensjon gjør det vanskelig å gjennomføre blinding. Det ble i noen resultat funnet moderat til høy grad av heterogenitet, metode for randomisering er varierte, og det var ved noen tilfeller benyttet ulike målemetodene i de ulike studiene noe som gjør det vanskelig å sammenligne resultatene (Cluett & Burns, 2009). Grunnet høy heterogenitet i noen av resultatene og små utvalgsstørrelser anbefaler Cluett and Burns (2009) at man tolker resultatene med varsomhet.

Bruk av badekar i fødselens første fase:

Resultatene av denne systematiske oversikten (Cluett & Burns, 2009) viser at det er signifikant redusert bruk av epidural ved bruk av badekar i fødselens første fase, og at det gir signifikant kortere første fase (MD -32,4 minutter, 95% CI -58,67 minutter -6,13 minutter). Cluett and Burns (2009) fant at det er signifikant mindre opplevelse av smerte ved bruk av badekar. Bruk av badekar i fødselen gir signifikant lavere puls og blodtrykk (ibid.). Det er ingen forskjell i blødning, infeksjon hos mor eller barn, apgar, overføring til neonatal avdeling, episiotomi, rift, bruk av oxytocin-stimulering, depresjon eller ammefrekvens ved bruk av badekar (ibid.). Det var ingen signifikant forskjell i avvikende fosterlyd (høy heterogenitet $I^2=57%$, $p=013$).

Bruk av badekar i første fase, tidlig versus sent:

Det er høyere forekomst av oxytocin-stimulering og bruk av epidural hos kvinner som brukte badekar i tidlig første fase (Cluett & Burns, 2009).

Bruk av badekar i fødselens andre fase:

Cluett and Burns (2009) fant at en studie viste at det var statistisk signifikant høyere forekomst av god fødselsopplevelse, mens en annen fant at det ikke var noe forskjell. Badekar gir ikke signifikant kortere andre fase (ibid.). Ingen forskjell i blødning, rift, opplevelse av smerte, sectio rate, instrumentell forløsning, fødselens varighet, temperatur hos kvinnen, mortalitet, apgar, navlesnorprøve av pH, infeksjon hos barnet eller ammefrekvens.

1.3.4 Historie og antropologi om bruk av bevegelse i fødselen

Gould (1999) sitert i Walsh (2007) understreker i sin konseptuelle analyse av fødsel at bevegelse i fødsel er fundamentalt. Man ser at kvinner som har en ikke-medikalisert fødsel er preget av en rastløshet og en trang til å bevege seg fritt (Walsh, 2007, s. 80). Tidligere antropologiske studier har funnet at kvinner favoriserer oppreiste posisjoner (ibid.). Arkeologer har funnet gamle gjenstander, tegninger i grotter og skriv fra Egyptere, Grekere og Romere som viser at kvinner fødte i oppreiste posisjoner (ibid.). Det er under medikaliseringen av fødselen på 70-tallet og oppfinnelsen av tangen at det først ble beskrevet at det var nødvendig at kvinner måtte ligge på rygg i fødselen (Walsh, 2007, p. 81).

1.3.5 Kunnskap om ulike posisjoner

Dette kapittelet baseres på forskning hentet fra systematiske litteratursøk og ved å gå i referansene til forskning og litteratur som omhandler bruk av bevegelse i fødselen.

Ryngleie

Ryngleie kan gi kompresjon av vena cava, noe som kan føre til dårlig perfusjon til uterus og gi avvikende fosterlyd og risvekkelse, samt er assosiert med økt forekomst av smerte (Enkin, 2000, pp. 263-264). En studie (Tunestveit, Baghestan, Natvig, Eide, & Nilsen, 2018) utført i Norge med 757 fødekvinne viser at ryngleie er assosiert med økt forekomst av rifter som affiserer muskulatur i anale sfinkter.

Stående og gående posisjon

Ifølge (Enkin, 2000, pp. 263-264) er det bedre blodtilførsel til uterus og fosteret i oppreiste posisjoner da man ikke får kompresjon av Vena Cava. Dette resulterer i bedre oksygentilførsel til fosteret som gir færre episoder med avvikende fosterlyd, bedre oksygentilførsel til uterus og færre episoder med risvekkelse, mindre smerter for kvinnen som gir mindre behov for smertelindring og kortere 2.fase (ibid.). Enkin (2000) understreker at alle disse faktorene er med å fremme normal vaginal fødsel.

I tillegg drar man nytten av tyngdekraften i oppreiste posisjoner, som bidrar til descens. Ashton-Miller and DeLancey (2009) har estimert at bekkenbunnen blir utsatt for en motstand på 37 Newton (N) i oppreiste posisjoner, sammenlignet med liggende på rygg som gir 19 N. Disse funnene kan bidra til å hjelpe oss å forstå hvorfor oppreiste posisjoner gir kortere fødselsforløp.

Sideleie

Sideleie er en posisjon som gir bevegelig sacrum, gir kvinnen mulighet for å slappe godt av og gir ikke kompresjon av vena cava (Brunstad, 2010, p. 425). Sideleie er en nøytral posisjon ift. tyngdekraften, og er derfor god hvis man har en fødsel med litt for rask fremgang (Keen, Difranco, Amis, & Albers, 2004). Denne posisjonen gir god oversikt over perineum, og sideleie er assosiert med mindre forekomst av rifter i perineum (Keen et al., 2004; Shorten, Donsante, & Shorten, 2002). Shorten et al. (2002) sin studie viser at sideleie gav høyest rate av inntakt perineum (66,6%), sammenlignet med andre posisjoner.

Det er mindre forekomst av episotomi ved alternative fødestillinger som sideleie, sittende, huk og ”på alle fire” sammenlignet med halvt sittende og liggende posisjon med bein i benholdere ($p < 0.0001$), i fødselens aktive andre fase hos primipara (Räisänen, Vehviläinen-Julkunen, & Heinonen, 2010).

Vi har ikke undersøkt passive andre fase i vår studie, men det finnes en liten studie (lav kvalitet) som viser at det er større sannsynlighet for spontan vaginal fødsel ved bruk av sideleie i passive andre fase hos kvinner med epidural, fremfor sittende posisjon (Soo Downe, Gerrett, & Renfrew, 2004).

Sims leie

Ved Sim's leie ligger kvinnen i et modifisert sideleie, hvor øverste fot ligger flektert i hofteledd fremfor kvinnen slik at symfyisen ligger rotert mot sengen (Simkin, 2011, p. 281). Fosterets ryggside skal vende opp mot taket i denne posisjonen. Rotasjonen i bekkenet og tyngdekraften hjelper barnet å rotere fra Occiput Posterior over i tverrvidden til occiput anterior (ibid.).

Bueno-Lopez et al. (2018) har gjort en randomisert kontrollert studie på bruk av Sim's leie ved Occiput Posterior for å fremme rotasjon. Studien til Bueno-Lopez et al. (2018) viser at bruk av Sim's leie er assosiert med høyere frekvens av rotasjon til Occiput Anterior (50,9%) kontra gruppen med "fri bruk av posisjon" (20,1%). Det var også høyere frekvens av normal vaginal fødsel i gruppen som ble randomisert til sims leie ved Occiput Posterior, og gir redusert rate for sectio (ibid.).

Knestående

En studie (Tunestveit et al., 2018) utført i Norge med 757 fødekvinne viser at knestående posisjon er assosiert med redusert forekomst av rifter som affiserer muskulatur i anale sfinkter.

En retrospektiv deskriptiv studie utført i Japan (Suto, Takehara, Misago, & Matsui, 2015) mellom år 2008 til år 2011 av 1881 kvinner undersøkte forekomsten av perineal rifter. Suto et al. (2015) gjorde bivariate og multivariate analyser for å undersøke sammenheng mellom karakteristika, posisjon og forekomst av perinealrifter. Resultatene i studien til (Suto et al., 2015)

viser at knelende/stående posisjon utmerket seg med 65% nullipara og 80.1% multipara med intakt perineum. Det var generelt høy rate av inntakt perinum hos kvinnene, og til sammenligning hadde 21,5 – 59% nullipara og 42,6 - 77,1% multipara inntakt perineum ved de andre posisjonene (ibid.).

Michel et al. (2002) har gjort en radiologisk undersøkelse, MR pelvimetri, for å se hvilken effekt ulike posisjoner har på bekkenets ulike dimensjoner. Resultatene av denne studien (Michel et al., 2002) viser at bekkenets utgang, interspinous og intertoberosus, er større i knestående enn i ryggliggende posisjon. Studien er gjort på ikke-gravide kvinner og det understrekes at man ville forventet en desto større utfall hos en gravid kvinne påvirket av hormonet relaxin som gir et mer bevegelig bekken (ibid.).

Gaskin maneuver er posisjonen hvor kvinnen står på alle fire når hun skal føde, og er oppkalt etter Ina May Gaskin som er jordmor og den første i USA som introduserte denne posisjonen som tiltak ved skulderdystoci (Bruner, Drummond, Meenan, & Gaskin, 1998). Bruner et al. (1998) sier at Gaskin Maneuver er en rask, trygg og effekt teknikk for å redusere skulderdystoci.

Rapporten til Bruner et al. (1998) baseres på kliniske erfaringer av 83 tilfeller med skulderdystoci fra år 1977-1996 håndtert primært ved å ha kvinnen på alle fire, hvorav 68 ikke hadde behov for andre tiltak i tillegg. Bruner et al. (1998) sin rapport viste at 60% av kvinnene fødte uten noen rifter, og det var ingen 3. eller 4.grads rifter. De hadde bare ett tilfelle med post partum blødning som ikke hadde behov for intravenøs behandling. Apgar etter ett minutt var 6 eller mindre, bortsett fra to som var under 3 eller mindre. Ved ett tilfelle var Apgar etter 5 minutter 6 eller mindre. Ett barn fikk en Humerus fraktur. De tilfellene hvor det har vært lav Apgar, postpartum blødning og Humerus fraktur har alle vært barn som har vært 4500gram eller større (ibid.).

I 2004 innførte de i Frankfurt oppreist posisjon for setefødsel. Louwen, Daviss, Johnson, and Reitter (2017) har gjort en større retrospektiv kohort studie på 750 kvinner med setefødsel til termin fra 2004- 2011. De sammenlignet setefødsel i oppreist posisjon (;på alle fire) med liggende posisjon og planlagt keisersnitt. Resultatene fra denne studien viser at oppreist posisjon ved setefødsel ga en signifikant kortere 2.fase (42% kortere) og ble assosiert med en redusert sectio rate, lavere frekvens på neonatale skader, mindre behov for intervensjon eller manøvrer for å forløse barnet, og en tendens til redusert forekomst av rift grad 3-4 (ibid.). Etter innføring av denne manøveren har det blitt en økt trend blant obstetrikere å preferere å forløse seteleie i oppreist posisjon (ibid.).

Sittende på huk

I huk får kvinnen 1 cm større utgang i bekkenutgangens tverrvidde og 2 cm i bekkenutgangens likevidde (Marshall, Raynor, & Myles, 2014, p. 372). Sammenlignet med liggende posisjon, kan man øke bekkenutgang med 28 % (ibid.). Denne posisjonen som andre oppreiste posisjoner gir også mindre smerte i rygg. Denne posisjonen er hensiktsmessig når kvinnen skal trykke, da den gir økt intra-abdominalt trykk, og den horisontale posisjonen samt hjelp fra tyngdekraft gir optimale forhold i bekkenet for utdrivning og for at barnets hode kan ekstendere og bli født (Reuwer, 2009).

Denne posisjonen er likevel utfordrende for kvinner av vestlig kultur, da disse kvinnene har for kort leggmuskulatur til å klare å holde ut i lenge nok til å klare å føde i denne posisjonen (Reuwer, 2009, p. 82) En spesial pute, fødekrakk og/eller fødselspartner kan være til hjelp (ibid.).

Fødekrakk

En studie som har sett på ulike sammenhenger mellom forekomst av rift grad 3 og 4, viser at det er økt forekomst av rift grad 3 og 4 ved fødsel på fødekrakk (Jander & Lyrenas, 2001). Høy

fødselsvekt, nullipara, kvinnens alder over 35år, vacuum forløsning, medial episiotomi og oxytocin-stimulering var andre risikofaktorer som også ble identifisert (ibid.).

L. Thies-Lagergren, L. Kvist, K. Christensson, and I. Hildingsson (2011)sin RCT ble ikke inkludert i Janesh K Gupta et al. (2017)sin systematiske, fordi Li Thies-Lagergren et al. (2011)sammenlignet bruk av fødekrakk med alle posisjoner og ikke bare liggende som var kriteriet for inkludering i den systematiske oversikten. Li Thies-Lagergren et al. (2011) sin studie er utført i Sverige og viser at det ikke er noe redusert forekomst av instrumentelle forløsninger ved bruk av fødekrakk, men den viser derimot at det ikke var noe økt forekomst av perineal rifter og ødem i perineum slik tidligere studier (Jander & Lyrenas, 2001) viser. Det er noe økt forekomst av blødning over 500ml, men ikke over 1000ml, til tross for større blødninger var det ingen signifikant forskjell i Hb postpartum (L. Thies-Lagergren, L. J. Kvist, K. Christensson, & I. Hildingsson, 2011).

Li Thies-Lagergren et al. (2011)fant at det var økt forekomst av rift grad 3 og 4 hos kvinner med makrosome barn, instrumentelle forløsninger og hos kvinner som fødte i halvtsittende posisjon med beina i benholdere. Kvinner randomisert til å bruke fødekrakk hadde signifikant kortere fødselsforløp i andre fase og ingen forskjell i neonatale utfall (L. Thies-Lagergren et al., 2011).

Studien til Suto et al. (2015) som er nevnt tidligere (se s. 26) viste at det var signifikant økt forekomst av rift ved fødekrakk og ”hands and knees”. Det var dog ingen forekomst av grad 4 rift og kun ett tilfelle av grad 3 rift av de 1881 kvinnene i studien (ibid.).

Bruk av pilatesball eller peanutball

Bruk av pilatesball gir kvinnen mulighet til å bevege bekkenet fritt, gir støtte til perineum uten å gi for mye press og bidrar til å fremme rotasjon og descens ved hjelp av tyngdekraften (Makvandi, Latifnejad Roudsari, Sadeghi, & Karimi, 2015). Makvandi et al. (2015) konkluderer

i en systematisk oversikt med at de fire studiene som er inkludert viser signifikant redusert smerte ved bruk av pilatesball, men at det trengs flere og større studier. Dette er et lavkostnads- og ikke-invasivt tiltak som er enkelt å ta i bruk (ibid.).

Reduksjonen i smerten kan forklares på flere ulike måter, og Makvandi et al. (2015) nevner blant annet; bruk av aktivitet som distraksjon fra smerte, oppreiste posisjoner gir redusert press på nerver rundt iliosacrale ligamenter, øker kvinnens følelse av kontroll, velvære og avslapping, muligheten til å bevege bekkenet fritt og bruk av tyngdekraft gir maksimal utnytte av kontraksjonene som igjen gir mindre smerte.

En RCT (Tussey et al., 2015) utført på 198 fødekviner viser signifikant redusert sectio rate ($p=0.04$) ved bruk av peanutball hos kvinner med epidural analgesi. Studien viser også en redusert tid på 29 min i fødselens første fase og 11 minutter i andre fase (ibid.). Tussey et al. (2015) mener funnene kan ha sammenheng med at bruk av peanutball muligens øker størrelsen på bekkenutgangen, og konkluderer med at bruk av peanutball kan bidra til å forebygge protraherte forløp og fremme normal vaginal fødsel (ibid.).

Walchers manøver

Walchers manøver har blitt benyttet siden 1800-tallet, og er oppkalt etter en tysk lege ved navn Gustav A. Walcher (Bruvik, 2017). Denne manøveren kan utøves på to måter; ved å ligge på rygg i seng med begge beina hengende utfor sengen, eller i badekar med mage vendt ned med føttene pekene opp (Tully, 2011). Hvis man utøver denne liggende på rygg, kan man rulle opp et håndkle eller legge en pute under ene siden på ryggen for å unngå kompresjon av vena cava. Walchers manøver gir større åpning mellom symfysen og promontoriet (ibid.).

Walchers manøver har blitt en del av ikke-invasive tiltak for å redusere forekomst av sectio ved spørsmål om protrahert forløp 1.stadie ved Rikshospitalet og Ullevål sine fødeavdelinger, og

ifølge jordmor Kari Klocke har de forhindret flere keisersnitt ved hjelp av denne manøveren (Bruvik, 2017).

1.3.6 Valg av posisjon – Demografiske og psykososiale aspekter

Vestlig livsstil er preget av stillesittende og liggende posisjoner, noe som kan være medvirkende til occiput posterior innstilling ifølge Sutton and Scott (1996) sitert i (Walsh, 2007). De anbefaler en mer fremoverlent posisjon, oppreist sittestilling og sideleie i svangerskapet (ibid.).

Jordmor bør være oppmerksom på sin innvirkning, da valg av posisjon kan påvirke kvinnens fødselsopplevelse (Nieuwenhuijze et al., 2013; Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson, & Kvist, 2013). Det er mye som tyder på at kvinner som har en oppreist posisjon og som opplever å være medvirkende til valg av posisjon, opplever i større grad å føle seg sterke og ha kontroll over egen fødsel (ibid.). Det viser seg at kvinner over 36 år, og kvinner med høy utdanning har en signifikant økt forekomst av posisjoner som ikke er ryggliggende i fødselens andre fase samt partus (de Jonge, Rijnders, van Diem, Scheepers, & Lagro-Janssen, 2009).

Ifølge Zileni et al. (2017) og Okonta (2012) vet kvinnene lite om hvilke posisjoner man kan bruke i fødselen, derfor spiller jordmor i å tilby henne informasjon om fordeler og ulemper ved ulike posisjoner. Det å gi kvinnen informasjon om hvordan ulike posisjoner kan bidra å fremme normal fødsel, kan gi henne muligheten til å ta aktive valg for seg selv (de Jonge et al., 2009). Ved å være aktiv deltagende selv, bidrar dette til en følelse av mestring, gir tro på at ”kroppen kan føde” og følelse av kontroll over egen fødsel (Thies-Lagergren et al., 2013). For kvinner som foretrekker andre stillinger enn ryngleie, har medbestemmelse ekstra betydning (Thies-Lagergren et al., 2013). Det er viktig at jordmødre og obstetrikere har kunnskap om ulike posisjoner for å kunne fremme empowerment av fødekvinne. Man har behov for kunnskap for å kunne gi fødekvinne informasjon slik at hun er i stand til å gjøre valg, for å kunne gi henne valgmuligheter og for å kunne hjelpe kvinnen å finne posisjoner som hun finner komfortabel (de Jonge et al., 2009).

Ved å gi kvinnen en spesifikk aktivitet, som for eksempel å ”tegne” det kommende barnets navn med hoftene mens hun sitter på pilatesball, kan gi henne fokus på noe annet enn fødselsmerten og kan bidra til økt følelse av velvære og avslapning (Makvandi et al., 2015, p. 1685).

De Jonge og Lagro-Janssen (2004) sitert i (Walsh, 2007) fant at vaginal undersøkelse i andre fase ofte resulterte i at kvinnen ble værende i liggende posisjon etter undersøkelsen, og det ble anbefalt at man ikke undersøkte med mindre det var klinisk nødvendig. Flint (1986) sitert i Walsh (2007) oppfordret til at man gjorde vaginal undersøkelse i den posisjonen kvinnen befant seg i. Flint's (1986) prinsipper om at fødselshjelperen må tilpasse seg kvinnen fremfor at kvinnen skal tilpasse seg fødselshjelperen bør fortsatt være gjeldende for praksis (Walsh, 2007).

En annen ting å reflektere over er hvilken psykososial påvirkning en fødestilling kan ha. Balaskas (1995) sitert i Walsh (2007) mener liggende posisjon gjør kvinnen passiv, hjelpeløs og uten kontroll over egen fødsel. Kvinnen blir underdanig og fødselshjelperen er dominant når kvinnen befinner seg på rygg i fødsel (ibid). Når kvinnen er i en oppreist posisjon eller på gulvet, må fødselshjelperen i mye større grad tilpasse seg kvinnen. Fødselshjelperen må for eksempel tilpasse seg slik at man er i samme høyde som kvinnen og må eventuelt ned på gulvet for å kunne kommunisere med henne. Dette vil gi kvinnen økt følelse av kontroll og selvstendighet (ibid.).

Jordmors preferanser når det gjelder posisjoner i fødsel, hvilken modell for omsorg og hvilke filosofier jordmor praktiserer etter vil påvirke hvilken posisjon som blir benyttet og hvem som velger posisjon i fødsel (Fahy & Parratt, 2006; Priddis, Dahlen, & Schmied, 2012). Praktiserer jordmor etter Midwifery modell, en modell for informert valg, er det kvinnen som søker informasjon til å gjøre egne valg. Praktiserer jordmor etter Thachuk's modell, en medisinsk modell for informert samtykke, blir kvinnen er passiv mottaker av informasjon (ibid.).

Føderommet har også fysisk og psykisk påvirkning på både kvinnen og jordmors utøvelse av sin praksis (Priddis et al., 2012).

1.3.7 Birth Territory

Birth Territory (Fahy & Parratt, 2006) er en middle-range theory, og er utviklet spesielt for jordmorfaget. Teorien beskriver hvordan interaksjonen mellom ulike typer rom og ulike typer makt eller autoriteter kan påvirke en fødsel.

Den overordnede hovedkategorien for føderom kaller Fahy and Parratt (2006) for “Terrain” (terreng). Herunder to underkategorier; ”sanctum” og ”surveillance room”. ”Sanctum” defineres som et føderom med hjemlig miljø, som er optimalt for privatliv, ro og trygghet. Her har man toalett og badekar lett tilgjengelig, og en dør som tillater privatliv og trygghet. Teorien er at kvinnen vil føle seg trygg og selvsikker og få en bedre opplevelse i et slikt føderom – dette vil potensielt forsterke kvinnens tro på egen kropp som gir optimal fysiologisk funksjon og følelse av velvære (ibid.).

”Surveillance room” blir derimot definert som et føderom med klinisk miljø, som er laget med fokus på at kvinnen skal overleve, hvor hensikten er å optimalisere forholdene slik at helsevesenet kan føle seg trygge i fødselen. Her dominerer sengen rommet, og utstyr er lett tilgjengelig og synlig. Her er det tatt mindre hensyn til privatliv, i form av manglende dør eller dør med vindu o.l. Toalett og badekar er ikke lett tilgjengelig. Teorien er at disse rommene lettere vil føre til at kvinnen vil bli redd og miste tro på egen kropp – Dette vil igjen føre til svekket fysisk funksjon, redusert følelse av velvære og emosjonelt stress (ibid.).

