

# MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG

Kappe og artikkel

26. oktober 2016

## **Jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler – en tverrsnittstudie**

Kandidater: 130 og 135

Veileder: Stine Bernitz

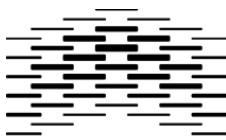
Antall ord

Kappe: 7585

Artikkel: 2988

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

## **Jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler – en tverrsnittstudie**

### **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Oxytocin blir hyppig brukt av jordmødre for å behandle langsom fremgang i fødsel. Oxytocin blir ofte brukt uten at fødselen innfrir kriteriene for medikamentell stimulering.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å kartlegge jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler.

**Metode:** Tverrsnittstudie. 114 spørreskjema er samlet inn fra jordmødre ved to store sykehus på Østlandet.

**Hovedresultat:** Signifikante forskjeller blant jordmødres holdninger til oxytocinbruk ble funnet mellom sykehus A og B. Jordmødre på sykehus B er i større grad enige i påstanden «det brukes for mye oxytocin hos normale førstegangsfødende» ( $p < 0,001$ ). Jordmødre med mindre enn tre års erfaring var i signifikant større grad enig i at det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering sammenlignet med jordmødre med mer enn tre års erfaring ( $p < 0,001$ ).

**Konklusjon:** Resultatene fra denne studien antyder at jordmødres holdninger til oxytocinbruk i fødsel blir påvirket av kulturen ved arbeidsstedet.

**Nøkkelord:** Oxytocin, Dystoci, Holdninger, Tverrsnittstudie

## **The attitude of midwives towards the use of oxytocin augmentation in normal deliveries – a cross-sectional study**

### **Abstract**

**Background:** Midwives often use oxytocin to treat dystocia in normal deliveries, even when the birth lacks the criteria for augmentation.

**Objective:** The aim of this study was to map the attitudes of midwives towards the use of oxytocin in normal deliveries.

**Method:** Cross-sectional study. 114 questionnaires was collected from midwives at two large hospitals in the eastern part of Norway.

**Results:** There were significantly differences in attitudes towards the use of oxytocin between hospital A & B. Midwives at hospital B agreed to a greater extent that there was an excessive use of oxytocin in normal deliveries ( $p < 0.001$ ). Midwives with less than three years of experience were more likely to agree that an obstetrician should be consulted prior to initiation of augmentation with oxytocin, compared to midwives with more than three years of experience ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion:** This study suggest that attitudes towards the use of oxytocin in normal deliveries are influenced by work environment and culture.

**Keywords:** Oxytocin, Dystocia, Attitudes, Cross-sectional study

## **Forord**

Vi vil takke vår veileder, Stine Bernitz, førsteamanuensis ved fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus, for god veiledning og konkrete tilbakemeldinger gjennom denne prosessen. Arbeidet med denne oppgaven har vært en oppdagelsesreise i statistikk og metode. Vi vil også takke avdelingsledelse og jordmødre ved de inkluderte sykehusene for deltakelse i studien. Til slutt takker vi familie, venner og medstudenter for gode innspill og støtte underveis.

## Innhold

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Valg av problemstilling .....	1
1.2 Hensikt.....	1
1.2.1 Problemstilling .....	2
1.2.2 Avgrensning .....	2
2.0 SAMMENDRAG AV ARTIKKEL .....	3
3.0 TEORI .....	4
3.1 Normal fødsel .....	4
3.2 Fremgang i fødsel .....	5
3.3 Oxytocin .....	5
3.4 Holdninger .....	7
4.0 METODE OG MATERIALE .....	9
4.1 Valg av design .....	9
4.2 Materiale og utvalg .....	9
4.2.1 Begrunnelse for utvalg av sykehus og jordmødre.....	9
4.2.2 Innhenting av statistikk fra sykehusene .....	10
4.2.3 Presentasjon av prosedyrene ved de to sykehusene .....	10
4.3 Utvikling av spørreskjema.....	11
4.3.1 Variabler .....	11
4.4 Gjennomføring og innsamling av data .....	12
4.5 Dataanalyse.....	12
4.5.1 Registrering og «vasking» av data .....	12
4.5.2 Missing data .....	13
4.5.3 Omkoding av data .....	13
4.5.4 Statistiske analyser.....	14
4.6 Etske overveielser.....	15
5.0 RESULTAT .....	16
5.1 Beskrivelse av bakgrunnsvariabler .....	16
5.2 Anslått oxytocinbruk .....	16
5.3 Holdninger hos jordmødre.....	17
5.4 Sammenligning av holdninger opp mot arbeidsted og erfaring .....	18
5.5 Sammenligning av holdninger opp mot utdanningsland og ansettelsesforhold .....	18

6.0 DISKUSJON .....	20
6.1 Metodediskusjon.....	20
6.1.1 Design .....	20
6.1.2 Validitet og reliabilitet .....	20
6.2 Diskusjon av funn .....	22
6.2.1 Jordmødres holdninger og syn på fødsel.....	22
6.2.2 Jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler sett opp mot utdanningsland .....	23
6.2.3 Jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler sett opp mot ansettelsesforhold.....	24
6.2.4 Kan jordmødres holdninger endres? .....	24
7.0 KONKLUSJON .....	25
Litteratur.....	26

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: Prosjektvurdering fra NSD

Vedlegg 3: Prosjektplan for gjennombruddsprosjektet

Vedlegg 4: Prosedyre fra sykehus A

Vedlegg 5: Prosedyre fra sykehus B

Vedlegg 6: Forfatterveiledning fra Sykepleien Forskning

Vedlegg 7: Artikkel

## **1.0 INNLEDNING**

Masteroppgaven består av to deler, en kappe og en artikkel (vedlegg 7), som til sammen utgjør dette dokumentet. Vi anbefaler å lese artikkelen med introduksjonen til tema og presentasjon av resultatene først. Kappen vil så gi mer dybde til bakgrunn, teori, metode og resultat samt diskutere funnene mer inngående.

### **1.1 Valg av problemstilling**

Gjennom praksisperioder har vi vært med på å vurdere fremgang i fødsel, og vi har ofte vært med på å stimulere kvinner med oxytocin. Vi har sett at jordmødre har ulik tilnærming til progresjon i fødselen og har fulgt de løpende vurderingene på vaktrommene der ulike holdninger til oxytocinstimulering synes å gjøre seg gjeldene. Trass i etablerte rutiner og prosedyrer fikk vi inntrykk av at jordmødrene praktiserte bruken av oxytocin ulikt, både på tvers av avdelinger og innad i samme avdeling. Vi ønsket derfor å se om vi kunne avdekke noen holdningsmønstre blant jordmødre i bruken av oxytocin.

### **1.2 Hensikt**

Jordmor har, i likhet med annet helsepersonell, et juridisk ansvar for at det arbeidet de gjør er forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999). Å stimulere kvinner i fødsel med oxytocin kan utgjøre en risiko for kvinnen og barnet. Det er derfor viktig at jordmødrenes holdninger til bruk av dette medikamentet er i tråd med det som anbefales i faglitteratur og studier og at praksis er i henhold til retningslinjer og prosedyrer ved de enkeltes arbeidssted.

Studier viser imidlertid at oxytocin ofte ikke gis etter prosedyrene fødeavdelingen har, det gis ofte for tidlig eller for sent i forløpet (Bernitz, Oian, Rolland, Sandvik & Blix, 2014; Selin, Almström, Wallin & Berg, 2009). Prosedyrene varierer ofte mellom sykehus, og mangelen på klare definisjoner kan føre til at praksis er avhengig av de holdningene jordmødre og fødselsleger har (Oscarsson, Amer-Wåhlin, Rydhstroem & Källén, 2006; Sandin-Bojö & Kvist, 2008). To svenske kvalitative studier har eksplisitt sett på hvilke holdninger jordmødre har rundt oxytocinstimulering (Blix-Lindström, Johansson & Christensson, 2008; Ekelin, Svensson, Evehammar & Kvist, 2015).

Hensikten med denne oppgaven er derfor å få en bredere innsikt i hvilke holdninger jordmødre har til et medikament som er mye brukt ved norske fødeavdelinger. Vi vil også se om det er sammenheng mellom jordmødres erfaring, utdanningsland, ansettelsesforhold, arbeidssted og deres holdning til oxytocinbruk. Vi håper at denne studien kan bidra til å sette fokus på jordmødres holdninger til oxytocinbruk og hvordan det eventuelt påvirker deres tilnærming til normale fødsler.

### *1.2.1 Problemstilling*

Problemstilling: Hvilke holdninger har jordmødre til oxytocinstimulering i normale fødsler?

### *1.2.2 Avgrensning*

Med normal fødsel menes: kvinner som går spontant i fødsel til termin med ett barn i hodeleie og som ikke har sykdom/tilstand som påvirker svangerskap og fødsel



## 2.0 SAMMENDRAG AV ARTIKKEL

Jordmødre bruker ofte oxytocin i fødsler for å behandle langsom fremgang, og studier har vist at dette er den intervensjonen jordmødre oftest bruker i fødselen (Selin et al., 2009). Flere studier fra Skandinavia viser at mellom 30-70% førstegangsfødende med spontan fødselsstart blir stimulert med oxytocin, ofte uten at kriteriene for langsom fremgang er innfridd (Bernitz et al., 2014; Rossen, Østborg, Lindtjørn, Schulz & Eggebø, 2016; Selin et al., 2009).

Mangel på en klar definisjon av langsom fremgang og fravær av konkrete prosedyrer for når oxytocin er indisert, kan føre til at utøvende praksis er et resultat av den enkelte lege eller jordmors holdninger. Studien ønsket derfor å kartlegge jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler og se disse i relasjon til arbeidssted og arbeidserfaring.

Studien har et observasjonelt design gjennomført via en tverrsnittstudie der vi samlet inn spørreskjemaer ved fødeavdelingen på to store sykehus på Østlandet.

Som det er presentert i artikkelen viser studien at 65% av jordmødrene er enige i påstanden om at det brukes for mye oxytocin i normale fødsler. Da jordmødrene skulle anslå hvor mange førstegangsfødende som trenger stimulering og hvor mange de anslår at faktisk får stimulering, anslo de at mange flere får oxytocin enn det som er nødvendig (tabell 2 i artikkel).

Det var også signifikante forskjeller mellom de to sykehusene. Ved sykehus A anga jordmødrene en signifikant større andel av andregangsfødende som trengte oxytocinstimulering enn på sykehus B ( $p=0,025$ ) (tabell 2 i artikkel). Jordmødre på sykehus B var i større grad enig i at det brukes for mye oxytocin hos normale førstegangsfødende enn på sykehus A ( $p<0,001$ ) (tabell 3 i artikkel). Jordmødre med mindre enn tre års erfaring var også i større grad enig i at det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering sammenlignet med jordmødre med mer enn tre års erfaring ( $p<0,001$ ) (tabell 4 i artikkel).

Med bakgrunn i signifikante forskjeller i holdninger til oxytocinbruk i fødselen antas det at arbeidsstedets kultur påvirker jordmødrenes holdninger.

## 3.0 TEORI

I teorikapittelet beskrives elementer som belyser tematikken og ulike aspekter i problemstillingen. Begrepene «normal fødsel» og «fremgang i fødsel» samt oxytocinets egenskaper og bivirkninger som medikament blir presentert. Aktuelle holdningsteorier beskrives og resultater fra relevante studier presenteres.

### 3.1 Normal fødsel

Hva som kan defineres som en normal fødsel, diskuteres i fagmiljøet. Har man for strenge krav vil nesten ingen fødsler i Norge være normale (Albrechtsen, Bergsjø, Heimstad & Maltau, 2015). Det er stort sett enighet om at induksjon og operative forløsninger ikke kan regnes som normale fødsler. Mindre intervensjoner, som for eksempel oxytocinstimulering, defineres verken som normalt eller unormalt (Børdahl, 2006). Likevel presiserer Verdens helseorganisasjon, WHO, at målet med fødselsomsorg er at mor og barn skal komme ut av fødselen på en trygg måte med minst mulig intervensjoner. Det skal være gode grunner for å blande seg inn i den naturlige prosessen (World Health Organization, 1996).

Verdens helseorganisasjon har følgende definisjon:

We define normal birth as: spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition (World Health Organization, 1996, s. 4).

Vår studie kartlegger jordmødrenes holdninger til oxytocinstimulering i de fødslene som i utgangspunktet er normale. Vår avgrensning og definisjon av normal fødsel i kapittel 1.2.2 er basert på WHO sin definisjon slik den er angitt her.

### 3.2 Fremgang i fødsel

Å definere normal fremgang i fødsel, er en utfordring. Det vil alltid være store biologiske og/eller fysiologiske variasjoner. Flere har allikevel forsøkt å lage en definisjon for å kunne avdekke eventuelle avvik tidlig samt gi beslutningsstøtte for eventuelle tiltak (Walsh, 2012). Emanuel Friedman var den første som systematisk registrerte cervixdilatasjon over tid. I to studier fra 50-årene undersøkte Friedman lengden av de forskjellige fasene i en fødsel, og utarbeidet en sigmoid formet kurve som fulgte åpningen av cervix og nedtrengningen av barnets hode i bekkenet (Friedman, 1954, 1955). I 1970-1980-årene ble det vanlig å føre partogram, hvor cervixdilatasjon og barnehodets nedtrengning i bekkenet blir ført på et skjema, der normal fremgang ofte ble definert som 1 cm per time (Walsh, 2012). Partogrammene fikk varsellinjer og tiltakslinjer og har hatt stor innflytelse på hvordan jordmødre og obstetrikere forholder seg til fremgang og oppstart av tiltak, som for eksempel amniotomi og oxytocinstimulering (Walsh, 2012).

Flere studier har senere utfordret Friedmans teorier om progresjon i fødsel. Blant andre har Zhang med flere samlet data og gjort store studier med fokus på de forskjellige fasene i fødsel (Ehsanipoor & Satin, 2016; Zhang et al., 2010). I kurven Zhang og medarbeidere utarbeidet er det en mer gradvis økning i hastigheten på cervixdilatasjon gjennom fødselsforløpet, og først når cervix åpningen er 5-6 cm nås en åpningshastighet med 1 cm/t (Zhang et al., 2010). Denne kurven vil dermed flytte mange fødsler over i gruppen normale fødsler sammenlignet med partogrammet beskrevet ovenfor.

På grunn av manglende konsensus på hva langsom fremgang er, har man ikke tall på forekomsten. En studie antyder likevel at opptil en tredjedel av førstegangsfødsler kan defineres som fødsler med langsom fremgang (Kjaergaard, Olsen, Ottesen & Dykes, 2009). Selv om fødeavdelinger har sine egne definisjoner på langsom fremgang og har prosedyrer for når man skal starte stimulering, er det vist i flere studier at kvinner blir stimulert uten at de fyller kriteriene (Bernitz et al., 2014; Selin et al., 2009).

### 3.3 Oxytocin

I naturlig form blir hormonet oxytocin utskilt fra hypothalamus og transportert til hypofysens bakre lapp som gir signal til glatt muskulatur om å trekke seg sammen. Myometriet har reseptorer som reagerer på oxytocin ved kontraksjoner i uterus. Oxytocinnivået hos kvinner øker 5-10 ganger under svangerskapet og nivået er høyest under fødsel (Rimmer, 2014).

Syntetisert oxytocin er et svært potent legemiddel. Det brukes i dag både for å indusere fødsler, for å stimulere til fremgang i fødsel og for å forebygge eller behandle blødninger i etterbyrdsfasen (Budden, Chen & Henry, 2014; Bugg, Siddiqui & Thornton, 2013; Mousa, Blum, Abou El Senoun, Shakur & Alfirevic, 2014).

Oxytocinets alvorligste bivirkning er hyperstimulering av uterus som kan føre til uterusruptur eller asfyksi hos barnet (Rimmer, 2014). En svensk studie som kartla asfyksiskader grunnet feilbehandling, fant at i 71% skyldtes utfallet uforsiktig bruk av oxytocin (Berglund, Grunewald, Pettersson & Cnattingius, 2008). En annen bivirkning er at det har antidiuretisk effekt hos kvinnen som kan føre til forstyrrelser i væskebalansen og elektrolytter. Ved intravenøse boluser, kan det da gi hypotensjon og tachykardi hos kvinnen (Dudley, 1997; Rimmer, 2014).

Den syntetiserte formen av oxytocin ble oppdaget i 1953 av Du Vigneud med flere, og de vant Nobel pris i kjemi for sitt arbeid i 1955 (Dudley, 1997). Bruk av oxytocin ble «popularisert» i 1960-årene som en del av pakken «active management of labour» med et håp om å redusere sectio-raten og forhindre protrauerte forløp (Bugg et al., 2013; O'driscoll, Jackson & Gallagher, 1969). Siden 1960-årene har maternell karakteristikk og obstetrisk praksis endret seg mye. Kvinner som føder er eldre, har høyere BMI, får oftere epidural, stimuleres hyppigere med oxytocin og flere induseres. Både høy alder, høy BMI og epiduralbedøvelse er blitt assosiert med lengre fødsler (Laughon, Branch, Beaver & Zhang, 2012).

