



MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG

Tilbud om ytre vending ved seteleie til termin

I hvilken grad tilbys ytre vending av foster i seteleie til termin ved norske fødeinstitusjoner?

Oktober 2021

Kandidatnummer: 511 og 513

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 7325

Master i jordmorfag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap

OsloMet - storbyuniversitetet

FORORD

To spente jordmorstudenter møtte opp på OsloMet i januar 2020. I dag, nesten to år senere, er vi snart ferdig utdannede jordmødre. De to siste årene har vært krevende, men også svært spennende, lærerike og utviklende, både faglig og personlig. Perioden har vært annerledes med en ny hverdag og studiesituasjon på grunn av corona-pandemi og nedstenginger.

Å skrive masteroppgave har vært en ny og lærerik prosess og erfaring for oss. Vi valgte å gjennomføre en studie der vi selv samlet inn data, noe som har gitt oss bedre eierskap til arbeidsprosessen og oppgaven. Det presiseres at innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning. Vi hadde likevel ikke klart dette uten hjelp og støtte fra andre.

Studien ble gjennomført blant medisinskfaglig ansvarlige ved norske fødeinstitusjoner, og vi vil benytte anledningen til å takke hver enkelt av respondentene som har deltatt i undersøkelsen.

Tusen takk til veilederen vår som ivrig har inspirert oss om temaet i oppgaven, veiledet oss i oppgaveskriving, og delt av sin faglige og akademiske kunnskap og kompetanse. Biveilederen vår har veiledet oss i innsamling av datamaterialet, tusen takk for viktige bidrag og god hjelp.

Takk til lærere og medstudenter som har opponert på oppgaven vår, og bidratt med konstruktive tilbakemeldinger og diskusjon underveis i prosessen.

Takk til alle dere som har hjulpet oss med å løfte oppgaven, gjennom å ha lest korrektur eller vurdert det faglige og akademiske innholdet.

Til slutt vil vi rette en stor takk til familie og venner som tålmodig har støttet oss og heiet oss frem gjennom to år med studier og praksis, samt et semester med skriving av masteroppgave.

Oslo, oktober 2021

OPPSUMMERING

Tittel: Tilbud om ytre vending ved seteleie til termin.

Hensikt: Kartlegge i hvilken grad norske fødeinstitusjoner tilbyr ytre vending av foster i seteleie til gravide uten kontraindikasjoner, samt vurdere om bruken av ytre vending i Norge samsvarer med nyere forskning, internasjonale retningslinjer, og pasient- og brukerrettigheter.

Problemstilling: I hvilken grad tilbys ytre vending av foster i seteleie til termin ved norske fødeinstitusjoner?

Metode: Studien ble utført med kvantitativ metode og deskriptivt tverrsnittdesign. I juni 2021 ble et elektronisk spørreskjema tilsendt medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ved norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie.

Resultat: Alle 39 medisinskfaglig ansvarlige responderte. To tredjedeler (26/39, 66.7%) av norske fødeinstitusjoner tilbyr ytre vending av foster i seteleie til termin i stor til svært stor grad. Majoriteten (31/39, 79.5%) av fødeinstitusjonene har stor til svært stor grad av kompetanse på utøvelse av ytre vending. De fleste (33/39, 84.6%) fødeinstitusjonene har egen prosedyre for ytre vending, mens i underkant av halvparten (19/39, 48.7%) av fødeinstitusjonene har standardisert pasientinformasjon om prosedyren. Medisinskfaglig ansvarlige har ulike oppfatninger om kunnskapsgrunnet for ytre vending, samt hvilke gravide med foster i seteleie til termin som bør tilbys vendingsforsøk.

Konklusjon: Norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, tilbyr ytre vending i stor grad. Samtidig ses variasjoner i tilbudet mellom fødeinstitusjonene, samt utfordringer knyttet til pasientinformasjon, meninger om hvem som bør tilbys ytre vending, og kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnet om effekten av ytre vending.

Nøkkelord: Ytre vending, seteleie til termin, internasjonale retningslinjer, pasient- og brukerrettigheter, tverrsnittstudie

ABSTRACT

Title: Offering external cephalic version (ECV) for breech presentations at term.

Aim: To determine to which extent ECV of breech presentations at term is offered to women without contraindications in Norwegian labor and delivery wards. To determine whether the use of ECV in Norwegian labor and delivery wards correlates with up-to-date research, international guidelines and patient rights.

Issue: To which extent is ECV being offered at Norwegian labor and delivery wards?

Method: The study was conducted with a quantitative method and a cross sectional design. An electronic questionnaire was emailed in June of 2021 to the director of quality assurance at labor and delivery wards (n=39) in Norway responsible for the care of breech pregnancies.

Results: All 39 directors of quality assurance responded. Two-thirds (26/39, 66.7%) of Norwegian labor and delivery wards offer ECV to women with breech presentations at term in either a high or very high percentages of cases. The majority (31/39, 79.5%) of the labor and delivery wards have a high to very high degree of competence in performing ECV. Most of the labor and delivery wards (33/39, 84.6%) have their own procedures for performing ECV, and about half (19/39, 48.7%) of the labor and delivery wards have standardized patient information regarding the procedure. The directors of quality assurance have different perceptions regarding the effectiveness of ECV, and which women with breech presentation at terms should be offered ECV.

Conclusion: Norwegian labor and delivery wards with care of breech pregnancies offer ECV to a large degree. Nevertheless, variations exist between the different labor and delivery wards including differences relating to patient information, which women should be offered ECV, and the knowledge and agreement regarding up-to-date research of ECV.