Den andre hovedkategorien omhandler interaksjonen som foregår på føderommet og fordeling av makt. Fahy og Parratt (2006) kaller dette ”Jurisdiction” som betyr makt til å gjøre som man vil. Underkategoriene er beskrevet i to ytterpunkter – på den ene siden har man ”Integrative power” og ”Midwifery guardianship”, på den andre siden har man ”Disintegrative power” og

”Midwifery domination”. ”Integrative power” handler om å styrke kvinnens tro på at kroppen hennes kan føde, ”Midwifery Guardianship” handler om passe på at kvinnens behov blir ivaretatt og passer på at kvinnen føler seg trygg, ”Distinctiv power” er en ego-sentrert makt og kan brukes av både kvinnen og jordmor eller andre og ”Midwifery domination” er en paternalistisk maktutøvelse hvor kvinnen ikke får følge egen kropp men må føde ved veiledning av jordmor (ibid.).

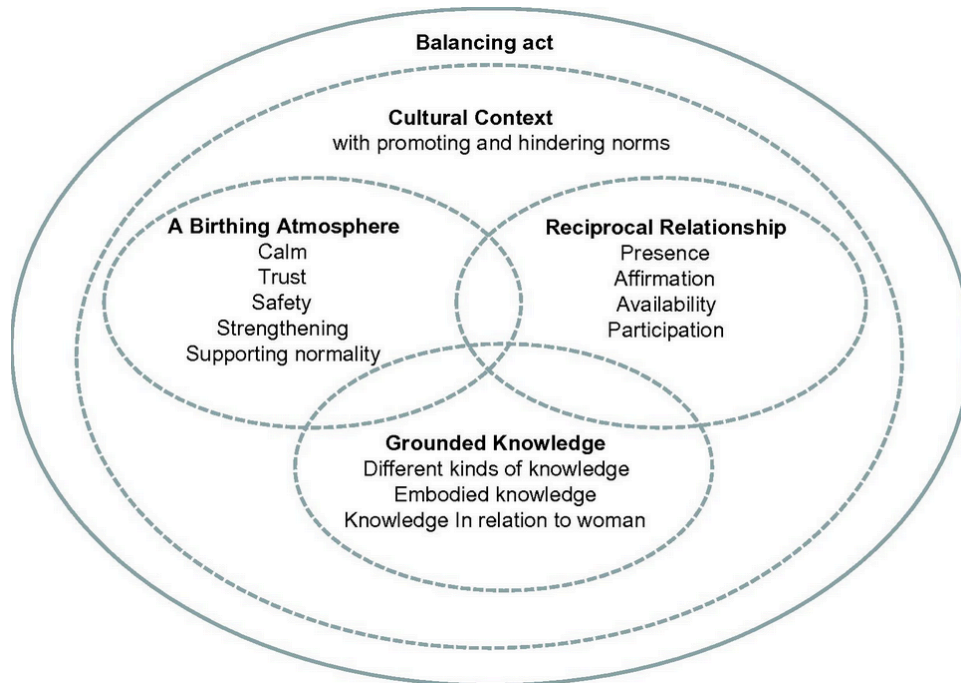
Vi har undersøkt hvordan ulike stillinger er brukt på ulike avdelinger. Føderommene på den jordmorstyrte enheten tilsvarer det som Fahy og Parratt kaller ”sanctum”, og føderommene på de obstetriske avdelingene tilsvarer det som her blir kalt ”surveillance room”. Hypotesen vår med utgangspunkt i denne teorien var derfor at utfallet av fødestilling og bruk av bevegelse blir forskjellig brukt ved ulike avdelinger. Denne teorien kan bidra til å hjelpe oss å forstå eventuelle sammenhenger og diskrepans i resultatene.

1.3.8 A midwifery model of woman-centered childbirth care - in Swedish and Icelandic setting. Dette er en konseptuell modell basert på induktive teorier fra kvalitative studier, som viser hvilke faktorer som er grunnleggende for en salutogen fødselsomsorg (Berg, Asta Ólafsdóttir, & Lundgren, 2012). Modellen er laget for Sverige og Island, men er overførbart til omsorg av kvinner i fødsel i Norge.

Modellen til Berg et al. (2012) består av fem tema. Tre sentrale som omfatter atmosfæren, relasjonen og grunnleggende kunnskap. De to resterende temaene er den kulturelle kontekst og balansen i utøvelsen av fødselshjelpen (se Fig. 1).

Kort oppsummert viser denne modellen til filosofier med viktige aspekter ved omsorgen som det å bevare det normale i fødselen selv ved patologi og bruk av medisinsk-teknisk utstyr; betydningen av tilstedeværelse, tilgjengelighet, deltakelse og bekreftelse; empowerment og

verdien av å styrke kvinnen; at kunnskap fra erfaring, teori og praktiske ferdigheter er viktig; hvilken påvirkning omgivelsene gir og hvordan jordmor kan påvirke atmosfæren (Berg mfl., 2012).

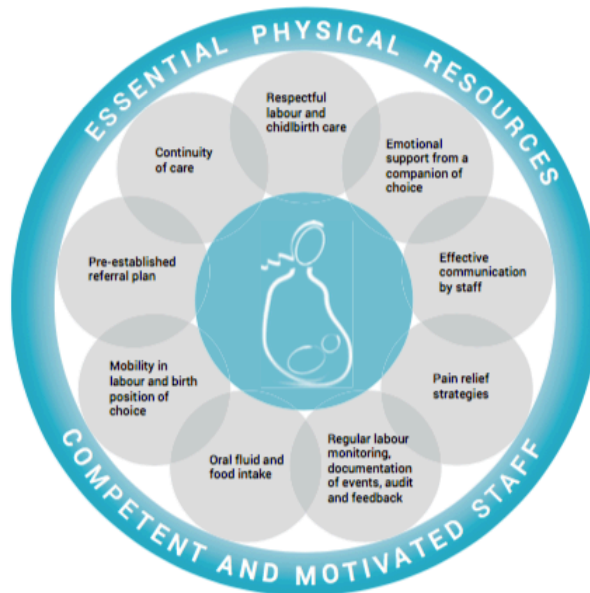


Figur 1: A midwifery model of women centered childbirth care (Berg, 2012).

Formålet med studien vår er undersøke hvorvidt bruk av ulike posisjoner benyttes som et tiltak for å fremme og bevare det normale i fødselen i en verden som er preget av økt medikalisering, og modellen til Berg mfl. (2012) har det samme salutogene perspektiv og formål. Den er en av få modeller laget spesielt for jordmorfaget. Denne konseptuelle modellen kan bidra til å ikke bare forstå funn i vår studie, men også hvordan flere faktorer spiller en viktig rolle og kan påvirke resultatet (Polit og Beck, 2017, s. 121).

1.3.9 WHO's intrapartum model.

WHO (2018) har laget en modell for fødselsomsorg med utgangspunkt i deres anbefalinger i retningslinjene (se figur 2). Som det også kommer frem av denne modellen er det viktig at helsepersonell har kunnskap og motivasjon for jobbe kunnskapsbasert.



Figur 2: WHO's intrapartum care model (WHO, 2018).

WHO (2018) oppfordrer til en global integrering av denne modellen i fødselsomsorgen, med mål om at kvinnen og hennes baby skal oppnå best mulig fysiske, emosjonelle og psykiske utfall. Denne modellen kan bidra til å unngå unødvendig intervensjon i fødselen, styrke kvinnen og fremme normal fødsel (WHO, 2018).

2.0 Metode

2.1 Design

Vi har en problemstilling med spørsmål om forekomst, da er en observasjonsstudie (kartleggingsstudie?) av typen tverrsnittstudie riktig design (Helsebiblioteket.no, 2016). Ved hjelp av denne metoden kan vi samle informasjon om et utvalg på et gitt tidspunkt. Det er også mulig å se på mulige sammenhenger ved bruk av denne metoden (ibid.).

2.2 Inklusjonskriterier

I denne studien har vi inkludert alle fødsler med ett levende foster med gestasjonsalder 37- 42 uker.

Vi kunne ikke finne at bevegelse er en kontraindikasjon ved patologi eller bruk av ulike typer analgesi og kontinuerlig overvåking, vi vil derfor inkludere fødsler uavhengig av disse faktorene. Elektive sectio, sectio grunnet mislykket induksjon og flerlinger ble ekskludert fra studien.

I inklusjonskriteriene hadde vi i utgangspunktet ikke tatt stilling til sectio ved mislykket induksjon. Hensikten med studien var å se på bruken av ulike posisjoner i fødsel og siden disse kvinnene aldri går i fødsel ble de ekskludert fra studien.

2.3 Datasamling

Vi har gjort en prospektiv datainnsamling ved hjelp av spørreskjema. Svakheten til denne distribusjonsmetoden er at man kan få en lav responsrate. Hadde responsen vært under 50% kunne man stilt spørsmål ved hvor representativt utvalget egentlig hadde vært (Jirojwong, Johnson, & Welch, 2011).

Forhåndsvarsling av studien i form av informasjonsmail før oppstart av studien, at svarene ble hentet på avdelingene, informasjon om at det tar kort tid å gjennomføre undersøkelsen er virkemidler som vi tok i bruk for å få opp responsraten (Newell og Burnard, 2006).

Får å få best mulig svarrate allierte vi oss med flere personer på hver avdeling, som bidro med å minne deltakerne på å svare på spørreskjemaet (Boynton & Greenhalgh, 2004). De første to ukene var vi utplassert i praksis i en annen by, og fikk ikke vært tilstede like mye som ønsket. Medelever var derfor delaktig som pågangsdrivere for prosjektet i de første to ukene av prosjektet, samt to studieveiledere som bidro med å oppfordre til deltakelse. Vi la ut informasjon om studien via sosiale media til jordmorstudentene som skulle ut i praksis siste uken prosjektet pågikk, samt snakket med noen av de som var i praksis siste uken og oppfordret til deltakelse.

Spørreskjema som datasamlingsmetode skaper merarbeid for jordmor, vi valgte derfor å lage et spørreskjema på kun en side samt at de fleste spørsmålene kunne besvares med et enkelt kryss for at det skulle være hurtig å fylle ut (Newell og Burnard, 2006). Dette var også Royal College of Midwives (2010) sin tanke bak det opprinnelige skjemaet. Spørreskjemaene la vi lett tilgjengelige på vaktrommene, på arbeidsstasjonene til jordmødrene, på nattbordene ved fødesengen og i hylle på fødestuene. Spørreskjemaene ble trykket på lilla ark for å skille seg ut fra andre dokumenter og gjøre de lett synlige for jordmødrene og fødekvinnene. Både engelsk og norsk versjon av samtykkeskjema var stiftet sammen med spørreskjemaene, for å gjøre det enkelt å huske og be om kvinnens samtykke og for at det skulle være lett og lett tilgjengelig for jordmoren. Det var til sammen fire spørreskjema per fødsel, og ved vaktskiftet startet ny jordmor på neste side. Da fikk vi data på karakteristika på alle jordmødrene som deltok i den enkelte fødsel.

På avdeling A sto det skrevet en påminnelse for studien på hovedvakt sitt skjema, noe som bidro til at hovedvakt minnet på jordmødrene om deltakelse på hver vakt. Jordmødrene på avdeling B og avdeling C ble også oppfordret til å minne på jordmødrene i vaktskiftet at det pågikk en studie

og oppfordre til deltakelse, og vi gav med jevne mellomrom påminnelser om å følge opp dette. Det ble også hengt opp skriftlige påminnelser ved arbeidsstasjon på fødestuene, på vaktrom og på personaletoalett.

Vi hadde i tillegg en uhøytidelig konkurranse mellom avdelingene, der avdeling med beste svarprosent fikk premie. Hver uke fikk jordmødrene en epost med informasjon om status på deltakelse i prosent fra de ulike avdelingene. I tillegg til oppdateringsmail på mandagene, la vi skriftlige oppdateringer på vaktrommene sammen med en liten oppmerksomhet i form av sjokolade som takk for innsats og påminnelse om fortsatt deltakelse.

Vi har ikke hatt møte med lederne, noe som vi ser i ettertid kunne vært fordelaktig. Forankring i ledelsen kan bidra til økt deltagelse, særlig dersom ledelsen er aktiv med og promoterer prosjektet Jirojwong et al. (2011).

2.3.1 Spørreskjemaet

Vi er inspirert av et spørreskjema utviklet av Royal College of Midwives (2010) (se vedlegg 1). Vi fikk tillatelse til å benytte RCM sitt spørreskjema (se vedlegg 7) i revidert og oversatt utgave (se vedlegg 2).

Spørreskjemaets innhold etter revidering:

Spørsmål om jordmor: Arbeidssted med avkryssing for: Avdeling A, Avdeling B og Avdeling C (anonymisert). Antall års erfaring i fødselsomsorgen fylles ut i en åpen rubrikk.

Spørsmål om fødekvinne: parietet og mors alder som fylles ut med tall i åpen rubrikk.

Spørsmål om den aktuelle fødsel: gestasjonsalder som fylles ut i åpen rubrikk og avkryssing for spontan eller indusert fødselsstart. Avkryssing om følgene er benyttet: Epidural, Lystgass,

STAN, CTG og Oxytocin-stimulering. Type fødsel avkrysning for normal, tangforløsning, vakuumforløsning og Sectio.

Det er et felt hvor ulike posisjoner er ramset opp, det krysses av om stillingen er benyttet i latensfasen (L) (cervix 0- 4 cm), aktiv fase (A) (cervix 5- 10 cm), trykkefasen (T) og partus (P). Posisjonene vil være: ryggeleie, sideleie, stående, knestående, sittende, sittende på huk, på alle fire og badekar. I tillegg er det en åpen rubrikk som heter annet, vennligst forklar.

2.4 Variabler

Nominale kategoriske variabler

Ulike typer stillinger i fødsel; latensfase, aktiv fase, trykkesid og partus. De ulike fødeavdelingene; avdeling A, avdeling B og avdeling C.

Nominale dikotome variabler

Spontan og indusert fødselsstart. Nullipara og multipara. Paritet har blitt samlet i tallverdi på spørreskjemaet og er egentlig en type diskret variabel, men vi har analysert den i nullipara/multipara og er derfor i vår analyse en nominal dikotom variabel.

Diskrete Intervall variabler.

Antall års erfaring, alder og gestasjonsalder. Disse variablene har vi valgt å gjøre om til hele tall, derfor de av typen diskret variabel (Polit & Beck, 2017, p. 48). Antall års erfaring er videre satt inn i alderskategorier (≤ 5 år, 6-15 år, ≥ 16 år). Alder er også satt i alderskategorier (≤ 19 år, 20-24 år, 25-29 år, 30-34 år, 35-39 år og ≥ 40 år).

2.5 Validering og reliabilitet

2.5.1 Utvalget

Vi ønsket å få mest mulig svar som kan gi et bedre og mer riktig bilde av hvordan posisjoner blir benyttet i en gitt periode (Polit & Beck, 2017, p. 221). "Consecutive sampling" er vår utvalgsmetode, hvor man rekrutterer alle som i en populasjon som møter kriteriene i en spesifikk tidsperiode (Polit & Beck, 2017, p. 254). Når man benytter denne metoden får man, ifølge Polit (Polit & Beck, 2017, p. 254), en sterkt redusert risiko for seleksjons bias. Vi inkluderte alle fødekvinner innenfor inklusjonskriteriene i en periode på tre uker.

Sjekkliste laget for planlegging av kvantitative brukerundersøkelse i helseinstitusjoner foreslår at man bør sikte mot å få 100-200 svar. Med svarprosent på 50%, må man da ha et utvalg på 200-400 personer (Folkehelseinstituttet.no, 2014). Sykehuset vi utførte studien på har ca. 5000 fødsler i året. Vi benyttet en nettbasert kalkulator for å regne ut hvor stort utvalg vi hadde behov for (spørreundersøkelse.no, 2008). Basert på statistikk fra medisinsk fødselsregister (Folkehelseinstituttet, 2017), beregnet vi at ca. 20% ville falle utenfor inklusjonskriteriene. Vi kom frem til at dersom 80% av fødslene samsvarer med inklusjonskriteriene utgjør dette ca. 153 fødsler ved dette sykehuset i løpet av 2 uker. For å oppnå et konfidensintervall på 95% med 5% feilmargin fant vi ut at vi trengte minst 110 svar, noe som tilsvarer en svarprosent på 72%. Vi bestemte oss derfor å forlenge perioden til 3 uker. Da har man ca. 230 potensielle fødsler, og da trengte vi 144 svar for å oppnå samme konfidensintervall (ibid.), noe som tilsvarer 63% svarprosent.

2.5.2 Validering av spørreskjemaet

Royal College of Midwives (2010) gjorde en prospektiv datainnsamling, og sjekket svarprosent ved å sammenligne antall svar med antall fødsler. Vi ønsker derfor å samle data med samme metode, det gjør det mulig for oss å kunne sammenligne svarprosenten og resultatene med dem.

Spørreskjemaet vi tok utgangspunkt i er utviklet og validert av Royal College of Miwives (2010). Vi fikk som nevnt godkjenning av RCM til å benytte deres skjema i revidert og oversatt versjon. Spørreskjemaet har vi oversatt til Norsk. Spørsmålene som er revidert omhandler avkrysning for arbeidsplass til å være aktuelle avdelinger på sykehuset vi gjennomførte studien. Vi har også tatt med avkrysning for sideleie, da det var rapportert som manglende i RCM sin studie. Det var anbefalt i rapporten til RCM at hvis man skal gjøre tilsvarende studie, bør man inkludere sideleie som et alternativ.

Når man gjør endringer er det viktig å gjøre en ny validering av spørreskjemaet (spørreundersøkelse.no, 2008). Vi har testet ut spørreskjemaet ved å utføre en pilot for å sikre oss at spørreskjemaet er forståelig og anvendbart (Polit og Beck, 2017, s. 632-633). Dette ble utført i kollokviegruppe av 16 jordmorstudenter ved HVL avd. Bergen 11.09.17. Vi fikk tilbakemeldinger på at det var noen små skrivefeil å rette opp i og at rekkefølge på avkrysningsalternativ for fasene burde endres. 14 av 16 i pilot utvalget foretrakk alternativ for avkrysning av posisjon uten bilde da vi ikke har et bilde til alle alternativene for posisjon, men sa at det gjerne måtte følge med illustrasjonsbilder i tillegg til spørreskjemaet. Vi fikk også tilbakemeldinger på valg av skrift og tips om å bruke litt mer farger på spørreskjemaet.

Det ble samlet data for å undersøke hvem jordmor som har ansvar for fødselen er; antall års erfaring og arbeidssted (Fahy og Parratt, 2006; Berg mfl., 2012). Videre ble det samlet data om kvinnen; hvilken type avdeling kvinnen fødte på (Fahy og Parratt, 2006; Berg mfl., 2012), paritet og kvinnens alder (de Jonge et al., 2009).

Vi har tatt med avkrysning for ulike faktorer som vi har erfaring med at påvirker valg av posisjon (spontan/indusert fødsel, epidural, overvåking med CTG/STAN og oxytocin-stimulering). Vi hadde med avkrysning for type fødsel for å eventuelt undersøke hvilke posisjoner som ble brukt ved normal fødsel, sectio og instrumentelle forløsninger.

Data vi samlet om jordmor er antall års erfaring i fødselsomsorgen og arbeidssted. Det ble samlet data om hvilke posisjoner som ble benyttet (se vedlegg 2), og i hvilken fase stillingen ble benyttet (latens fase, aktiv fase trykkesid, partus). Vi ga respondenten mulighet til å svare i åpen rubrikk hvis det var noe spesielt de ønsker å si om hvorfor en stilling er brukt/ikke brukt eller om det var andre posisjoner som ble benyttet som ikke var nevnt.

2.5.3 Begreps validitet

De systematiske oversiktene deler forskningen på bruk av ulike posisjoner inn i første og andre fase. Jordmødre definerer dette ulikt, og vi ønsket å presisere alternativene ytterligere; latensfase (cervix 0-4cm), aktiv fase (cervix 5-10cm), trykkesid og partus. WHO (2018) sine oppdaterte retningslinjer definerer den aktive fase fra og med 5cm dilatasjon av cervix, og vi har valgt å forholde oss til denne inndelingen.

2.6 Analyse

2.6.1 Behandling av data

Vi behandlet dataene ved at en plottet dataene inn i excel og overførte dataene til analyseprogrammet SPSS. De ulike svaralternativene ble tildelt en kode i tallform. Plotting av data ble kryssjekket og kontrollert ved at en leste opp svar fra spørreskjema, mens den andre kontrollerte at data var riktig registrert.

Missing data

De ulike manglende dataene fikk hver sin kode (Polit og Beck, 2017, s. 427). Dataene ble vasket for verdier som lå utenfor normal rangering og svar som ikke var mulig (Polit og Beck, 2017, s. 428). De svaralternativene som hadde manglende svar vurderte vi om var tilfeldig manglende eller om det var et mønster som kunne gi mulig bias (Polit og Beck, 2017, s. 430).

I kartleggingen spør vi kun om hvilke ulike posisjoner som har blitt benyttet. Det var ikke mulig å registrere antall ganger hver posisjon ble benyttet. Det er derfor ikke mulig å se hvor lenge den enkelte posisjon er blitt benyttet eller hvor mange ganger. I de skjemaene hvor ny jordmor har dokumentert samme fase som foregående jordmor, har denne dataen blitt vasket til å gjelde bare en gang da vi ikke har data på antall ganger en posisjon er blitt benyttet. På denne måten blir alle fødslene behandlet likt.

2.6.2 Bias

I forkant av studien har vi identifisert non-respons bias, seleksjons bias og attrition bias som mulige bias ved behandling av data og analyse i vår studie.

Non-respons bias

Vi vil i resultatdelen presentere en enkel deskriptiv tabell som viser ulike karakteristika hos jordmødrene som svarte og om det er forskjell utfra hvilken avdeling de hadde fødselen på (Fahy & Parratt, 2006). Analysen på karakteristika vil gi oss informasjon om eventuelle bias knyttet til hvem jordmødre som svarte (Polit og Beck, 2017, s. 433) .

Seleksjons bias

Da vi har et utvalg som ikke er randomisert, vil det presenteres i resultatdelen en enkel deskriptiv tabell på karakteristika hos de kvinnene som er deltakere i studien, for å undersøke om det er ulike skjevheter basert på karakteristika i populasjonen (Polit og Beck, 2017, s. 433-434). Det vil presenteres karakteristika på kvinnene på de ulike avdelingene, for å undersøke om det eventuelt er noe forskjell i hvilke kvinner som føder ved de ulike avdelingene.