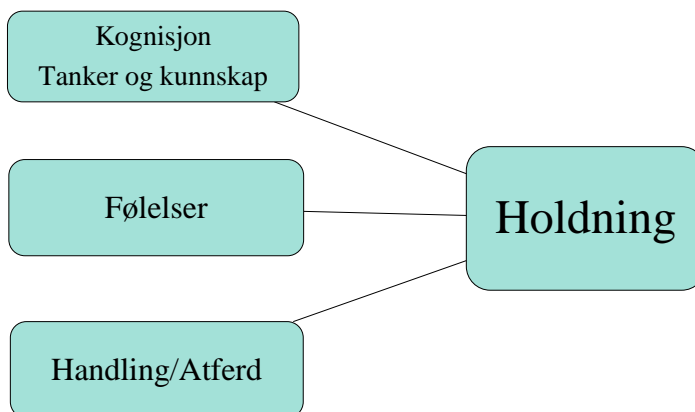
I 2013 kom en Cochrane-artikkel som hadde inkludert åtte randomiserte kontrollerte studier som involverte 1338 førstegangsfødende med et lavrisikosvangerskap, ett barn i hodeleie og spontan fødselsstart (Bugg et al., 2013). Her ble det sammenlignet oxytocinstimulering versus placebo eller ingen behandling og tidlig oxytocinstimulering versus sen. Denne studien konkluderer med at tidlig oxytocinstimulering fører til en reduksjon i varigheten på fødselen med omtrent to timer, men gir ikke færre vaginale instrumentelle forløsninger. Det ga heller ingen endring i sectoraten. Tidlig oxytocinstimulering resulterte også i hyppigere forekomst av hyperstimulering av uterus, som igjen påvirket fosterets hjerterytme. Det førte likevel ikke til endring i utkomme for mor og barn (Bugg et al., 2013).

### 3.4 Holdninger

Flere teorier er laget rundt hva holdninger er, hvordan de oppstår og hvordan de påvirker handlingene våre. Vi har her brukt teorier fra sosialpsykologien som grunnlag for å forstå og tolke holdninger.

En måte å definere holdninger på er: «En holdning er en predisposisjon til å oppfatte, føle, tenke og handle på bestemte måter i forbindelse med et gitt objekt.» (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010, s. 234). I denne studien ble det spurt om holdninger til en behandling som blir gitt på fødeavdelingen. Mennesker som arbeider i en organisasjon utvikler ofte felles holdninger til virksomhetens aktivitet. Personalet i en fødeavdeling utvikler på samme måte holdninger til behandlingen som blir utført ved avdelingen. Holdningene kan igjen påvirke behandlingspraksis, og i dette tilfellet kan altså jordmødres holdninger til oxytocinstimulering få betydning for den behandlingen kvinnene får (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010).

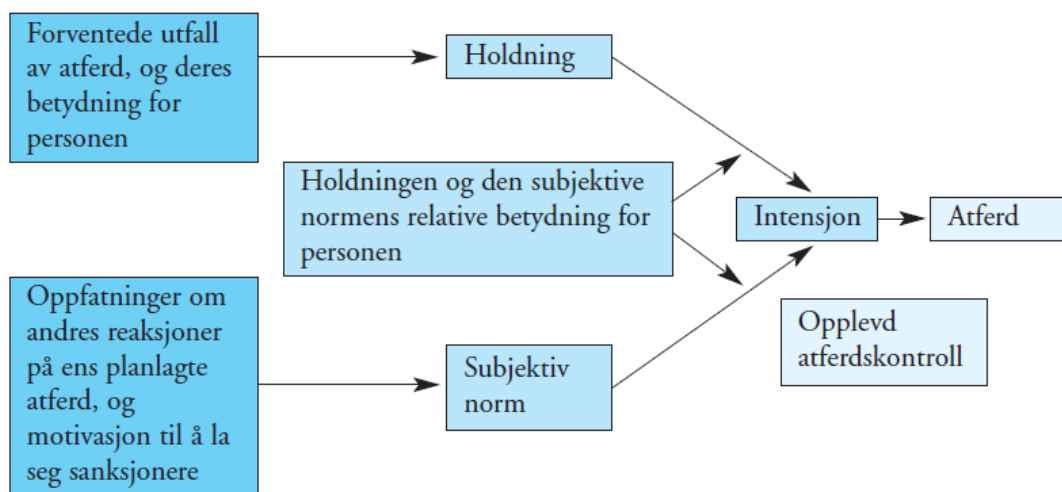
Definisjonen som er nevnt her, bygger på en teori om at en holdning skapes av tre komponenter: en kognitiv komponent, en følelseskomponent og en handlingskomponent, se figur 3.1 (Rosenberg & Hovland, 1960). Alle disse kan igjen deles inn i grader, i positiv eller negativ retning. Ved de ulike holdningene vil det også variere hvilke av komponentene som veier tyngst. Noen holdninger vil for eksempel være mer basert på følelser enn på det kognitive og motsatt (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010). Tidligere har man trodd at man bare kan ha en holdning til et objekt, idé eller verdi; enten positiv, nøytral eller negativ. Dette viser seg å kanskje være litt for enkelt. Når man endrer holdning, vil den nye holdningen kanskje overstyre, men ofte ikke erstatte den gamle (Ajzen, 2001).



Figur 1. Trekomponentsmodellen

Holdninger predikerer handling og oppførsel (Ajzen, 2001). Dersom man er sterkt positiv eller negativ til et objekt ut fra den kognitive komponenten, vil man sannsynligvis føle og handle etter det. Men det kan også skje at sterke positive eller negative følelseskomponenter og kognitive komponenter ikke gir utslag i handling (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010).

Selv om holdninger predikerer atferd, viser studier at det også ofte kan være store avvik mellom holdninger som blir uttrykt og den faktiske atferden. I 1975 ble det utviklet en teori av Martin Fishbein og Icek Ajzen som forklarer forholdet mellom holdninger, intensjoner og atferd, «theory of reasoned action», eller «teori om overveid handling», som den kalles på norsk (Fishbein & Ajzen, 1975). Denne teorien bygger på en antagelse om at det er sterkere sammenheng mellom intensjon og handling enn mellom holdning og handling. Holdningen kan påvirke intensjonen, men sosiale normer og hva man opplever av andres forventninger vil også kunne påvirke en persons intensjoner og dermed dens adferd (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010).



Figur 2. Teori om overveid handling. Figuren er hentet fra (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010, s. 240). Trykt med tillatelse.

## 4.0 METODE OG MATERIALE

I dette kapitlet beskrives studiens metode og de valg vi har gjort for å kunne besvare problemstillingen. Vi vil beskrive materialet og utvalget i forhold til design av oppgaven. Her beskrives hvordan vi har utarbeidet og distribuert spørreskjemaet, og hvordan vi har samlet inn, analysert og bearbeidet data.

### 4.1 Valg av design

Studiens formål er å frembringe kunnskap om jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler ved to store fødeinstitusjoner. Målet var å kartlegge disse holdningene hos flest mulig jordmødre for å få et stort nok materiale til å avdekke eventuelle holdningsmønstre hos jordmødrene i institusjonene. Det ble derfor valgt en kvantitativ tilnærming.

Tverrsnittstudie ble valgt fordi det er en egnet metode for å gjøre en undersøkelse hos en utvalgt populasjon på et gitt tidspunkt (Magnus & Bakketeig, 2013; Polit & Beck, 2017). I dette tilfellet ble jordmødres holdninger kartlagt gjennom et spørreskjema over en avgrenset periode. Designet var ikke ment å gi dybdekunnskap eller beskrive årsaksforhold, men valgt for å kunne gi et innblikk i hvordan jordmødre tenker og beskrive assosiasjoner mellom ulike faktorer og deres holdninger (Magnus & Bakketeig, 2013; Münster, 2011).

### 4.2 Materiale og utvalg

#### 4.2.1 Begrunnelse for utvalg av sykehus og jordmødre

Utvalget blir beskrevet i oppgavens artikkel. På grunn av oppgavens omfang og begrenset tidsramme ble det besluttet å inkludere kun to sykehus på Østlandet til denne studien. Sykehus som var inkludert i andre studier relatert til oxytocin eller fødselens forløp ble ekskludert. Andre hensyn som ble tatt, var et ønske om å inkludere flest mulig jordmødre. To store fødeinstitusjoner ble derfor valgt for å kunne nå mange jordmødre. Ved begge sykehus var det jordmorstyrte avdelinger der det ikke gis oxytocinstimulering. Disse ble derfor ekskludert fra undersøkelsen. Ved det ene sykehuset var det to fødeavdelinger med hver sin avdelingsledelse. Totalt tre fødeavdelinger ble derfor inkludert. Et mål om en svarprosent på 65% ble satt for å minske seleksjonsbias som kan vanskeliggjøre generalisering (Polit & Beck, 2017).

#### *4.2.2 Innhenting av statistikk fra sykehusene*

Som vist i artikkelen ble det innhentet data om det faktiske antall kvinner med spontan fødselsstart som ble stimulert med oxytocin fra de aktuelle sykehusenes statistikkmodul over en periode på fem måneder. Dette ble gjort for å se om studien samsvarte med de reelle tallene for stimulering i statistikken. Det ble gitt tillatelse fra avdelingslederne til uthenting av data, og bare oppsummert statistikk uten personopplysninger ble benyttet i studien.

Sykehusene bruker samme dokumentasjonssystem. Ved sykehus B var det gjort noen endringer i systemet som gjorde det umulig å avslutte fødselen i dokumentasjonssystemet uten at man krysset av for om det ble brukt oxytocin eller ikke. På sykehus A, kan man gå videre i systemet uten å krysse av for dette. Det er mulig at det her kan foreligge en feilkilde i form av underrapportering ved sykehus A som følge av systemets mulighet for å hoppe over det aktuelle registreringspunktet.

Dataene fra sykehusenes statistikkmodul og manuell opptelling ved sykehus B av oxytocinbruk hos førstegangsfødende, ett barn i hodeleie og spontan fødselsstart til termin ved sykehus B, blir presentert i artikkelens innledning.

#### *4.2.3 Presentasjon av prosedyrene ved de to sykehusene*

Begge sykehusene har prosedyrer når det gjelder langsom fremgang og stimulering av rier, se vedlegg 4 og 5. Disse prosedyrene har mange likheter, men sykehus B har ingen klar definisjon på hva langsom fremgang er. Sykehus A definerer dette som når mormunnsåpning krysser tiltakslinjen. Begge sykehus anbefaler amniotomi når det har gått to timer uten fremgang. Ved sykehus B skal det konfereres med ansvarshavende jordmor før oppstart av oxytocinstimulering for å hindre at det blir gitt på feil indikasjon. Begge prosedyrene anbefaler andre tiltak for å få fremgang i fødsel. Prosedyrene presiserer at det er viktig med kontinuerlig overvåkning av fosteret og riene ved bruk av oxytocin.

Sykehus B var med som en del av et gjennombruddsprosjekt i regi av Legeforeningen i 23 uker i 2014/2015, se vedlegg 3. Dette var et prosjekt med hovedmål å redusere sectiofrekvensen, og et delmål var å redusere oxytocinstimulering. For å oppnå dette implementerte de oxytocin sjekklister, se vedlegg 5.



### 4.3 Utvikling av spørreskjema

Spørreundersøkelse er en systematisk metode for å samle inn data fra et utvalg personer for å gi en statistisk beskrivelse av den populasjonen utvalget er trukket fra (Ringdal, 2013).

Spørreskjemaet er utgangspunktet for hvilke resultat man får, og utviklingen av dette er derfor viktig (Johannessen, 2009; Polit & Beck, 2017). Det ble gjort forsøk på å finne spørreskjema som var validerte, men det ble ikke funnet andre studier med samme tema og metode og et eget spørreskjema måtte derfor utvikles. Faglitteratur på området ble gjennomgått, to kvalitative studier på temaet ble funnet (Blix-Lindström et al., 2008; Ekelin et al., 2015), og elementer fra denne litteraturen ble brukt for å lage påstander til skjemaet.

Spørreskjemaets utforming er beskrevet i artikkelen. Under utarbeidelsen var det viktig at skjemaet skulle ha et nøytralt og enkelt språk, og at det skulle være «selvforklarende», slik at det ikke skulle være tvil om hvordan det skulle fylles ut (Polit & Beck, 2017; Ringdal, 2013). Flere utkast ble laget. Det ble diskutert med veileder, og medstudenter ble brukt som pilot for å sikre face validity.

Spørreskjemaet i sin helhet finnes som vedlegg 1.

#### 4.3.1 Variabler

Bakgrunnsvariabler ble valgt ut fra hva som kunne være relevant for å belyse hensikten. Det ble forsøkt å holde antall bakgrunnsvariabler til et minimum for å sikre informantenes anonymitet (Polit & Beck, 2017; Ruyter, Førde & Solbakk, 2014).

For å kartlegge holdninger, gikk vi ut fra teori om holdninger som sier at en holdning ofte baseres på tre komponenter; den kognitive, følelseskomponenten og handlingskomponenten (Rosenberg & Hovland, 1960). I flere av påstandene er det flere komponenter som berøres. For å kartlegge deres kunnskap ble det for eksempel spurt om hvor stor andel av fødekvinner de trodde trengte og fikk oxytocin, og om de var enige i ulike påstander om hva formålet med oxytocinstimulering er. For å kartlegge følelseskomponenten ble jordmødrene spurt om de var enige i påstander som blant annet handlet om fødselsopplevelse og om de var enige i retningslinjene ved sin avdeling. Handlingskomponenten ble belyst ved for eksempel å spørre om de ville konferere med kollegaer før oppstart av oxytocin og om de mente at førstegangs fødende burde ha veneflon (PVK).

#### 4.4 Gjennomføring og innsamling av data

Forespørsel om å få gjøre datainnsamlingen ble gjort via e-post til avdelingslederne ved de aktuelle fødeavdelingene. Her ble informasjonsskriv, spørreskjema og prosjektbeskrivelse sendt ved. Så snart vi hadde fått godkjennelse fra NSD, avdelingsledelsen og personvernombudene, fikk avdelingslederne detaljert informasjon om hvordan datainnsamlingen ville skje og det ble avtalt tidspunkt for oppstart.

På oppstartdagen, 30. juni ved sykehus B og 31. juni ved sykehus A, møtte begge prosjektansvarlige studenter opp på alle avdelingene. På pauserommet ble det lagt frem skjemaer, hengt opp plakat om prosjektet og satt fram en lukket svarboks til ferdig utfylte spørreskjema. Ledelsen på avdelingene sendte ut informasjon om prosjektet til alle jordmødrene på e-post. Etter oppstart valgte vi å ha ansvar for hvert vårt sykehus i den videre oppfølgingen. Prosjektansvarlige møtte opp ved lunsjtid og vaktskifter tre til fem ganger per uke i datainnsamlingsperioden for å informere om prosjektet og oppfordre jordmødrene til å fylle ut skjemaer. Sjokolade, kake og frukt ble delt ut som oppmuntring. I utgangspunktet ble det planlagt å bruke to uker på innsamlingen, men perioden ble forlenget med en uke for å høyne svarandelen.

#### 4.5 Dataanalyse

Dataene ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet IBM SPSS (Statistical Package for Social Science) versjon 23. De kategoriske variablene fra spørreskjemaet ble rekodet til tallverdi, og på bakgrunn av dette ble det laget en kodebok.

##### 4.5.1 Registrering og «vasking» av data

Dataene ble registrert og dobbeltkontrollert av forfatterne. Det ble funnet noen feil ved stikkprøver og alle skjema ble da sjekket igjen og feilene rettet opp. SPSS ble også brukt for å «vaske» dataene, altså sjekke for eventuelle feil, med deskriptiv statistikk. Kontinuerlige variabler ble sjekket for maximum- og minimumverdier, gjennomsnittsverdier og missing data. Kategoriske variabler ble sjekket med frekvenstabeller. På denne måten var det mulig å kontrollere at ingen verdier var utenfor mulige verdier og at gjennomsnittsverdier og missing data var realistiske (Altman, 2016; Pallant, 2016). Ingen flere feil ble da funnet.

#### 4.5.2 Missing data

På noen skjema var det et eller flere felt som ikke var fylt ut – missing data. Materialet var ikke stort nok til å kunne imputere med gjennomsnittsverdi. I de analysene der det var mulighet, ble alternativet «Exclude cases pairwise» valgt (Pallant, 2016).

#### 4.5.3 Omkodning av data

I forkant av analysene ble de følgende variablene omkodet til nye variabler for å kunne besvare problemstillingen (Pallant, 2016).

*Arbeidsted* hadde i utgangspunktet tre kategoriske variabler for de tre fødeavdelingene. De to fødeavdelingene på det ene sykehuset ble omkodet til en variabel slik at man fikk en variabel for hvert av de to sykehusene i studien.

*Utdanningsår*; ved innplotting av data ble det registrert at utdanningsår i stor grad samsvarte med oppgitt antall års erfaring fra fødeavdeling. Det ble derfor besluttet å bruke antall års erfaring videre i analysene og ikke utdanningsår.

*Antall års erfaring fra fødeavdeling* var i utgangspunktet en kontinuerlig variabel. For å kunne sammenligne erfaring opp mot påstandene, ble denne variabelen kategorisert i to kategorier. Som bakgrunn for dette brukte vi teorien til Patricia Benner; «fra novise til ekspert». Hun deler opp erfaring i fem stadier, men presiserer at det alltid vil være individuelle forskjeller. Vi valgte å sette grensen ved tre år, mellom det tredje og fjerde stadiet i Benners inndeling, omtrent der man går fra å være «kompetent utøver» til «kyndig utøver» (Benner & Have, 1995).

*Utdanningsland* ble kodet om til Norge (n=96) og Ikke Norge (n=12).

*Svar på påstander* ble i slutningsstatistikken omkodet fra tre til to kategorier. For å identifisere jordmødre som faktisk kunne si seg enige i påstandene, ble kategorien «enig» sett opp mot kategoriene «uenig» og «hverken enig eller uenig».