Keywords: External cephalic version, term breech presentation, international guidelines, patient rights, cross sectional study

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Oppbygging av oppgaven	1
1.2 Bakgrunn	1
1.3 Formål og problemstilling	3
1.4 Avgrensning av problemstilling	3
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	4
2.1 Seteleie	4
2.1.1 Forekomst og predisponerende faktorer	5
2.1.2 Forløsningsmetoder ved seteleie	5
2.2 Ytre vending	7
2.2.1 Indikasjoner og kontraindikasjoner	8
2.2.2 Suksessrate	8
2.2.3 Fasilitatorer og barrierer for utøvelse av ytre vending	9
2.3 Retningslinjer for ytre vending	9
2.4 Lik tilgang til helsetjenester, brukermedvirkning, informasjon og samtykke	10
2.5 WHO's ti prinsipper for perinatal omsorg	11
2.6 Norsk fødselsomsorg	12
3.0 METODE	13
3.1 Design	13
3.2 Datamateriale	13
3.2.1 Spørreundersøkelse	13
3.2.2 Populasjon	14
3.2.3 Fremgangsmåte	14
3.4 Analyseprosess	15
3.5 Ethiske overveielser	15
4.0 SAMMENDRAG AV VITENSKAPELIG ARTIKKEL	17
5.0 RESULTAT	18
5.1 I hvilken grad tilbys ytre vending	18
5.2 Hvem bør tilbys ytre vending	19
	V

5.3 Hvilken kompetanse har fødeinstitusjonene på ytre vending	20
5.4 Har fødeinstitusjonene egen pasientinformasjon og prosedyre for ytre vending	22
6.0 DISKUSJON	23
6.1 Hovedfunn	23
6.1.1 Tilbud om ytre vending	23
6.1.2 Hvem bør få tilbud om ytre vending i forhold til internasjonale retningslinjer	24
6.1.3 Pasientinformasjon og prosedyre i forhold til medvirkning og informasjonsrett	25
6.1.4 Kunnskap om ytre vending i forhold til evidens	25
6.1.5 Kompetanse og bruk av ytre vending i forhold til klinisk praksis	26
6.2 Metodediskusjon	27
7.0 KONKLUSJON	30
REFERANSELISTE	31

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Redegjørelse for gruppeprosess

Vedlegg 2 – Vitenskapelig artikkel

Vedlegg 3 – Forfatterveiledning

Vedlegg 4 – Brev til NSD / Informasjonsskriv

Vedlegg 5 – Tilrådning fra NSD

Vedlegg 6 – Spørreskjema

TABELLER

Tabell 1: Respondenter (n=39) fordelt på fødeinstitusjonsnivå og helseregion

Tabell 2: Hvem bør tilbys ytre vending? Spørsmålet ble besvart av medisinskfaglig ansvarlige (n=39)

Tabell 3: Kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnlaget om effekten av ytre vending blant medisinskfaglig ansvarlige (n=39)

FIGURER

Figur 1: Illustrasjon av foster i seteleie som presenterer de fire undergruppene av seteleie

Figur 2: Illustrasjon av ytre vending hvor et foster blir manipulert fra sete- til hodeleie

Figur 3: I hvilken grad tilbys ytre vending ved institusjonen? Spørsmålet ble besvart av medisinskfaglig ansvarlige (n=39)

Figur 4: I hvilken grad er det kompetanse på avdelingen i å utøve ytre vending av seteleie til termin? Spørsmålet ble besvart av medisinskfaglig ansvarlige (n=39)

1.0 INNLEDNING

1.1 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er todelt og består av en vitenskapelig artikkel med tilhørende kappe, der kappen er en utfylling av artikkelen. Artikkelen (vedlegg 2) følger forfatterveiledningen for originalartikkel i Den norske legeforeningens tidsskrift “Tidsskriftet” (vedlegg 3).

Kappen består av syv kapitler. Kapittel 1.0 presenterer studiens bakgrunn, formål og problemstilling. Teori som ligger til grunn for temaet utdypes i kapittel 2.0. Kapittel 3.0 redegjør studiens design og valg av metode. Sammendrag av den vitenskapelige artikkelen fremkommer i kapittel 4.0. Studiens resultater presenteres i kapittel 5.0, og blir diskutert i kapittel 6.0. I diskusjonskapittelet diskuteres også metode. Kapittel 7.0 inneholder konklusjon av studien. Til slutt følger referanseliste og aktuelle vedlegg.

1.2 Bakgrunn

Hvilken forløsningsmetode og behandlingstilbud som er å foretrekke ved foster i seteleie til termin, har vært og er fortsatt et tema til diskusjon i fødselsomsorgen (McParland & Farine, 1996). Dette gjelder også bruken av ytre vending. *Ytre vending* er en prosedyre hvor det ved hjelp av ulike håndgrep over mors mage blir forsøkt å manipulere et foster fra sete- til hodeleie (Hofmeyr, 2021, 08. februar; Impey et al., 2017).

I dag anbefaler internasjonale retningslinjer å rutinemessig informere om og tilby ytre vending til gravide med ett foster i seteleie til termin, der det ikke foreligger kontraindikasjoner (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020; Impey et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2021, 19. august). Norsk veileder i fødselshjelp er, sammenlignet med internasjonale retningslinjer, uklar i sine anbefalinger for tilbud om ytre vending, da det er den behandlende avdelingen som anbefales å avgjøre praksis (Albrechtsen et al., 2020).

Vellykkede vendinger, hvor fosteret fortsatt ligger i hodeleie ved fødselsstart, øker andelen vaginale hodefødsler, samt reduserer antallet keisersnitt på indikasjon seteleie (Hofmeyr, 2021, 08. februar; Nassar et al., 2021, 29. april). Forskning viser at det er større risiko for komplikasjoner, alvorlige fødselsutfall og akutte keisersnitt ved vaginal setefødsel, sammenlignet med vaginal hodefødsel (ACOG, 2020). Videre er andelen elektive keisersnitt på indikasjon seteleie høy. Keisersnitt øker risikoen for komplikasjoner, både for mor og barn, på kort og lang sikt, sammenlignet med hodefødsel (Hofmeyr, Hannah, et al., 2015). Ytre vending er derfor et viktig tilbud til gravide med ett foster i seteleie til termin.