Attrition bias

Vi har vurdert risiko for attrition bias (Polit og Beck, 2017, s. 434).

2.6.3 Metode for analyse

Deskriptiv statistisk analyse ble utført for å organisere, tolke og formidle den numeriske informasjonen (Polit og Beck, 2017, s. 356). Enkel deskriptiv tabell ble benyttet til å presentere hvem jordmødre som hadde svart på spørreskjemaundersøkelsen og hvilke fødekvinne som var deltakere. Vi lagde en figur (se figur 3) som gir oversikt over utvalget og deltakelse i studien. Figuren er laget med inspirasjon fra PRISMA Flow Diagram (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The, 2009) for rapportering av hvilke artikler som er inkludert i systematiske oversikter.

Kakediagram ble brukt for å presentere prosentvis bruk av de ulike posisjoner i de ulike fasene ved de ulike avdelingene. I tillegg lagde vi søylediagrammer som viser forskjell i bruk av oppreiste versus liggende posisjon og posisjoner med bevegelig sacrum versus ikke-bevegelig sacrum.

Nominale kategoriske variabler

For nominale kategoriske variabler benyttet vi antall og prosent.

Nominale dikotome variabler

For nominale dikotome variabler ble også antall og prosent benyttet.

Diskrete intervall variabler

For ordinale diskrete variabler benyttet vi antall, gjennomsnitt og standardavvik. Vi har også benyttet variasjonsbredde (engelsk: range).

2.7 Etikk

På bakgrunn av at kartleggingen baserer seg på innhenting av indirekte personopplysninger og er helsefaglig forskning, leverte vi inn søknad om godkjenning av studien til regional etisk komité (REK) (Lovdata.no, 2009). Kartleggingen ble også meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD, u.å.), da vi skulle innhente indirekte personopplysninger om fødekvinnen og jordmor.

Januar 2018 fikk vi vedtak fra REK med forbehold om endringer. REK ba om følgende endring: at det ble laget et samtykkeskjema til fødekvinnen og at metoden ble endret slik at det bedre kunne svare på problemstillingen. Vi imøtekom REK sine merknader og lagde et samtykkeskjema (se vedlegg 3, 4 og 5). På skjemaet står det hvilke opplysninger som ble samlet inn, samt at hun når som helst kunne ombestemme seg og trekke sitt samtykke. Samtykkeskjema følger malen som er publisert på REK (2017) sin hjemmeside. Respondentene ble informert om kartleggingen av praksis, og at deltakelse ble regnet som samtykke når det gjaldt jordmødrene som fyller ut skjemaet jamfør Helseforskningsloven (2009). Det sto tydelig på spørreskjema at utfylling av spørreskjema ville bli regnet som samtykke til deltakelse.

Kartleggingsstudien ble godkjent medio Februar 2018 av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest) ref. nr.: 2017-2093 (se vedlegg 5). Personvernombudet ved NSD tok til orientering at prosjektet falt under helseforskningslovens bestemmelser og at den var godkjent av REK, og avsluttet dermed saksbehandlingen (se vedlegg 6).

To Universitets sykehus i Norge fikk tilbud om deltakelse i studien. Personvernombudet ved ene sykehuset tok til orientering at prosjektet var godkjent av REK og vi fikk godkjenning fra klinikk sjefen der. Vi fikk avslag fra det andre sykehuset, da studien medførte en ikke ubetydelig belastning for deres kliniske hverdag samt at de hadde andre pågående prosjekter som de måtte prioritere. Datasamlingen foregikk på to obstetriske enheter og en jordmorstyrt enhet ved en stor fødeklinikk med cirka 5000 fødsler i året i uke 9-11 i år 2018.

Spørreskjemaene lå lett tilgjengelig for personalet, og ble etter utfylling lagt i egen hylle/konvolutt kun tilgjengelig for personalet. Spørreskjemaene ble samlet inn to ganger per uke. Denne metoden sikret anonymiteten til de som svarte, noe som er viktig i forhold til å sikre ærlige svar på spørreskjemaene (Polit og Beck, 2017, s. 243). Vi sikret at persondata ble tilstrekkelig sikret og anonymisert, ved å oppbevare spørreskjemaene innelåst fram til dataene ble plottet inn i Excel og anonymisert. Siden ble data overført til SPSS videre analyser.

Spørreskjemaene og samtykkeskjema ble kodet med tall, slik at hvis fødekvinnen skulle ønske å trekke sitt samtykke var det mulig å lete tilbake tilhørende data fra aktuelle spørreskjema og ekskludere disse fra studien. Etter at dataene var plottet og analysert, ble spørreskjemaene og tilhørende samtykkeskjema makulert. Det var da ikke lenger mulig å trekke sitt samtykke til studien, dette ble kvinnen informert om i samtykkeskjema. De anonymiserte dataene ble videre oppbevart i passord beskyttede Excel-filer på privat data og på analyseprogrammet SPSS på Høgskulen på Vestlandet sine forskningsservere. Anonymiserte analyser ble oppbevart på private, passord beskyttede datamaskiner. Det ble tatt back-up til ekstern privat harddisk, også denne beskyttet med passord.

3.0 Resultater

3.1 Utvalg og deltakelse

I de tre ukene vi samlet data var det totalt 257 fødsler hvorav 230 var innenfor inklusjonskriteriene. Vi mottok totalt 133 svar som ble inkludert i studien. Det var ingen frafall underveis.

I de 133 ulike fødslene ble det fylt ut et ulikt antall sider i spørreskjemaet. Vi mottok totalt 209 spørreskjema fordelt på 133 fødsler. I 74 av fødslene ble det fylt ut 1 side, i 90 av fødslene ble det fylt ut 2 sider, i 11 av fødslene ble det fylt ut 3 sider og i 3 av fødslene ble det fylt ut 4 sider.

3.2 Bakgrunns data

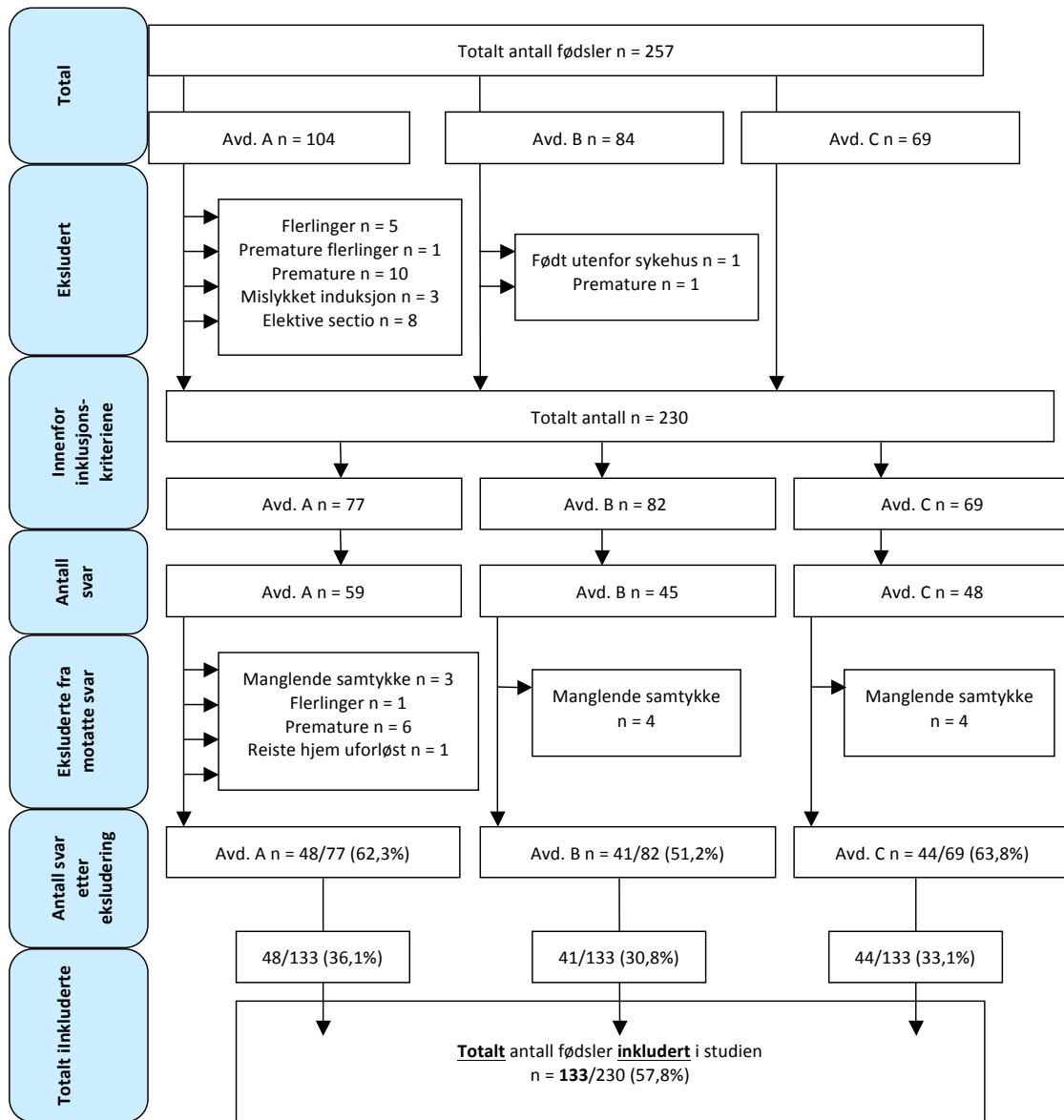
3.2.1 Karakteristika ved fødekvinnene

Avdeling A og B er obstetriske avdelinger og avdeling C er jordmorstyrt enhet. Samlet fødte 89 (66,9%) av kvinnene på obstetrisk avdeling og 44 (33,1%) på jordmorstyrt avdeling. Den største andelen av kvinnene var 30-34 år gammel, nest etter var aldersgruppen 25-29 år. På avdeling A var andel kvinner i alderen 30-34 år noe høyere, og nest etter og helt jevnt var det mellom aldergruppene 25-29 år og 35-39 år. Det var en noe høyere andel av kvinner i alderen 30-34 år på avdeling C, og en noe høyere andel kvinner i alderen 25-29 år på avdeling B. Totalt sett var det omtrent like mange nullipara (48,1%) som multipara (49,6%) som var deltakere i denne studien. Vi mangler data om paritet på 2,3%. På Avdeling A var det nesten like jevnt med nullipara som multipara. På avdeling B var det høyere andel nullipara, og på avdeling C var det høyere andel multipara.

Gestasjonsalder var tatt med på spørreskjemaet i forhold til kontroll av inklusjonskriteriene som var uke 37-42. Vi mottok 131 svar, på to av skjemaene var gestasjonsalder ikke oppgitt. Svarene vi mottok hadde en gjennomsnittsverdi på 39,7 uker, medianen var 40 uker og standardavviket var 1,2.



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Figur 3: Oversikt over utvalg presentert i PRISMA Flow Chart (Moher, 2009).

Tabell 3: Karakteristika ved fødekvinnene i kartleggingsstudien.

Karakteristika Fødekvinnen	Alle n=133	Obstetrisk avdeling A n= 48	Obstetrisk avdeling B n=41	Jordmorstyrt avdeling C n=44
Alder i år	n= antall (%)			
(mean ± SD)	(30,7 ± 5,1)	(31.3 ± 5,4)	(30,3 ± 4,5)	(30,5 ± 5,4)
≤19	2 (1,5%)	0,0%	2,4%	2,3%
20-24	13 (9,8%)	12,5%	4,9%	11,4%
25-29	39 (29,3%)	25,0%	41,5%	22,7%
30-34	47 (35,3%)	29,2%	34,2%	43,2%
35-39	23 (17,3%)	25,0%	12,2%	13,6%
≥40	6 (4,5%)	6,3%	2,4%	4,6%
Ikke oppgitt	3 (2,3%)	2,1%	2,4%	2,3%
Paritet	n= antall (%)			
Nullipara	64 (48,1%)	47,9%	58,5%	36,4%
Multipara	66 (49,6%)	50,0%	34,2%	63,6%
Ikke oppgitt	3 (2,3%)	2,1%	4,9%	0,0%

Totalt hadde 106 fødsler spontan fødselsstart, 25 var indusert og 2 manglet svar. Avdeling C hadde bare 1 indusert, og avdeling A hadde flest induserte med et antall på 15. Det var henholdsvis 68% og 70,1% som hadde epidural i fødselen ved avdeling A og avdeling B. Avdeling C tilbyr ikke epidural. Det var 6 kvinner som ble overflyttet fra avdeling C til annen avdeling for epidural. 43,6% hadde overvåking med STAN, og tilsvarende 43,6% hadde overvåking med CTG. Avdeling A hadde høyest andel fødekvinne med overvåking i fødsel, med 61,7% STAN og 63,8% med CTG. Avdeling B hadde nest høyest andel overvåking, hvorav 53,7% hadde STAN og 48,8% CTG. Avdeling C hadde lavest andel overvåking, hvorav 15,6%

STAN og 17,8% CTG. Avdeling C tilbyr bare STAN i trykkefasen og partus, ved behov tidligere i fødselen overflyttes kvinnen til annen avdeling. En del av kvinnene hadde overvåkning med både CTG og STAN i fødsel.

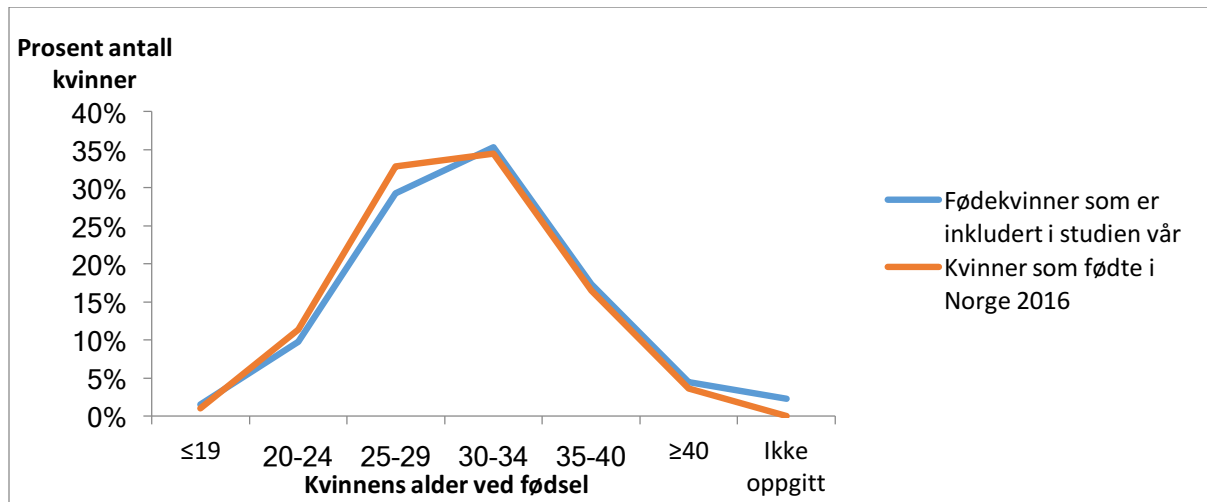
34% av alle fødekvinnene fikk Oxytocin-stimulering i fødselen. Avdeling A og avdeling B hadde ganske lik andel kvinner som fikk Oxytocin-stimulering i fødselen, med henholdsvis 34% og 36,6%. Avdeling C hadde kun 2,2% som fikk oxytocinstimulering.

Tabell 4: Fortsettelse; karakteristika ved fødekvinnene i kartleggingsstudien.

Karakteristika Fødekvinnen	Alle n=133	Obstetrisk avdeling A n= 48	Obstetrisk avdeling B n=41	Jordmorstyrt avdeling C n=44
Fødselsstart	n= antall (%)			
Spontan	106 (79,7%)	66,7%	78,1%	95,4%
Indusert	25 (18,8%)	31,3%	21,9%	2,3%
Ikke oppgitt	2 (1,5%)	2,0%	0,0%	2,3%
Intervensjon	n= antall (%)			
Epidural	61 (45,9%)	68,0%	70,1%	0,0%
STAN*	58 (43,6%)	61,7%	53,7%	15,6%
CTG*	58 (43,6%)	63,8%	48,8%	17,8%
Oxytocin- stimulering	32 (24,0%)	34,0%	36,6%	2,2%
Type fødsel	n= antall (%)			
Spontan vaginal	86 (77,0%)	72,0%	69,0%	92,0%
Tang	14 (13,0%)	8,0%	25,0%	5,0%
Vacuum	9 (8,0%)	15,0%	6,0%	3,0%
Sectio	2 (2,0%)	(5,0%)	(0,0%)	(0,0%)

*Noen kvinner har blitt overvåket med både CTG og STAN.

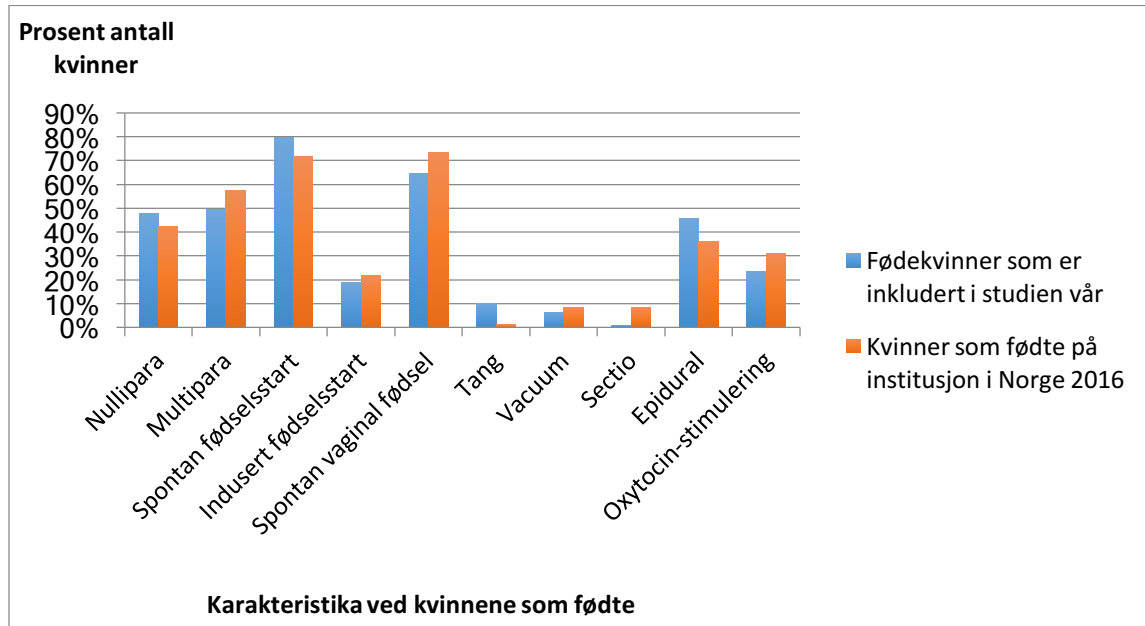
Da vi har et lite utvalg (n:133), sammenlignet vi karakteristika hos kvinnene og fødslene i utvalget vårt med nasjonale tall fra Norge basert på statistikk fra medisinsk fødselsregister fra år 2016 (Folkehelseinstituttet, 2017), for å undersøke hvor sammenlignbart utvalget vårt var i studien i forhold til kvinner som føder i Norge. Det var vanskelig å justere i forhold til eksklusjonskriteriene våre i medisinsk fødselsregister da Robson gruppe 2 og 4 inkluderer både induserte og sectio. Dette passet ikke med våre inklusjonskriterier som inkluderer kun akutte sectio samt induserte. Vi har derfor sammenlignet karakteristika i utvalget vårt med fødekvinne i Norge. Tallene for sectio fra medisinsk fødselsregister er basert på tall fra akutte sectio og tall for bruk av oxytocin er både for induksjon og stimulering ved risvekkelse, noe som passer i henhold til våre inklusjonskriterier. Figur 4 og 5 viser at kvinnene og fødslene har likhetstrekk sammenlignet med nasjonale tall.



Figur 4: Alder hos fødekvinne i studien versus fødekvinne i Norge 2016.

Det er litt høyere andel tangforløsning i vårt utvalg sammenlignet med nasjonale tall, men det muligens til fordel for sectio som var høyere rate av enn i utvalget i studien vår. Det er også en litt høyere forekomst av spontan fødselsstart, og litt lavere forekomst av spontan vaginal fødsel i utvalget vårt. Det er litt høyere forekomst av epidural, og litt lavere forekomst av Oxytocin-

stimulering i fødselen hos kvinnene i utvalget. Vi kunne ikke finne noen tall på bruk av STAN eller CTG i medisinsk fødselsregister.



Figur 5: Karakteristika ved fødekvinnen og fødslene i utvalget versus kvinner som føder i Norge (Folkehelseinstituttet, 2017). *se vedlegg 9 for søk i medisinsk fødselsregister

3.2.2 Karakteristika ved jordmødrene

Gjennomsnittet på antall år i fødselsomsorgen på jordmødrene som svarte på undersøkelsen var 7,96 år for alle jordmødrene. I gruppen for de med ≤ 5 års erfaring var gjennomsnittet 2,2 år, i gruppen 6-15 år var gjennomsnittet 9,4 år og i gruppen ≥ 16 år var gjennomsnittet 24 år. På avdeling A og B var variasjonsbredden på antall års erfaring omtrentlig lik, med henholdsvis 0-45 år og 0-40 år, mens hos jordmødrene som svarte fra avdeling B var variasjonsbredden på antall år fra 0-23 år (se tabell 5).