#### 4.5.4 Statistiske analyser

*Univariate analyser/deskriptive analyser* ble utført for å beskrive deltagerne i studien og gi en oversikt over hvordan svarene fordelte seg på de ulike variablene i spørreskjemaet (Altman, 2016). Kategoriske variabler ble undersøkt med frekvenstabeller og prosentfordelinger. Kontinuerlige variabler ble undersøkt om de var normalfordelte; at 68% lå innenfor ett standardavvik eller at 95% lå innenfor to standardavvik. Alle kontinuerlige variabler i denne studien gjorde det. De kontinuerlige variablene ble så undersøkt med gjennomsnitt og minimum- og maximumverdier (Altman, 2016)

*Bivariate analyser* undersøker sammenhengen mellom to variabler. Kategoriske variabler kan settes opp i krysstabeller. Når man har en kategorisk og en kontinuerlig variabel, kan man sammenligne gjennomsnittene på verdien til den kontinuerlige variabelen. Dersom begge variablene er kontinuerlig kan man gjøre en korrelasjonsanalyse (Altman, 2016). I denne studien var det flest kategoriske variabler. Det ble sett på hvor stort antall av deltagerne som var enig i påstandene. Det ble også sammenlignet gjennomsnitt der jordmødrene skulle angi prosentandelene i forhold til oxytocinstimulering.

*Slutningsstatistikk* ble brukt for å kunne trekke slutninger om fordelinger blant deltakerne er tilfeldige. Med dette kan man spesifisere usikkerheten og finne ut om resultatet er statistisk signifikant eller ikke (Altman, 2016; Pallant, 2016). I denne studien, med kontinuerlige variabler som var normalfordelte, var det aktuelt å sammenligne gjennomsnitt med t-test. For de kategoriske variablene, der det ble brukt krysstabeller, ble chikvadrattest benyttet. Disse testene gir en p-verdi (Altman, 2016). Dersom det ikke er forskjell mellom to grupper, vil p være lik 1. Jo lavere verdi, desto større er sannsynligheten for at svaret er signifikant. Dersom p-verdien for eksempel er 0,35 er det 35 % sannsynlighet for at svaret beror på tilfeldigheter. Vi har valgt et signifikansnivå på 5% som tradisjonelt ofte blir brukt. Det vil si at en verdi er statistisk signifikant dersom p-verdien ligger på 0,05 eller lavere (Altman, 2016; Pallant, 2016).

*Regresjonsanalyse* brukes når man skal undersøke sammenhenger mellom flere avhengige variabler. I vår studie var de avhengige variablene som skulle undersøkes kategoriske, og logistisk regresjonsanalyse var derfor aktuelt (Altman, 2016). De variablene der det var signifikant forskjell mellom sykehusene ble tatt videre til regresjonsanalysen for å se om det

var mellom sykehusene forskjellen lå, eller om det at jordmødrene hadde flere års erfaring hadde størst betydning.

Odds ratio (OR) ble utregnet i regresjonsanalysen. Odds ratio er forholdet mellom to odds. En odds er i dette tilfellet sannsynligheten for at jordmødrene skal være enig i en påstand i forhold til sannsynligheten for at de ikke er enige. Odds ratio over 1 vil indikere en økning i forekomsten av de enige i forhold til en annen gruppe jordmødre, mens en odds ratio under 1 vil indikere i en redusert forekomst (Magnus & Bakketeig, 2013).

Konfidensintervall utregnet i regresjonsanalysen viser usikkerhet i beregningen. Vi presenterer et 95% konfidensintervall som viser at 95% av verdiene i utvalget ligger innenfor intervallet. Jo bredere konfidensintervall, desto mindre er sannsynlighet for signifikans. Dersom konfidensintervallet ikke krysser verdien 1, tilsier det at det er statistisk signifikans (Altman, 2016).

#### **4.6 Ethiske overveielser**

I denne studien var det nødvendig å innhente en del personopplysninger fra deltakerne. Det var derfor nødvendig med godkjenning fra NSD (Norsk Senter for Forskningsdata, Udatert). Dette ble gitt med forbehold om at informasjonsskrivet tydeliggjorde at alt materiale som skulle publiseres ble anonymisert, se vedlegg 2. Studien ble meldt til personvernombud ved begge sykehus og tillatelse ble innhentet fra de tre avdelingslederne. Spørreskjemaene ble oppbevart innelåst frem til de ble lagt inn på passordbeskyttede pc-er og ble deretter makulert. Datamaterialet slettes når sensur foreligger. I spørreskjemaet ble deltakerne bedt om å gi noen bakgrunnsopplysninger. Dette kunne potensielt føre til gjenkjenning av personer. I alle analyser ble derfor deltakerne delt opp i store grupper slik at enkelt svar ikke blir framstilt og man heller ikke kan gjenkjenne de enkelte personene (Personopplysningsloven, 2000). Som prosjektansvarlige har vi unngått forfalskning, fabrikkering og plagiering og tilstrebet å fremstille materialet og metoden slik at resultatet kan etterprøves (Forskningsetikkloven, 2006).

## 5.0 RESULTAT

I dette kapittelet blir resultatene fra spørreundersøkelsen ved de to sykehusene presentert. Det var totalt 167 jordmødre i drift på de aktuelle sykehusene. Av disse valgte 114 og svare på spørreskjemaet og ble derfor inkludert i studien. Dette utgjorde en samlet svarprosent på 68%. I tabellene viser vi bakgrunnsvariabler og jordmødres antagelser vedrørende dagens oxytocinbruk. Svarene på holdningspåstandene der jordmødrene sa seg enig blir presentert, og disse blir vurdert opp mot jordmødrenes fartstid og arbeidssted. Til slutt blir ulikhetene som ble registret mellom sykehusene vurdert opp mot antall års arbeidserfaring hos jordmødrene ved de to sykehusene.

### 5.1 Beskrivelse av bakgrunnsvariabler

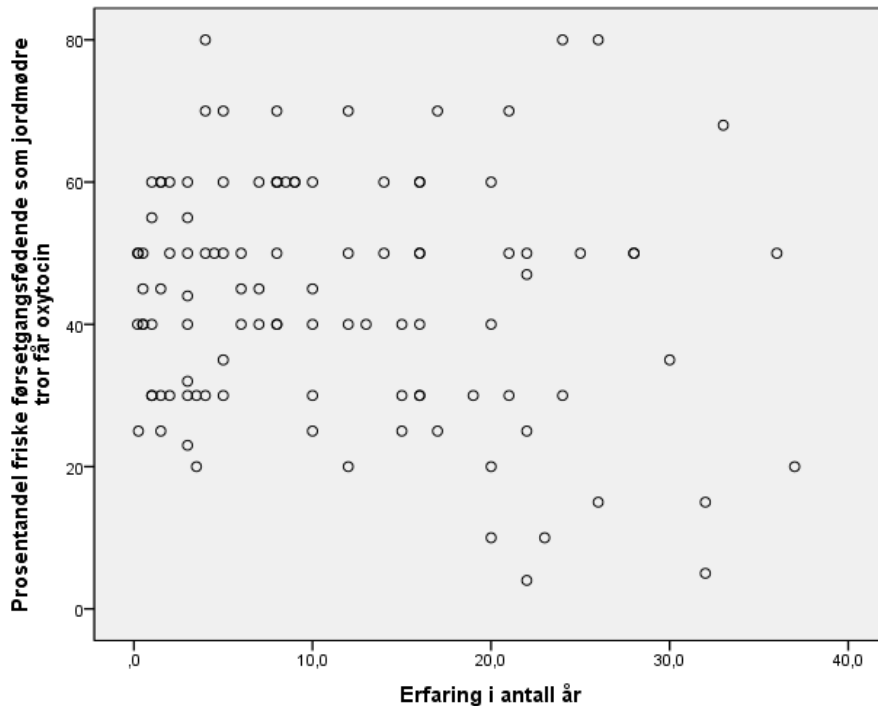
Utvalget består av totalt 114 jordmødre, 32 fra sykehus A og 82 fra sykehus B, se tabell 1 i artikkelen. Sykehus A hadde en svarprosent på 71% og sykehus B 67%. Noen hadde ikke svart på en del av bakgrunnsvariablene og ble da behandlet som missing data. Ved sykehus A har jordmødrene i gjennomsnitt flere års erfaring enn de på sykehus B. Totalt hadde 32 jordmødre til og med 3 års erfaring fra fødeavdeling, mens 78 jordmødre hadde mer enn 3 års erfaring. Nittiseks jordmødre hadde utdannelse fra Norge. Av 12 jordmødre som var utdannet utenfor Norge, var 11 utdannet i Skandinavia og en utdannet i et annet europeisk land. Hele 90 av jordmødrene oppga at de var i fast stilling, mens 19 hadde krysset av for vikar.

### 5.2 Anslått oxytocinbruk

Denne undersøkelsen viser at det er stor variasjon i hva jordmødre tror friske fødende trenger og hva de tror de får av oxytocin i fødsel, se minimum- og maximumverdiene, tabell 2 i artikkelen. Resultatene viser likevel en tendens mot at jordmødrene mener både førstegangs- og andregangsfødende får mer oxytocin enn de trenger. Da det gjaldt førstegangsfødende, var det ingen store forskjeller mellom sykehusene eller mellom hvilken erfaring de hadde. For andregangsfødende, var det derimot signifikante forskjeller mellom sykehus A og B på hva jordmødrene anslo at andregangsfødende trenger av oxytocinstimulering. Jordmødrene med minst erfaring registrerte også lavest anslag med oxytocinstimulering for andregangsfødende, både de som trengte og de som fikk.

Det ble gjort en scatterplot for å se om det kunne være en lineær samvariasjon mellom erfaring som kontinuerlig variabel og jordmødres antagelser om hvor stor prosentandel

førstegangsfødende som får oxytocin, se figur 3. Dette viste ingen tydelig samvariasjon. Derfor ble det heller ikke gått videre med utregning av Pearsons korrelasjonskoeffisient (Pallant, 2016).



Figur 3. Scatterplot over hvor stor prosentandel friske førstegangsfødende som jordmødre tror får oxytocin i fødsel.

### 5.3 Holdninger hos jordmødre

Over halvparten av jordmødrene i denne studien var enige i påstanden om at deres arbeidsplass har prosedyrer som samsvarer med deres holdninger til oxytocinstimulering. Tre av fire jordmødre sa seg enige i påstanden om at det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av stimulering. Fire av fem var enige i at det er en forventning fra leger om å ha progresjon i fødselen, mens bare halvparten var enige i at det er en forventning fra andre jordmorkolleger. Åttifem prosent var uenig i at alle førstegangsfødende burde ha en veneflon (PVK).

Da jordmødrene skulle svare på hva de mente var formålet med oxytocinstimulering, hadde de mulighet til å si seg enig i flere påstander. Nittifem prosent mente at det er for å behandle langsom fremgang, mens 18% mente det er for å forebygge langsom fremgang. Førtito

prosent var uenige i at formålet er å forebygge sectio og 61% mente det er for å fremme spontan fødsel. Nittito prosent av jordmødrene mente at formålet med oxytocinstimulering er å stimulere til sterkere rier, og 77 % mente det er for å stimulere til flere rier. Påstandene der flest jordmødre (9%) ikke hadde krysset av (missing data), var om formålet med oxytocinstimulering er for å forebygge langsom fremgang, for å forebygge sectio og for å korrigere feilinnstilling.

#### **5.4 Sammenligning av holdninger opp mot arbeidsted og erfaring**

I dette utvalget er det en signifikant sammenheng mellom hvilket sykehus jordmødrene jobber på og om de var enige i at det brukes for mye oxytocinstimulering hos normale førstegangsfødende og om det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering, se tabell 3 i artikkelen. Ved sykehus A er det signifikant flere som føler en forventning fra andre jordmødre om progresjon og som mener at feilinnstillinger kan korrigeres med oxytocinstimulering sammenlignet med sykehus B. Alle parameterne som samvarierte med hvilket sykehus jordmødrene arbeidet på var fortsatt signifikante etter at det ble justert for antall års erfaring i regresjonsanalyse, se tabell 4 i artikkelen.

Blant de med minst erfaring, svarte alle at de mente det burde konfereres med andre før man startet med oxytocinstimulering. Dette var en signifikant forskjell fra de med mer enn 3 års erfaring, se tabell 3 i artikkelen.

#### **5.5 Sammenligning av holdninger opp mot utdanningsland og ansettelsesforhold**

Når vi sammenligner jordmødrene som har utdannelse fra andre land og jordmødrene som er utdannet i Norge, er det ingen signifikante forskjeller hverken på deres antakelser om oxytocinbruk eller svarene på holdningspåstandene (tabell 1 og 2).

Alle jordmødre i vikariat var enige i påstanden om at man bør konferere med jordmor eller lege før oppstart av oxytocinstimulering (tabell 2). Dette var signifikant forskjellig fra de jordmødrene som hadde fast stilling. Også når jordmødrene skulle anslå oxytocinbehov og bruk anga vikarene et signifikant mindre behov og bruk av oxytocin til andregangsfødende enn de fast ansatte (tabell 1).



**Tabell 1:** Prosentandeler friske kvinner som jordmødrene tror trenger og får oxytocinstimulering i fødsel. Jordmødrene er først gruppert etter utdanningsland og deretter etter ansettelsesforhold.

	Utdannet i Norge (n=93)	Utdannet i Europa (n=12)	p-verdi*	Vikar (n=18)	Fast ansatt (n=88)	p-verdi*
	Gj.snitt (SA)	Gj.snitt (SA)		Gj.snitt (SA)	Gj.snitt (SA)	
Prosentandel friske førstegangsfødende som jordmødre tror <b>trenger</b> oxytocin	24,3 (15,4)	21,7 (11,5)	0,569	20,3 (10,4)	25,1 (15,8)	0,222
Prosentandel friske førstegangsfødende som jordmødre tror <b>får</b> oxytocin	44,0 (16,6)	44,0 (17,7)	0,997	40,2 (10,9)	44,8 (17,6)	0,157
Prosentandel friske andregangsfødende som jordmødre tror <b>trenger</b> oxytocin	10,9 (9,6)	9,25 (8,1)	0,562	6,1 (2,6)	11,5 (9,9)	0,000
Prosentandel friske andregangsfødende som jordmødre tror <b>får</b> oxytocin	21,4 (14,2)	25,0 (17,3)	0,417	15,00 (8,4)	22,8 (15,3)	0,004

\*P-verdi utregnet fra t-test

SA=standardavvik

**Tabell 2:** Andel jordmødre som har besvart «Enig» på påstandene. Sammenligning mellom de som er utdannet i Norge og ikke og mellom de som er vikarer og fast ansatt.

	Utdannet i Norge	Utdannet i Europa	p-verdi*	Vikar	Fast ansatt	p-verdi*
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Min avdeling har retningslinjer rundt oxytocinstimulering som samsvarer med mine holdninger	58 (63,7)	7 (58,3)	0,963	9 (47,4)	56 (66,7)	0,190
Det brukes for mye oxytocinstimulering hos normale førstegangsfødende	64 (68,1)	6 (54,5)	0,573	14 (77,8)	57 (65,5)	0,462
Det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering	74 (77,9)	8 (66,7)	0,614	19 (100)	65 (73,0)	0,024
Førstegangsfødende bør ha PVK	1 (1,1)	1 (9,1)	0,503	0 (0,0)	3 (3,5)	0,948
Kvinner vil få en bedre fødselsopplevelse med et kortere fødselsforløp	16 (17,4)	3 (27,3)	0,699	3 (15,8)	16 (18,8)	1,000
Det er en forventning fra leger om progresjon i fødselen	80 (86,0)	9 (75,0)	0,567	18 (94,7)	73 (83,9)	0,388
Det er en forventning fra andre jordmødre om progresjon i fødselen	51 (55,4)	5 (45,5)	0,758	12 (63,2)	44 (51,8)	0,518

\*P-verdi utregnet fra X<sup>2</sup>

## 6.0 DISKUSJON

Oppgavens diskusjon består av to deler. Den første delen, kapittel 6.1, vil være en kritisk diskusjon av oppgavens metode, design, validitet og reliabilitet, samt hvordan studien er egnet til å besvare vår problemstilling. I kapittel 6.2 vil vi diskutere våre funn og belyse funnene i forhold til problemstillingen, tidligere forskning og gjeldene praksis.

### 6.1 Metodediskusjon

Deler av metodediskusjonen blir omhandlet i oppgavens artikkel under «styrker og svakheter».

#### 6.1.1 Design

Holdninger er sammensatte og komplekse og det kan derfor være en utfordring å skulle måle og gi et fullstendig bilde med en kvantitativ tilnærming (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2010; Ringdal, 2013). Når det i dette tilfellet var begrenset hvor mange spørsmål som ble stilt og deltakerne fikk få svaralternativ; «enig», «uenig» eller «hverken enig eller uenig», får man sannsynligvis ikke et fullstendig bilde av holdningene. Dette ble diskutert i forkant av undersøkelsen, og vi valgte likevel å utføre det på denne måten fordi vi ønsket å kunne inkludere mange, gi et bredt bilde, men ikke nødvendigvis et grundig bilde av jordmødres holdninger. Ved å dele ut spørreskjema på papir kunne vi nå ut til flere deltagere, og det var også et rimelig måleinstrument som vi enkelt kunne dele ut og samle inn igjen. En tverrsnittsundersøkelse gjennomføres på ett gitt tidspunkt og gir oss data *her og nå*. Vi må derfor ta med i vurderingene at holdninger på arbeidsteder kan endre seg, og det vil være nødvendig med flere studier og studier med en mer kvalitativ tilnærming for å få et mer fullstendig bilde av holdningene. For å kunne si noe om trender i en populasjon må det dessuten utføres flere tverrsnittstudier med samme design og metode (Ringdal, 2013).

#### 6.1.2 Validitet og reliabilitet

Da vi utarbeidet spørreskjemaet gikk vi systematisk frem for å finne eksisterende spørreskjemaer vi kunne bruke eller få inspirasjon fra. Det ville i så fall gjort at vi kunne sammenlignet våre resultater med andre undersøkelser, og det ville sikre validitet og reliabilitet (Polit & Beck, 2017). Vi fant ikke litteratur eller tidligere forskning som kartla holdninger til oxytocin, så vi måtte i stor grad utarbeide spørreskjemaet selv. Hadde vi hatt

mer tid, kunne vi kanskje funnet et validert spørreskjema som kartla holdninger, eller validert spørreskjemaet selv. Det ville ha styrket undersøkelsens reliabilitet. I etterkant av undersøkelsen har vi fått tilbakemeldinger fra jordmødre som deltok der noen var positive til spørsmålene og andre som mente at spørsmålene var dårlig formulert og at det var uklarerheter rundt spørsmålstillingen. Vi ser også at tre spørsmål utpeker seg med en større andel missing data, noe som kan bety at disse ikke var optimalt formulert.