Internasjonale retningslinjer for ytre vending legger vekt på at den gravide selv skal være delaktig i og samtykke til avgjørelsen om å forsøke vendingsforsøk, basert på utfyllende og balansert informasjon, der både fordeler og ulemper drøftes (ACOG, 2020; Impey et al., 2017; NICE, 2021, 19. august). Den norske Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1, 3-2) er tydelig på at brukere av norske helsetjenester skal inkluderes i avgjørelser som gjelder egen helse, informeres om alle aktuelle og tilgjengelige behandlingstilbud, samt samtykke til helsehjelpen. Kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning står sentralt i norske helsetjenester (Fønhus, 2019). Brukermedvirkning kan ha en terapeutisk verdi, da det gir brukeren regi over eget liv og helse, samt styrker selvfølelsen og motivasjonen (Helsedirektoratet, 2017). Videre er lik tilgang til helsetjenester et viktig prinsipp både nasjonalt og internasjonalt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1; World Health Organisation, u.å.).

I Norge har man lang tradisjon med og god kompetanse på vaginal seteforløsning (Albrechtsen et al., 2020). Det finnes derimot lite forskning og offentlig statistikk som kan gi informasjon om bruken av ytre vending ved norske fødeinstitusjoner (Folkehelseinstituttet, 2020; Øian et al., 2003). Med bakgrunn i forskning, internasjonale retningslinjer, samt pasient- og brukerrettigheter, vil denne kartleggingsundersøkelsen sette fokus på tilbud om ytre vending av foster i seteleie til termin ved norske fødeinstitusjoner.

1.3 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven var å kartlegge i hvilken grad norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, tilbyr ytre vending av foster i seteleie til termin til gravide uten kontraindikasjoner. For å kunne vurdere fødeinstitusjonenes bruk av ytre vending i forhold til nyere forskning, internasjonale retningslinjer, samt pasient- og brukerrettigheter, var det også ønskelig å vite hvorvidt fødeinstitusjonene hadde egen pasientinformasjon og prosedyre for ytre vending. Videre ble det innhentet informasjon om medisinskfaglig ansvarliges kjennskap til kunnskapsgrunnlaget for ytre vending, og hvem de mente bør få tilbud om vendingsforsøk. Studiens problemstilling var:

I hvilken grad tilbys ytre vending av foster i seteleie til termin ved norske fødeinstitusjoner?

1.4 Avgrensning av problemstilling

En masteroppgave gir begrensninger i form av tid og ord til disposisjon. I denne masteroppgaven har fokuset vært å kartlegge graden av tilbud om ytre vending på landsbasis. Det kunne vært interessant å sammenligne tilbud om ytre vending mellom fødeinstitusjonsnivå og helseregioner, men dette ligger utenfor oppgavens problemstilling og ramme. Da ytre vending kan utføres både før og til termin, presiseres det at fokuset i oppgaven var tilbud om ytre vending til termin. *Til termin* defineres som perioden mellom svangerskapsuke 37 og 42 (Nesheim, 2018, 3.april).

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

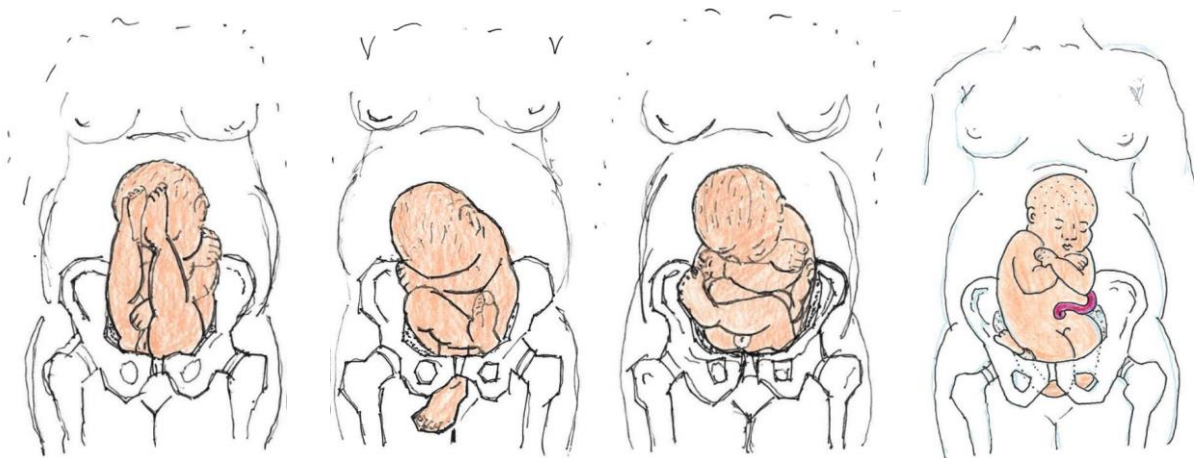
I dette kapitlet presenteres den teoretiske bakgrunnen for oppgaven. Teori som representasjon ble benyttet, hvor etablert kunnskap og nyere forskning om oppgavens tema presenteres kort, samt danner grunnlag for diskusjon av resultatene fra studien. Litteratursøk for å identifisere relevante artikler ble utført i databasene Medline, Ovid, Cinahl, Cochrane, UpToDate og BMJ best practice. Brukte søkeord var external cephalic version, mode of delivery, breech birth, practice clinical guidelines, og guidelines. I tillegg ble det utført referansesøk.