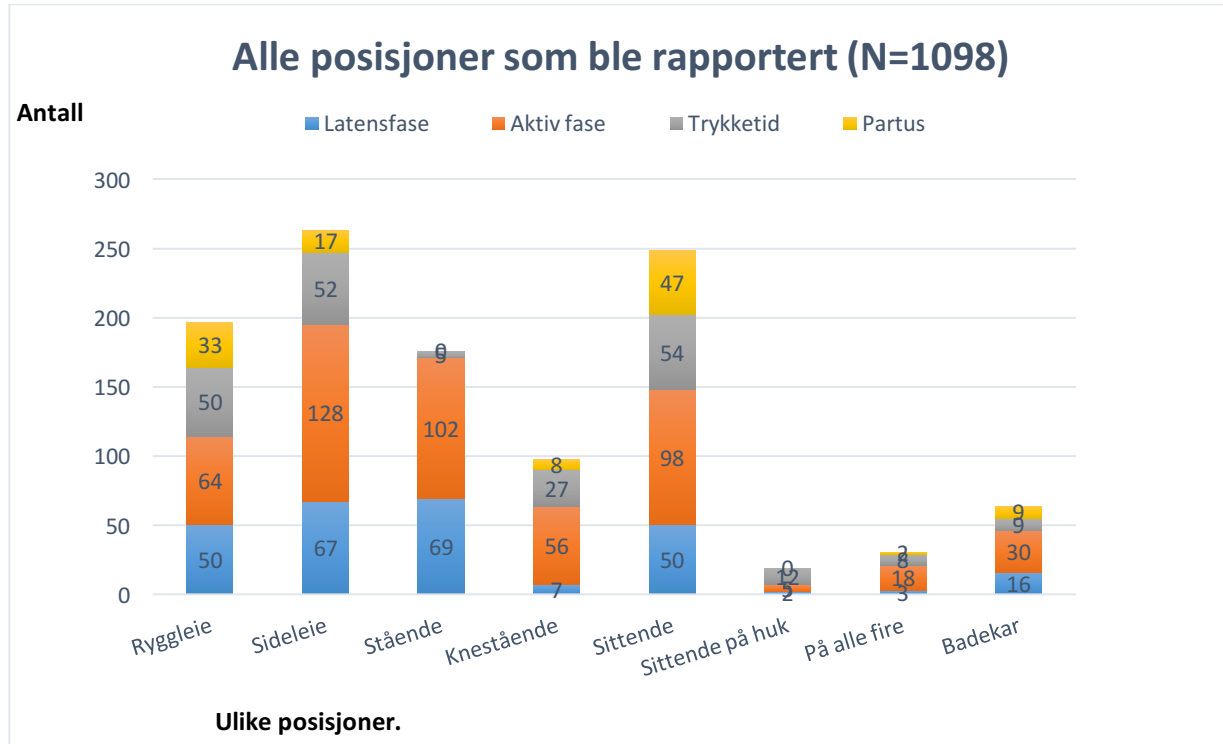
Tabell 5: Karakteristika hos jordmødrene som har svart på kartleggingsstudien.

Karakteristika Jordmor	Alle n= 209	Obstetrisk avdeling A n= 90	Obstetrisk avdeling B n = 70	Jordmorstyrt avdeling C n= 49
Antall år i fødselsomsorg	n= antall (mean ± SD)			
(mean ± SD)	(7,96 ± 8,59)	(8,2 ± 9,98)	(6,9 ± 5,6)	(8,6 ± 8,9)
≤ 5 år	102 (2,2 ± 1,7)	53 (2,2 ± 1,6)	29 (2,4 ± 1,9)	20 (1,95 ± 1,9)
6-15 år	61 (9,4 ± 2,5)	13 (11,3 ± 3,4)	28 (8,7 ± 1,5)	20 (9,2 ± 2,2)
≥ 16 år	31 (24,0 ± 7,6)	17 (24,7 ± 8,6)	6 (20,5 ± 2,1)	8 (25,3 ± 8,0)
Ikke oppgitt	15 (7,2%)	7 (7,8%)	7 (10,0%)	1 (2,0%)
Min.-Max. erfaring i år.	0-45	0-45	0-23	0-40

3.3 Posisjoner i fødsel

3.3.1 Totalt antall benyttede posisjoner i fødsel

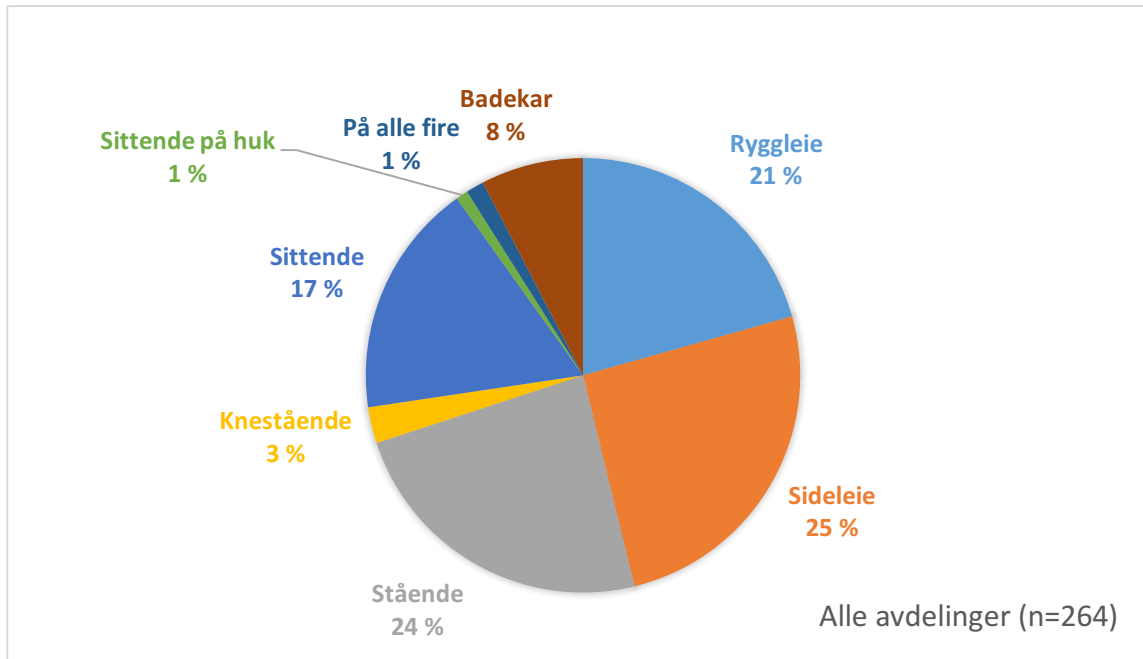
Det ble oppgitt totalt 1098 posisjoner fordelt på de 133 fødslene, det gir et gjennomsnitt på 8,3 posisjoner per fødsel. Det ble oppgitt totalt 553 ulike posisjoner. Det gav et gjennomsnitt på 4,2 ulike posisjoner per fødsel. Avdeling A hadde totalt 411 posisjoner fordelt på 48 fødsler det gav et gjennomsnitt på 8,6 posisjoner per fødsel. Avdeling B hadde totalt 370 posisjoner fordelt på 41 fødsler, det gir et gjennomsnitt på 9,0 posisjoner per fødsel. Avdeling C hadde totalt 317 posisjoner fordelt på 44 fødsler, det gav et gjennomsnitt på 7.2 posisjoner per fødsel.



Figur 6: Totalt antall benyttede posisjoner i de ulike fasene gjennom hele fødselen.

3.3.2 Posisjoner benyttet i latensfase

Det er fire posisjoner som utgjør 87% av posisjonene rapportert i latensfasen, de fire er sideleie (25%), stående (24%), ryngleie (21%) og sittende (17%). Alle 8 posisjonene fra spørreskjema er benyttet.

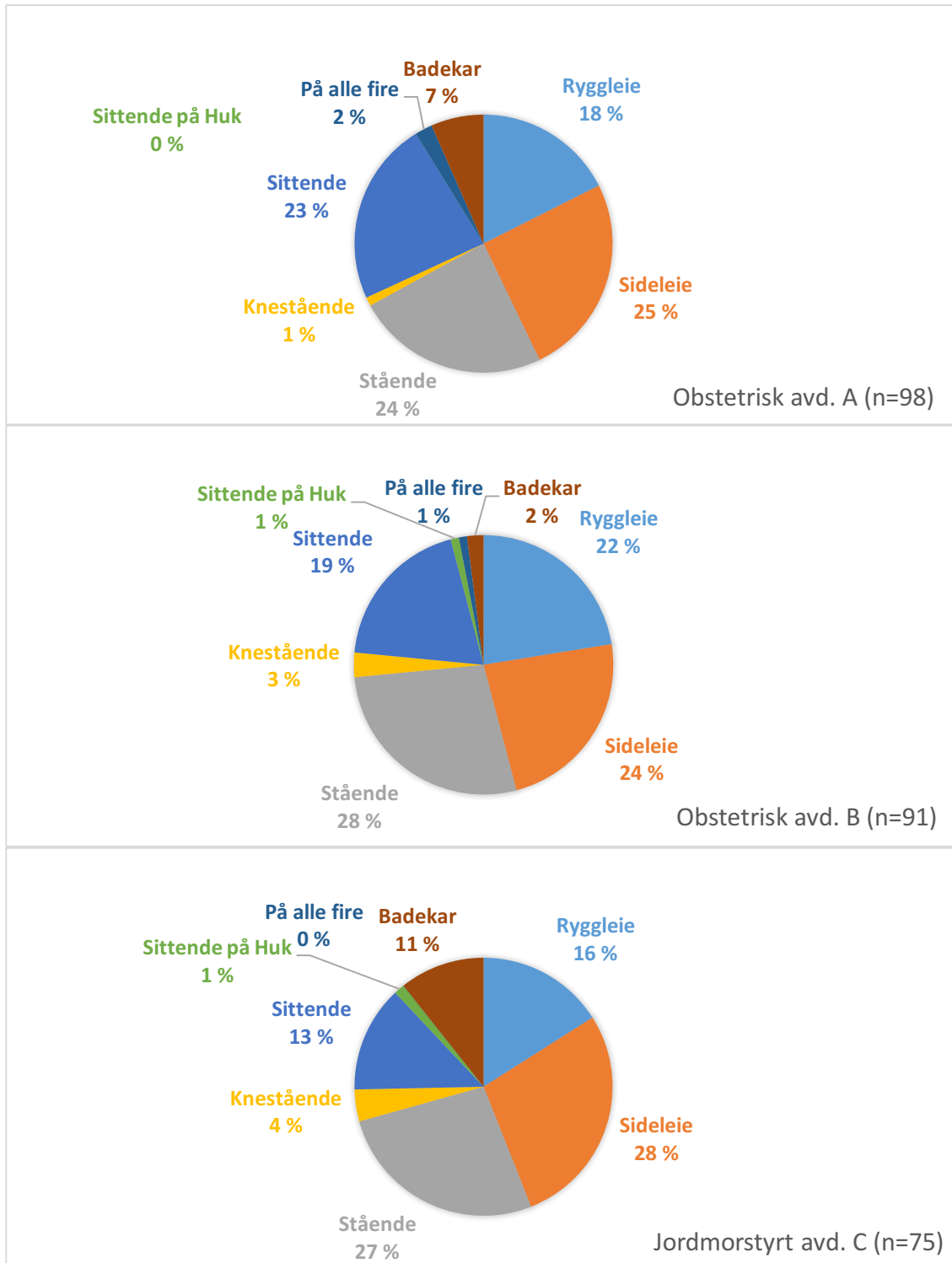


Figur 7: Posisjoner benyttet i latensfase ved alle avdelingene.

På avdeling A ble sideleie (25%), stående (24%) og sittende (23%) benyttet flest ganger og sammen med ryngleie (18%) utgjør disse fire 90% av de rapporterte posisjonene. Avdeling A bruker 7 av de 8 ulike posisjonene som var alternativ på spørreskjema (se figur 8).

På avdeling B er stående den mest benyttede posisjonen med 28%, etterfulgt av sideleie (24%), ryngleie (22%) og sittende (19%). Disse fire posisjonene utgjør 93%. Avdelingen har den laveste bruken av badekar med bare 2%. Avdeling B rapporterte å ha benyttet alle 8 posisjonene på spørreskjemaet (se figur 8).

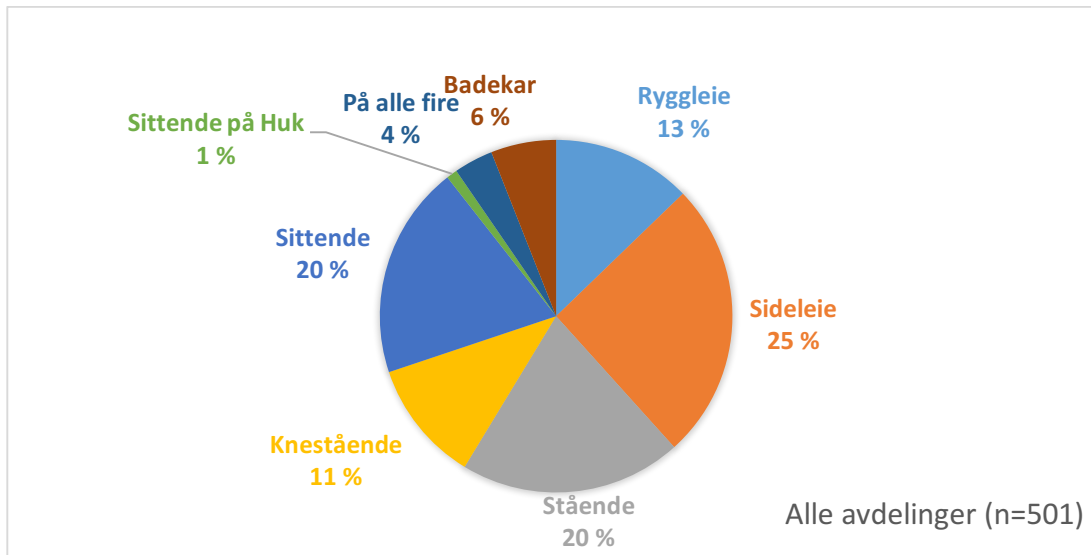
Avdeling C har i latensfasen sideleie (28%) og stående (27%) som de mest benyttede posisjonene, etterfulgt av ryngleie (16%) og sittende (13%). De fire mest benyttede stillingen utgjør 84%. Avdeling C har den største forekomsten av badekar i latensfasen med 11% (se figur 8).



Figur 8: Posisjoner benyttet i latensfase fordelt etter avdeling.

3.3.3 Posisjoner benyttet i aktiv fase

I aktiv fase er de mest brukte posisjonene sideleie med 25%, etterfulgt av stående (20%) og sittende (20%). Det er en økning fra 3% til 11 % knestående sammenlignet med latensfasen og en reduksjon på ryngleie fra 21% til 13%. Alle de 8 ulike posisjonene er benyttet.

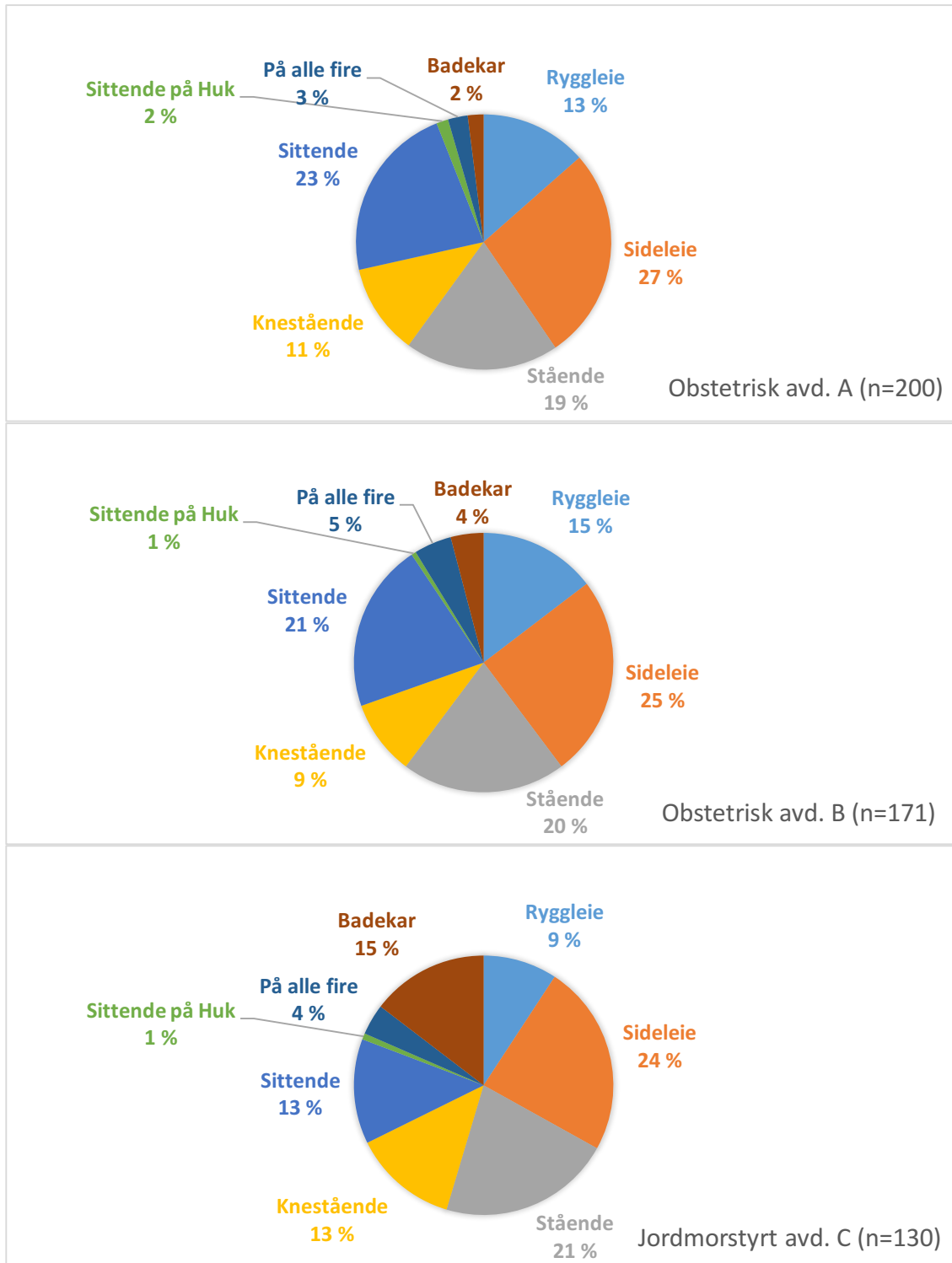


Figur 9: Posisjoner benyttet i aktiv fase alle avdelinger.

På avdeling A ble sideleie (27%) sittende (23%) og stående (19%) mest benyttet i aktiv fase. De har en økning fra 1% til 11% i bruken av knestående i forhold til latensfasen. Bruken av badekar utgjør 2%. Alle de 8 posisjonene ble benyttet (se figur 10).

På avdeling B ble sideleie 25%, sittende (21%) og stående (20%) benyttet mest i aktiv fase, sammen med ryngleie (15%). Det er en liten økning i bruken av badekar fra 2% til 4%. Alle de 8 posisjonene ble benyttet (se figur 10).

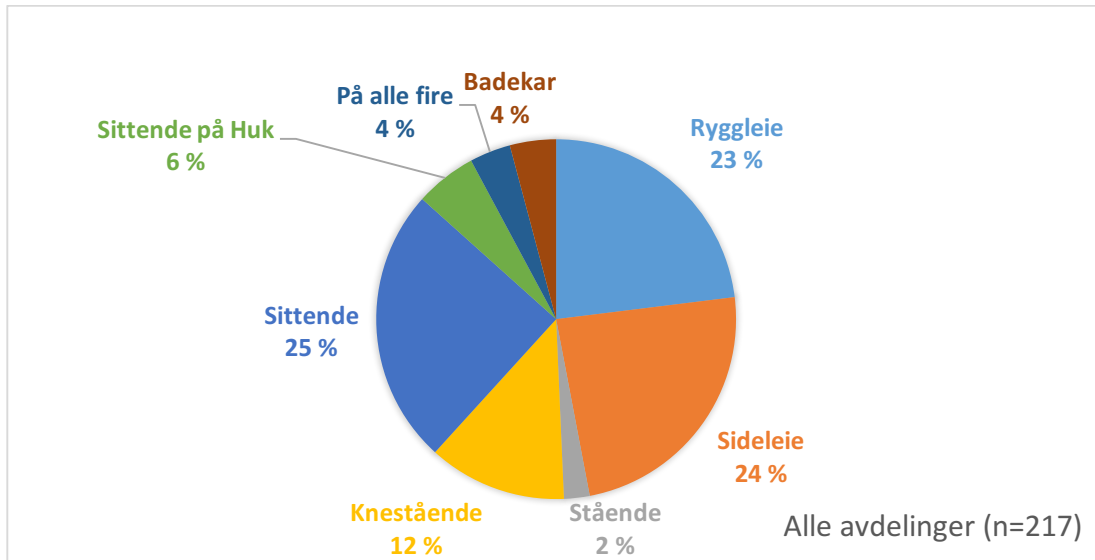
På avdeling C ble sideleie (24%) og stående (21%) mest benyttet. Badekar utgjør 15% og er den tredje mest benyttede posisjonen, tett etterfulgt av knestående og sittende begge på 13%. Alle de 8 ulike posisjonene ble benyttet (se figur 10).



Figur 10: Posisjoner benyttet i aktiv fase fordelt etter avdeling.

3.3.4. Posisjoner benyttet i trykkefase

Alle 8 posisjonene i spørreskjemaet ble benyttet i trykkefasen. De tre mest brukte posisjonene var sittende (25%), sideleie (24%) og ryggeleie (23%). Knestående ble benyttet i 12%, sittende på huk har en økning fra 1% til 6% sammenlignet med aktiv fase. Badekar og på alle fire har begge 4%. Stående hadde en kraftig reduksjon til bare 2% sammenlignet med 20% i aktiv fase (se figur 11).