Spørreskjemaet var kort, og det styrker spørreskjemaets reliabilitet og gjør det mindre sannsynlig at deltagerne svarte vilkårlig (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010). Vi hadde utformet et spørreskjema som skulle kunne besvares i løpet av noen få minutter, slik at jordmødrene kunne ha mulighet til å bruke tid på dette i en hektisk arbeidssituasjon. Det kan være at enda bedre informasjon rundt studien ville gjort jordmødrene mer interessert og engasjert til å delta. Etter tre uker med datasamling hadde vi en samlet svarprosent på 68%. Dette mener vi øker studiens reliabilitet.

Undersøkelsens reliabilitet kan svekkes gjennom tilfeldige feil, dette kan være feil i registrering av data i SPSS (Ringdal, 2013). Vi oppdaget noen slike feil ved tilfeldige stikkprøver. Dette førte til at vi kontrollerte hele datasettet på nytt og det ble utført frekvensanalyser på alle variablene i datasettet.

Ekstern validitet sier oss noe om hvorvidt studiens funn kan generaliseres og gjelde utenfor utvalget (Ringdal, 2013). Studien vår har klare begrensninger. Analysene er basert på svar fra en liten gruppe jordmødre ved to sykehus på Østlandet. Når vi skal vurdere om oppgavens funn kan generaliseres til å gjelde utenfor utvalget vårt må vi se på utvalgets størrelse og geografisk spredning. Det at studien bare ble utført ved to sykehus, gjør at det blir vanskelig å generalisere og si at dette gjelder for jordmødre ved andre sykehus. Disse sykehusene er tilnærmet like store med relativ lik fødepopulasjon. Dette gjør at resultatene vanskelig kan generaliseres til å være gjeldene for en større populasjon, og det er lav ekstern validitet. Men det kan si oss noe om tendensene og forskjellene ved disse to sykehusene (Ringdal, 2013).

Vi har begge vært i praksis på fødeavdelingene som er inkludert i studien, noe som vi har vært bevisste på kan ha innvirket på studien. Det at mange av jordmødrene visste hvem vi var, kan ha påvirket deres valg om å fylle ut skjemaet, og hva de svarte kan ha blitt påvirket av at de visste hvem som skulle lese dem.

## 6.2 Diskusjon av funn

Hovedtyngden av funnene er diskutert i oppgavens artikkel. Vi vil her diskutere mer inngående hvordan jordmødres holdninger til oxytocinbruk i fødsel og deres syn på fødsel kan påvirke hverandre. Deretter blir jordmødres holdninger til oxytocinbruk vurdert opp mot utdanningsland og ansettelsesforhold.

### 6.2.1 Jordmødres holdninger og syn på fødsel

I et bredere perspektiv kan jordmødres holdninger til fremgang i fødsel og medikamentell stimulering ses i sammenheng med hvilket syn jordmødre har på fødsel eller hvordan de vurderer risiko i fødsel (Sinclair & Bryar, 2011). I denne studien var de aller fleste jordmødrene (86%) uenige i at førstegangsfødende bør ha PVK (perifer venekanyle), noe som kan tyde på at de ikke er svært risikotenkende. Dette til tross for at Medisinsk fødselsregister viser at av alle fødende i Norge får 34% epidural, 34% får diagnosen langsom fremgang, 9% spontane fødsler ender i akutt keisersnitt og 24% får en blødning på mer enn 500ml (Folkehelseinstituttet, 2016a, 2016b, 2016c). I alle disse situasjonene er det nødvendig å ha en PVK. Sammenligner man med annen akuttsykepleie og med andre pasientgrupper ville man som regel ikke nøle med å legge inn minst en PVK dersom en pasient hadde disse risikofaktorene (Engebretsen, 2015; Haugen, 2014). Det kan derfor se ut til at jordmødrene har med seg tanker om at de ikke skal intervensere mer enn nødvendig, slik som det blant annet også blir presisert i WHO sine retningslinjer (World Health Organization, 1996), og at de i utgangspunktet ønsker å se på fødsel som en naturlig og ikke en medisinsk hendelse.

Det er vist at jordmødre som arbeider ved jordmorstyrte enheter ofte har en annen holdning til risikotenkning og igangsetting av medisinske intervensjoner enn jordmødre ved standardenheter (Mead & Kornbrot, 2004; Wiklund, Wallin, Vikström & Ransjö-Arvidson, 2011). Noen av disse forskjellene kan kanskje begrunnes med kulturforskjeller og grunnleggende syn på eller holdning til fødsel. Men det kan også tenkes at jordmødres holdning til medikalisering endres når man får flere muligheter til å intervensere, for eksempel med nye legemiddel som utvikles eller nytt utstyr som blir tilgjengelig (Mead & Kornbrot, 2004). Når man da har oxytocin som kan korte ned fødselsforløpet, og det kanskje senere utvikles nye medikament eller teknikker som er enda mer effektive, kan det være at man bør reflektere over hvordan det påvirker synet på fødsel, hva det kan tilføre og hva det kan ta bort.

Innad blant standardenheter som tar imot både lavrisiko- og høyrisikofødende er det også store ulikheter på hvor mye oxytocin som blir brukt (Oscarsson et al., 2006). Her ligger kanskje jordmødres og fødselslegers holdninger til grunn.

Sekstien prosent av jordmødrene var enige i at avdelingens retningslinjer samsvarer med deres egne holdninger. Det vil si at en forholdsvis stor andel var uenige eller hverken enig eller uenig. Det ville styrket studien om det hadde vært flere oppfølgings spørsmål til påstanden. Her får vi ikke svar på om de som ikke svarte enig mener retningslinjen er for restriktiv eller proaktiv i forhold til deres egne holdninger. Begge sykehusene har retningslinjer som er mer proaktive enn WHO's anbefaling om å ha tiltakslinjen fire timer etter aksjonslinjen som er 1 cm per time (World Health Organization, 2014). Sykehusene anbefaler tiltak når det har gått to timer uten fremgang, se vedlegg 4 og 5. Walsh (2012) viser til flere studier som har vist at kvinner kan oppleve et «platå» i fødselen der riene og fremgangen stopper opp før det tar seg opp igjen. I tillegg har karakteristikken for fødekvinne endret seg de siste tiårene. Kvinnene er eldre, har høyere kroppsmasseindeks og får hyppigere epidural enn tidligere, faktorer som assosieres med langsom fremgang i fødsel (Laughon et al., 2012). Det kunne derfor vært interessant å spørre jordmødrene om deres holdninger til fremgang i fødsel og om de ville sette en grense for hva som er normalt.

### *6.2.2 Jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler sett opp mot utdanningsland*

En liten andel, tolv jordmødre, oppga at de ikke var utdannet i Norge, og det var ingen signifikante forskjeller på hva jordmødrene svarte ut fra om de var utdannet i Norge eller ikke. Med et større utvalg, kunne kanskje noen forskjeller bli avdekket. I vår studie så vi også at det var få forskjeller i holdningene mellom de nyutdannede og de mer erfarne jordmødrene. Det kan kanskje tyde på at utdanningene ikke fokuserer så mye på holdninger til oxytocinbruk, eller at utdanning uansett ikke har så mye påvirkningskraft, fordi det er normer ved arbeidsstedet som er den viktigste prediktoren for hvilke holdninger man utvikler. Ut fra vårt spørreskjema, kom det heller ikke frem hvor lenge jordmødrene hadde arbeidet i Norge eller om de kanskje kun hadde arbeidserfaring fra Norge. Å vite mer om hvor de har arbeidserfaringen fra, kunne kanskje gitt nyttig informasjon når man skal se på sammenhenger mellom jordmødres holdninger og hvilke land de er utdannet i.

### *6.2.3 Jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler sett opp mot ansettelsesforhold*

Signifikante resultater ble funnet både for de jordmødrene som var vikarer og de som var fast ansatt. Samtidig ser vi at vikarene har kortere gjennomsnittserfaring enn de fast ansatte, og at deres svarprofil ligger tettere opp mot de relativt nyutdannede enn mot de mer erfarne jordmødrene. Spørreskjemaet spurte ikke om de som var vikarer hadde faste vikariat ved arbeidsstedet eller om de var innleide vikarer for en kortere periode. Hadde det vært innleide vikarer kunne man kanskje forvente seg at de kom fra andre sykehus med andre kulturer som kunne ha påvirkning. I en studie fra et norsk sykehus i 2002 ble det vist at vikarer stimulerte i signifikant større grad flergangsfødende enn de fast ansatte gjorde (Blix et al., 2002). Dette kan igjen vise til at kultur ved arbeidsstedet man kommer fra påvirker jordmødre, men at flere studier er nødvendig for å kartlegge dette grundigere.

### *6.2.4 Kan jordmødres holdninger endres?*

Ut fra vår studie kan det se ut til at prosjekt som fokuserer på å redusere oxytocinbruken har effekt på jordmødres holdninger. Vi kartla ikke holdningene før gjennombruddsprosjektet ved sykehus B, noe som kunne vært interessant for å se om det var holdningsskapende. Ut fra vår studie, kunne vi ikke finne andre momenter som påvirket jordmødrene ved to sykehus som i utgangspunktet var så like. Det å endre holdninger innebærer som regel ikke at den gamle holdningen erstattes helt. Den nye holdningen vil overstyre, men elementer fra den gamle vil ofte være med (Ajzen, 2001). Det er vist at man kan redusere oxytocinbruk ved å innføre strengere prosedyrebruk (Clark et al., 2007; Rossen et al., 2016), men om dette er et resultat som vedvarer, eller om det over tid vil gå tilbake til slik det var før implementeringen startet, er ikke studert. Blix-Lindstrøm med flere (2006) fant ved sine intervju av jordmødre at en følelse av profesjonell autonomi rundt avgjørelser om oxytocinstimulering skulle startes, var viktig for deres tilfredshet i arbeidet. Det kan derfor tenkes at jordmødre vil oppleve det problematisk å ha svært standardiserte prosedyrer der de føler at de ikke kan gjøre individuelle vurderingene.

## 7.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å få innsikt i hvilke holdninger jordmødre har til bruk av oxytocin i normale fødsler. Vi ønsket å se om jordmødrenes bakgrunn hadde påvirkning på hvilke holdninger som ble uttrykt. Et flertall av jordmødrene i denne studien var enige i påstanden om at det brukes for mye oxytocinstimulering i normale fødsler. Jordmødrene angir også at de er enige i at det er en forventning fra leger om progresjon i fødsel, noe som kan antyde at leger noen ganger er pådrivere for å starte stimulering.

I dette utvalget av jordmødre er det en tendens til at arbeidssted og erfaring var faktorer som syntes å påvirke holdningene. Jordmødre fra sykehus A var i større grad enige i at det var en forventning fra andre jordmødre om progresjon i fødselen og de var i mindre grad enige i at det brukes for mye oxytocinstimulering hos normale førstegangsfødende, og de var også i mindre grad enige i at det bør konfereres med annen jordmor eller lege før oppstart av oxytocinstimulering. Disse ulikhetene kan kanskje forklares med gjennombruddsprosjektet som ble avsluttet ved sykehus B et år før denne datainnsamlingen ble gjennomført, og det antyder også at prosjekt kan være holdningsskapende.

Alle jordmødre med inntil tre års erfaring var enige i påstanden om at det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering. Det er naturlig med tanke på at erfaring og mengdetrening er viktig i for å kunne analysere fødselsfremgang. Vi ser de samme tendensene hos jordmødrene som har opplyst at de er vikarer. Det er en overvekt av nyutdannede i gruppen av vikarer.

Innenfor tematikken om holdninger til oxytocinstimulering tenker vi at det ville vært nyttig med flere lignende studier på andre sykehus og kanskje følge holdningene med trendanalyser over tid. Flere kvalitative studier kan også utdype problemstillingen ytterligere. Vi mener at det også vil være interessant å undersøke legers syn på fødselsfremgang og oxytocinstimulering.

## Litteratur

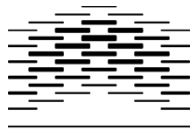
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.27
- Albrechtsen, S., Bergsjø, P., Heimstad, R. & Maltau, J. M. (2015). Den normale fødselen. I K. Molne, B.-I. Nesheim, J. M. Maltau & P. Bergsjø (red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg., s. 187-202). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Altman, D. G. (2016). *Practical statistics for medical research* (2. utg.). London ; New York: Chapman and Hall.
- Benner, P. & Have, G. (1995). *Fra novise til ekspert : Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Berglund, S., Grunewald, C., Pettersson, H. & Cnattingius, S. (2008). Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in sweden 1990–2005. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 316-323. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01602.x
- Bernitz, S., Oian, P., Rolland, R., Sandvik, L. & Blix, E. (2014). Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*, 30(3), 364-370. doi: 10.1016/j.midw.2013.03.010
- Blix-Lindström, S., Johansson, E. & Christensson, K. (2008). Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery*, 24(2), 190-198. doi: 10.1016/j.midw.2006.12.002
- Blix, E., Pettersen, S. H., Eriksen, H., Røyset, B., Pedersen, E. H. & Öian, P. (2002). Use of oxytocin augmentation after spontaneous onset of labor. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(14), 1359-1362.
- Brochs-Haukedal, W. & Bjørvik, K. I. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi* (8. utg.). Oslo: Cappelen akademisk.
- Budden, A., Chen, L. J. Y. & Henry, A. (2014). High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(10), 1-55. doi: 10.1002/14651858.CD009701.pub2
- Bugg, G. J., Siddiqui, F. & Thornton, J. G. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane database of systematic reviews*, 2013(6), 1-55. doi: 10.1002/14651858.CD007123.pub3
- Børdahl, P. (2006). *Jordmorstyrte fødestuer* (vol. nr. 16-2006). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Clark, S., Belfort, M., Saade, G., Hankins, G., Miller, D., Frye, D. & Meyers, J. (2007). Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: Maternal and newborn outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(5), 480.e481-480.e485. doi: 10.1016/j.ajog.2007.08.026
- Dudley, D. J. (1997). Oxytocin: Use and abuse, science and art. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40(3), 516-524. hentet fra [http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Fulltext/1997/09000/Oxytocin\\_\\_Use\\_and\\_Abuse,\\_Science\\_\\_and\\_Art.9.aspx](http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Fulltext/1997/09000/Oxytocin__Use_and_Abuse,_Science__and_Art.9.aspx)
- Ehsanipoor, R. M. & Satin, A. J. (2016). Overview of normal labor and protraction and arrest disorders. *UpToDate*. Hentet 5. mai 2016 fra [http://www.uptodate.com.ezproxy.hioa.no/contents/overview-of-normal-labor-and-protraction-and-arrest-disorders?source=search\\_result&search=oxytocin&selectedTitle=6%7E123](http://www.uptodate.com.ezproxy.hioa.no/contents/overview-of-normal-labor-and-protraction-and-arrest-disorders?source=search_result&search=oxytocin&selectedTitle=6%7E123)



- Ekelin, M., Svensson, J., Evehammar, S. & Kvist, L. J. (2015). Sense and sensibility: Swedish midwives' ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labour augmentation. *Midwifery*, 31(3), e36-e42. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.006
- Engebretsen, S. (2015). Sykepleie til pasienter i akuttmottak. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 701-718). Oslo: Cappelen Damm.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading Massachusetts: Addison-Wesley.
- Folkehelseinstituttet. (2016a). F9a/i3: Komplikasjoner under fødselen. 2014. Hentet 15. okt 2016 fra <http://statistikk.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2016b). F10c-1/i2b-1: Keisersnitt. 2014. Hentet 15. okt 2016 fra <http://statistikk.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2016c). F10d/i6: Anestesi/analgesi. 2014. Hentet 15. okt 2016 fra <http://statistikk.fhi.no/mfr/>
- Forskningsetikkloven. (2006). Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (forskningsetikkloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskningsetikk>
- Friedman, E. A. (1954). The graphic analysis of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 68(6), 1568-1575. doi: 10.1016/0002-9378(54)90311-7
- Friedman, E. A. (1955). Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 6(6), 567-589.
- Haugen, J. E. (2014). De første livreddende tiltakene. I J. E. Haugen (red.), *Akuttmedisinsk sykepleie* (3. utg., s. 31-45). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til spss : Versjon 17* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kjaergaard, H., Olsen, J., Ottesen, B. & Dykes, A. K. (2009). Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(4), 402-407. doi: 10.1080/00016340902811001
- Laughon, S. K., Branch, D. W., Beaver, J. & Zhang, J. (2012). Changes in labor patterns over 50 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(5), 419.e411-419.e419. doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.003
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2013). *Epidemiologi* (4 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mead, M. M. P. & Kornbrot, D. (2004). The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*, 20(1), 61-71. doi: 10.1016/S0266-6138(03)00054-8
- Mousa, H. A., Blum, J., Abou El Senoun, G., Shakur, H. & Alfirevic, Z. (2014). Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(2), 1-134. doi: 10.1002/14651858.CD003249.pub3
- Münster, K. (2011). Spørgekemaundersøgelser. I L. Koch & S. Vallgård (red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4 utg., s. 283-302). København: Munksgaard.
- Norsk Senter for forskningsdata. (Udatert). Må prosjektet meldes? Hentet 21. okt 2016 fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>
- O'driscoll, K., Jackson, R. J. A. & Gallagher, J. T. (1969). Prevention of prolonged labour. *British Medical Journal*, 2(5655), 477. doi: 10.1136/bmj.2.5655.477

- Oscarsson, M. E., Amer-Wåhlin, I., Rydhstroem, H. & Källén, K. (2006). Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(9), 1094-1098. doi: 10.1080/00016340600804530
- Pallant, J. (2016). *Spss survival manual : A step by step guide to data analysis using ibm spss* (6. utg.). Maidenhead: McGraw Hill.
- Personsoplysningsloven. (2000). Lov om behandling av personopplysninger (personsoplysningsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rimmer, A. (2014). Prolonged pregnancy and disorders of uterine action. I J. E. Marshall, M. Raynor & M. F. Myles (red.), *Myles textbook for midwives* (16. utg., s. 417-433). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Rosenberg, M. J. & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. I C. I. Hovland & M. J. Rosenberg (red.), *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components* (s. 112-163). New Haven: Yale University Press.
- Rossen, J., Østborg, T. B., Lindtjørn, E., Schulz, J. & Eggebø, T. M. (2016). Judicious use of oxytocin augmentation for the management of prolonged labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(3), 355-361. doi: 10.1111/aogs.12821
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sandin-Bojöö, A. K. & Kvist, L. J. (2008). Care in labor: A swedish survey using the bologna score. *Birth*, 35(4), 321-328. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00259.x
- Selin, L., Almström, E., Wallin, G. & Berg, M. (2009). Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(12), 1352-1357. doi: 10.3109/00016340903358812
- Sinclair, M. & Bryar, R. M. (2011). *Theory for midwifery practice* (2. utg.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth : A guide for midwives* (2. utg.). London: Routledge.
- Wiklund, I., Wallin, J., Vikström, M. & Ransjö-Arvidson, A.-B. (2011). Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions: A web-based survey. *Midwifery*, 28(4), e516-e520. doi: 10.1016/j.midw.2011.06.008
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth : A practical guide*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014). *Recommandations for augmentation of labour*. Geneva: WHO.
- Zhang, J., Landy, H. J., Ware Branch, D., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., . . . Labor, F. T. C. O. S. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 116(6), 1281-1287. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e

## Vedlegg 1



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

# «Jordmors holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler – en tverrsnittstudie ved [redacted] og [redacted]»

Formålet med denne studien er å kartlegge holdninger og vurderinger rundt bruk av oxytocin ved norske fødeavdelinger.