Kunnskapspyramiden ble brukt som hjelpemiddel i valg av kilder (Helsebiblioteket, 2016, 07.juni).

2.1 Seteleie

Seteleie er et lengdeleie hvor fosterets underkropp er ledende del og ligger ned mot cervix, mens hodet ligger opp mot fundus uteri (Albrechtsen et al., 2020; Jackson et al., 2014, s. 356-357).

Seteleie deles videre i fire undergrupper: rent seteleie, enkelt/dobbelt fot-seteleie, enkelt/dobbelt fotleie, og enkelt/dobbelt kneleie (Albrechtsen et al., 2020) (figur 1).



Illustrasjon [redacted] (forfatter av oppgaven)

Figur 1: Illustrasjon av foster i seteleie som presenterer de fire undergruppene av seteleie

2.1.1 Forekomst og predisponerende faktorer

I 2020 ble 2595 barn i Norge født i seteleie (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette utgjør 4,8% av fødte dette året, og inkluderer barn født prematurt og til termin. Før gestasjonsuke 28 ligger rundt 15% av alle fostre i seteleie, mot 3-4% ved fødsel til termin, da majoriteten av fostrene har snudd seg til hodeleie (Albrechtsen et al., 2020; Nassar et al., 2021, 29. april).

I 80% av tilfellene finner man ingen bakenforliggende årsak til hvorfor et foster ligger i seteleie ved termin (Nassar et al., 2021, 29. april). Kjente predisponerende faktorer er prematuritet, multiple svangerskap, kort navlesnor, oligo- og polyhydramnion, hydrocephalus, placentale og uterine abnormaliteter, samt kvinner som tidligere har hatt foster i seteleie.

2.1.2 Forløsningsmetoder ved seteleie

Seteleie kan forløses vaginalt eller kirurgisk ved keisersnitt.

Keisersnitt er et kirurgisk inngrep, hvor barnet forløses gjennom åpen buk- og livmorvegg (MacSali et al., 2020). Keisersnitt gjennomføres både elektivt og akutt i ulike hastegrader. Foster i seteleie til termin kan være indikasjon for elektivt keisersnitt. Henriksen og Molne (2015, s. 210) beskriver økende bruk av keisersnitt som forløsningsmetode ved foster i seteleie til termin i Norge. Av de 2595 barna som ble født i seteleie i 2020, ble 1634, tilsvarende 63%, forløst med keisersnitt (Folkehelseinstituttet, 2020).

Internasjonalt er det i flere land vanlig å benytte keisersnitt som forløsningsmetode ved foster i seteleie til termin (Hofmeyr, 2021, 07. januar). Bakgrunnen for dette er publiseringen av multisenterstudien Term Breech Trial (TBT) (Hannah et al., 2000), som rapporterte at forløsning med elektivt keisersnitt ved foster i seteleie til termin, reduserer perinatal og neonatal mortalitet og morbiditet, samt ikke øker postoperative ulemper for kvinnen, sammenlignet med vaginal setefødsel. Senere forskning viser fortsatt at elektivt keisersnitt ved seteleie, sammenlignet med vaginal setefødsel, reduserer perinatal morbiditet og mortalitet, men øker risikoen for postoperative komplikasjoner, forsinket oppstart av amming og tilknytning mellom mor og barn,

komplikasjoner ved neste svangerskap, samt medisinske senskader for barna (Brunstad, 2017, s. 483; Hofmeyr, Hannah, et al., 2015; World Health Organisation, 2015).

Vaginal setefødsel tar vanligvis lengre tid enn vaginal fødsel i hodeleie, og krever rutinerne fødselshjelpere som trener regelmessig for å opprettholde kompetanse på forløsning (Salvesen, 2017, s. 569). Den vanligste forløsningsmetoden ved vaginal setefødsel er aktiv forløsning av skuldre og armer ved hjelp av «Løvsets manøver», først etter at barnet er født til navlestedet, da risikoen for navlesnorskompresjon øker. Hodet kan forløses spontant, men som regel hjelpes hodet frem for å unngå fosterasfyksi (Henriksen & Molne, 2015, s. 210).

Sammenlignet med vaginal fødsel i hodeleie og elektive keisersnitt, er det forbundet større risiko for komplikasjoner og dårlige fødselsutfall ved vaginal setefødsel (Hofmeyr, 2021, 04. juni; Nassar et al., 2021, 29. april). Risikoen kan ha sammenheng med bakenforliggende årsaker til seteleie. Høyere perinatal morbiditet og mortalitet er sett hos barn etter vaginal setefødsel, sammenlignet med barn forløst med elektivt keisersnitt (Hannah et al., 2000). Ved setefødsler er det høyere forekomst av akutte keisersnitt og dermed medfølgende komplikasjoner, sammenlignet med fødsel i hodeleie (Hofmeyr, Hannah, et al., 2015; Impey et al., 2017). Barn født vaginalt har likevel mindre risiko for astma, allergi, overvekt, diabetes og autoimmune sykdommer senere i livet, sammenlignet med barn forløst med keisersnitt (Hofmeyr, 2021, 08. februar).

Selv om TBT-studien i 2000 presenterer vaginal setefødsel som en stor risiko, delte man ikke den samme skepsisen i Norge (Øian et al., 2003). En norsk ekspertgruppe ble bedt om å gjennomføre en systematisk gransking av TBT-studien. Ekspertgruppen stilte spørsmål ved studiens overførbarhet til norsk fødselsomsorg, da norske sykehus ikke var inkludert i TBT-studien, samt at norske tall på vaginale seteforløsninger var høyere og perinatal morbiditet og mortalitet lavere, sammenlignet med tallene TBT-studien presenterte (Øian et al., 2003).