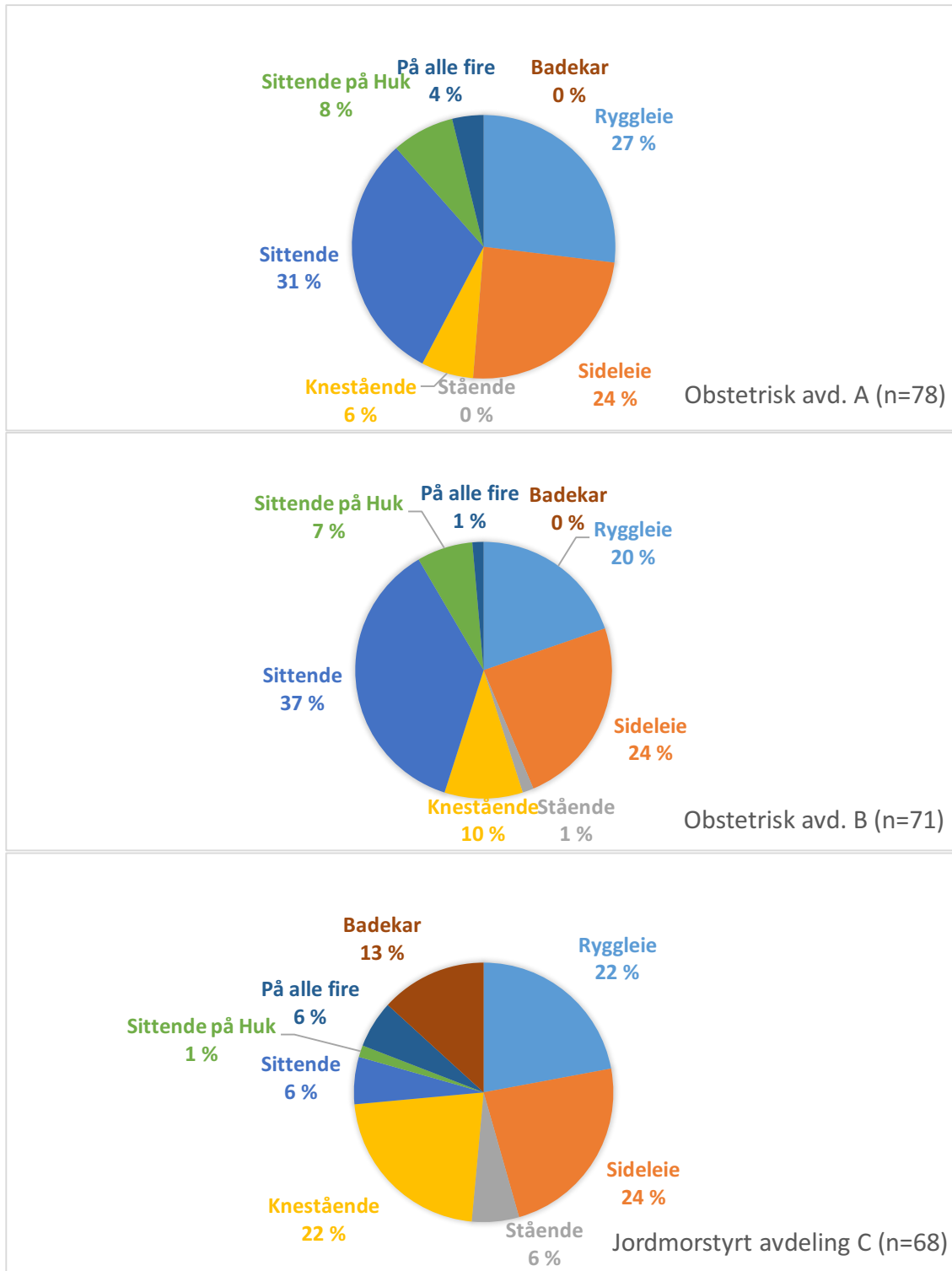


Figur 11: Posisjoner benyttet i trykkefase alle avdelinger.

I trykkefasen på avdeling A var det tre posisjoner som dominerte. De tre var sittende (31%), ryggeleie (27%) og sideleie (24%). Sittende på huk (8%), knestående (6%) og på alle fire (4%) utgjorde resten. Badekar og stående ble ikke benyttet (se figur 12).

På avdeling B ble sittende (37%) benyttet klart mest foran sideleie (24%) og ryggeleie (20%). Knestående utgjør 10%, sittende på huk 7% mens stående og på alle fire utgjør til sammen 2%. (se figur 12).

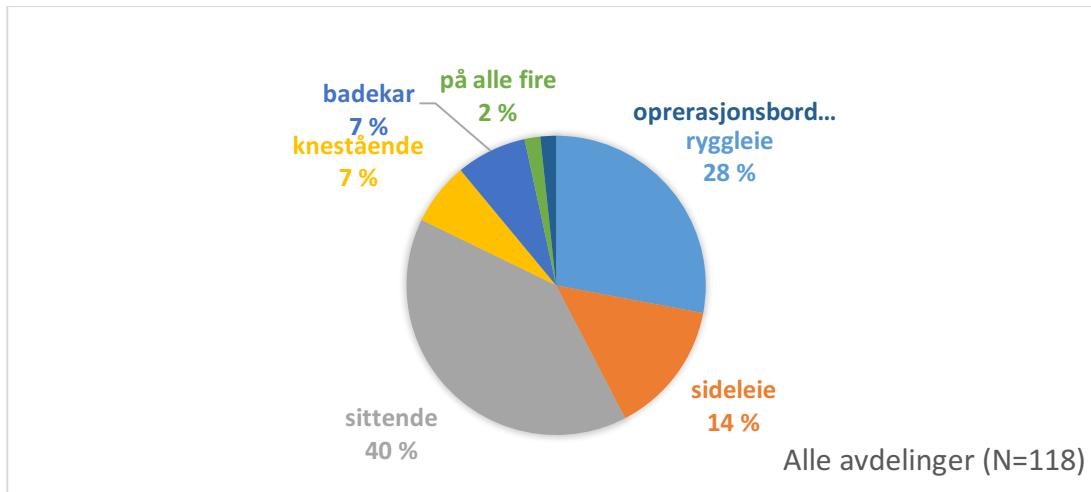
På avdeling C var de tre mest benyttede posisjonene sideleie (24%), ryggeleie og knestående (begge 22%). Der etter fulgte badekar med 13%, sittende og stående utgjorde begge 6% mens på alle fire utgjorde 6% (se figur 12).



Figur 12: Posisjoner benyttet i trykkefase fordelt etter avdeling.

3.3.5 Posisjoner benyttet ved partus

Ved partus ble 6 av de 8 posisjonene benyttet. I tillegg ble operasjonsbord benyttet ved sectio. Den mest brukte stillingen ved partus var sittende som utgjorde 40%. Ryggleie utgjorde 28% og sideleie 14%. Knestående og badekar utgjorde begge 7%. På alle fire og operasjonsbord utgjorde tilsammen 4%. Stående og på huk ble ikke benyttet ved partus.

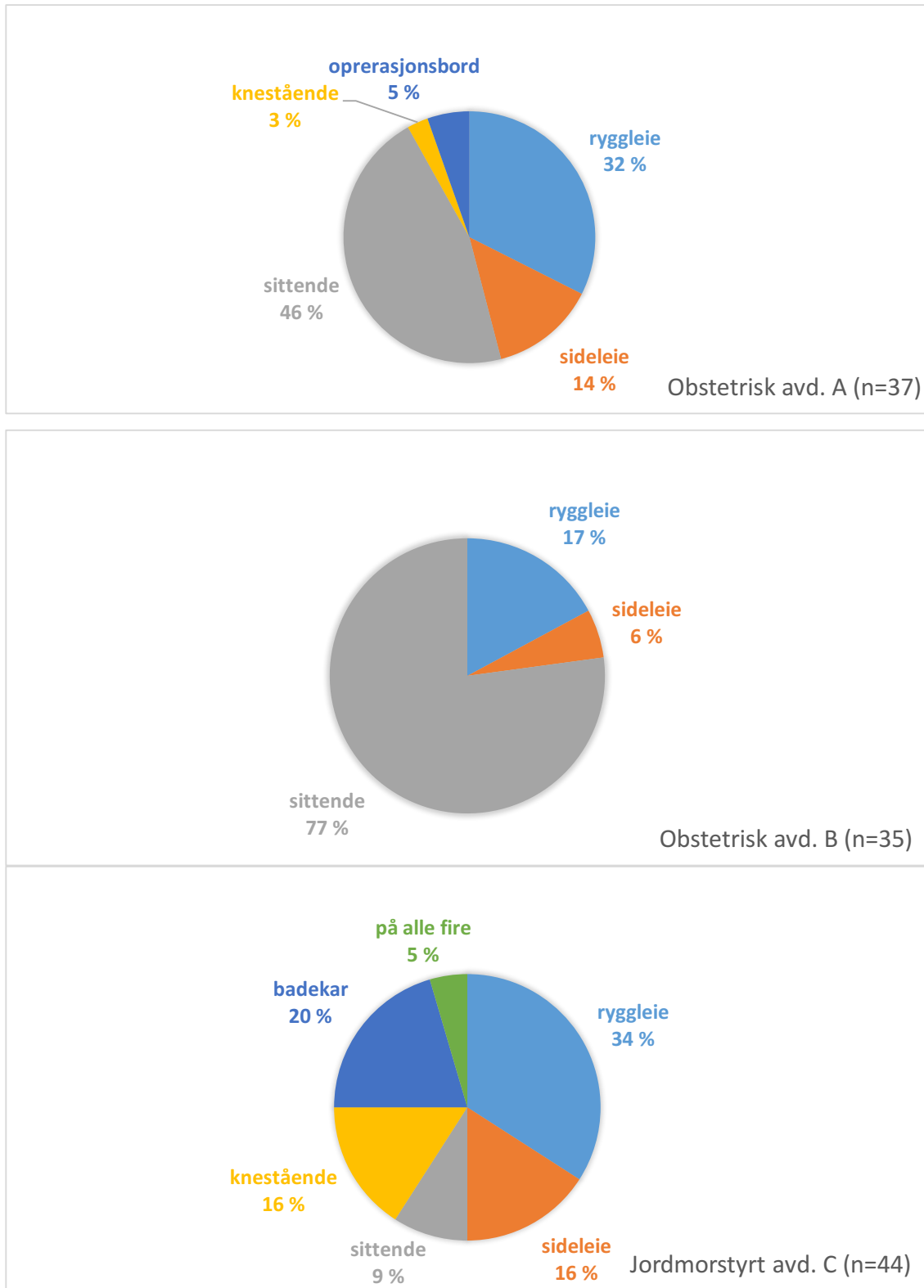


Figur 13: Posisjoner benyttet ved partus alle avdelinger.

Ved partus på avdeling A utgjorde tre posisjoner 92% av totalen, det var sittende (46%), ryggleie (32%) og sideleie (14%). Operasjonsbord 5% og knestående 3% utgjorde de resterende 8%. Totalt 5 posisjoner benyttet inkludert operasjonsbord (se figur 14).

På avdeling B ble det ved partus benyttet tre posisjoner. Det var sittende (77%), ryggleie (16%) og sideleie (14%) (se figur 14).

Ved avdeling C ble 6 av 8 stillinger benyttet ved partus. Ryggleie utgjorde 34% mens badekar utgjorde 20%. Knestående og sideleie utgjorde 16% hver og sittende (9%) og på alle fire (5%) utgjorde de resterende (se figur 14).

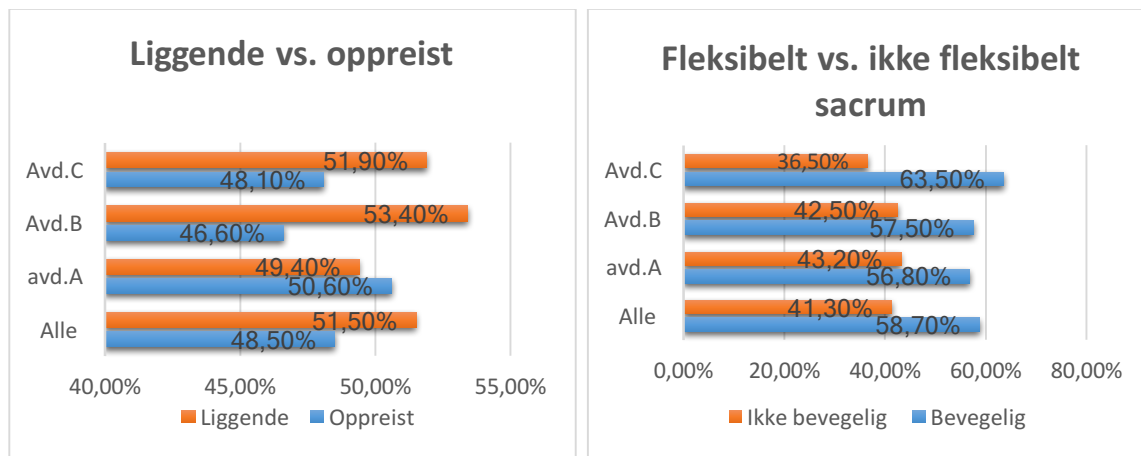


Figur 14: Posisjoner benyttet ved partus fordelt etter avdeling.

3.3.6 Posisjoner utfra klassifisering

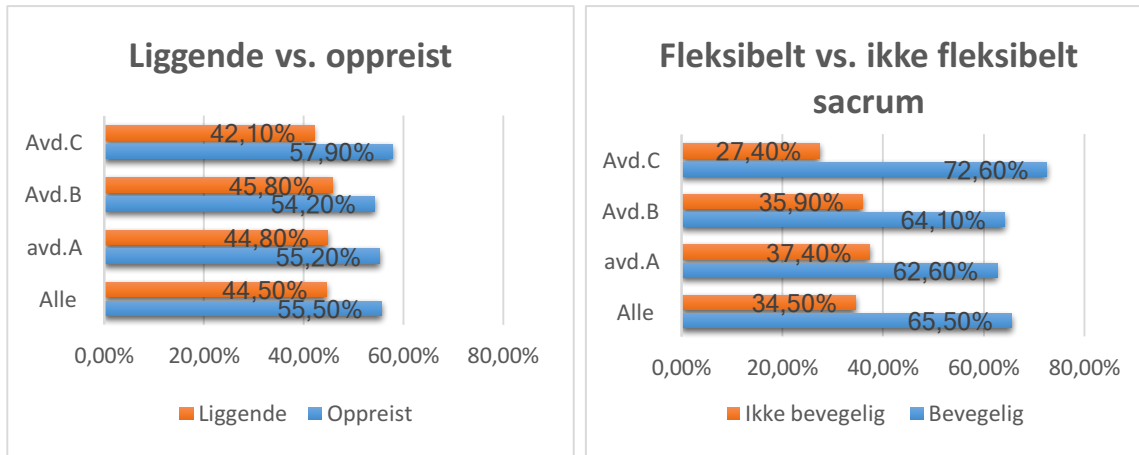
Vi har gjort videre analyser på hvordan posisjonene var benyttet utfra de ulike klassifiseringene (se tabell 2), oppreist versus liggende posisjon og posisjoner med fleksibelt versus ikke-fleksibelt sacrum (Blix et al., 2016; Marion Kibuka & Jim G Thornton, 2017).

I latensfase ble liggende og oppreiste posisjoner benyttet ganske likt i antall, men det er høyere forekomst av posisjoner med fleksibelt sacrum. De samme resultatene gjelder for alle avdelingene (se figur15).



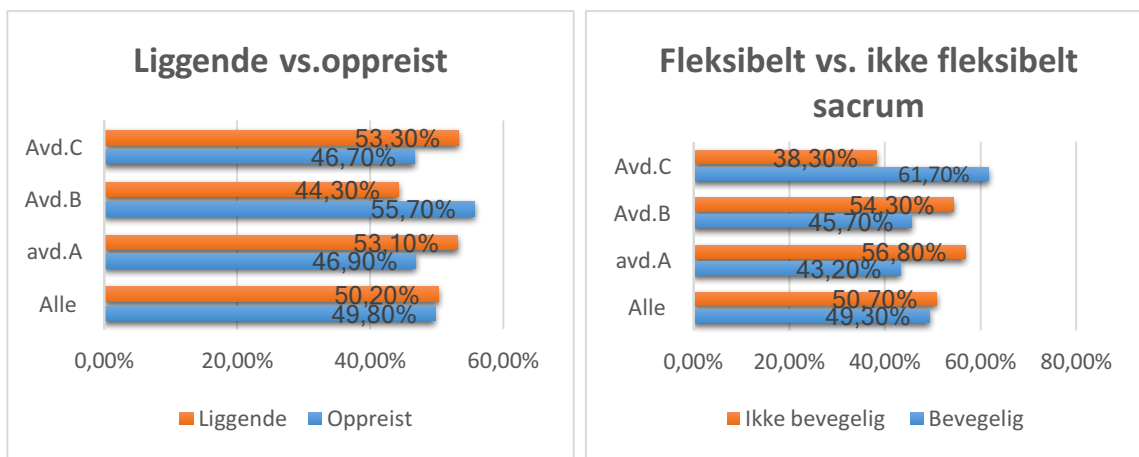
Figur 15: Benyttede posisjoner utfra de ulike klassifiseringene i latens fase

I aktiv fase er det noe høyere forekomst av oppreiste posisjoner sammenlignet med liggende. Forskjellen er større når man sammenligner fleksibelt og ikke fleksibelt sacrum. Dette gjelder både totalt for alle avdelinger og hver avdeling for seg (se figur 16).



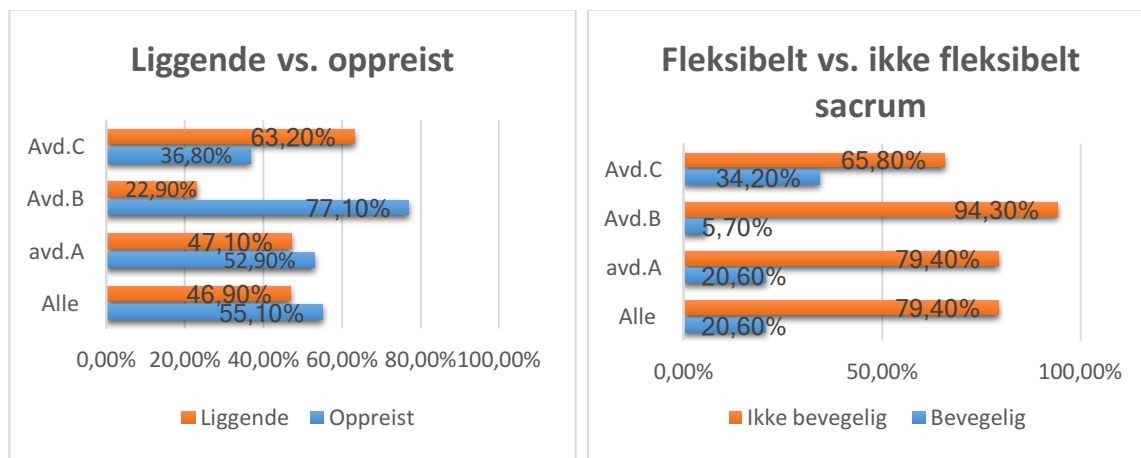
Figur 16: Benyttede posisjoner utfra de ulike klassifiseringene i aktiv fase.

I trykkefasen er det totalt benyttet like mye oppreiste som liggende posisjon og like mye posisjoner som gir fleksibelt sacrum som ikke-fleksibelt sacrum. Det er en noe høyere forekomst av liggende posisjoner i trykkefasen på avdeling A, og størst andel av posisjoner med ikke-fleksibelt sacrum. Ved avdeling B bruker de flest oppreiste posisjoner, og posisjoner med ikke-fleksibelt sacrum. Ved avdeling C bruker de mer liggende posisjoner, og de har den høyeste forekomsten av fleksibelt sacrum (se figur 17).



Figur 17: Benyttede posisjoner utfra de ulike klassifiseringene i trykkefase.

Ved partus var det høyere forekomst av oppreiste posisjon sammenlignet med liggende. Forskjellen var stor mellom fleksibelt og ikke-fleksibelt sacrum, både totalt og på den enkelte avdeling. På avdeling A var det ganske jevnt mellom bruk av oppreiste og liggende posisjoner, men med høy forekomst av posisjoner med ikke-fleksibelt sacrum. Ved avdeling B var det en stor overvekt av oppreiste posisjoner, de hadde også den høyeste forekomsten av posisjoner med ikke-fleksibelt sacrum. På avdeling C har de høyest andel liggende posisjon i partus, de hadde også den laveste forekomsten av ikke-fleksibelt sacrum selv om den totalt sett var 56,8% (se figur 18).



Figur 18: Benyttede posisjoner utfra de ulike klassifiseringene ved partus.

3.4 Andre analyser

3.4.1 Beskrivelser fra åpen rubrikk

Vi analyserte svarene fra den åpne rubrikken ”annet, vennligst forklar” ved å identifisere noen overordnede kategorier. De overordnede kategoriene beskriver tema som svarene tar utgangspunkt i (se figur 19). Svarene viser utdypinger og forklaringer for hvor, hvordan eller hvorfor en posisjon er benyttet. Det er også beskrivelser for når posisjoner ikke blir benyttet og årsak. Jordmødrene utdypet faktorer ved fødselen eller kvinnen som årsak til hvorfor en posisjon

var benyttet eller ikke; kvinnens ønske, sliten mor, instrumentell forløsning som krever ryggeleie, behov for endring av posisjon grunnet avvikende fosterlyd med mer. Videre er det beskrivelser av faktorer ved bruk av anestesi og overvåking som har gitt begrensninger i forhold til å kunne bevege seg. Noen av svarene gir oss også begrep om tid, som eksempelvis styrtfødsel eller at kvinnen kommer inn og føder kort tid etterpå. Vi ser av svarene at 16 har utdypet at sittende posisjon var sittende på pilatesball. Sims leie har blitt oppgitt 2 ganger.

Avdeling	Avdeling A	Avdeling B	Avdeling C
Fødsel	1 sete fødsel 1 tang pga. truende asfyksi 2 vakuum, 1 pga. prot.st.2 Kort trykktid og pga. CTG Ryggleie etter at hodet var født Kom til avd. På 9 cm og 1,5 timer før	3 setefødsler en med tang på sistkommende hode 1 tangekstraksjon, mor i beinholdere	4 styrtfødsler, en i badekar 1 kommer inn med trykkektrang og truende asfyksi fødeseng og stan 1 fra knestående til ryggeleie pga. fosterlyd
Kvinnen	2 kvinner er overvektige og sliter med å endre posisjon	Mest sideleie pga. sliten mor	Ryggleie i partus etter kvinnens ønske Vena cava syndrom i ryggeleie
Anestesi	1 fikk spinalanestesi 2 hadde dårlig smertelindring av EDA, en av disse fikk lidokain og pudendal. 1 fikk perioder med lammelser etter at EDA perforerte spinalt.	Moderat preeklampsi, krever god EDA for å holde blodtrykk nede. Er svært godt bedøvet i fødsel.	Overført for EDA- rakk ikke å få Overflyttes for EDA
Posisjoner	1 stående i prekestol 2 sittende på ball 1 på huk var på toalettet 2 ryggeleie ved vag.us 1 gått til og fra toalettet	12 oppgir Ball/pilatesball/yogaball 2 oppgir Sims leie. 1 Varierer mellom ulike stillinger i aktiv fase 2 sittende med beinholder i siste del av trykking og partus. 1 beskriver sittende i seng/ball/stol	1 på kne i badekar 1 ryggeleie med og uten fødeseng 2 pilatesball 2 beskriver at kvinnen beveget seg godt i aktiv fase men ryggeleie ved partus 1 beskriver ukjent bruk av posisjoner før avdelingsbyte 4 beskriver ryggeleie for forløsning av skuldre og stort barn 1 Stående på ri sittende i pausene 1 knestående i badekar for descens, før
Overvåking	CTG etter EDA Patologisk CTG pga. tachycardi.		1 CTG kun i latens

Figur 19: Beskrivelser av åpne svar på felt for "annet, vennligst forklar" i spørreskjema.