Studien inngår i en masteroppgave i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Vi ber om noen bakgrunnsopplysninger som utdanning og arbeidserfaring.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dataene vil bli lagt inn på passordbeskyttede PC-er og spørreskjemaene makulert. Prosjektet skal avsluttes 27.10.16.

Alle data beholdes inntil sensur foreligger.

Deltakerne skal ikke kunne kjennes igjen i den ferdige oppgaven eller i eventuelle publikasjoner.

Ved å fylle ut et spørreskjema samtykker du til å delta i studien. Deltagelse er frivillig.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med



eller veileder Stine Bernitz: e-mail: [stiber@so-hf.no](mailto:stiber@so-hf.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS og ledelsen ved avdelingene har gitt tillatelse til undersøkelsen.

BAKGRUNNSINFORMASJON	
Utdanningsland	
Utdanningsår	
Arbeidsplass	
Antall års erfaring fra fødeavdeling	
Ansettelsesforhold	Fast <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/>

# KARTLEGGING AV JORDMØDRES HOLDNINGER TIL OXYTOCINBRUK I NORMALE FØDSLER

med normal fødsel menes: kvinner som går spontant i fødsel til termin med ett barn i hodeleie og som ikke har sykdom/tilstand som påvirker svangerskap og fødsel

HER BER VI DEG ANSLÅ BRUKEN AV OXYTOCIN I FØDSLER. DET ER INGEN RIKTIGE ELLER GALE SVAR.		
1	Hvor stor prosentandel av friske førstegangsfødende tror du trenger oxytocin under fødsel?	%
2	Hvor stor prosentandel av friske førstegangsfødende tror du får oxytocin under fødsel?	%
3	Hvor stor prosentandel av friske andregangsfødende tror du trenger oxytocin under fødsel?	%
4	Hvor stor prosentandel av friske andregangsfødende tror du får oxytocin under fødsel?	%

	HER ER NOEN PÅSTANDER. ANGI OM DU ER ENIG ELLER UENIG	ENIG	UENIG	HVERKE N ENIG ELLER UENIG	
5	Min avdeling har retningslinjer rundt oxytocinstimulering som samsvarer med mine holdninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Det brukes for mye oxytocinstimulering hos normale førstegangsfødende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Førstegangsfødende bør ha PVK/veneflon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Kvinner vil få en bedre fødselsopplevelse med et kortere fødselsforløp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Det er en forventning fra leger om progresjon i fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Det er en forventning fra andre jordmødre om progresjon i fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Formålet med oxytocin-stimulering i fødsel er	å forebygge langsom fremgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		å behandle langsom fremgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		å forebygge sectio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		å fremme spontan fødsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		å korrigere feilinnstilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		å stimulere til sterkere rier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		å stimulere til flere rier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vedlegg 2



Stine Bernitz  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 19.05.2016

Vår ref: 48636 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48636	<i>Jordmors holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler-en tverrsnittstudie ved [redacted] og [redacted]</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Stine Bernitz</i>
Student	[redacted]

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 27.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 48636

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- setningen "Svarene er anonyme (...)" må revideres, da svarene ikke vil regnes som anonyme så lenge de inneholder personopplysninger.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 27.10.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

## Prosjektbeskrivelse:

### Nytt "Gjennombruddsprosjekt om keisersnitt"

Toril Kolås, styremedlem NGF, Pål Øian, medlem NGF, faglig prosjektleder i forrige gjennombruddsprosjekt, Bjørn Backe, leder NGF.

#### Bakgrunn

Internasjonalt har den stadig økende keisersnittfrekvensen i mange år vært et tema som har vært, og er, viet stor interesse i medisinske fora og tidsskrifter. Tidligere har mye av diskusjonen dreiet seg hva korrekt keisersnittfrekvens skulle være, et spørsmål som er vanskelig å svare på.

Keisersnittfrekvensen avhenger av mange faktorer: den obstetriske populasjon som andel av førstegangsfødende eller høy risiko pasienter og fødeavdelingenes ressurser, kompetanse og tilgang på serviceinstanser, kvinners ønske og medieomtale.

I USA ligger nå frekvensen på omkring 35 %, i Italia opp mot 38 % og i flere europeiske land (England, Danmark, Sverige, Tyskland, Italia) er den godt over 20 %. Internasjonalt har Norge fortsatt en lav keisersnittfrekvens. Før 1973 var frekvensen under 2,5 %, men årene etter kom en kraftig stigning i frekvensen og nådde maksimum i 1987 hvor den var på 12,8 %. Siden har den mer eller mindre steget jevnt og er nå omkring 17 % (uoffisielt tall fra MFR). Det vil si at ca. 10 000 keisersnitt utføres årlig og er et av de hyppigste utførte større operative inngrep i Norge.

Imidlertid er det store variasjoner i keisersnittfrekvens mellom sammenlignbare fødeinstitusjonene i Norge (6). Flere forklaringer har vært lansert bl.a ulik kultur og praksis på den enkelte avdeling, vaktordning for obstetrikere, tilgang på neonatal servise og erfaringen til fødselshjelperne. Medisinsk fødselsregister (MFR) har siden 1967 samlet inn data på alle fødsler i Norge på rutinebasis.

#### Det første gjennombruddsprosjekt om keisersnitt

Den norske legeforening ønsket å analysere keisersnittene i Norge og startet høsten 1998 et

"Breakthrough Project", såkalt gjennombruddsprosjektet om keisersnitt. Man antok keisersnittfrekvensen var for høy. Målsettingen var å klargjøre det medisinske grunnlag for keisersnitt og medvirke til at keisersnitt kun gjøres i de tilfeller det er grunnlag for det. Man ønsket også å redusere variasjonen i hyppigheten av keisersnitt.

Prosjektet varte i ca 1 år, men det ble innhentet tilfredsstillende data for en periode på 7 mnd. 24 av 26 fødeinstitusjoner i Norge deltok. Antall fødsler ved deltagende institusjonene varierte fra ca 400 til 4-5 tusen per år. Et skjema ble utfylt for hvert keisersnitt hvor det fremgikk detaljer om kvinnens medisinske og obstetriske anamnese, graviditeten, forløsningen og barnet de første levedøgn. MFR samlet inn skjemaene og laget en database.

Ved deltagende avdelinger ble det etablert en tverrfaglig gruppe som skulle arbeide også innad i avdelingene. Delmålene for prosjektet varierte fra avdeling til avdeling. Mange hadde satt fokus på induksjon av fødsel. Prosjektet (arbeidsmetoden) medførte et stort løft innad i avdelingene med fokus på fødselsomsorg og en god gjennomgang av og revisjon av prosedyrer. Etter prosjektperioden har frekvensen igjen stadig gått oppover, men stigningen er vesentlig mindre enn i andre nordiske og europeiske land og USA. Vi antar prosjektet var en medvirkende årsak til at stigningen har vært lavere i Norge.

Forskningsdelen av "Gjennombruddsprosjektet om keisersnitt" i 1998/1999 har resultert i 5 publikasjoner (7-11), en mastergrad (12) og en PhD-avhandling (13).

### **HOVEDMÅL - mulige angrepspunkter ved et nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt**

Vi ønsker på ny å sette fokus på inngrepet, engasjere alle aktører innen fødselsomsorgen, både i 1. og 2. linje tjenesten, i et tverrfaglig, bredt, nasjonalt prosjekt med formål om å medvirke til mer kunnskap og en mer riktig bruk av inngrepet, både av planlagte og ikke planlagte keisersnitt. Et sådan tverrfaglig samarbeidende prosjekt mener vi vil være i tråd med Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) "En lykkelig begivenhet" og helsereformen (Samhandlingsreformen). Prosjektet vil ha størst fokus på den kvalitetsforbedrende del innenfor fødselsomsorgen. Prosjektet vil også inneholde en forskningsdel.

Med bakgrunn i en fortsatt stadig økende bruk av keisersnitt uten at vi ser en bedring i sykelighet og dødelighet hos mor og barn, ønsker NGF å gjennomføre et nytt prosjekt om keisersnitt hvor vi anvender gjennombruddsmetoden. Tre viktige faglige fokus vil være:

- a) keisersnitt som utføres på mors eget ønske uten medisinsk årsak og
- b) keisersnitt utført i aktiv fødsel; inngrep som er knyttet til økt risiko for komplikasjoner. Det kan også fokuseres på mislykkete instrumentelle vaginale forløsninger (vakuum/tang) som fører til keisersnitt
- c) komplikasjoner etter keisersnitt og risikofaktorer. Sette dette i relasjon til komplikasjoner etter vaginale fødsler

Det er åpenbart mangelfull kunnskap og svært forskjellig praksis når det gjelder "keisersnitt på eget ønske". Vi vet relativt lite om hvorfor kvinner ønsker keisersnitt uten en klar medisinsk grunn. Det vil si at vi ikke kjenner godt årsakene til et slikt ønske, hva som forårsaker et slikt ønske, hvor sterkt det er og hva som påvirker kvinner til å avgjøre hva som er ønskelig når det gjelder forløsningsmåte. Det er også åpenbart at det mangler retningslinjer i Norge for hvordan slike pasienter skal møtes og



håndteres. Praksis er svært forskjellig mellom avdelinger. Bør det lages retningslinjer? Også når det gjelder komplikasjoner til keisersnitt ønsker vi mer kunnskap, likeledes hvordan samlede komplikasjoner ved keisersnitt er i forhold til ved vaginale fødsler.

## AKTUELLE MODELLER

Gjennombruddsmetoden er et forbedringsverktøy som kan bidra til en bedre bruk av keisersnitt for mor og barn (19). Erfaringene viser at gjennombruddsprosjekter gir unike muligheter til å etablere tverrfaglige læringsnettverk. Dette er en forbedringsmetode som muliggjør målbare forbedringseffekter av ulike intervensjoner og tiltak, og den egner seg for alle områder der det er et gap mellom eksisterende og optimale arbeidsformer eller behandlingsmål. Gjennombruddsmodellen er en forbedringsmetode som muliggjør målbare forbedringseffekter av ulike intervensjoner og tiltak (23). Alle forbedringsprosjekter omfatter gjentatte målinger av en eller noen få utvalgte parametre. Det kan for eksempel være keisersnittfrekvens Robson 1-4, antall induksjoner, antall mislykket tang/vakuum og antall kasus med blødning >1000ml. Resultatene skal rapporteres til prosjektet ved Legeforeningen. Dette kan utvikles i prosjektets planleggingsfase.

Det må diskuteres nærmere hvilke institusjoner som skal inkluderes; alle fødeinstitusjoner i Norge som har et minimum forventet antall fødsler pr. år eller begrense inklusjonen til f.eks Gruppe 1 sykehus. Det bør sikres at alle de største avdelingene (>2500 fødsler pr. år) deltar. Det vil trolig være fornuftig å invitere til et bredt formøte (idedugnadmøte) der prosjektet kan presenteres, og der det oppfordres til innspill og ideer til kvalitetsforbedringsarbeidet som vil være sentralt i prosjektet. Prosjektets innhold skal ikke bestemmes før innspill fra dette idedugnadmøte er vurdert. Deretter vil det være nødvendig med møter mellom de deltagende institusjonene. Det må utarbeides et omfattende protokoll for kvalitetsforbedringsprosjekter og forskningsprosjekter. Dataene må kunne spores og sammenlignes med data fra Medisinsk fødselsregister (MFR). Forbedringsarbeid i den enkelte avdeling bør også konkretiseres.

Vi ser for oss et nytt ”gjennombruddsprosjekt” i regi av Den norske legeforening med flere samarbeidspartnere. Det kan være NGF, MFR, DNJ, NSF, NPE, Allmennlegeforeningene, RHF er, HF-er, HOD; Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Kunnskapssentret. Disse samarbeidspartnerne bør bes om å komme med innspill (foredragsholdere) til prosjektet på idedugnadmøte. Her bør også brukerrepresentanter få holde et innlegg.

## PROSJEKTORGANISASJON

Styringsgruppen består av representanter fra de instanser som står bak prosjektet: Legeforeningen, NGF, Sykepleierforbundet, DNJ, pårørende/brukerrepresentant, Helsedirektoratet og sykehuseierne.

Prosjektledelsen forankres i Medisinsk fagavdeling, Legeforeningens sekretariat og NGF. Hvor mange og hvem som skal være med avgjøres i forprosjektet..

Prosjektleder bør være leder av ressursgruppen og er bindeleddet mellom styringsgruppen og prosjektledelsen. Prosjektleder rapporterer til Medisinsk fagavdeling i Legeforeningens sekretariat v/prosjektkoordinator, som sammen med prosjektleder utgjør prosjektsekretariatet. Prosjektleder samarbeider også med ressursgruppen og veilederne.

#### Prosjektplanlegger:

Prosjektplanlegger utnevnes/ansettes av prosjektledelsen. Denne må jobbe tett med prosjektleder om dette ikke er samme person. Ansvarsområder er:

- Planlegge prosjektet i samarbeid med prosjektledelsen. Prosjektplanlegger bør ha solid vitenskapelig kompetanse og erfaring med prosjekt- og forskningsplanlegging og gjennomføring.
- Utarbeide planer for prosjektgjennomføring og forskningsplanlegging. Ha ansvar for nødvendige formelle søknader.
- Utarbeide utkast til brev og dokumenter (avtaler, invitasjoner, materiell til Fellessamlingene m.m.), og forberede avtaler med konferansearrangør/-hoteller for fellessamlingene.
- Forberede fellessamlinger, utarbeides utkast til program og finne foredragsholdere i samarbeid med prosjektleder.
- Gjennomføre og lede fellessamlinger, planlegge og gjennomføre telefonkonferanser for alle arbeidsgruppene.
- Ha kontakt med veilederne og bidra til at arbeidsgruppene får støtte og veiledning etter behov.

Veiledningsgruppe. Er ressursgruppe for lokale forbedringsteam og prosjektledelsen.

Ressursgruppen representerer prosjektets faglige forankring. Ressursgruppen bør ha prosjektleder og faglige medlemmer som har stor legitimitet i fagmiljøene involvert i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og vil ha hovedansvar for faglig planlegging og gjennomføring av prosjektet. Ressursgruppen må ha tilstrekkelig vitenskapelig kompetanse og være tverrfaglig sammensatt og ha fagfolk med bred erfaring.

Ressursgruppens oppgave er å identifisere og konkretisere forskjellige forbedringsområder som skal legges frem for deltakerteamene i hovedprosjektet. Ressursgruppens forslag representerer således en "meny" for deltakergruppene som de velger et delprosjekt ut fra. Det legges vekt på samhandling, kapasitet og tilgjengelighet i tjenestetilbudene, organisering og funksjonalitet av tjenestene, utredning og funksjonskartlegging, kompetansestyrking, samt kvalitetsindikatorer. Ressursgruppen er også ansvarlig for å planlegge, gjennomføre og bearbeide forskningsdelen av prosjektet.

Forbedringsgrupper. Dette er tverrfaglige grupper oppnevnt på de enkelte avdelinger. Oppnevnes av de inviterte institusjonene. Teamene skal være tverrfaglig sammensatt, ledelsesforankret og bestå av 3–4 personer hvorav minst én er lege. Teamene vil drive frem forbedringsarbeidet lokalt. Deres prosjekter skal være i samsvar med det overordnede prosjektperspektivet og bygge på

ressursgruppens anbefalinger – dog tilpasset steds-, situasjons- og brukerspesifikke forhold. Teamenes egevaluering av fremdriften presenteres på forbedringsseminarene.

I løpet av prosjektperioden arrangeres fellessamlinger – såkalte forbedringsseminarer – der deltakerne, veilederne og ressursgruppen utveksler erfaringer og ideer og det er et faglig program.