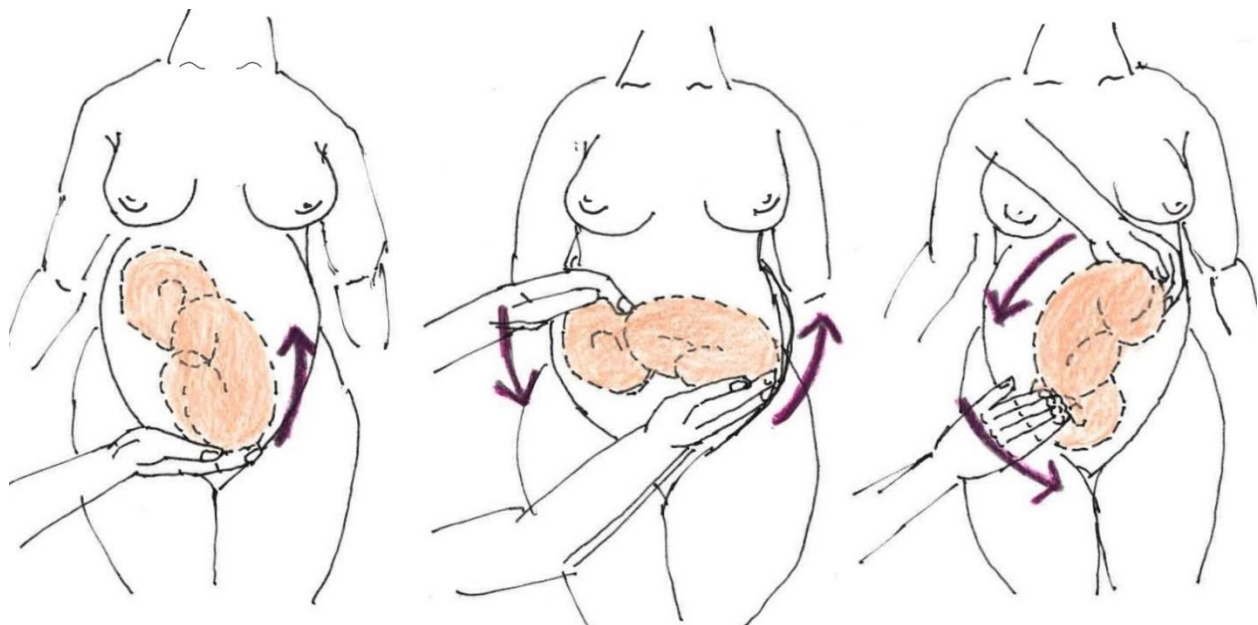
Gravide i Norge med ett foster i seteleie til termin blir anbefalt vaginal setefødsel, så lenge det ikke foreligger neonatale eller maternelle kontraindikasjoner (Albrechtsen et al., 2020). Norske obstetrikere har lang erfaring med og god kompetanse på vaginal seteforløsning, samt krav om å

forløse flere barn i seteleie gjennom sin spesialisering (Albrechtsen et al., 2020; Helsedirektoratet, 2020, 31. august).

2.2 Ytre vending

Ved ytre vending blir det forsøkt å manipulere et foster fra seteleie til hodeleie, ved hjelp av ulike håndgrep over mors mage (Hofmeyr, 2021, 08. februar; Impey et al., 2017) (figur 2).

Prosedyren utføres elektivt på fødeinstitusjoner der det finnes mulighet for fostermonitorering og akutt forløsning med keisersnitt (Impey et al., 2017; Nassar et al., 2021, 29. april).



Illustrasjon [redacted] (forfatter av oppgaven)

Figur 2: Illustrasjon av ytre vending hvor et foster blir manipulert fra sete- til hodeleie

Ytre vending øker forekomsten av barn født i hodeleie, samt reduserer keisersnittfrekvensen på indikasjon seteleie (Hofmeyr, 2021, 08. februar). Det er liten risiko forbundet med ytre vending, og prosedyren er vurdert til å være sikker, effektiv, og relativt enkel (Hofmeyr, Kulier, et al., 2015; Impey et al., 2017; Rosman, Vlemmix, Fleuren, et al., 2014). Prosedyren er kostnadsbesparende, sammenlignet med keisersnitt. Kvinner som har født vaginalt etter ytre

vending har totalt færre dager på barsel, sammenlignet med kvinner som har født vaginalt i seteleie (ACOG, 2020).

Komplikasjoner etter ytre vending er sjelden, men noen få tilfeller av placentalsøsning, navlesnorsprolaps, vannavgang, blødning og dødfødsel er rapportert (ACOG, 2020; Impey et al., 2017). Flere vaginale hodefødsler etter vellykket vending ender med keisersnitt eller instrumentell forløsning, sammenlignet med vaginal hodefødsel uten vendingsforsøk (Hofmeyr, 2021, 08. februar). I en oversiktsstudie finner Pay et al. (2020) noe økt risiko for lav Apgar etter 5 minutter hos barn forløst etter ytre vending, sammenlignet med en kontrollgruppe uten vendingsforsøk. Bakgrunnen for komplikasjonene etter ytre vending og under forløsning, kan ha sammenheng med predisponerende faktorer til seteleie (Hofmeyr, 2021, 08. februar).

2.2.1 Indikasjoner og kontraindikasjoner

Gravide med ett foster i seteleie kan tilbys ytre vending fra og med svangerskapsuke 37, så lenge det ikke foreligger kontraindikasjoner (Nassar et al., 2021, 29. april). Førstegangsfødende kan få tilbudet fra og med svangerskapsuke 36 (Impey et al., 2017). Det er ikke angitt noen øvre gestasjonsalder for vendingsforsøk. Kvinnen skal på forhånd gi samtykke til vendingsforsøket basert på informasjon om prosedyren, fordeler og risikofaktorer (Hofmeyr, 2021, 08. februar). Kontraindikasjoner er unormal CTG-registrering, placenta previa, uterin malformasjon, flerlingssvangerskap, oligohydramnion, vaginal blødning, alvorlig preeklampsi, alvorlig veksthemming, vannavgang, aktiv fødsel, samt andre maternelle eller føtale tilstander med indikasjon for umiddelbar forløsning med keisersnitt (Albrechtsen et al., 2020; Nassar et al., 2021, 29. april).