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvilke posisjoner som blir benyttet gjennom de ulike fasene i fødselen, og hvilken posisjon kvinner har når barnet fødes ved tre ulike avdelinger ved et stort universitetssykehus i Norge.

Resultatene av studien vår viser at det er benyttet mange ulike posisjoner gjennom hele fødselen, men få ulike posisjoner når barnet fødes. Det er ulik bruk av posisjoner ved de to obstetriske avdelingene sammenlignet med den jordmorstyrte avdelingen. Det er også ulik praksis når det gjelder bruk av posisjoner med fleksibelt og ikke-fleksibelt sacrum.

I vårt utvalg fødte 66,9% av kvinnene på de to obstetriske avdelingene og 33,1% fødte ved jordmorstyrt avdeling. De to obstetriske avdelingene omtales heretter som avdeling A og avdeling B, og jordmorstyrt avdeling omtales videre som avdeling C.

Det er et overraskende funn at avdeling B eliminerer knestående fra trykkefase til partus. Til sammenligning blir knestående kun redusert fra trykkesid til partus ved avdeling A og C (se figur 12 og 14). Avdeling B benytter syv ulike posisjoner i trykkefasen, likevel har de færrest posisjoner ved partus med bare tre posisjoner og de aller fleste i sittende (se figur 12 og 14). Avdeling B er samtidig den avdelingen med høyest antall benyttede posisjoner gjennom fødselen med et gjennomsnitt på ni posisjoner. Kvinnene benytter mange ulike posisjoner i trykkefasen så det ingenting som tilsier at de ikke kan bevege seg like mye ved partus. Dersom de hadde benyttet få stillinger også i trykkesiden kunne man tenke seg at årsaken muligens hadde sammenheng med høy forekomst av epidural.

På den andre siden ser vi at det kan være grunn til å anta at fødslene varer lenger på avdeling B på bakgrunn av antall utfylte skjema. Totalt 21 % av fødslene ved avdeling B hadde svar kun fra

en jordmor, mens avdeling C hadde en jordmor som svarte i 86% av fødslene samtidig er kvinnene fra denne avdelingen i hovedsak multipara (se tabell 3) noe som tyder på at fødslene i undersøkelsen varte lenger ved avdeling B sammenlignet med fødslene på avdeling C. Avdeling A på samme måte som avdeling B hadde færre svar enn avdeling C fra bare en jordmor (43%). Det at fødslene varte lenger kan være en mulig årsak til at obstetrisk avdeling B benyttet flere posisjoner totalt sett. På den andre siden gir det ingen forklaring på hvorfor det kun benyttes tre ulike posisjoner ved partus.

Det er viktig å ta hensyn til at det er forskjellige typer fødekviner på de ulike avdelingene. For å kunne føde på jordmorstyrt avdeling C må kvinnene være friske med ett forventet friskt barn til termin, og ikke hatt noen komplikasjoner i svangerskapet. Obstetrisk avdeling B har fødekviner med ett foster over 36 uker, mens obstetrisk avdeling A har alle fødekviner uavhengig av gestasjonsalder, antall foster, komplikasjoner og patologi. Ved avdeling C tilbys ikke epidural, ved de to obstetriske avdelingene var det høy forekomst av epidural og mange hadde overvåking i fødselen. Dette har jordmødrene i noen få tilfeller oppgitt i åpen rubrikk som medvirkende årsak til at bevegelse og ulike posisjoner var utfordrende (se figur 19). Jordmødrene skrev blant annet at "kvinnen er godt er svært godt bedøvet" og "fikk perioder med lammelser fordi epidural gikk spinalt".

Andre faktorer som tilsier at det var ulike typer kvinner på de ulike avdelingene var alder. Det var flest kvinner i alderen 30-34 år på avdeling A og C, mens kvinnene som fødte på avdeling B var noe yngre (se tabell 3). Avdeling C hadde flest multipara, avdeling B hadde flest nullipara, mens avdeling A hadde lik fordeling. Ifølge de Jonge et al. (2009) er alder og utdanning hos kvinnene påvirkende faktor for hvilke posisjoner kvinner velger, og kvinner over 36 år velger oftere oppreiste posisjoner. Jordmødrene oppgir også at "kvinnen var overvektig og sliter med å endre posisjon" og "sliten mor".

På den andre siden hevder Barasinski, Debost-Legrand, Lemery, and Vendittelli (2018) at det er ulik praksis utfra jordmors antall års erfaring i fødselsomsorgen. Barasinski et al. (2018) konkluderte med at yngre jordmødre oftere oppfordret til knestående posisjon hos kvinner med epidural. Royal College of Midwives (2010) fant også at det var ulik praksis mellom jordmorstudent og jordmor. De fant at det var mer sannsynlig at jordmødrene valgte stående og mindre sannsynlig at de valgte knestående i fødselsforløpet enn jordmorstudentene, og når barnet fødes brukte de oftere badekar og mindre sittende posisjon enn jordmorstudentene (Royal College of Midwives, 2010). Jordmødrene som svarte på kartleggingsstudien hadde ulik variasjonsbredde på års erfaring (se tabell 5). Lengste års erfaring hos avdeling A og C var 45 år og 40 år, mens lengste ved avdeling B var 23 år.

Når barnet fødes var sittende, ryngleie og sideleie mest benyttet (81%). Resultatene til Royal College of Midwives (2010) viser de tre mest benyttede når barnet fødes er sittende, alle fire og badekar (69%). I resultatene til Barasinski et al. (2018) dominerer sideleie hos kvinner med og uten epidural i fødselens andre fase.

Studien viser at det var forskjellen på bruk av posisjoner med fleksibelt sacrum versus ikke-fleksibelt sacrum. I aktiv fase benyttes det like mye oppreiste og liggende posisjoner med bevegelig sacrum ved alle avdelinger. Det er fortsatt like mye oppreiste som liggende posisjon i trykkefase, men her endrer bruk av posisjon seg i form av fleksibilitet i sacrum. Ved obstetrisk avdeling A og B er det høyest forekomst av ikke-fleksibelt sacrum, mens avdeling C har større andel med fleksibelt sacrum (se figur 16 og 17). Når barnet fødes har jordmorstyrt avdeling C flest kvinner som bruker liggende posisjoner, men med fleksibelt sacrum (se figur 17). På avdeling B var forekomsten helt motsatt ved partus, med høy andel oppreist posisjon der nesten samtlige var med ikke-fleksibelt sacrum.

Det foreligger lite forskning på posisjoner med fleksibelt og ikke-fleksibelt sacrum og de systematiske oversiktene (Janesh K Gupta et al., 2017; Marion Kibuka & Jim G Thornton, 2017;

Lawrence et al., 2013) har ikke delt det inn etter disse klassifikasjonene. Royal College of Miwives (2010) og Barasinski et al. (2018) har heller ikke sett på posisjoner utfra denne klassifisering, og vi mangler derfor sammenligningsgrunnlag.

Resultatene viser at posisjonene som er blitt benyttet er i tråd med anbefalingene i retningslinjene til WHO (2018) om å benytte oppreiste posisjoner i fødselen. Unntaket er partus ved avdeling C hvor de har høy andel liggende posisjon, men med fleksibelt sacrum. Bruk av liggende og oppreiste posisjoner med fleksibelt sacrum er gunstig ifølge forskning. Posisjoner med fleksibelt sacrum som knestående og huk gir større bekkenutgang (Marshall et al., 2014, p. 372; Michel et al., 2002), noe som er fordelaktig når barnet fødes. Nevnte posisjoner samt sideleie er assosiert med mindre risiko for rifter (Keen et al., 2004; Shorten et al., 2002; Suto et al., 2015; Tunestveit et al., 2018), mindre smerter i rygg og gir ikke vena cava syndrom som kan gi avvikende fosterlyd og risvekkelse (Enkin, 2000). Dette er faktorer som er viktig når man skal fremme spontan vaginal fødsel og en god fødselsopplevelse. Liggende posisjoner som sideleie er nøytral i forhold til tyngdekraft og gir god oversikt over perineum og gir gode muligheter til å avpasse farten til hodet til barnet når barnet fødes (Keen et al., 2004). Samtidig som at oppreiste posisjoner anbefales, vektlegger WHO (2018) at det er viktig at kvinnen får hjelp til å finne en posisjon hun finner komfortabel. Det kan tenkes at sideleie og knestående er posisjoner som er å foretrekke da disse er assosiert med mindre smerte i rygg (Janesh K Gupta et al., 2017) samt at det er posisjoner som gir kvinner større følelse av kontroll (Thies-Lagergren et al., 2013).

De fire mest brukte posisjonene i hele fødselen var sideleie, stående, ryggleie og sittende som tilsammen utgjorde 81% av posisjonene (se figur 6). Avdeling C skiller seg litt fra de andre avdelingene med mest bruk av badekar og færre i sittende og ryggleie. Særlig i aktiv fase markerte de seg med høy forekomst av badekar sammenlignet med de andre avdelingene. Forskning viser at badekar gir redusert opplevelse av smerte og redusert forekomst av epidural (Cluett & Burns, 2009). Resultatene viser at avdeling A og B har lite bruk av badekar, høy forekomst av epidural samt høyere forekomst av instrumentelle forløsninger (se figur 10 og tabell 3). Avdeling A hadde en høyere andel kvinner i badekar i latens enn i aktiv fase (se figur 8

og 10). Forskning viser at bruk av badekar i tidlig første fase (latensfase) gir økt forekomst av oxytocin-stimulering og bruk av epidural sammenlignet med bruk av badekar i sen første fase (aktiv fase) (Cluett & Burns, 2009).

I forhold til vurderingen av bruken av badekar er det viktig å ta hensyn til at tilgangen på badekar er ulike på de forskjellige avdelingene. På avdeling C som er den jordmorstyrte avdelingen har alle rom et stort hjørnebadekar på bad inne på fødestuene. Avdelingen tillater også vannfødsel dersom kompetent personell er tilstede. På avdeling B har alle fødestuene badekar på bad inne på fødestuene. Disse badekarene er rektangulære så det er mindre plass til å bevege seg i sammenlignet med hjørnebadekar. Avdelingen tillater ikke vannfødsel så badekar vil ikke bli benyttet i trykkesfase og ved partus. På avdeling A har noen av fødestuene hjørnebadekar inne på fødestuen, men andre fødestuer mangler badekar. Avdelingen tillater vannfødsel dersom kompetent personell er tilstede.

I NICE Guidelines (NICE, 2014) anbefales det at friske kvinner føder ved jordmorstyrt avdeling, da dette fører til mindre risiko for intervensjon i fødselen og gir ingen forskjell i utfall for barnet. Dersom man skal forstå funnene ved hjelp av teorien om "Birth territory" (Fahy & Parratt, 2006), kan man si de stemmer overens med teorien om at rommet påvirker jordmor og kvinnen. Som tidligere nevnt er rommene ved de obstetriske avdelingene annerledes innredet og utstyrt enn på jordmorstyrt avdeling. Ved den jordmorstyrte fødeavdelingen fremmes gjerne bevegelse i større grad, ved at den er annerledes innredet slik at den oppfordrer og utfordrer kvinnen til bevegelse og gjerne bruk av alternative posisjoner. Sengen er mindre fremtredende og kan ikke justeres, og rommet er mer utstyrt med remedier som fremmer bevegelse (pilatesball, gåstol, saccosekk og matter). Det må samtidig tas hensyn til at det er en annen type kvinne som føder ved jordmorstyrt avdelingen, i dette materialet er det hovedvekt av flergangsfødende. På den andre siden har også obstetrisk avdeling B pilatesball og gåstol tilgjengelig på rommene, mens avdeling A kan tilby dette men har det ikke tilgjengelig på rommet. På de obstetriske avdelingene er det derimot medisinsk utstyr som dominerer og sengen er svært dominerende og plassert midt i rommet.

Det er også viktig å ha i tankene at det er svært mange faktorer som påvirker en fødsel. I ”A midwifery model of woman-centred childbirth care”(Berg et al., 2012) nevnes jordmors kunnskap, relasjonen, atmosfæren som elementært for å fremme en salutogen fødselsomsorg. For å kunne veilede kvinnen må jordmor ha kunnskap om bruk av ulike posisjoner og ha praktiske ferdigheter til å kunne ta imot barnet i ulike posisjoner (Berg et al., 2012; Okonta, 2012; Zileni et al., 2017). For at bruk av bevegelse og ulike posisjoner skal benyttes som en del av det å fremme normal fødsel, forutsetter dette at jordmor er tilstede, tilgjengelig, deltagende og bekreftende for å styrke kvinnen (Berg et al., 2012).

Våre studie tar utgangspunkt i elementene innen kategoriene for praksis; ”Promotion of normal processes, prevention of complication” og ”Education, Information, Health Promotion” i rammeverket til Renfrew et al. (2014), og bygger videre på filosofien i rammeverket om å styrke kvinnens evner og bruke intervensjoner kun når det er indikasjon for det. Dette innebærer også å ha en fødselsomsorg som vektlegger verdiene å kunne respektere, kommunisere, og ha kunnskap og forståelse av kvinnens behov utfra hennes situasjon (Renfrew et al., 2014). I forhold til elementet om organisering av fødselsomsorgen (Renfrew et al., 2014) er bruk av posisjoner et tiltak som er kostnadsnyttig og kan bidra til økt kvalitet på tjenesten ved at det bidrar til å fremme normale prosesser, og gi god fødselsopplevelse til kvinnene uavhengig av hvilken type fødsel det blir. Våre resultater gir kunnskap til elementet om ”fødselshjelperne” og ”den kliniske praksis”, ved at studien gir kunnskap om hvordan dagens praksis er. Dette kan igjen bidra til kunnskap om behov for økt kunnskap, kompetanse og/eller ressurser.

4.2 Metodediskusjon

4.2.1 Design

Fordelen ved at vi valgte tverrsnittstudie som metode er vi kunne samle en relativt stor mengde data på kort tid, samt at det var en kostnadsnyttig og effektiv metode (Laake, Olsen, & Benestad, 2008, p. 299). Ved hjelp av denne metoden kan vi gi beskrivelser av hvordan bevegelse ble

benyttet hos respondentene i et tidsrom på tre uker på et universitetssykehus (Polit & Beck, 2017, p. 168).

Metoden gir ingen konklusjoner om årsak til bruken av posisjoner, eller sammenhenger og faktorer som påvirker bruk av posisjoner (Laake et al., 2008, p. 299). Det er likevel mulig å gi beskrivelser og diskutere mulige sammenhenger (Helsebiblioteket.no, 2016), som kan være hypotesegenererende. Lav responsrate er en utfordring med denne type studie (Laake et al., 2008, p. 299), men vi fikk en svarprosent på 57,8% som var høyere enn forventet i forhold til tidligere studier som hadde en svarrate på 30,5% (Barasinski et al., 2018) og 46% (Royal College of Miwives, 2010). Vi hadde en utvalgsstørrelse på 133 kvinner fordelt på 3 avdelinger som er mindre sammenlignet med Royal College of Miwives (2010) som hadde 929 kvinner fordelt på 24 avdelinger og Barasinski et al. (2018) som hadde 1496 kvinner fordelt på 377 avdelinger.

Vi ønsket å kartlegge om jordmor informerte kvinnen om fordelene ved oppreiste posisjoner, og veiledet kvinnen til å benytte komfortable posisjoner slik retningslinjene i WHO (2018) og NICE (2014) anbefaler. Vi var klar over at disse spørsmålene var ledene og kunne gi stor fare for bias. Det var også årsaken til at de ikke ble godkjent av REK. Denne type spørsmål besvares best med en kvalitativ metode, der man enten kan spørre jordmor om hennes praksis eller spørre kvinnene hvordan de opplever at jordmor veileder og informerer om ulike posisjoner i fødslene.

En annen mulighet hadde vært å spørre hvilke faktorer jordmor vektlegger ved anbefaling av posisjoner, eksempelvis ved å ha avkrysningsrubrikk med alternativer som; unngå protrahert forløp i 1.stadie, redusere ryggsmarter, fremme decens, bedre perfusjon til placenta som kan gi bedre blodstrømning til barnet og gi færre episoder med dårlig fosterlyd, bedre blodstrømning til placenta som kan gi optimale forhold til rier m.m. (Gupta mfl., 2017; Lawrence mfl., 2013; Kibuka og Thornton, 2017). Vi valgte å gjennomføre kartlegging av bruk av posisjoner som var utgangspunktet for studien og konkluderte med at rasjonale for bruken av posisjonene må gjennomføres som en egen studie.

4.2.2 Diskusjon av validitet og relabilitet

Datasamlingsmetode

Kartleggingen vi har gjort bidrar til en bevisstgjøring og kan i seg selv gi en såkalt Hawthorn-effekt (Priddis et al., 2012). Dette kan også medføre at kartleggingen ikke gir et riktig bilde av praksis. Likevel er dette en positiv effekt, som er med å bidra til at jordmor reflekterer og diskuterer mer i hvilken grad bevegelse benyttes for å fremme normale fysiologiske prosesser. Denne studien er med å sette fokus på helsefremmende tiltak som fremmer helse og velvære i fødselen og bidrar til normal fødsel i henhold til retningslinjene til WHO (2018). Studien setter økt fokus på ikke-invasive tiltak som kan redusere faren for unødvendig intervensjon og pasientskade, og fremme progresjon i fødselen og gi en positiv fødselsopplevelse.

I rapporten fra RCM (2010) understreker de at de ikke har undersøkt rasjonale for bruken av de ulike posisjonene eller hvordan jordmor har veiledet kvinnen i forhold til disse posisjonene. Vi ønsket å ha med et kommentarfelt som tillot jordmor å spesifisere hvorfor en posisjon ble benyttet. Posisjoner kan basere seg på anbefalinger fra jordmor av ulike årsaker, eller av ønsker fra kvinnen selv. Vi ønsket at jordmor skulle få muligheten til å begrunne hvorfor posisjonene ble benyttet, f.eks. sideleie – for å unngå rask fødsel og store rifter, sittende – fremme descens, stående – kvinnens ønske osv. Dette ble ikke godkjent av REK, og vi vil derfor ikke kunne si noe om rasjonale for bruken av de ulike posisjonene.

Noen av skjemaene manglet data om deler av fødselen. Deltakelsen fra jordmødrene var noe varierende, og noen av spørreskjemaene var ikke fylt ut av samtlige jordmødre i fødselen. Vi hadde eksempelvis skjema hvor det var fylt ut for latens og aktiv fase, men det var ingen data for trykktid og partus eller motsatt. Partus er den eneste posisjonen som alltid blir dokumentert i fødsel i Natus og fødselsprotokollene. Vi hadde samtykke fra kvinnene om å samle denne type data via spørreskjema, men ikke til å hente opplysningene fra fødselsprotokollen. Vi ser i ettertid at det hadde vært hensiktsmessig og be om tillatelse til å hente ut informasjon om partus og

fødselstype fra fødselsprotokollen når vi likevel hadde søkt tilgang til denne. Det kunne gitt oss et større tallmateriale i forhold til partus og fødselstype.

Spørreskjema

Utfordringer med å bruke spørreskjema som datasamlingsmetode, er at vi må stole på at jordmødrene gir riktige og ærlige svar. Det er også viktig at jordmødrene forstår hvordan skjemaet skal fylles ut.

Vi har hatt diskusjoner om hvilke begrep vi skulle benytte for avkrysning. Royal College of Midwives (2010) brukte begrepene "labour" og "birth". Begrepene er vanskelig å overføre til norsk, da vi ikke har noe godt ord for "labour". Fødsel på norsk kan være beskrivende for både fødselsforløpet og partus, derfor har vi unngått å bruke dette. Basert på hva som blir benyttet i forskning og for å få en større forståelse av bruk av posisjoner i forhold begrep om tid benyttet i begrepene latensfase, aktiv fase, trykkesfase og partus. Måten vi har valgt å dele inn fasene på har gitt oss et rikere datamateriale og større forståelse for når posisjoner benyttes på de ulike avdelingene.

WHO (2018) sine retningslinjer definerer den aktive fase fra og med 5cm dilatasjon av cervix, og vi har valgt denne inndelingen. Det har vært mye omdiskutert når man skal regne fødekvinnen for å være i aktiv fødsel (Robert M. Ehsanipoor & Andrew J. Sating, 2018). Praksis ved sykehuset er at 4 cm samt regelmessige rier regnes for å være aktiv fase. Det betyr at 4 cm kan vurderes til både latens og aktiv fase. Vi har derfor valgt å bruke 5cm som aktiv fase, da er det sikkert at kvinnen er i aktiv fase. Dette er også i tråd med retningslinjene (WHO,2018). Det er derfor en liten mulighet for at jordmødrene har tolket dette ulikt selv om fasene i forhold til cm er presisert på spørreskjema.

På spørreskjema var det ikke presisert at gestasjonsalder, kvinnen alder og antall års erfaring kun skulle være oppgitt i hele uker og hele år, disse data har blitt omgjort til nærmeste hele tall i analysen for å kunne behandle dataene likt. Det vil si at også de som er 42 uker pluss inntil seks dager er inkludert i studien. Der kvinnens alder var oppgitt kun som fødselsår, ble regnet for å ikke ha fylt år enda i 2018. Datasamlingsperioden foregikk i februar/mars, og statistisk sett er det mest sannsynlig at man ikke har hatt fødselsdag så langt i løpet året. Når det var oppgitt ulik alder ble alderen satt til den som ble oppgitt flest ganger. Ved kun to motstridende svar ble alderen som ble oppgitt først valgt, da det er roligere og bedre tid i tidlige faser og derfor mer sannsynlig riktig oppgitt.

Det var få skjema som ikke var riktig utfylt, dette var lett å se og korrigere. Blant annet var det ikke krysset av for sittende posisjon, når det var oppgitt instrumentell. Tilbakemeldingen fra jordmødrene var at spørreskjemaet var lett å forstå og rask å fylle ut. Fordi spørreskjemaene var så riktig og godt utfylt av jordmødrene med få misforståelser konkluderer vi med at datasamlingsverktøyet (spørreskjemaet) er valid og reliabel. Spørreskjemaet er forståelig, anvendbart, nøyaktig og måler det den skal.

Non-respons bias

Svarprosenten fra de ulike avdelingene var litt varierende første uken, kort varsel og ferieavviklingen kan ha vært medvirkende årsak til dette. Totalt var svarresponsen jevnt fordelt på de ulike avdelingene (36,1%, 30,8% og 33,1%).