## **FREMDRIFTSPLAN**

### Idèdugnadsmøte/forberedelse:

Foreløpig prosjektplan utarbeides *våren 2010*

Det avklares hvilke organisasjoner og etater som ønsker å delta:  
*våren 2010.*

Finansiering og nødvendige lisenser skaffes til veie. Dialog med mulige bidragsytere før formelle søknader sendes *innen oktober 2010*

Endelig prosjektplan utarbeides *innen desember 2010*

### Forprosjektfase:

Styringsgruppen etableres, og dets mandat og rolle avklares *innen juni 2010*

Prosjektledelse og prosjektansvarlig etableres *innen juni 2010*

Ressursgruppe etableres tidlig høsten 2010 og utformer forslag til forbedringsområder og utarbeider forslag til forskningsprosjekter.  
*Idèdugnadsmøte arrangeres høsten 2010*

### Prosjektperiode

Prosjektstart: *2010; prosjektslutt 2012*

### Rapport:

Sluttrapport på bakgrunn av delprosjektene utarbeides *høsten 2012* av prosjektledelse og utgis på vegne av prosjektets eiere

### Nasjonal dimensjon

Resultatene fra prosjektets nasjonale dimensjon bearbeides, analyseres og forberedes for publikasjon: *2011-2015.*

## **BUDSJETT OG FINANSIERING**

Prosjektkonseptet forutsetter at prosjektdeltagerne av sin arbeidsgiver får permisjon med lønn for å delta ved forbedringsseminarene, samt at deltagerne gis nødvendig tid til å gjennomføre prosjektarbeidet på egen arbeidsplass. I forrige gjennombruddsprosjekt dekket arbeidsgiver reise- og oppholdsutgifter for prosjektdeltagerne i forbindelse med fellessamlingene. Med nåværende stramme økonomiske situasjon i helseforetakene kan dette bli en hindring for deltagelse.

#### **Estimerte kostnader til idèdugnad/forprosjekt:**

Etablere styringsgruppe, prosjektledelse, prosjektplanlegger, ressursgruppe. Dekning av reise- og oppholdsutgifter: kr. 250 000

Prosjektplanlegger: Deltidsansatt til utarbeidelse av protokoll og søknader om godkjenning fra Datatilsyn, etisk komité og finansiell støtte: kr. 250 000

Finansieringen planlegges dekket slik:

NGF kr. 50 000

Legeforeningens kvalitetsfond kr. 450 000

#### **Finansiering av hovedprosjekt:**

Forprosjektet må avklare finansieringsbehovet for et hovedprosjekt. Basert på de erfaringer vi har innhentet fra de siste gjennombruddsprosjekt som er gjennomført i Legeforeningens regi vil en forvente et finansieringsbehov på i alt kr 2.000.000,- av dette vil en fremme en begrunnet og detaljert søknad til Legeforeningens kvalitetsfond på kr 1.500.000,- resten av kostnadene vil bli søkt dekket av Helsedirektorat, De regionale helseforetak, deltagende institusjoner og organisasjoner.

#### **Referanser:**

Oppgis på forespørsel

NGF 02. mars 2010

Bjørn Backe

Leder NGF

Sign.

Toril Kolås

Styremedlem NGF

Sign.

## Vedlegg 4

Dokument 26059 "Obstetikk - Langsom fremgang og oksytocinstimulering av rier" Ver. 2.1 ... Page 1 of 3

### Obstetikk - Langsom fremgang og oksytocinstimulering av rier

Forfatter: [redacted] (Overlege)  
[redacted] (Fagutviklingsjordmor)  
[redacted] (Avdelingssjef)

Dokument-administrator: [redacted] (Seniorrådgiver)

Godkjent av: [redacted]

Gyldig fra: 02.02.2015

Revisjonsfrist: 01.02.2017

Versjon: 2.1

ID: 26059

Revisjonskommentar: Definert langsom fremgang. Flyttet en setning og definert klarere oxytocin infusjon etter amniotomi

Dokumentet angår: Alle ansatte ved denne enhet.

Dokumenttype: Import fra word

Gjelder for enheter: [redacted] (med underliggende enheter)

Dokumentkategori: KVINNEKLINIKKEN/Obstetikk/Medisinsfaglige prosedyrer

#### 1.0 Hensikt

Sikre korrekt håndtering av langsom fremgang i fødsel og stimulering av rier.

#### 2.0 Omfang

[redacted]

#### 3.0 Arbeidsbeskrivelse

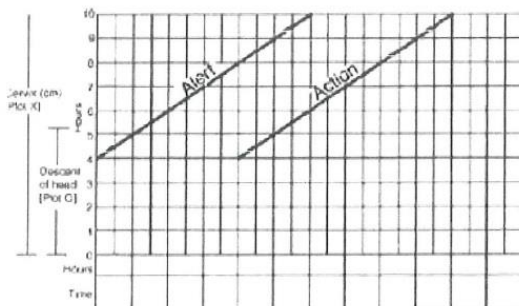
##### 3.1 Ansvar

Jordmor og lege

##### 3.2 Handling

For definisjoner, se: pkt. 6.2

Partogram med fire timer mellom varselinje og tiltakslinje. NB! MM < 4 cm skal ikke markeres i partogrammet. Funn før 4 cm dokumenteres i eget notat.



WHO partogram med varselinje og tiltakslinje

##### 3.2.1 Indikasjon:

Langsom fremgang skyldes ineffektive rier, feilinnstilling, mekanisk misforhold, eller kombinasjon av disse faktorene.

Stimulering av rier med oksytocin er aktuelt når man mistenker utilfredsstillende rier.

Ved langsom fremgang gjøres klinisk undersøkelse med vurdering av:

- rienes styrke, varighet og frekvens
- mormunnens åpning
- innstilling og nivå av forliggende del

### 3.2.2 Hvis åpningen krysser varsellinjen:

Dersom jordmor eller lege har definert langsom fremgang skal følgende tiltak iverksettes etter varsellinjen og i god tid før tiltakslinjen:

#### Aktive tiltak:

- Mat og drikke
- Stillingsendring
- Tømme urinblære
- Evt. også akupunktur
- Tilstrebe "en til en" oppfølging av jordmor
- Ta stilling til amniotomi senest 2 timer etter varsellinjen. Amniotomi skal gjøres før evt. oksytocin stimulering
- Vurdere behov for smertelindring
- Pasienten informeres

### 3.2.3 Hvis åpningen krysser tiltakslinjen:

- Det skal være et tett samarbeid mellom jordmor og lege
- Aktive tiltak utføres/videreføres
- Det skal være progresjon i fødselen i løpet av to timer
- Vurder operativ forløsning etter en times aktiv trykking

### 3.2.4 Oksytocin infusjon:

Etter amniotomi bør det gå to timer før man starter oksytocin infusjon. Hvis det er fremgang i fødselen kan man avvente oksytocin stimulering.

Det kan være aktuelt med oksytocin stimulering av førstegangs fødende med ineffektive rier i latensfasen og avflatet cervix med åpning < 3-4 cm.

**Oksytocindrypp:** 10 IE (=10.000mU), ampulle på 1ml, fortynnes i 1 liter 0,9 % NaCl eller Ringer-acetat. Bruk infusjonspumpe!

Respons på oksytocin er individuell. Man starter med lav dose og øker gradvis til tilfredsstillende respons. Rienes hyppighet og styrke vurderes og dokumenteres.

enkelte tilfeller kan 10ml/t være tilstrekkelig som startdose. Dersom kvinnen har svært dårlige rier kan man starte med 30ml/t. Dosen kan økes med maks 30 ml/t, hvert 30. minutt. Maksimaldose er 180ml/t. I enkelte tilfeller kan dette fravikes etter nøye vurdering.

### 3.2.5 Overvåking:

Kvinnen skal overvåkes med STAN når hun får oksytocin. Rienes varighet, frekvens og styrke vurderes kontinuerlig og dokumenteres på partogrammet. Det er overstimulering dersom kvinnen har mer enn 5 rier på 10 minutter, eller kontraksjonene varer mer enn 2 minutter.

### 3.2.6 Relative kontraindikasjoner:

Mekanisk misforhold. Mistanke om feilinnstilling. Noen innstillinger er labile og kan endres spontant.

### 3.2.7 Risiko ved langvarig fødsel:

For dårlige rier gir et langvarig fødselsforløp med fare for utslitt mor, økt behov for smertelindring, negativ fødselsopplevelse og økt fare for operativ intervensjon. En langvarig fødsel kan også føre til intrauterin infeksjon og føtal asfyksi.

### 3.2.8 Risiko ved oksytocin stimulering:

Stimulering av rier kan føre til for lange rier og/eller for hyppige sammentrekninger. Dette kan føre til nedsatt placenta perfusjon med påfølgende alvorlig, føtal asfyksi. Kraftige rier kan gi uterusruptur. Gjelder

spesielt kvinner som har arrvev i uterus etter tidligere inngrep, både keisersnitt og gynekologiske operasjoner.

#### 4.0 Relaterte dokumenter

Fødselen inndeles i tre stadier (NGF). [Veileder i fødselshjelp](#)

#### 5.0 Vedlegg

#### 6.0 Grunnlagsinformasjon

[NGF veileder i fødselshjelp - 2014](#)

#### 6.1 Grunnlagsdokumenter

Prosedyre:

 [Obstetrikk - CTG/STAN Fosterovervåkning under fødsel](#)

 [Obstetrikk - Normal fødsel: Definisjon](#)

 [Obstetrikk - Vaginal fødsel etter keisersnitt](#)

#### 6.2 Definisjoner

##### 6.2.1 WHO's definisjon på fødselens start

Fødselens start er 4 cm åpning og regelmessige rier. Unntak kan være < 3-4 cm, men avflatet cervix.

##### 6.2.2 Langsom fremgang

Langsom fremgang foreligger når åpningen krysser tiltakslinjen.

##### 6.2.3 Overstimulering

Defineres som > 5 rier /10 min, eller varighet av ri > 2minutter.

##### 6.2.4 Stimulering av rier

Er videreføring av en etablert fødsel, i motsetning til induksjon der fødselen settes i gang.

#### 7.0 Søkeord

Oxytocin

Langsom fremgang

Varsellinje

Tiltakslinje



## Vedlegg 5

Prosedyre <b>Stimulering av rier</b> Kvinneklivnikken /		Godkjent av:	Godkjent fra: 08.07.2015
Dokument-ID: 59148 Versjon: 3 Status: Godkjent	Dokumentansvarlig: Utarbeidet av: Prosedyreutvalget		

### 1. Endringer siden forrige versjon

Juli-15: Lagt til om gjennombruddsprosjektet på og oxytocinsjekkliste

### 2. Hensikt og omfang

Beskrive når og hvordan stimulering av rier skal foregå.  
Prosedyren gjelder spontane fødsler og ikke induerte fødsler

### 3. Ansvar

Ansvarlig for gjennomføring: Leger og jordmødre  
Ansvarlig for oppdatering: Avdelingsleder

### 4. Fremgangsmåte

#### Langsom framgang (gjelder fødsler med spontan fødselsstart):

har vi valgt følgende definisjon på langsom framgang for å unngå tilfeldig bruk av oksytocinstimulering:

**I åpningsfasen:** Hvis manglende fødselsframgang etter 2 timer eller dersom aksjonslinjen krysses, bør tiltak igangsettes (Amniotomi). (I partogrammet i Partus er det en alert og en action linje. Alertlinjen markerer 1 cm pr time og actionlinjen er 4 timer forskjøvet til høyre for denne). Etter amniotomi venter man minst 1 time før oxytocinstimulering. Dersom framgang i fødsel avvent stimulering.

Fødselsfremmende tiltak som kan iverksettes for å forebygge langsom framgang: En til en omsorg fra jordmor, Stillingsendring, vannlatning, få i kvinnen energi (drikke/mat).

#### I utdrivningsfasen:

Aktiv trykking kan avvente i opptil 2 timer etter fullåpen cervix dersom hodet ikke er sluttrotert og på bekkenbunn. I denne tiden bør man sette igang tiltak som amniotomi, stillingsendring, vannlatning (være sikker på at urinblæren er tom), få i kvinnen energi (drikke), bryststimulering kan også forsøkes ved riesvekkelse. Etter 1-2 timer med full åpning uten at hodet er på bekkenbunnen og uten trykketrang bør oxytocinstimulering vurderes.

*Oxytocin skal bare startes på indikasjon. Dokumenteres ved oppstart og endring i dose: Indikasjon, hyppighet av rier og ctg-klassifisering.*

#### PROSJEKT (gjennombruddsprosjektet):

Oxytocinsjekkliste skal følges og ansvarshavende jordmor skal konfereres før oxytocindrypp startes. Dette for å unngå oxytocinstimulering på feil indikasjon.

*Dersom 2 timer uten framgang (vannet står)- gjør amniotomi.*

*Avvent 1 time etter amniotomi: Oxytocin startes dersom fortsatt ingen framgang.*

*Dersom vannet tidligere er gått kan man vente inntil 3 timer før oppstart Oxytocin dersom ingen framgang.*

CTG klassifisering på CTG/Partus ved oppstart og ved endring av dose.

#### Dosering Oxytocin:

10 IE Oxytocin blandes i 1000 ml NaCl 0,9%. Startdose 30 ml/t. Kan økes med 30 ml/t hvert 30 minutt. Maksdose (bortsett fra ved tidligere sectio- hvor maksdose er 120 ml/t) er 180 ml/t.

Infusjonspumpe skal alltid benyttes.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Stimulering av rier	Utskriftsdato: 21.04.2016
Utarbeidet av:	Side 1 av 3



Start med en lav dose og øk gradvis til optimal stimulering er oppnådd, dvs. framgang i fødsel eller max 5 rier/10 min. Deretter bør ikke dryppet økes ytterligere uten å konferere med lege. Responsen på oxytocin er svært individuell. Avhengig av responsen kan det kan av og til være nødvendig å redusere dosen eller seponere dryppet.

#### Overvåkning:

Fosteret overvåkes kontinuerlig med CTG (evt. STAN) når den fødende blir stimulert med oxytocin. Ved endring av dose klassifiseres CTG. Rienes varighet, stryke og frekvens må vurderes kontinuerlig. Vær nøye med dokumentasjonen. En må hele tiden være observant på eventuell overstimulering. Ved tegn på overstimulering bør man redusere infusjonshastigheten eller seponere dryppet. Vurder Tractocile bolusdose(Atosiban) dersom seponering av oxytocin ikke fører frem.

#### Forsiktighetsregler:

Oxytocin er et potent ristimulerende medikament, og feil bruk kan gi alvorlige skader på mor og foster. Følsomheten for medikamentet er individuell og overstimulering er derfor relatert til den enkelte kvinnes respons. Overstimulering kan resultere i redusert blodstrøm i placenta og truende asfyksi for fosteret. Overstimulering er beskrevet som den viktigste årsaken til fødselsasfyksi.

**Overstimulering:** Overstimulering defineres som > 5 rier/10min eller varighet av ri > 2 minutter. Stimulering av rier bør oppfattes som en videreføring av en fysiologisk prosess kroppen selv allerede har startet (i motsetning til induksjon av fødsel)

**Langvarige fødsler:** Langvarig latensfase og langvarig aktiv fødsel har vist sammenheng med operativ vaginal fødsel, keisersnitt, chorioamnionitt, postpartum blødning, lav Apgar skåre, dårlig fødselsopplevelse og dermed ønske om keisersnitt ved neste fødsel.

**Tidligere sectio:** Bruk av oxytocin er også forbundet med risiko for uterus ruptur. Spesielt gjelder dette kvinner med tidligere keisersnitt eller annet inngrep på uterus.

Ved tidligere sectio er maks dose: 120 ml/t. Varighet ikke mer enn 3 timer på maksdose. Se prosedyre om [uterusruptur](#).

**Skulderdystoci:** Oxytocin stimulering må ikke brukes ved skulderdystoci.

**Risvekkelse i slutfasen:** Bruk av 0.1ml (1IE) oxytocin intravenøst (eller intramuskulært) ved risvekkelse i slutfasen av fødselen er forbundet med risiko for overstimulering med påfølgende fosterasfyxi og bør unngås.

## 5. Definisjoner

### Definisjon fødselsstart:

1. WHO: Mormunnsåpning 4 cm og regelmessige kontraksjoner
2. Førstegangsfødende:
  - Cervix er avflatet (ikke skjededel)
  - Cervix er åpen for minimum 1 cm
  - Smertefulle, regelmessige rier (etablerte rier)
  - Med eller uten tegningsblødning

Fleregangsfødende kvinner kan være i fødsel uten avflating av cervix, ofte har de større mormunnsåpning.

### Langsom fremgang:

#### I åpningsfasen:

#### I utdrivningsfasen:

Aktiv trykking kan avvente i opptil 2 timer etter fullåpen cervix dersom hodet ikke er sluttrottert og på bekkenbunn. I denne tiden bør man sette igang tiltak som amniotomi, stillingsendring, vannlatning (være sikker på at urinblæren er tom), få i kvinnen energi (drikke), bryststimulering kan også forsøkes ved risvekkelse. Etter 1-2 timer med full åpning uten at hodet er på bekkenbunnen og uten trykketrang bør oxytocinstimulering vurderes.

#### Overstimulering:

Tiltak for å øke hyppighet og styrke på riene hos kvinner som er i aktiv fødsel. Overstimulering defineres som > 5 rier/10 min eller varighet av ri > 2 minutter . Stimulering av rier bør oppfattes som en videreføring av en fysiologisk prosess

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Stimulering av rier			Utskriftsdato: 21.04.2016
Utarbeidet av:	Godkjent av:	Dokument-id: 59148 - Versjon: 3	Side 2 av 3

kroppen selv allerede har startet (i motsetning til induksjon av fødsel)

## 6. Avvik eller dissens

Avvik dokumenteres, meldes avvikssystemet

## 7. Referanser

Veileder i Obstetikk

Vedlegg

- [Oxyocin sjekkliste ny 16 01 15](#)

## **OXYTOCIN SJEKKLISTE**

Fremgang=mormunn åpner seg og/eller hodet nedover i bekkenet.