2.2.2 Suksessrate

Suksessraten for ytre vending ligger gjennomsnittlig på ca. 50% (Nassar et al., 2021, 29. april). Studier har vist at flergangsfødende og kvinner med afrikansk etnisitet har høyere suksessrate enn henholdsvis førstegangsfødende og kvinner med øvrig etnisitet, og rapporterer en suksessrate

på 80-90%. En vellykket vending tilsier at fosteret ligger i hodeleie ved fødselsstart (Hofmeyr, 2021, 08. februar). I ca. 3% av tilfellene vil fosteret snu seg tilbake til seteleie etter vending, oftere blant flergangsfødende og vendinger utøvd før svangerskapsuke 37, sammenlignet med førstegangsfødende og vendinger utøvd fra og med svangerskapsuke 37 (ACOG, 2020; Impey et al., 2017). Andre faktorer som bidrar til suksess i vendingsforsøk er et sete som ikke er festet, placentas posisjon, fosterets størrelse, mors vekt, mengde fostervann, rutiner ved vending, bruk av tokolyse, samt erfaringen til den som utfører vendingen (Hofmeyr, 2021, 08. februar; Impey et al., 2017; Nassar et al., 2021, 29. april).

2.2.3 Fasilitatorer og barrierer for utøvelse av ytre vending

Ønsket om vaginal hodefødsel er gravides største motivasjon for vendingsforsøk (Nassar et al., 2021, 29. april). Barrierer for vendingsforsøk hos gravide med ett foster i seteleie er negative holdninger og manglende tiltro til ytre vending, frykt for smerter, mangelfull informasjon og ønske om elektivt keisersnitt (Hofmeyr, 2021, 08. februar; Impey et al., 2017; Rosman, Vlemmix, Fleuren, et al., 2014). Blant fødselshjelpere rapporterte Rosman, Vlemmix, Fleuren, et al. (2014) at manglende tiltro til ytre vending, samt liten praktisk erfaring og kompetanse, skaper barrierer for utøvelse av intervensjonen. En annen faktor som påvirker tilbud og bruk av ytre vending, er hvorvidt gynekologene og obstetrikere er villig til å forløse foster i seteleie vaginalt (ACOG, 2020).

2.3 Retningslinjer for ytre vending

Internasjonale retningslinjer anbefaler at alle gravide med ett foster i seteleie til termin bør rutinemessig informeres om og tilbys ytre vending, dersom den gravide ønsker å føde i hodeleie og det ikke foreligger kontraindikasjoner (ACOG, 2020; Impey et al., 2017; NICE, 2021, 19. august). Retningslinjene legger vekt på at gravide som får tilbud om ytre vending, skal informeres om både fordeler og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå under intervensjonen, slik at kvinnene kan ta et informert valg om sin egen og barnets helse, samt samtykke til helsehjelpen. Retningslinjene beskriver ytre vending som en intervensjon forbundet med liten

risiko for komplikasjoner, og som øker andelen vaginale hodefødsler, samt reduserer antallet keisersnitt på indikasjon seteleie.

Norsk Gynekologisk forening sin veileder i fødselshjelp for seteleie og ytre vending har ingen klare anbefalinger om at ytre vending skal tilbys alle kvinner med ett foster i seteleie til termin uten kontraindikasjoner (Albrechtsen et al., 2020). I pasientinformasjonen om seteleie informeres det om at ytre vending bare tilbys i noen tilfeller. Veilederen gir fødeinstitusjonene selv ansvar for å avgjøre praksis for ytre vending, samt anbefaler hver enkelt institusjon å holde intern oversikt over vellykkede vendinger og eventuelle komplikasjoner under vendingforsøkene. Det fremkommer at “ytre vending til termin kan redusere antall fødte barn i seteleie og antall keisersnitt utført på indikasjonen seteleie” (Albrechtsen et al., 2020). Det finnes lite offentlig statistikk om bruk av ytre vending ved norske fødeinstitusjoner (Folkehelseinstituttet, 2020; Øian et al., 2003).

2.4 Lik tilgang til helsetjenester, brukermedvirkning, informasjon og samtykke

Lik (universell) tilgang til helsetjenester blir av Verdens helseorganisasjon (WHO) definert som «ensuring that all people have access to needed health services (...) of sufficient quality to be effective» (World Health Organisation, u.å.). Målet om universell tilgang til helsetjenester er implementert i flere land verden over. Den norske Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) skal sikre norske innbyggere lik tilgang til helsetjenester. Lik tilgang til helsetjenester står sentralt for å oppnå Forente Nasjoners (FN) (2021, 05.juli, 2021, 07.mars) bærekraftsmål om god helse og livskvalitet, samt mindre ulikhet. FNs bærekraftsmål er en internasjonal arbeidsplan som Norge er del av.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, som gir pasienter og brukere av norske helsetjenester rett til å medvirke i avgjørelser om egen helse (Helsedirektoratet, 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Retten til medvirkning gjelder alle tilgjengelige og forsvarlige tilbud, tjenester, undersøkelser og behandlinger. Brukerens ressurser og medvirkning

står sentralt i kunnskapsbasert praksis (Reinar & Blix, 2017, s. 66-68). Kunnskapsbasert praksis innebærer å innhente kunnskap fra områdene forskning- og erfaringsbasert kunnskap, samt brukerkunnskap og -medvirkning, med formål å utøve sikker helsehjelp og utvikle kvaliteten på helsetjenestene (Fønhus, 2019). Idealet i brukermedvirkning er at bruker skal få større valgmulighet, og selv velge i hvilken grad de ønsker å følge rådene fra helsepersonell. Mange brukere har stor tiltro til helsepersonell og ønsker deres råd i medisinske avgjørelser (Reinar & Blix, 2017, s. 68-69). I slike situasjoner må helsepersonell være bevisst maktrelasjonen i møte med brukeren. Helsedirektoratet (2017) beskriver brukermedvirkning som sentralt i et terapeutisk perspektiv, for brukerens utvikling av egenverdi, selvfølelse og motivasjon.