Erfaringen til jordmødrene totalt sett jevnt fordelt ved de ulike avdelingene. Den eneste ulikheten var at avdeling B hadde en variasjonsbredde i erfaring fra 0- 23 år mens de to andre avdelingene hadde henholdsvis 0-40 og 0-45 år. Svarprosenten er ganske lik på de tre avdelingene, vi fikk også to uker med over 80% svar fra avdeling B. Vi ser det som sannsynlig at denne forskjellen skyldes at sammensetningen av jordmødres erfaring på avdeling B er litt smalere sammenlignet med de to andre avdelingene.

Seleksjons bias

Vi har benyttet en ikke-randomisert seleksjon av utvalget, og gjorde en "consecutive sampling" (polit s. 254) ved å inkludere alle kvinnene som fødte ved et universitets sykehus i en periode på 3 uker. Ifølge Polit (s.254) reduserer man faren for bias ved å velge alle i en tilgjengelig populasjon på et gitt tidspunkt.

Karakteristika til kvinnene i utvalget ble sammenlignet med populasjonen fødekvinner i Norge med statistikk fra medisinsk fødselsregister fra 2016 (Folkehelseinstituttet, 2017) (se figur 3 og 4). Deltakerne i vår studie sammenfaller med populasjonen, likevel er det viktig å ta høyde for at utvalgsstørrelsen er liten (n=133).

Attrition bias

Vi inkluderte alle kvinner som fødte i en periode på tre uker. Svarprosenten var 57,8%. Det er derfor en moderat risiko for attrition bias i vår studie. Ingen har trukket sitt samtykke etter endt kartlegging.

4.3 Implikasjoner for praksis

Sett i lys av at forskning (Cluett & Burns, 2009), tyder resultatene på at de obstetriske avdelingene med fordel kunne økt bruken av badekar i et forsøk på å redusere behovet for epidural. Det vil også være hensiktsmessig om nevnte avdelinger også økte andel kvinner som brukte badekar i aktiv fase fremfor latensfase med hensikt å redusere behov bruk av rstimulerende oxytocin. Dette forutsetter at fasilitetene muliggjør bruk av badekar, at det tilgjengelig og gir mulighet for bevegelse.

Vi mener at det kan være hensiktsmessig å gjøre studier og tiltak i svangerskapsomsorgen. Fødselsforberedende kurs kan redusere unødvendige sectio (Pantoja et al., 2017, p. 13). Man kunne integrert kunnskapen om bruk av posisjoner i fødselsforberedende kurs, og sett hvilken effekt det har om kvinnene selv sitter med kunnskapen før fødselen starter. Vi har en del informasjonsmateriale til overs som vi vil dele ut til jordmødrene på helsestasjoner.

Gjennom egen utdanning har vi ikke hatt undervisning om hvordan bruke ulike posisjoner i fødselen. Dette overlates til praksisfeltet, og da er det avhengig hvilke kunnskaper veileder i praksis har på området i forhold til mulighet for å lære praktiske ferdigheter. Vi anbefaler at teori og praktiske øvelser implementeres som del av undervisning av jordmødre. Videre er det viktig at praksisfelt er bevisst hvilken påvirkning og ansvar de har i forhold til kunnskapsformidling. I retningslinjene til WHO (2018) understrekes det at det er svært viktig at jordmor har kunnskap på området og har praktiske ferdigheter, da kvinner ikke har mye kunnskap om ulike posisjoner i fødselen (Okonta, 2012; Zileni et al., 2017).

Vi vil også anbefale å ha undervisning på skolen og temadager på praksisfelt med praktiske øvelser på manøvre som kan forhindre sectio og instrumentelle forløsninger som Walchers manøvre og Sims leie (Bueno-Lopez et al., 2018). Sims leie var oppgitt av en jordmor i kartleggingsstudien, uten at vi vet rasjonale, men Walchers manøvre var ikke oppgitt som benyttet. Universitetssykehuset i Oslo har allerede Walchers manøvre godt innarbeidet i rutinen som tiltak for å redusere forekomst av sectio (Bruvik, 2017). Ifølge Bohren et al. (2014) ønsker kvinner en normal fysiologisk fødsel, og Walchers manøvre og Sims leie er tiltak som kan bidra til normale prosesser, fremme spontan vaginal fødsel og redusere faren for sectio (Bruvik, 2017; Bueno-Lopez et al., 2018; Tully, 2011)

Det mangler retningslinjer på ikke-invasive tiltak i Norge. Khunpradit et al. (2011) sitert av Pantoja et al. (2017, p. 14) sier at implementering av retningslinjer for ikke-invasive intervensjoner kan redusere forekomst av unødvendige sectio. Når retningslinjene til Smith et al.

(2017) er ferdig utarbeidet anbefaler vi at denne blitt innarbeidet som et kvalitetsforbedringsarbeid av praksis og som en del av retningslinjene for praksis.

WHO (2018) anbefaler at man arbeider for at bevegelse i fødsel skal inkluderes som tiltak i nasjonale retningslinjer. Å gjøre helsepersonell oppmerksom på nye retningslinjer gir liten til moderate, men viktige, endringer i utøvelsen av helsetjenesten (Pantoja et al., 2017). WHO (2018) har laget en modell for fødselsomsorg (se figur 2), og understreker at implementering av modellen bør skje i helsesystemet med ledere som oppmuntrer til denne type omsorg som vektlegger en individualisert tilnærming som fremmer empowerment hos kvinnen og normal fødsel, med ønske om å jobbe kunnskapsbasert (WHO, 2018).

WHO (2018) foreslår følgende for implementering av modellen:

- Planlegging, sette av tid og ressurser
- Øke kompetansen hos fødselsarbeidere
- Tilby opplæring for å innarbeide de nye retningslinjene
- Utarbeide standardiserte kvalitetsforbedring verktøy for praksis
- Revisjon av nasjonale og interne retningslinjer
- Strategier for holdningsendringer ved praksis som ikke er kunnskapsbasert.
- Spre kunnskap til brukere av helsetjenesten om deres rettigheter, muligheter for medvirkning (bl.a. mulighet for å velge posisjoner i fødsel), og hvilken praksis som ikke er anbefalt.

Audit and feedback, hvor man kartlegger praksis og gir tilbakemelding på resultatene viser seg å kunne ha effekt både som eneste tiltak for implementering, men også i tillegg til andre metoder for implementering for å oppnå ønsket praksis (Pantoja et al., 2017, p. 19). Vi vil presentere resultatene gjennom en muntlig fremlegg for avdelingen 13.juni 2018. Vi vil i tillegg sende mail til jordmødrene og presentere resultatene, slik at de som ikke deltar på fremlegget har mulighet

til å få vite hvilke resultater studien har gitt. Jordmødrene har gitt av sin tid ved å delta i denne studien, og de må få mulighet til å få vite hva vi har oppnådd ved å gjøre studien.

Interaktive tilnærminger som for eksempel opplæring gir bedre effekt enn passive tilnærminger som utdeling av læringsmateriale (Pantoja et al., 2017). Forskning viser at ”workshops”, påminnere og multimedia intervensjoner har liten til moderat effekt (ibid). Vi ble sponset av GynZone, som sendte oss informasjonsmateriale om en mobil applikasjon om bruk av ulike posisjoner i fødsel "fødestillinger - et aktivt valg" som skal hjelpe kvinnen å velge posisjon selv. De har også en applikasjon til jordmødrene om vannfødsel som vi har delt ut informasjon om. Disse applikasjonene er ikke gratis. Vi fikk noen hefter gratis med bilder av ulike posisjoner i fødselen og hvordan man kan bruke badekaret i fødselen som vi har gitt til avdelingene. Vi håper at dette kan være med å bidra til økt kunnskap om hvordan man kan bruke bevegelse i fødselen. Vi har også delt ut visittkort med invitasjon til kvinner om å laste ned applikasjonen, med hensikt at hun kan få kunnskap til å velge fødestillinger i fødselen selv.

4.4 Forslag til videre forskning

En Nasjonal kartlegging også ved andre fødesteder, både ved fødeklinner, mindre fødeavdelinger og fødestuer i Norge for å undersøke hvordan bruken av posisjoner i fødsel.

En intervensjonsstudie, og se hvilken effekt fødselsforberedende kurs til gravide kvinner har med fokus på informasjon om valgmuligheter, fordeler og ulemper ved bruk av ulike posisjoner.

Kvalitativ undersøkelse hvor en spør kvinnen hvilken opplevelse hun har i forhold til medvirkning av valg av posisjon i fødselen, og hvordan hun opplever at jordmor veileder henne.

Hvordan veileder jordmors i praksis i forhold til posisjoner gjennom fødselens faser. En kartlegging av jordmors rasjonale for bruk av bevegelse. Eller jordmors kunnskaper om ulike

posisjoner i fødselen og kompetanse til å ta imot barnet i ulike posisjoner.

Vi vil også anbefale andre å bruke både klassifisering for oppreist/liggende posisjon og posisjoner med bevegelig/ikke-bevegelig sacrum i analyser ved forskning på bruk av posisjoner eller hvis man undersøker posisjon som variabel for sammenligning eller årsaksfaktor.

5.0 Oppsummering

Studien viser at det benyttes mange ulike posisjoner gjennom fødselen, men at det ved partus reduseres ved de obstetriske avdelingene. Den jordmorstyrte avdelingen har ved partus en større variasjon i forhold til bruk av ulike posisjoner. De benytter den høyeste andelen med liggende posisjon, men disse har fleksibelt sacrum noen som er en fordel ved trykkefase og partus sammenlignet med ikke fleksibelt sacrum.

Jordmors veiledning og holdninger, føderommet innredning og fødekvinnens kunnskaper kan være medvirkende til valg av posisjoner. WHO (2018) anbefaler oppreiste posisjoner og at kvinnene veiledes til å finne posisjoner hun finner komfortable. I dette arbeidet er det viktig at jordmor bidrar med sin kompetanse.

Forfatternes medvirkning:

Begge kandidatene har vært med og utarbeidet ide, spørreskjema og gjennomføring av undersøkelsen. Oppgaven har blitt forfattet i felleskap.

6.0 Referanser

Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., . . . 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. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.02.026

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Ashton-Miller, J. A., & DeLancey, J. O. L. (2009). On the Biomechanics of Vaginal Birth and Common Sequelae. *Annual review of biomedical engineering*, 11, 163-176. doi:10.1146/annurev-bioeng-061008-124823

Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lemery, D., & Vendittelli, F. (2018). Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 56, 79-85. doi:10.1016/j.midw.2017.10.010

Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. doi:<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>

Blix, E., Kumle, M. H., Ingversen, K., Huitfeldt, A. S., Hegaard, H. K., Olafsdottir, O. A., . . . Lindgren, H. (2016). Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95(4), 420-428. doi:10.1111/aogs.12858

Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*, 11(1), 71. doi:10.1186/1742-4755-11-71

Boynton, P., & Greenhalgh, T. (2004). *Hands-on guide to questionnaire research: Selecting, designing, and developing your questionnaire* (Vol. 328).

Bruner, J. P., Drummond, S. B., Meenan, A. L., & Gaskin, I. M. (1998). All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med*, 43(5), 439-443.

Brunstad, A. (2010). Utdrivningsfasen. In E. Blix (Ed.), (pp. [415]-429.). Oslo: Akribe, cop. 2010.

Bruvik, L. R. (2017). Ho brukar fødselstriks frå 1800-talet. Retrieved from <https://www.firdaposten.no/lokalnytt/floro/fodsel/ho-brukar-fodselstriks-fra-1800-talet/s/5-16-189939>

Bueno-Lopez, V., Fuentelsaz-Gallego, C., Casellas-Caro, M., Falgueras-Serrano, A. M., Crespo-Berros, S., Silvano-Cocinero, A. M., . . . Terré-Rull, C. (2018). Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth*, n/a-n/a. doi:10.1111/birt.12347

Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub3/abstract>
doi:10.1002/14651858.CD000111.pub3

de Jonge, A., Rijnders, M. E. B., van Diem, M. T., Scheepers, P. L. H., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2009). Are there inequalities in choice of birthing position?: Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery*, 25(4), 439-448. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.013>

Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gulmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*, 13(4), e0194906. doi:10.1371/journal.pone.0194906

Downe, S., Gerrett, D., & Renfrew, M. J. (2004). A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Midwifery*, 20(2), 157-168. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138\(03\)00052-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138(03)00052-4)

Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S., & Stephansson, O. (2015). Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth*, *15*, 252. doi:10.1186/s12884-015-0689-7

Enkin, M. (2000). *A Guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3rd ed. ed.). Oxford: Oxford University Press.

Escuriet, R., White, J., Beeckman, K., Frith, L., Leon-Larios, F., Loytved, C., . . . van Teijlingen, E. (2015). Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 491. doi:10.1186/s12913-015-1151-2

Fahy, K. M., & Parratt, J. A. (2006). Birth Territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth*, *19*(2), 45-50. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2006.05.001>

Folkehelseinstituttet. (2014). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler Retrieved from <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Folkehelseinstituttet. (2017). MFR - medisinsk fødselsregister. Retrieved from <http://statistikk.fhi.no/mfr/>

Folkehelseinstituttet.no. (2014). Sjekkliste - lokale brukerundersøkelser Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/seksjonsvis-inndeling/seksjon-for-brukererfaringsundersokelser/sjekkliste_lokale_v5_2015_0327.pdf

Gupta, J. K., & Nikodem, C. (2000). Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *92*(2), 273-277. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115\(99\)00272-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0301-2115(99)00272-9)

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/abstract>
doi:10.1002/14651858.CD002006.pub4

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. doi:10.1186/s12884-016-0857-4

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). St.meld.12 - En gledelig begivenhet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/sec6>

Helsebiblioteket.no. (2016). Tverrsnittstudie. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>

Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. . IS - 1877. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>

Lov 20.juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning, (2009).

Lov 2.juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. , 64 C.F.R. (1999).

ICM. (2017, 2017). International Definition of Midwives. Retrieved from https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG_Definition_of_the_Midwife_2017.pdf

Jander, C., & Lyrenas, S. (2001). Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(3), 229-234.

Jirojwong, S., Johnson, M., & Welch, A. J. (2011). *Research methods in nursing and midwifery : pathways to evidence-based practice*. Oxford: Oxford University Press.

Keen, R., Difranco, J., Amis, D., & Albers, L. (2004). #5: Non-Supine (e.g., Upright or Side-Lying) Positions for Birth. *The Journal of perinatal education*, 13(2), 30.

Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J., & Gruen, R. L. (2011). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Retrieved from

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005528.pub2/abstract>

doi:10.1002/14651858.CD005528.pub2

Kibuka, M., & Thornton, J. G. (2017). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, Cd008070.

doi:10.1002/14651858.CD008070.pub3

Kibuka, M., & Thornton, J. G. (2017). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Retrieved from

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub3/abstract>

doi:10.1002/14651858.CD008070.pub3

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). Retrieved from

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/abstract>

doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4

Louwen, F., Daviss, B. A., Johnson, K. C., & Reitter, A. (2017). Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynaecol Obstet*, 136(2), 151-161. doi:10.1002/ijgo.12033

Laake, P., Olsen, B. R., & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Makvandi, S., Latifnejad Roudsari, R., Sadeghi, R., & Karimi, L. (2015). Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta - analysis (Vol. 41, pp. 1679-1686).

Marshall, J. E., Raynor, M. D., & Myles, M. F. (2014). *Myles textbook for midwives* (16th ed. ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Michel, S. C. A., Rake, A., Treiber, K., Seifert, B., Chaoui, R., Huch, R., . . . Kubik-Huch, R. A. (2002). MR Obstetric Pelvimetry: Effect of Birthing Position on Pelvic Bony Dimensions. *American Journal of Roentgenology*, 179(4), 1063-1067. doi:10.2214/ajr.179.4.1791063

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., . . . 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. doi:10.1016/S0140-6736(16)31472-6

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The, P. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

NICE. (2014, 02.2017). Intrapartum care for healthy women and babies. *Place of birth*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

Nieuwenhuijze, M. J., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), e107-e114. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007>

Okonta, P. (2012). Birthing Positions: Awareness And Preference Of Pregnant Women In A Developing Country. *Journal of Gynecology And Obstetrics, Volume 16*(Number 1). Retrieved from <http://ispub.com/IJGO/16/1/13974>

Oladapo, O. T., Diaz, V., Bonet, M., Abalos, E., Thwin, S. S., Souza, H., . . . Gülmezoglu, A. M. (2017). Cervical dilatation patterns of 'low - risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 0(0). doi:10.1111/1471-0528.14930

Pantoja, T., Opiyo, N., Lewin, S., Paulsen, E., Ciapponi, A., Wiysonge, C. S., . . . Oxman, A. D. (2017). Implementation strategies for health systems in low - income countries: an overview of systematic reviews. doi:10.1002/14651858.CD011086.pub2

Lov 2.juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter, 63 C.F.R. (1999).

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25(3), 100-106. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>
- REK. (2017). Maler for informasjon og samtykke. *Informasjon og samtykke*. Retrieved from https://helseforskning.etikkom.no/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . 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. doi:10.1016/S0140-6736(14)60789-3
- Reuwer, P. (2009). *Proactive support of labor : the challenge of normal childbirth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robert M. Ehsanipoor, & Andrew J. Sating. (2018, 25.01.2018). Normal and abnormal labor progression. *Friedman (historic) criteria*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/normal-and-abnormal-labor-progression?search=active_phase&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Royal College of Midwives. (2010). The Royal College of Midwives' survey of positions used in labour and birth. Retrieved from https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth_position_Report_FINAL_Aug2011_0.pdf
- Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., & Heinonen, S. (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26(3), 348-356. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.007>
- Scamell, M., & Alaszewski, A. (2012). Fateful moments and the categorisation of risk: Midwifery practice and the ever-narrowing window of normality during childbirth. *Health, Risk and Society*, 14(2), 207-221. doi:10.1080/13698575.2012.661041
- Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29(1), 18-27.

Simkin, P. (2011). *The labor progress handbook : early interventions to prevent and treat dystocia* (3rd ed. ed.). Chichester: Wiley-Blackwell.

Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Begley, C., Gross, M. M., . . . Devane, D. (2017). Protocol for the development of a salutogenic intrapartum core outcome set (SIPCOS). *BMC Medical Research Methodology*, *17*(1), 61. doi:10.1186/s12874-017-0341-5

Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Benstoem, C., & Devane, D. (2013). *Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of intrapartum interventions: A systematic review of systematic reviews* (Vol. 30).

Snarby, A. (2017). Det er på tide å løfte frem den gamle kunnskapen om at kvinnekroppen kan føde. *Mamma*. Retrieved from <http://www.kk.no/mamma/det-er-pa-tide-a-lofte-frem-den-gamle-kunnskapen-om-at-kvinnekroppen-kan-fode-69333281>

Lov 2.juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. , 61 C.F.R. (1999).

spørreundersøkelse.no. (2008). Kalkulator: Kalkulasjon av feilmargin Retrieved from <http://www.spørreundersøkelser.no/kalkulator/>

Suto, M., Takehara, K., Misago, C., & Matsui, M. (2015). Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. *Journal of midwifery & women's health*, *60*(4), 419. doi:10.1111/jmwh.12324

Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. J. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth*, *26*(4), e99-e104. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.06.004>

Thies-Lagergren, L., Kvist, L., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2011). No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, *11*. doi:10.1186/1471-2393-11-22

Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2011). No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, *11*, 22. doi:10.1186/1471-2393-11-22

Tully, G. (2011). Opening the pelvic brim with Walcher's position. *Midwifery Today with International Midwife*(97), 20.

Tunestveit, J. W., Baghestan, E., Natvig, G. K., Eide, G. E., & Nilsen, A. B. V. (2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2018.04.012

Tussey, C. M., Botsios, E., Gerkin, R. D., Kelly, L. A., Gamez, J., & Mensik, J. (2015). Reducing Length of Labor and Cesarean Surgery Rate Using a Peanut Ball for Women Laboring With an Epidural. *The Journal of perinatal education*, *24*(1), 16-24. doi:10.1891/1058-1243.24.1.16


Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth : a guide for midwives*. London: Routledge.

WHO. (2014). WHO Recommendations for Augmentation of Labour. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1

WHO. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1>

Zileni, B. D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K. K., Zileni, C. W., & Muller, A. (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women Birth*, *30*(1), e1-e8. doi:10.1016/j.wombi.2016.06.003

Vedlegg 1: RCM Survey


Code: _____

Survey of labour and birth positions

_____ Date that birth took place _____ Parity _____


Place of birth: Home Midwifery unit Obstetric unit

Midwife: Qualified Student _____ Year of qualification


Onset of labour: Spontaneous Induced

Type of birth: Normal Ventouse Forceps C/S


Positions used: Please tick if the woman used any of these positions during either labour **L** or birth **B**



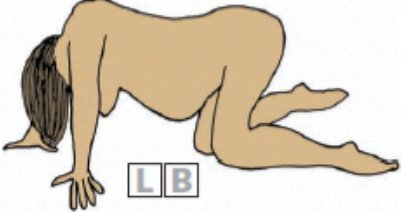
L **B**




L **B**




L **B**



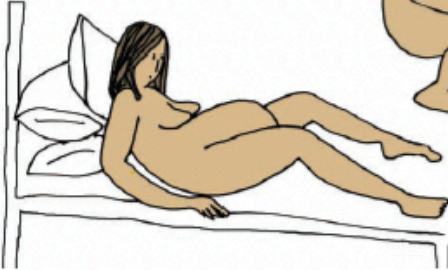
L **B**




L **B**



L **B**



L **B**



L **B**

Other positions: Please specify _____

No particular position used:

Please make sure this form goes back to the right person.

Thank you for your help

Vedlegg 2: Spørreskjema

Ulike posisjoner i fødsel - en kartleggingsstudie

Utfylling av skjema regnes som samtykke til å delta i studien

Arbeidssted HUS: Føde 1 Føde 2 Storken

Antall års erfaring i fødselsomsorgen

Aktuelle fødsel: Gestasjonsalder Paritet Mors alder

Fødselstart: Spontan Indusert

Ble følgende benyttet: Epidural Lystgass STAN CTG Oxytocin-stimulering

Type fødsel: Normal Tangforløsning Vacuumforløsning Sectio

*Kryss av for hvilke posisjoner
som ble benyttet:*

L = Latens fase (0-4 cm)

A = Aktiv fase (5-10 cm)

T = Trykkfase

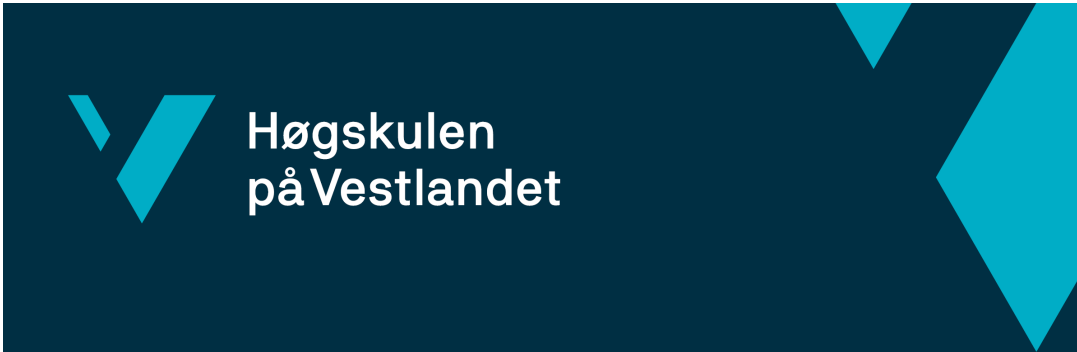
P = Partus

L	A	T	P	Ryngleie
L	A	T	P	Sideleie
L	A	T	P	Stående
L	A	T	P	Knestående
L	A	T	P	Sittende
L	A	T	P	Sittende på huk
L	A	T	P	På alle fire
L	A	T	P	Badekar

Annet, vennligst forklar:

Takk for at du deltar i studien.