Tiltak for å fremme fremgang: Stillingsendring, mat/drikke, smertelindring, tilstedeværelse/trygghet, eliminasjon, bryststimulering....

**Ansvarshavende skal kontaktes dersom man mener det er langsom fremgang før oxytocin startes. Dette for å sikre at man starter med oxytocin på rett indikasjon.**

-Dersom 2 timer uten fremgang (vannet står)- gjør amniotomi.

Avvent 1 time etter amniotomi: Oxytocin startes dersom fortsatt ingen fremgang.

-Dersom vannet tidligere er gått kan man vente inntil 3 timer før oppstart Oxytocin dersom ingen fremgang.

**Ved oppstart Oxytocin** (registreres i Partus/CTG logg):

- A. Cervixåpning og hodets innstilling.
- B. Klassifisering av CTG
- C. Antall rier

Dette skal også registreres ved endring av dose.

**-Kontinuerlig CTG**

**-Kvinnen bør undersøkes ca hver time til optimal stimulering\* er oppnådd**

**-Kontakt lege ved: Avvikende eller patologisk CTG og/eller mer enn 5 rier / 10 min**

**-Legg en plan for forventet progresjon og oppfølging**

\* optimal stimulering: Fremgang i fødselen eller max 5 rier / 10 min

## Vedlegg 6

# Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. [Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.](#)

### Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og Internett. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

### Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av

undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

## **INNHOOLD I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:**

**På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi "best praksis" sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:**

[STROBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

[PRISMA \(SF\)](#) og [Reinar og Jamtvedt 2010](#) (kunnskapsoppsummeringer)

[QUADAS 2](#) (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

### **1. Tittelside:**

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom).

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

### **2. Sammendrag**

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

**Det engelske sammendrag (abstract)** fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

## **Tekstsider**

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

## **Oppbygging av selve artikkelen**

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

**Introduksjon** til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

**Metodedel** (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

**Resultater.** Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker **kvantitativ metode** får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

**Diskusjon** (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

**Konklusjon** Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

### Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av **CONSORT-gruppen**

### Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige 30.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved innsendingen lenker manuskripthåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM,** Cooper MA. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York.1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.



## **Innsending av manuskript**

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

## **Følgerebrev til redaktør/Cover letter**

I følgeretrevet/cover letter må forfatterne oppgi:

1. Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.
2. Forslag på minst to aktuelle habile og kompetente fagfeller (navn og kontaktinformasjon). Med habile mens at fagfellene ikke er tidligere kollegaer, har studert sammen eller har en privat relasjon. Med kompetente menes doktorgrad eller tilsvarende, men mastergradskompetanse kan godtas hvis vedkommende har erfaring i tema og/eller metode. Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.
3. En redegjøring på om resultatene er publisert tidligere. For eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse

## **Vurderingsprosessen**

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

## **Innsending av revidert manuskript**

1. Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør og dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.

3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt
4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>, følg lenken i svarbrev fra redaktør

### **Godkjenning av manuskript**

1. Forfatter får beskjed fra redaktør når artikkelen er godkjent for publisering
2. Det er viktig å følge instruksjer fra redaksjonen vedrørende korrektur av endelig manuskript

### **Oversetting til engelsk**

1. Sykepleien forskning vil oversette alle originale forskningsartikler til engelsk
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt engelsk versjon til gjennomlesning før publisering.
3. Den engelske versjonen vil være tilgjengelig i nettversjonen av tidsskriftet

### **Krav til medforfatterskap**

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel "XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen". Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

### **Erklæring om interessekonflikter**

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).



## **Vedlegg 7**

### **Jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler**

Kandidat 130, masterstudent i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Kandidat 135, masterstudent i jordmorfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Antall tegn: 19370, antall ord: 2988

Antall tabeller: 4

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Jordmødre bruker ofte oxytocin i fødsler for å behandle langsom fremgang. Studier har vist at det ofte blir brukt uten at fødselen innfrir kriteriene for oppstart av medikamentell stimulering.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å kartlegge jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler og se dette i sammenheng med arbeidssted og arbeidserfaring.

**Metode:** Studien er en tverrsnittstudie. Data er samlet inn fra jordmødre ved to store sykehus på Østlandet og analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS. Totalt 114 spørreskjema ble utfylt.

**Hovedresultat:** Signifikante forskjeller på jordmørs holdninger til oxytocinbruk ble funnet mellom sykehus A og B. Et eksempel er at jordmødre på sykehus B i større grad er enig i at det brukes for mye oxytocin hos normale førstegangsfødende ( $p < 0.001$ ). Jordmødre med mindre enn tre års erfaring var i signifikant større grad enig i at det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering sammenlignet med jordmødre med mer enn tre års erfaring ( $p < 0,001$ ).

**Konklusjon:** Resultatene fra denne studien antyder at jordmødres holdninger til oxytocinbruk i fødsel blir påvirket av kulturen ved arbeidsstedet.

## **Nøkkelord:**

Fødsel, Jordmor, Legemidler, Tverrsnittstudie

## **The attitude of midwives towards the use of oxytocin augmentation in normal deliveries**

### **Abstract**

**Background:** Midwives often use oxytocin in labour to treat dystocia. Studies have shown that women are often treated for dystocia even when they do not meet the criteria for such treatment.

**Objective:** The objective of this study was to map the attitudes of midwives towards the use of oxytocin in normal deliveries and to see this in correlation with work environment and work experience.

**Method:** Cross-sectional study. Data was collected from midwives at two large hospitals in the eastern part of Norway and analyzed with the help of SPSS. A total of 114 questionnaires were submitted.

**Results:** There were significant differences in attitudes towards the use of oxytocin between hospital A & B. Midwives at hospital B agreed to a greater extent that there was an excessive use of oxytocin in normal deliveries ( $p < 0.001$ ). Midwives with less than three years of experience were more likely to agree with the fact that an obstetrician should be consulted prior to initiation of augmentation with oxytocin, compared to midwives with more than three years of experience ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The results from this study suggest that the midwife attitudes towards the use of oxytocin in normal deliveries are influenced by work environment and culture.

### **Keywords**

Delivery, Midwife, Medication, Cross-sectional study

## INNLEDNING

Syntetisert oxytocin er et medikament som er hyppig brukt for å behandle langsom fremgang i fødsler (1). Medikamentet får glatt muskulatur til å trekke seg sammen slik at det øker intensiteten, varigheten og frekvensen på riene (2). Syntetisert oxytocin er et svært potent legemiddel som også brukes for å indusere fødsler og for å forebygge eller behandle blødninger i etterbyrdsfasen (1, 3, 4). Hyperstimulering av uterus er en risiko ved oxytocinstimulering, som kan føre til uterusruptur eller asfyksi hos barnet (5, 6).

Langsom fremgang er en av de hyppigst forekommende komplikasjonene i fødsel. Tilstanden assosieres med dårlig fødselsopplevelse, postpartumblødninger, operativ vaginal forløsning, keisersnitt, chorionamnionitt og lav apgar-score (1, 7). Det er ingen klar konsensus på hvordan langsom fremgang skal defineres, og retningslinjene for behandling varierer mellom institusjonene (7-9).

Selin med flere ser at oxytocinstimulering er den intervensjonen jordmødre bruker hyppigst i fødselen (10), og studier fra Skandinavia viser at 30-75 % av førstegangsfødende med spontan fødselsstart til termin og ett barn i hodeleie ble stimulert (10-12). Tidligere studier har også vist at oxytocin ofte brukes i fødsler som ikke innfrir kriteriene for langsom fremgang (10, 11).

Mangel på klar definisjon på langsom fremgang og klare prosedyrer kan føre til at praksis er mer avhengig av holdningene blant jordmødre og fødselsleger enn forskningsbasert kunnskap (6, 12, 13). WHO sine anbefalinger om å føre partogram med varsellinje som følger 1 cm åpning av livmorhalsen per time og en tiltakslinje som er forskjøvet fire timer fra varsellinjen, ofte er regnet som et normalt mønster (7, 14). Norsk gynekologisk forening følger WHO's anbefalinger og presiserer i sin veileder at oxytocin kun skal brukes der det er definert langsom fremgang (7).

To svenske kvalitative undersøkelser har sett på jordmødres holdninger og vurderinger rundt oppstart av oxytocinstimulering (15, 16). Jordmødrene i disse studiene viste ambivalente holdninger til bruk av oxytocin under fødsel. De oppga også ulike faktorer som kunne føre til økt bruk av oxytocinstimulering. Årsaksforklaringer som ble nevnt var intensjon om å være «snill» mot kvinnen ved å redusere fødselsvarigheten, full avdeling, følelse av å måtte bevise fremgang ovenfor andre jordmorkolleger og leger samt jordmors utålmodighet (15, 16).

Siden denne studien skulle kartlegge jordmødres holdninger til oxytocinstimulering, var det naturlig å innhente opplysninger om oxytocinbruk ved de inkluderte sykehusene i studien, sykehus A og sykehus B. Det ble derfor hentet ut statistikk fra Partus, fødeavdelingens statistikkmodul, fra perioden 01.01.16-01.06.16. For kvinner med spontan fødselstart ble det i perioden ved sykehus A og B, oppgitt en stimuleringsrate på henholdsvis 12 % og 19 %.

Sykehusene i denne studien hadde forholdsvis like prosedyrer rundt oxytocinstimulering i fødsel. Ved sykehus B skulle ansvarshavende jordmor konfereres for å hindre oppstart av oxytocinstimulering på feil indikasjon, noe som ikke var praksis på sykehus A. Sykehus B hadde ingen definisjon på langsom fremgang, noe sykehus A hadde.

Sykehus B gjennomførte i 2014/2015 et gjennombruddsprosjekt i regi av Den norske legeforening. Hovedmålet med gjennombruddsprosjektet var å redusere sectiofrekvensen, og et delmål var å redusere oxytocinbruken. Sykehus B har i etterkant av dette prosjektet hatt en manuell optelling av oxytocinbruk hos Robson gruppe 1, førstegangsfødende med ett barn i hodeleie med spontan fødselsstart til termin. Optellingen viste at oxytocin ble brukt hos 49 % i denne gruppen.

Hensikten med denne studien var å kartlegge jordmødres holdninger til oxytocinbruk i normale fødsler og se dette i sammenheng med hvilket sykehus de praktiserte på og antall års arbeidserfaring.

## **METODE**

### **Design**

Studien ble gjort som en deskriptiv tverrsnittstudie og spørreskjema ble delt ut til jordmødre for å få et innblikk i deres holdninger.

### **Utvalg**

To sykehus på Østlandet ble inkludert i studien. Sykehusene ble valgt fordi de hadde tilnærmet lik fødepopulasjon, de var omtrent like store og de deltok ikke i andre studier som

kunne påvirke dataene. Totalt 167 jordmødre ved disse to sykehusene ble invitert til å delta. Jordmødre som ikke gikk i aktiv turnus i datasamlingsperioden ble ekskludert.

### **Spørreskjema**

Et spørreskjema ble utviklet med bakgrunn i elementer fra tidligere forskning på området (15-17). Spørreskjemaet inneholdt kartlegging av bakgrunnsvariabler, fire spørsmål der informantene skulle oppgi sine egne antagelser om oxytocinbruk i prosenter og 8 påstander der svar ble angitt på en Likert-skala med tre svarkategorier «enig», «uenig» og «hverken enig eller uenig».

For å bidra til høy deltakelse ble det lagt vekt på at informasjon og spørsmål skulle begrenses til ett ark og at det ikke skulle ta mer enn 5-10 minutter å fylle ut. Ansiktsvaliditet ble testet og spørreskjemaet justert etter en pilotundersøkelse gjennomført av 23 medstudenter fra jordmorutdanningen ved Høyskolen i Oslo og Akershus.

### **Datainnsamling**

De inkluderte fødeavdelingene ble kontaktet via e-post, og datainnsamlingen startet etter godkjenning fra NSD og personvernombudene. Spørreskjema i papirformat ble delt ut og samlet inn i perioden 30.05.16-20.06.16 ved sykehus B og 31.05.16-21.06.16 ved sykehus A. Jordmødrene fikk informasjon om prosjektet via e-post, og de prosjektansvarlige var periodevis til stede i avdelingen for å informere og oppmuntre til deltagelse. Innsamlingen av spørreskjemaer ble avsluttet etter tre uker.

### **Dataanalyse**

Data ble lagt inn manuelt i statistikkprogrammet, sjekket manuelt for tastefeil og kvalitetssikret ved å undersøke at gjennomsnitt, outliers, missing data og frekvenstabeller ga realistiske verdier. Antall års erfaring fra fødeavdeling var i utgangspunktet en kontinuerlig variabel som ble kategorisert i to kategorier. Deskriptive analyser ble gjort for å beskrive deltagerne i studien og hvordan svarene fordelte seg per variabel. Det ble også gjort bivariante analyser der kategoriske variabler ble satt opp i krysstabeller. For å identifisere jordmødre som faktisk kunne si seg enige i påstandene, ble kategorien «enig» sett opp mot kategoriene «uenig» og «hverken enig eller uenig» i slutningsstatistikken. De kontinuerlige variablene var normalfordelte, og ble derfor sammenlignet med t-test, og for de kategoriske variablene ble det brukt krysstabeller og chikvadrattest. Signifikansnivået ble satt til  $p=0,05$ . Signifikante

funn fra sammenligningen mellom sykehusene ble justert for antall års erfaring med logistisk regresjonsanalyse. Dataene ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet IBM SPSS, versjon 23.

### **Etiske vurderinger**

Studien ble godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) samt personvernombud og avdelingsledelse ved de aktuelle avdelingene. Utvalget ble ut fra bakgrunnsvariabler stratifisert til større grupper for at enkeltpersoner ikke skulle gjenkjennes. Utfylte spørreskjema ble oppbevart innelåst og makulert etter innplotting.

### **RESULTAT**

I denne studien svarte 114 av 167 aktuelle jordmødre på undersøkelsen, hvilket gir en samlet svarprosent på 68 %. Fra sykehus A deltok 32 jordmødre og fra sykehus B 82 jordmødre (tabell 1). Svarprosenten fra de to sykehusene var henholdsvis 71 % og 67 %.

I denne studien var 65% av jordmødrene enige i at det brukes for mye oxytocinstimulering i normale fødsler, mens 11% var uenige. På begge sykehusene anslo jordmødrene at det er flere kvinner som får oxytocin i fødsel enn det som er nødvendig, og det er stor spredning i anslagene for hva den enkelte jordmor tror (tabell 2).

Sekstien prosent av jordmødrene var enige i at avdelingen har prosedyrer som samsvarer med deres holdninger rundt oxytocinstimulering, 18% var uenige i dette. Syttiseks prosent mente det burde konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocin. Påstanden om at kvinner får en bedre fødselsopplevelse med et kortere fødselsforløp var der flest svarte «hverken enig eller uenig» (36%), 17,5% var enige i denne påstanden. En stor andel (83%) svarte at de føler en forventning fra leger om progresjon i fødselen, mens 51% svarte at de føler en forventning fra andre jordmødre om å ha progresjon i fødselen.

Over 90 % av jordmødrene var enige i at formålet med oxytocinstimulering er å behandle langsom fremgang og å stimulere til sterkere rier. Atten prosent var også enige i at oxytocin brukes for å forebygge langsom fremgang, og 33% av jordmødrene var enige i at oxytocin brukes for å forebygge sectio.

På sykehus A anga jordmødre at en signifikant større andel av andregangsfødende trenger oxytocin enn jordmødrene på sykehus B (tabell 2). Det var ingen signifikante forskjeller mellom prosentandelene jordmødrene på sykehus A og B anga vedrørende oxytocinbehov og -bruk hos førstegangsfødende.

Fire påstander viste signifikante ulikheter mellom jordmødrene på sykehus A og B. Disse forskjellene var fortsatt signifikante, og i tre av tilfellene ble forskjellene større da det ble justert for jordmødrenes erfaring i antall år (tabell 4). På de andre områdene var det små forskjeller mellom sykehusene (tabell 3).

Signifikant flere jordmødre med mer enn 3 års erfaring trodde at friske andregangsfødende både trenger og får mer oxytocin enn jordmødrene med 3 år eller mindre erfaring (tabell 2). Signifikant flere jordmødre med inntil 3 års erfaring var enige i at det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering sammenlignet med jordmødre med mer erfaring (tabell 3).

## **DISKUSJON**

Sekstifire prosent av jordmødrene som deltok i denne studien var enige i påstanden om at det brukes for mye oxytocinstimulering hos normale førstegangsfødende. Jordmødrene viste også dette da de anslo at en større andel kvinner, både første- og andregangsfødende, får oxytocin enn de som trenger det. Kunnskap er en viktig komponent i holdninger (18), og det kan være at jordmødrene har hørt om studier som sier at oxytocin ofte blir gitt uten at langsom fremgang er diagnostisert (10, 11). Samtidig kan jordmødrenes sprikende antakelser på hvor mange kvinner som trenger og får oxytocin, tyde på at det er en del jordmødre som er usikre på området eller har misforstått spørsmålet. Jordmødres holdninger til oxytocinstimulering kan også ha blitt påvirket av diskusjoner i jordmormiljøet som hevder at fødselsomsorgen har blitt for medikalisert (19), eller av WHO sin presisering om at man skal gjøre færrest mulig intervensjoner i fødselsforløpet (20).