Informasjon og samtykke er nært knyttet sammen i norsk helselovgivning. Pasienter og brukere av norske helsetjenester har rett på informasjon om egen helse og innhold i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjonen skal være balansert og utfyllende, og omhandle alle tilgjengelige og forsvarlige tjenester, undersøkelsesmetoder og behandlingstilbud, samt effekt, risiko og bivirkninger. Helsepersonell er pliktig å gi informasjon på en måte som gjør pasient og bruker i stand til å ivareta egne rettigheter og ta informerte valg, samt sikre at pasient og bruker har forstått innholdet (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2, 3-5). Helsehjelp skal bare gis etter pasient og brukers samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1). Samtykket er gyldig kun når pasient og bruker på forhånd har fått nødvendig informasjon om egen helsetilstand og helsehjelpens innhold. Informasjon gitt både muntlig og skriftlig styrker pasient og brukers forståelse av innholdet i helsehjelpen, samt følelsen av tilfredshet (Johnson et al., 2003).

2.5 WHO's ti prinsipper for perinatal omsorg

WHO (Chalmers et al., 2001) har utarbeidet ti prinsipper for perinatal omsorg, med formål å demedikalisere og kvalitetssikre perinatalomsorgen. Prinsippene gjelder også for norsk fødselsomsorg (Fylkesnes, 2017, s. 26). Tre av prinsippene er presentert i oppgaven, da de anses som relevante for gravide med ett foster i seteleie til termin og oppgavens tematikk. WHO's andre prinsipper handler om å redusere bruken av avansert teknologi og behandlingsmetoder, hvor enklere prosedyrer vil fungere like bra eller bedre. Det tredje prinsippet beskriver viktigheten av

at helsehjelpen er evidensbasert med utgangspunkt i den beste og nyeste forskningen. Prinsipp nummer ni presiserer at kvinnen skal involveres i valg (Chalmers et al., 2001).

2.6 Norsk fødselsomsorg

Den norske fødselsomsorgen er organisert på tre nivå: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue (Helsedirektoratet, 2010, s. 25). De tre nivåene har ulike seleksjonskriterier og krav til organisering og kvalitet.

Kvinneklinikkene har spesialkompetanse innen fødselshjelp, og skal kunne ivareta risikogravide med alvorlig sykdom eller komplikasjoner, samt friske kvinner med normale svangerskap (Helsedirektoratet, 2010, s. 41-42).

Fødeavdelingene skal kunne ivareta friske kvinner med normale svangerskap og gravide med moderat risiko, basert på hvilke spesialkompetanse som finnes ved det aktuelle sykehuset (Helsedirektoratet, 2010, s. 35-36).

Fødestuer er små, jordmorstyrte enheter, som enten er frittstående eller lokalisert på og tilknyttet en kvinneklinikk eller fødeavdeling (Blix, 2017, s. 419). Friske kvinner med normale svangerskap og ett foster i hodeleie til termin, kan føde ved fødestuene (Helsedirektoratet, 2010, s. 29-30).

Risikofødsler er fødsler med «økt risiko for komplikasjoner, sykdom eller skade på mor eller barn» (Helsedirektoratet, 2010, s. 26). Vaginal setefødsel regnes som en risikofødsel. St.meld. nr. 12 (2008-2009) (2009) legger vekt på at fødetilbudet for risikosvangerskap og -fødsler skal legges til institusjoner med nødvendig breddekompetanse. Med bakgrunn i stortingsmeldingen skal vaginale setefødsler og ytre vendinger selekteres til kvinneklinikker (Helsedirektoratet, 2010, s. 41). Med godkjennelse fra helseregionens fagnettverk og kvinneklinikker, kan fødeavdelinger overta risikosvangerskap og -fødsler som i utgangspunktet skal selekteres til kvinneklinikker, dersom de kan dokumentere at de har nødvendig kompetanse, samt prosedyre for oppfølging og behandling (Helsedirektoratet, 2010, s. 36).

3.0 METODE

Metodekapittelet redegjør studiens design og metode, datainnsamling og gjennomføring, samt analyseprosess og etiske overveielser.

3.1 Design

Studios design og metode for innsamling av data blir bestemt med bakgrunn i problemstillingen (Jacobsen, 2015, s. 78). Problemstillingen i denne kartleggingsstudien fordret bruk av en kvantitativ metode og deskriptivt tverrsnittdesign.

Da det foreligger god forkunnskap om temaet ytre vending, og det var ønskelig å tilnærme seg problemstillingen i form av tall og tabeller, var kvantitativ metode aktuell å benytte i denne studien (Jacobsen, 2015, s. 136; Ringdal, 2018, s. 24).

En tverrsnittstudie passet problemstillingen i denne studien, da man ønsket å kartlegge tilbudet om ytre vending ved norske fødeinstitusjoner som følger opp gravide med foster i seteleie, i et gitt tidsrom og i en definert populasjon (Jacobsen, 2015, s. 108; Ringdal, 2018, s. 26, 147, 151). En deskriptiv tilnærming ble valgt, da man ønsket å beskrive tilbudet om ytre vending, uten å trekke slutninger eller forklare årsaksforhold (Jacobsen, 2015, s. 64).