Vedlegg 3: Samtykkeskjema norsk



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

BRUK AV ULIKE POSISJONER I FØDSEL – EN KARTLEGGINGSSTUDIE.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å undersøke hvilke ulike stillinger som blir benyttet i fødselen. Studien gjøres som en masteroppgave i jordmorfag ved Høgskulen på Vestlandet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Jordmor fyller ut et spørreskjema hvor hun krysser av for hvilke ulike stillinger som anvendes gjennom fødselen og når barnet fødes.

I prosjektet vil vi innhente og registrere informasjon om deg. Opplysningene som vil bli registrert er din alder, hvor mange ganger du eventuelt har født tidligere og hvilken svangerskapsuke du er i ved fødselens start. Det vil også stilles spørsmål om den aktuelle fødselen og hvordan den startet, bruk av epidural, overvåking og hvordan barnet ble født (vaginalfødsel, tang, vakuump eller keisersnitt).

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelen med studien er at vi får undersøkt hvordan bevegelse blir brukt under fødselen, slik at vi får kartlagt dagens praksis. Studien innebærer ingen form for eksperiment, opplysningene som registreres er opplysninger som alltid registreres ved fødsel. Du vil få ordinær behandling og omsorg i fødselen. Det vil ikke innebære noen ulemper for deg. Fordelen er at vi får kartlagt bruk av ulike stillinger som anvendes gjennom fødselen og når barnet fødes.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

██████████: E-post: ██████████ mob: ██████████

██████████ E-post: ██████████ mob: ██████████

Vår veileder er:

██████████, ██████████ ved Høgskulen på Vestlandet ██████████

E-post: ██████████ Telefon: ██████████

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenningse opplysninger. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og slettet innen utgangen av 2018.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnr. 2017/2093-3.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

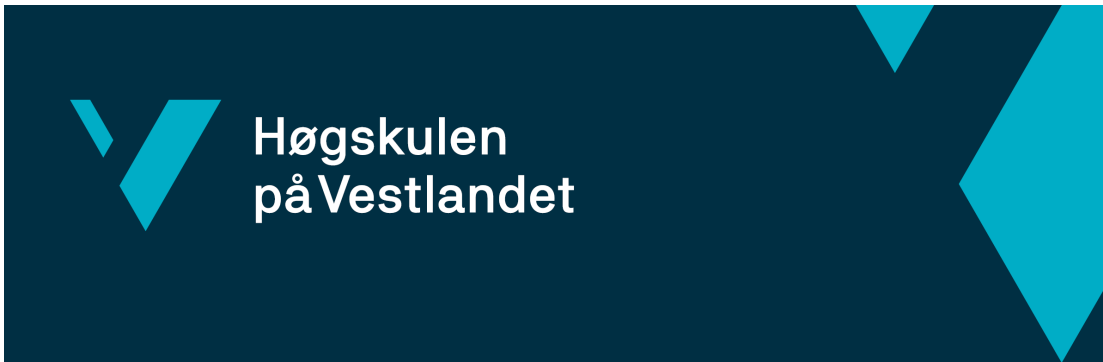
JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med blokkbokstaver

Vedlegg 4: Samtykkeskjema engelsk



INVITATION TO PARTICIPATE IN A RESEARCH PROJECT

USE OF DIFFERENT POSITIONS IN BIRTH – A SURVEY

You are invited to participate in a research project to investigate which positions are used during birth. The study is part of a research project and a master's thesis directed by the college "Høgskulen på Vestlandet".

WHAT IS THE STUDY ABOUT?

Midwife completes a questionnaire where she checks off for the positions used during your birth.

The study will collect and record personal information about you. The information that will be registered is your age, how many times you have given birth earlier and the pregnancy week you're at when birth starts. There will also be questions about how your birth started, place of birth, use of epidural, monitoring and how the baby was born (vaginal/cesarean/vacuum/forceps).

POSSIBLE BENEFITS AND EXPECTED DISADVANTAGES OF TAKING PART

The study does not involve any kind of experiment, and you will receive regular treatment and care during your birth.

VOLUNTARY PARTICIPATION AND THE POSSIBILITY TO WITHDRAW CONSENT (OPT-OUT)

Participation in the study is voluntary. If you wish to take part, you will need to sign the declaration of consent on the last page. You can, at any given time and without reason withdraw your consent. If you decide to withdraw participation in the project, you can demand that data be deleted, unless however, the personal health data have already been analysed or used in scientific publications. If you at a later point, wish to withdraw consent or have questions regarding the project, you can contact:

██████████: E-mail: ██████████ Phone number: ██████████

██████████ E-mail: ██████████ Phone number: ██████████

The Project Manager at the College:

██████████ E-mail: ██████████ Phone number: ██████████

[Use of different positions in birth – a mapping study]

WHAT WILL HAPPEN TO YOUR HEALTH INFORMATION?

The information that is recorded about you will only be used as described in the purpose of the study.

All information will be processed and used without your name or personal identification number, or any other information that is directly identifiable to you. The Project Manager has the responsibility for the daily operations/running of the Research Project and that any information about you will be handled in a secure manner. Information about you will be anonymised or deleted a maximum of 1 year after the project has ended.

APPROVAL

The Project is approved by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics, reference number: 2017/2093-3.

CONSENT FOR PARTICIPATING IN THE RESEARCH PROJECT

I AM WILLING TO PARTICIPATE IN THE RESEARCH PROJECT

City/Town and date

Participant's Signature

Participant's Name (in BLOCK LETTERS)

Vedlegg 5: Godkjenning fra REK



REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region: REK vest	Saksbehandler: [REDACTED]	Telefon: [REDACTED]	Vår dato: 14.02.2018	Vår referanse: 2017/2093/REK vest
			Deres dato: 06.02.2018	
			Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser	

[REDACTED]
Avdeling for Helse- og Sosialfag/Institutt for Sjukepleie

2017/2093 Ulike posisjoner i fødsel - en kartleggingsstudie.

Forskningsansvarlig: [REDACTED] Høgskulen på Vestlandet
Prosjektleder: [REDACTED]

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av leder av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) ipå fullmakt. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektomtale

Hensikten med studien er å undersøke hvilke posisjoner som blir benyttet i fødselen gjennom første og andre fase, og hvilken posisjon kvinner har når barnet fødes. Vi skal også kartlegge hvorfor de ulike posisjonene benyttes. Vi ønsker samtidig å undersøke om jordmødre informerer kvinnen om hvilke posisjoner som er hensiktsmessige, og om de oppfordrer kvinnen til bevegelse og innta posisjoner hun finner komfortable. Metode: Vi vil utføre en tverrsnittstudie ved hjelp av spørreskjema som fylles ut av jordmor i løpet av fødselen. I dagens journalsystem finnes bare systematiske data om fødestilling, ikke hvilke posisjoner som brukes gjennom fødselen. Denne studien vil kunne gi informasjon om i hvilken grad ulike posisjoner benyttes gjennom fødselsforløpet. Resultatet av undersøkelsen kan bidra til: • Sette fokus på helsefremmende tiltak som reduserer faren for pasientskade • Gi økt fokus på ikke-invasive tiltak, som kan redusere forekomst av instrumentelle forløsninger

Komiteen ba om tilbakemelding

- Det må innhentes samtykke fra de fødende. Informasjon- og samtykkeskriv må sendes til REK vest.
- Forskningsdesignet må revideres slik at studien kan gi bedre svar på forskningsspørsmålene. Revidert forskningsprotokoll må sendes til REK vest.

Tilbakemelding fra prosjektleder

Vi har nå slettet spørsmålene om jordmor har veiledet og informert om bruk av ulike posisjoner. Vi har også fjernet muligheten for å oppgi begrunnelse for hvorfor de ulike posisjonene er benyttet. Dette i tråd med tilbakemeldingene fra REK. Vi har laget samtykkeskjema på norsk og engelsk etter mal fra REK sine sider, for å innhente samtykke fra fødekvinnene til å registrere opplysninger om fødselen.

Vurdering av tilbakemeldingen

Tilbakemeldingen besvarer komiteens merknader. REK vest har ingen ytterligere kommentarer til studien.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet i samsvar med forelagt søknad og tilbakemelding.

Besøksadresse:
Armauer Hansens Hus (AHH),
Tverrløy Nord, 2 etasje, Rom
281, Haukelandsveien 28

Telefon: 55975000
E-post: post@helseforskning.etikk.com.no
Web: http://helseforskning.etikk.com.no/

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
vest, not to individual staff


Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 28.02.2019, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen


dr.med. professor
komiteleder


rådgiver

Kopi til: post@hvl.no

Vedlegg 6: Avsluttet saksbehandling fra NSD

AVSLUTTET SAKSBEHANDLING

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 19.10.2017, samt godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) mottatt 15.02.2018 for prosjektet:

56698 - Ulike posisjoner i fødsel - en kartleggingsstudie

Personvernombudet tar til orientering at prosjektet faller inn under helseforskningslovens bestemmelser, og at prosjektet er godkjent av REK.

Personvernombudet avslutter dermed saksbehandlingen av meldingen uten å realitetsbehandle denne. Vi avslutter også all videre oppfølging av prosjektet.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Mvh,

--

████████████████████
Rådgiver | Adviser
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services
T: ████████████████████

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen
T: (+47) 55 58 21 17
postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg 7: Tillatelse fra RCM til å revidere og oversette deres spørreskjema (RCM, 2010).

Dear Madam/Sir.

I am writing to enquire the permission to use a questionnaire you have developed.

We are two student midwives at Western Norway University of Applied Sciences (HVL). We are going to write our masters thesis on the use of different positions in labour and birth. We are inspired by your survey: **The Royal College of Midwives Survey of Positions used in Labour and Birth**, and would like to conduct a similar survey in [REDACTED] Norway. Granted your permission we would translate the survey to Norwegian and add a few questions.

We hope this will be possible. Please let me know if you need any additional information.

Kind regards,

[REDACTED]
R.N. student midwife.

Dear [REDACTED],

Thank you for your interest in the RCM audit on position in labour and birth. What we used was a simple A4 page that could be easily filled at each birth. This would reduce the burden to the midwives and encourage wider participation. We had coded the units and they then disseminated the forms in their labour wards or birth centres during a week. I have attached the audit form with only minimal demographics required other information was by ticks. We developed another audit sheet with more pictures but I am having difficulties locating it. Any further questions let me know. Good luck with your study.

Kind regards,

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Vedlegg 8: AGREE dokument, kvalitetsvurdering av WHO (2018) sine retningslinjer.

III kunnskapsenteret

Fagprosedyrer Metoderapport (AGREE II, 2010-utgaven)

OMFANG OG FORMÅL

1. Fagprosedyrrens overordnede mål er:

The focus of this guideline is on **the essential intrapartum care practices** that all pregnant women and adolescent girls should receive **to facilitate a positive childbirth experience**.

2. Helse spørsmål(ene) i fagprosedyreren er:

- For women without epidural analgesia in the second stage of labour (P), does the adoption of an upright birthing position (e.g. sitting, standing or squatting) (I), compared with a recumbent position (C), improve birth outcomes (O)?
- For women with epidural analgesia in the second stage of labour (P), does the adoption of an upright birthing position (e.g. sitting, standing or squatting) (I), compared with a recumbent position (C), improve birth outcomes (O)?

3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv) fagprosedyreren gjelder for er:

The recommendations in this guideline are intended to inform the development of relevant national- and local-level health policies and clinical protocols. Therefore, the target audience includes **national and local public health policy-makers, implementers and managers of maternal and child health programmes, health care facility managers, nongovernmental organizations (NGOs)**, professional societies involved in the planning and management of **maternal and child health services, health care professionals** (including nurses, midwives, general medical practitioners and obstetricians) and **academic staff** involved in training health care professionals.

INVOLVERING AV INTERESSER

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyreren har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel og arbeidssted noteres):

Ja, arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra relevante faggrupper. DE har også en steering group og en external review group.

Guideline Development Group (GDG)

Hany Abdel-Aleem : Professor Department of Obstetrics and Gynecology Women's Health Hospital Assiut University Hospital Assiut Egypt

Fernando Althabe: Director Department of Mother and Child Health Research Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS) Buenos Aires Argentina

Melania Maria Ramos de Amorim :Senior Researcher Instituto Paraibano de Pesquisa Professor Joaquim

|| kunnskapssenteret

Fagprosedyrer

Amorim Neto Campina Grande Brazil and Professor Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira Recife Brazil

Michael Boulvain: Professor Department of Obstetrics and Gynaecology Geneva University Hospital Geneva Switzerland

Aparajita Gogoi: Executive Director Centre for Catalyzing Change (formerly CEDPA India) New Delhi India

Tina Lavender: Professor University of Manchester School of Nursing, Midwifery & Social Work Manchester United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (United Kingdom)

Pisake Lumbiganon (Chair, September 2017 consultation): Dean and Professor of Obstetrics and Gynecology Convenor, Thai Cochrane Network Faculty of Medicine Khon Kaen University Khon Kaen Thailand

Silke Mader: Chairwoman of the Executive Board European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) Munich Germany

Suellen Miller: Director, Safe Motherhood Program Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences Bixby Center for Global Reproductive Health and Policy University of California, San Francisco San Francisco, California

Rintaro Mori: Director Department of Health Policy National Research Institute for Child Health and Development Tokyo Japan

James Neilson (Chair, May 2017 consultation): Coordinating Editor Cochrane Pregnancy and Childbirth Group and Professor University of Liverpool Liverpool United Kingdom

Hiromi Obara: Health Policy Advisor Japan International Cooperation Agency (JICA) Vientiane Lao People's Democratic Republic

Oladapo Olayemi: Professor and Head of Department Department of Obstetrics and Gynaecology College of Medicine University of Ibadan Ibadan Nigeria

Robert Pattinson: Professor and Director South African Medical Research Council/University of Pretoria (SAMRC/UP) Maternal and Infant Health Care Strategies Unit Kalafong Hospital Pretoria, Gauteng South Africa

Harshad Sanghvi: Chief Medical Officer Jhpiego, an affiliate of Johns Hopkins University Baltimore, Maryland USA

Mandisa Singata-Madliki: Deputy Director Effective Care Research Unit East London Hospital Complex University of Fort Hare East London South Africa

Jorge E. Tolosa: Professor of Obstetrics and Gynecology Coordinator Global Network for Perinatal & Reproductive Health (GNPRH) (FUNDARED- MATERNA – Colombia). Division of Maternal Fetal Medicine Oregon Health & Science University Portland, Oregon USA And Departamento de Ginecología y Obstetricia Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia Medellín Colombia

Hayfaa Wahabi: Professor and Chair Evidence-based Healthcare and Knowledge Translation College of Medicine, King Saud University Riyadh Saudi Arabia

||| kunnskapssenteret

Fagprosedyrer

5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter, befolkning osv) som fagprosedyren gjelder for:

External Review Group ensured that the guideline decision-making processes considered and incorporated the contextual values and preferences of persons affected by the recommendations, including pregnant women and adolescent girls, health care professionals and policy-makers

6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:

Ja.

METODISK NØYAKTIGHET

7. Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget:

Evidence to support this guideline was derived from a number of sources by the systematic review teams and methodologists working in collaboration with the WHO Steering Group.

The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (PCG) Trials Register is maintained by the Cochrane PCG's Trial Search Coordinator and contains trials identified from: monthly searches of the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); weekly searches of MEDLINE; weekly searches of Embase; hand-searches of 30 journals and the proceedings of major conferences; weekly "current awareness" alerts for a further 44 journals; and monthly BioMed Central email alerts. For further information, see: <http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groups-trials-register>

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:

Evidence on effects was mainly derived from Cochrane systematic reviews of randomized controlled trials (RCTs).

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er:

The assessment of the quality of individual studies included in Cochrane reviews follows a specific and explicit method of risk-of-bias assessment using six standard criteria outlined in the *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*.

The GRADE approach to appraising the quality of quantitative evidence (21) was used.

The findings of the qualitative reviews were appraised for quality using the GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research) tool

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er:

WHO handbook for guideline development

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene:

Effects: "What are the desirable and undesirable effects of the intervention/option?"

||| kunnskapssenteret

Fagprosedyrer

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:

Ja.

13. Fagprosedyren er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (Tittel, navn, avdeling, sykehus på alle som har hatt prosedyren til høring):

External Review Group

Blami Dao: Technical Director, Western and Central Africa Jhpiego, an affiliate of Johns Hopkins University Baltimore, Maryland USA

G. Justus Hofmeyr: Professor Effective Care Research Unit Universities of Witwatersrand and Fort Hare and Eastern Cape Department of Health East London South Africa

Caroline Homer: Professor and Director Centre for Midwifery, Child and Family Health Faculty of Health University of Technology Sydney Sydney Australia

Ashraf Nabhan: Professor Department of Obstetrics and Gynecology Ain Shams University Heliopolis, Cairo Egypt

Vanora Hundley: Professor Centre for Midwifery, Maternal and Perinatal Health Bournemouth University Bournemouth United Kingdom

14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er:

An Executive Guideline Steering Group (GSG) for maternal and perinatal health recommendations will convene annually to review WHO's current portfolio of maternal and perinatal health recommendations, and to prioritize new and existing questions for recommendation development and updating.

KLARHET OG PRESENTASJON

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:

Recommended: This category indicates that the intervention or option should be implemented.

16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helsespørsmålet er klart presentert:

Ja.

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:

Ja.

Fagprosedyrer

18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyrer:

ANVENDBARHET

19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyrer støttet med:

Det er laget en "Intrapartum care model" og råd for hvordan implementere de spesifikke retningslinjene.

20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:

Resources: "What are the resources associated with the intervention/option?" and "Is the intervention/ option cost-effective?"

21. Fagprosedyrers kriterier for etterlevelse og evaluering:

Effects: "What are the desirable and undesirable effects of the intervention/option?" and "What is the certainty of the evidence on effects?"

Values: "Is there important uncertainty or variability in how much women value the main outcomes associated with the intervention/option?"

Resources: "What are the resources associated with the intervention/option?" and "Is the intervention/ option cost-effective?"

Acceptability: This domain addressed the question: "Is the intervention/option acceptable to women and health care providers?"

Feasibility: The feasibility of implementing an intervention depends on factors such as the resources, infrastructure and training requirements. This domain addressed the question: "Is it feasible for the relevant stakeholders to implement the intervention/option?"

Equity: "What is the anticipated impact of the intervention/option on equity?"

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i fagprosedyrer:

Dette er det gjort rede for, og det er konkludert med ingen innvirkning.

23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak fagprosedyrer er dokumentert og håndtert:

Consensus was defined as the agreement by three quarters or more of the GDG. Strong disagreements would have been recorded as such in the guideline (there was no record of such disagreement in any of the GDG meetings).

Vedlegg 9: Søk i medisinsk fødselsregister (Folkehelseinstituttet, 2017).

MFR Kode	Statistikk tittel	Bosted/ Fødestedstype/ Fødestitusjon	Måltall	Verdi
Standardstatistikk				
F3a	Mors alder	Norge	Mors alder (år): ≤ 17, Prosent, Mors alder (år): 18-19, Prosent, Mors alder (år): 20-24, Prosent Mors alder (år): 25-29, Prosent Mors alder (år): 30-34, Prosent Mors alder (år): 35-39, Prosent Mors alder (år): 40-44, Prosent Mors alder (år): 45+, Prosent	0,2% 0,9% 11,4% 32,8% 34,5% 16,5% 3,4% 0,2%
F10c-1	Keisersnitt	Norge	Ikke planlagt: utført akutt, prosent	8,9%
I2a	Fødselsstart og induksjon	I institusjon	Totalt antall fødsler, Fødselsstart: Spontan, Antall, Fødselsstart: Indusert, Antall Induksjonsmetode ¹ : Oxytocin, Antall	58 547 41 708 (71,2%) 12 866 (22%) 608 (1%)
F10a	Inngrep og tiltak under fødsel	Norge	Totalt antall fødte Tang: Utskjæringstang ved hodeleie, Antall Tang: Annen tang ved hodeleie, Antall Tang: Ved seteleie, Antall Vakuumeekstraksjon, Antall	60 047 714 (1,2%) 112 (0,2%) 152 (0,3%) 5323 (8,9%)

MFR Kode	Statistikktittel	Bosted/ Fødestedtype/ Fødeinstitusjon	Måltall	Verdi
Standardstatistikk				
F10d	Anestesi/ Analgesi	Norge	Totalt antall fødsler	59 104
			Epidural: Totalt, Antall	21 468 (36,3%)
F9a	Komplikasjoner under fødsel	Norge	Totalt antall fødsler	59104
			Risvekkelse, stimulert, Antall	18 066 (30,6%)
F4a	Paritet	Norge	1. barn, Prosent	42,6 %
			2. barn, Prosent	36,9%
			3. barn, Prosent	14,6%
			4. barn, Prosent	3,9%
			5. barn og flere, Prosent	2%
Institusjonsstatistikk				
Is4a	Inngrep under fødselen etter helseforetak	Alle fødeinstitusjoner	Totalt antall fødsler ¹	58 540
			Tang, Antall	934 (1,6%)
			Vakuumekstraksjon, Antall	5 243 (8,9%)
Is3	Sykdom hos mor, komplikasjoner, tiltak og analgesi	Alle fødeinstitusjoner	Totalt antall fødsler ¹	58 540
			Analgesi: Epidural, Antall	21 468 (36,7%)
F8	Fødselsstart og induksjon	Norge	Totalt antall fødsler	59 104
			Fødselsstart: Spontan, Antall	42 262 (71,5%)
			Fødselsstart: Indusert, Antall	12 869 (24,2%)
			Induksjonsmetode ¹ : Oxytocin, Antall	608 (1%)