Opptellingen av oxytocinbruk på sykehus B viste at 49% av de i Robson gruppe 1 ble stimulert i fødsel. Disse tallene kan ses i relasjon til spørsmålet som studien stiller om hvor mange friske førstegangsfødende jordmødre tror får oxytocin. Ved sykehus B oppga jordmødrene en gjennomsnittsverdi på 45%. Dette er forholdsviss samstemt, noe som kan tyde



på at jordmødrene har fulgt med på gjennombruddsprosjektet som har pågått, og er oppdaterte på hva som skjer på deres avdeling. Ved sykehus A har de rapportert i Partus at 12% av de med spontan fødselstart ble stimulert med oxytocin under fødsel. Ved sykehus B er det dokumentert i Partus at 19% blir stimulert med oxytocin. Vi ser at sykehus A har betydelig lavere forekomst av oxytocinstimulering enn både sykehus B og annen forskning viser (10, 21, 22). En mulig feilkilde kan være at det ikke er obligatorisk å fylle ut alle opplysningene om eventuell stimulering i dokumentasjonssystemet, og at det kan ha ført til en underrapportering av faktisk bruk. Det ville styrket reliabiliteten ved studien dersom vi hadde gjennomført en manuell opptelling av oxytocinbruken ved sykehus A, slik det er gjort ved sykehus B.

Denne studien viser at jordmødrene i stor grad er enige i påstanden om at det er en forventning fra leger om progresjon i fødselen (83%). En noe mindre andel, men fortsatt halvparten, er enige i påstanden om at det er en forventning fra andre jordmødre om progresjon i fødselen. Dette sammenfaller med de kvalitative studiene der jordmødrene forteller at legene ofte oppfordrer til at fødekvinnene må stimuleres (15, 16). Her må det samtidig regnes med at påstanden kanskje er noe utydelig formulert da det ikke er presisert hvilken fremgang man forventer. Både jordmødre og leger vil mene at det skal være en viss fremgang i en fødsel (7). Likevel viser studien at jordmødre angir et større forventningspress fra leger enn fra andre jordmødre. Dette kan avspeile at jordmødre tenker at de har andre holdninger enn leger om hva som er normal fødsel og hvor mye man skal intervensere i fødselsforløpet. Ut fra teorien til Ajzen og Fishbein om overveid handling, kan andres normer påvirke en til å handle annerledes enn egne holdninger tilsier (23). Det kan derfor være en sammenheng mellom jordmødres antatte forventninger fra kollegaer og at det gis mer oxytocin enn de selv tror er nødvendig. Flere spørsmål rundt temaet og et større materiale er nødvendig for å kunne si noe om hvorvidt en slik påvirkning fra kollegaer og andre faggrupper, gir endret praksis blant jordmødre.

Det er størst spredning i jordmødrenes svar på påstanden om at kvinner får en bedre fødselsopplevelse med et kortere fødselsforløp. En slik spredning kan tyde på at jordmødrene enten er usikre, uenige ut fra hvilke erfaringer og syn på fødsel de har, eller at de mener det er avhengig av hver enkelt situasjon. En studie viser at det kan være en sammenheng med at kortere fødsler gir bedre opplevelse (24). Samtidig er det vanskelig å konkludere fordi mange andre faktorer som opplevd støtte underveis, omgivelser og fødselsutfall også har innvirkning

på fødselsopplevelsen (24-26). Når Bugg med flere i sin oversiktsstudie ser at oxytocin kan korte ned den aktive fasen av fødselen med omtrent to timer (1), er det en fordel at jordmødre reflekterer rundt dette, fordi avgjørelser om oxytocinstimulering er en del av deres daglige praksis. Bugg med flere konkluderer med at man i noen tilfeller kanskje kan la kvinnen være med på avgjørelsen (1).

Kunnskap er en viktig komponent i de fleste personers holdninger (18). Da deltakerne ble spurt om hva de mente var formålet med oxytocinstimulering, var det stor grad av enighet i at det er for å behandle langsom fremgang og å stimulere til sterkere og flere rier. Dette stemmer også overens med nyere forskning (1). Nesten en tredjedel mente at det også ble brukt for å forebygge sectio. Dette støttes ikke i nyere litteratur (1). Det kan derfor tenkes at økt fokus på kunnskap om effekten av de behandlingsmetodene som brukes, vil kunne påvirke jordmødres holdninger og praksis.

### **Ulikheter mellom sykehus A og B**

Mellom sykehusene ble det funnet flere signifikante forskjeller etter at det var justert for antall års erfaring. På sykehus B var de i større grad enige i påstandene «Det brukes for mye oxytocinstimulering hos normale førstegangsfødende» og «det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering». Gjennombruddsprosjektet som ble utført på sykehus B, der et av målene var å redusere oxytocinstimulering, kan ha påvirket jordmødrenes holdninger rundt oxytocinbruk.

Ut fra prosedyren ved sykehus B, skal det konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering. Dette samsvarer med at jordmødrene ved sykehus B i signifikant større grad var enige i denne påstanden sammenlignet med jordmødrene på sykehus A som ikke har tilsvarende retningslinjer. Derimot er det signifikant flere jordmødre på sykehus A som er enige i påstanden om at det er en forventning om fremgang i fødsel fra andre jordmødre. Siden sykehus B har konfereringsplikt blir avgjørelsen om oppstart av oxytocinstimulering tatt i plenum, og jordmor trenger da ikke å føle forventninger fra andre jordmødre i samme grad som når hun står med avgjørelsen alene. Dette kan forklare ulikheten i angitt forventningspress fra kollegaer ved de to sykehusene.

## **Holdninger sett opp mot erfaring**

Ekelin med flere fant gjennom sine intervjuer at nyutdannede jordmødre følte seg i større grad presset til å vise at de hadde progresjon i fødselen, og de følte seg observert av kollegaer (16). Vår studie avdekker ingen signifikante forskjeller i forventning om progresjon i fødselen fra hverken leger eller andre jordmødre korrelert med hvor lang erfaring de har. Det er mulig at vi med et annet utvalg hadde funnet slike forskjeller, men det er også mulig at miljøet på den enkelte avdeling har større betydning for holdningsdannelsen enn erfaring. En slik sammenheng mellom andres normer og påvirkning av egne holdninger og adferd er beskrevet i annen litteratur (18, 23).

Alle jordmødrene i gruppen med inntil tre års erfaring svarer at det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering. Med bakgrunn i teorien om å gå fra novise til ekspert kan dette være en sunn holdning (27). Som nyutdannet bør man være bevisst på den kunnskapen man enda ikke har, og få hjelp fra mer erfarne kollegaer til å analysere situasjonen og å gi den beste behandlingen (27).

## **Styrker og svakheter**

Holdninger er sammensatte og komplekse og det kan derfor være en utfordring å måle og gi et fullstendig bilde med en kvantitativ tilnærming (18, 28). En styrke ved studien er at 114 jordmødre deltok.

Spørreskjemaet som ble brukt var ikke validert, og representerer derfor en svakhet ved denne studien. Det vil si at man ikke med sikkerhet kan si om spørreskjemaet målte det det skulle måle. For å kvalitetssikre skjemaet, ble det gjennomført en pilot hvor spørreskjemaet ble presentert for 23 jordmorstudenter, på denne måten fikk vi mulighet til å teste ansiktsvaliditet. Tematikken til spørsmålene ble hentet fra tidligere studier som var gjort, både kvantitative og kvalitative (15-17). I analysene ble jordmødrenes svar på påstandene omkodet til to kategorier i stedet for de opprinnelige tre kategoriene. Dette ble gjort for å identifisere de som faktisk sa seg enig i påstandene. Det kan likevel ha ført til at vi har gått glipp av nyanser i den gruppen som var hverken enige eller uenige

Analysene er basert på svar fra en gruppe jordmødre ved to forholdsvis like sykehus på Østlandet. Dette gjør at resultatene vanskelig kan generaliseres til å være gjeldende for jordmødre i andre regioner og land og for sykehus med andre fødepopulasjoner. Likevel, med

en svarprosent på nesten 70%, kan resultatene si oss noe om tendensene og forskjellene ved disse to sykehusene.

Studiens reliabilitet ble styrket ved at spørreskjemaet var kort og det ble dermed mindre sannsynlig at deltagerne svarte vilkårlig. Datamateriale ble også kvalitetssikret for å unngå innplottingsfeil.

## **KONKLUSJON**

Resultatene fra denne studien antyder at jordmors holdninger rundt oxytocinbruk i fødsel blir påvirket av kultur ved arbeidsstedet. De fleste signifikante funn i denne studien knytter seg mot forskjeller mellom arbeidssted, og kan muligens sees i sammenheng med økt fokus på oxytocinstimulering ved sykehus B i forbindelse med gjennombruddsprosjektet. Man kan anta at mer fokus blant jordmødrene på kunnskap om oxytocinstimuleringens fordeler og ulemper, vil kunne endre deres holdninger og bruk av oxytocin i praksis. For å kunne trekke slike konklusjoner, bør det gjøres lignende studier ved flere sykehus. Det bør da etterstrebes å bruke validerte spørreskjema. Kvalitative studier vil også kunne beskrive jordmødres holdninger på en mer inngående måte.

## Litteratur

1. **Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG.** Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2013;2013(6):1-55.
2. **Dudley DJ.** Oxytocin: Use and Abuse, Science and Art. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 1997;40(3):516-24.
3. **Budden A, Chen LJY, Henry A.** High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;2014(10):1-55.
4. **Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirovic Z.** Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;2014(2):1-134.
5. **Clark SL, Simpson KR, Knox GE, Garite TJ.** Oxytocin: new perspectives on an old drug. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2009;200(1):35.e1-.e6.
6. **Oscarsson ME, Amer-Wåhlin I, Rydhstroem H, Källén K.** Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2006;85(9):1094-98.
7. **Eggebø TM, Rossen J, Ellingsen L, Heid HC, Muneer S, Westad S.** Stimulering av rier [internett]. Oslo: Norsk gynekologisk forening; 2014 [hentet 2016-09-30]. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels hjelp-2014/Stimulering-av-rier/>.
8. **Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Nyberg P, Dykes A-K.** Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: a multi-centre cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2008;8(45):45.
9. **Selin L, Wallin G, Berg M.** Dystocia in labour risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2008;87(2):216-21.
10. **Selin L, Almström E, Wallin G, Berg M.** Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2009;88(12):1352-7.
11. **Bernitz S, Øian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E.** Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery.* 2014;30(3):364-70.
12. **Rossen J, Østborg TB, Lindtjørn E, Schulz J, Eggebø TM.** Judicious use of oxytocin augmentation for the management of prolonged labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2016;95(3):355-61.
13. **Sandin-Bojö AK, Kvist LJ.** Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *Birth.* 2008;35(4):321-28. DOI: 10.1111/aogs.12821
14. **World Health Organization.** Recommendations for augmentation of labour. Geneva: WHO; 2014.
15. **Blix-Lindström S, Johansson E, Christensson K.** Midwives' navigation and perceived power during decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery.* 2008;24(2):190-98.
16. **Ekelin M, Svensson J, Evehammar S, Kvist LJ.** Sense and sensibility: Swedish midwives' ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labour augmentation. *Midwifery.* 2015;31(3):e36-e42.
17. **Wiklund I, Wallin J, Vikström M, Ransjö-Arvidson A-B.** Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions: a web-based survey. *Midwifery.* 2011;28(4):e516-e20.

18. **Brochs-Haukedal W, Bjørvik KI.** Arbeids- og lederpsykologi. 8. utg. Oslo: Cappelen akademisk; 2010.
19. **Walsh D.** Evidence and skills for normal labour and birth : a guide for midwives. 2. utg. London: Routledge; 2012.
20. **World Health Organization.** Care in normal birth : a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
21. **Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J.** Changes in labor patterns over 50 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2012;206(5):419.e1-.e9.
22. **Blix E, Pettersen SH, Eriksen H, Røyset B, Pedersen EH, Öian P.** Use of oxytocin augmentation after spontaneous onset of labor. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening.* 2002;122(14):1359-62.
23. **Fishbein M, Ajzen I.** Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.
24. **Nystedt A, Högberg U, Lundman B.** The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *Journal of Clinical Nursing.* 2005;14(5):579-86.
25. **Bergqvist L, Dencker A, Taft C, Lilja H, Ladfors L, Skaring-Thorsén L, et al.** Women's experiences after early versus postponed oxytocin treatment of slow progress in first childbirth – a randomized controlled trial. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2012;3(2):61-5.
26. **Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I.** A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27.
27. **Benner P, Have G.** Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Oslo: TANO I samarbeid med Munksgaard; 1995.
28. **Ringdal K.** Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. 3. utg. Bergen: Fagbokforl.; 2013.

**Tabell 1:** Bakgrunnsvariabler. Total n=114.

Bakgrunnsvariabler	n (%)	Erfaring, ant år, gj.snitt	Erfaring, år, min-max
Arbeidssted			
Sykehus A	32 (28)	15,2	0,3-33
Sykehus B	82 (68,5)	9,3	0,2-37
Erfaring			
0-3 år	32 (28)	-	-
>3 år	78 (68,5)	-	-
Missing	4 (3,5)	-	-

**Tabell 2:** Prosentandeler friske kvinner som jordmødrene tror trenger og får oxytocinstimulering i fødsel. Gruppert etter arbeidssted og deretter etter erfaring.

	Sykehus A (n=32)		Sykehus B (n=82)		p-verdi*	Erfaring 0-3 år (n=29)	Erfaring >3 år (n=78)	p-verdi*
	Gj.snitt (SA)	min-max	Gj.snitt (SA)	min-max		Gj.snitt (SA)	Gj.snitt (SA)	
Prosentandel friske førstegangs-fødende som jordmødre tror <b>trenger</b> oxytocin	24,2 (18)	0-70	24,2 (13,7)	0-70	0,997	21,0 (10,4)	25,5 (16,3)	0,171
Prosentandel friske førstegangs-fødende som jordmødre tror <b>får</b> oxytocin	41,1 (22,6)	4-80	44,7 (13,8)	15-80	0,433	43,1 (12,0)	44,2 (18,2)	0,706
Prosentandel friske andregangsfødende som jordmødre tror <b>trenger</b> oxytocin	14,9 (13,0)	0-40	9 (7,0)	0-30	0,025	7,3 (4,8)	11,9 (10,3)	0,002
Prosentandel friske andregangsfødende som jordmødre tror <b>får</b> oxytocin	26,1 (18,8)	2-68	19,5 (12,4)	1-70	0,09	16,7 (8,5)	23,3 (16,0)	0,008

\*P-verdi utregnet fra t-test

SA=standardavvik

Ved sammenligning mellom hvor lang erfaring jordmødrene har, er sykehus A og B slått sammen.



**Tabell 3:** Andel jordmødre som har svart «Enig» på påstandene. Sammenligning mellom arbeidsstedene og mellom hvor lang erfaring de har fra fødeavdeling.

	Sykehus A		Sykehus B		0-3 års erfaring		>3 års erfaring	
	n (%)	n (%)	p-verdi*	n (%)	n (%)	p-verdi*	n (%)	n (%)
Min avdeling har retningslinjer rundt oxytocin-stimulering som samsvarer med mine holdninger	23 (76,7)	46 (59,7)	0,156	19 (59,4)	47 (65,3)	0,722		
Det brukes for mye oxytocinstimulering hos normale førstegangs fødende	12 (38,7)	62 (78,5)	<0,001	21 (70,0)	50 (65,8)	0,852		
Det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering	13 (40,6)	74 (91,4)	<0,001	32 (100)	52 (67,5)	0,001		
Førstegangs fødende bør ha PVK	0 (0,0)	3 (3,8)	0,653	0 (0,0)	3 (4,0)	0,627		
Kvinner vil få en bedre fødselsopplevelse med et kortere fødselsforløp	6 (20,0)	14 (17,7)	1,000	3 (9,7)	16 (21,6)	0,241		
Det er en forventning fra leger om progresjon i fødselen	26 (83,9)	69 (86,3)	0,985	28 (90,3)	63 (82,9)	0,497		
Det er en forventning fra andre jordmødre om progresjon i fødselen	22 (71,0)	37 (47,4)	0,044	19 (61,3)	37 (50,0)	0,399		
Formålet med oxytocinstimulering er å...								
...å forebygge langsom fremgang	8 (26,7)	13 (17,6)	0,437	6 (20,7)	15 (21,1)	1,000		
...å behandle langsom fremgang	32 (100)	76 (95,0)	0,469	32 (100)	72 (94,7)	0,445		
...å forebygge sectio	8 (29,6)	25 (32,5)	0,974	14 (45,2)	19 (27,1)	0,121		
...å fremme spontan fødsel	15 (51,7)	54 (66,7)	0,228	24 (77,4)	43 (56,6)	0,072		
...å korrigere feilinnstilling	11 (36,7)	12 (16,2)	0,044	8 (25,0)	14 (20,3)	0,784		
...å stimulere til sterkere rier	31 (100)	74 (94,9)	0,472	31 (96,6)	71 (95,9)	1,000		
...å stimulere til flere rier	25 (83,3)	63 (80,8)	0,975	27 (87,1)	58 (78,4)	0,444		

\*p-verdi utregnet fra X<sup>2</sup>

**Tabell 4:** Justert analyse av signifikante funn fra sammenligning av jordmødres holdninger mellom arbeidssted.

	Ujustert		Justert <sup>a</sup>	
	OR (95% KI)	p-verdi	OR (95% KI)	p-verdi
<i>Sykehus A som prediktor</i>				
Det bør konfereres med lege eller annen jordmor før oppstart av oxytocinstimulering	0,065 (0,023-0,185)	<0,001	0,085 (0,027-0,268)	<0,001
Det brukes for mye oxytocinstimulering hos normale førstegangsfødende	0,173 (0,07-0,426)	<0,001	0,161 (0,061-0,425)	<0,001
Det er en forventning fra andre jordmødre om progresjon i fødselen	2,709 (1,108-6,621)	0,029	5,35 (1,75-16,31)	0,003
Formålet med oxytocinstimulering er å korrigere feilinnstillinger	2,991 (1,138-7,861)	0,026	3,285 (1,162-9,285)	0,025

a) OR er justert for erfaring i antall år

OR = Odds ratio

KI = konfidensintervall