3.2 Datamateriale

3.2.1 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelser samler data fra en gitt populasjon på en systematisk måte og ligger ofte til grunn for tverrsnittstudier, og var et naturlig valg for innsamling av data til besvarelse av problemstillingen i denne masteroppgaven (Ringdal, 2018, s. 112, 191). Spørreskjemaet (vedlegg 6) ble distribuert gjennom nettskjema.no, da webbaserede spørreundersøkelser er tids- og kostnadsbesparende, når raskt ut til populasjonen, gjør det lettere å behandle dataene, samt passer ressurssterke populasjoner med interesse for studiens tema (Jacobsen, 2015, s. 278-280).

Spørreskjemaet bestod av fem deler; Del 1: Bakgrunnsinformasjon, del 2: Bruk av ytre vending ved seteleie til termin, del 3: Informasjon, del 4: Hvem bør få tilbud om ytre vending ved seteleie til termin, del 5: Kunnskap om bruk av ytre vending av seteleie til termin. Spørreskjemaet inneholdt til sammen 14 obligatoriske spørsmål/påstander. Svaralternativene var hovedsakelig prestrukturerte med svarkategorier som ja/nei eller seksdelt Likert-skala, noe som gjør det enklere for respondentene å svare, samt lettere for forfatterne å kode resultatene (Jacobsen, 2015, s. 251; Johannessen, 2009, s. 28; Ringdal, 2018, s. 200). Til slutt var det et åpent kommentarfelt hvor respondentene kunne velge å legge ved ekstra informasjon. Før spørreskjemaet ble tilsendt respondentene, ble den pretestet blant tre obstetrikere for å kvalitetssikre ordlyden og redusere risikoen for misforståelser (Jacobsen, 2015, s. 276).

3.2.2 Populasjon

Studiepopulasjonen bestod av medisinskfaglig ansvarlige ved norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie. Medisinskfaglig ansvarlige var aktuelle respondenter, da Spesialisthelsetjenestelovens § 3-9 (1999) presiserer at sykehus skal ha en ansvarlig leder med bestemte kvalifikasjoner på alle nivå, eventuelt medisinskfaglige rådgivere om dette kreves for å oppnå forsvarlighet. Ansvarlig leder har blant annet ansvar for det medisinskfaglige på avdelingen og er sentral i avgjørelser som tas om avdelingens praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Studien var en nasjonal kartleggingsundersøkelse, og de medisinskfaglig ansvarlige ved alle landets 39 fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, fordelt på 17 kvinneklinikker og 22 fødeavdelinger, ble inkludert. Da seleksjonskriteriene for fødestuer ekskluderer gravide med foster i seteleie (Helsedirektoratet, 2010, s. 29-30), ble de medisinskfaglig ansvarlige ved disse enhetene ikke inkludert i kartleggingsstudien.

3.2.3 Fremgangsmåte

Etter kontakt med alle landets kvinneklinikker og fødeavdelinger, ble det utarbeidet en liste med kontaktinformasjon til de medisinskfaglig ansvarlige. E-post med invitasjon til deltakelse i

studien, informasjonsskriv om studien (vedlegg 4) og lenke til spørreskjemaet, ble tilsendt respondentene 09. juni 2021, med svarfrist 23. juni. Etter utsendelse av spørreundersøkelsen den 09. juni, kom det frem at det var registrert feil navn og e-postadresse på medisinskfaglig ansvarlig ved enkelte fødeinstitusjoner, noe som ble fortløpende korrigert. 23. juni ble det sendt e-post med påminnelse og motivasjon til deltakelse til respondentene som fortsatt ikke hadde besvart spørreskjemaet. Da deltakelse og svar fra alle landets fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i setelege styrker validiteten i resultatene (Jacobsen, 2015, s. 310), ble det sendt en ytterligere påminnelse per e-post 09. august, samt puring per telefon. Siste svar ble mottatt 14. september, og kartleggingen ble lukket.

3.4 Analyseprosess

Svarene fra spørreundersøkelsen utgjorde datamaterialet i masteroppgaven. Dataene ble kodet i nettskjema via kodebok, før dataene ble overført til IBM SPSS Statistics (Version 27) for analysering. Videre ble SPSS benyttet til analysering, bearbeiding og presentasjon av resultatene, gjennom deskriptiv statistikk, frekvens med søylediagram og krysstabell. Tabellene og figurene ble laget i SPSS og redigert i Excel og Word.

Verdiene på de ulike variablene i datasettet i SPSS ble kontrollert i forhold til spørreskjemaet og kodeboken i nettskjema, for å sikre at tallene var korrekt overført til SPSS. Det ble gjennomført stikkprøver av flere besvarte spørreskjemaer fra spørreundersøkelsen i nettskjema, der svarene ble kontrollert i forhold til svarene registrert i SPSS. Kontroll av variabler og stikkprøver ble utført av begge forfatterne.

3.5 Etiske overveielser

Oppgaven har fulgt etiske prinsipper presentert i Helsinkideklarasjonen, Helseforskningsloven og Åndsverksloven. De etiske prinsippene gjengitt i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013) gjelder all forskning som inkluderer mennesker og identifiserbart materiale og data. Helseforskningsloven (2008, § 5, 7, 13, 40) understreker at organisering og

gjennomføring av en studie skal være forsvarlig, overholde taushetsplikt, samt respektere respondentenes menneskeverd, personvern, rettigheter, samtykke og rett til innsyn.

Åndsverkloven (2018) gir skaperen av ethvert litterært arbeid rett til opphav, beskyttelse og belønning for innsats, samt sikrer korrekt kildehenvisning.

Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (u.å.) da personopplysninger i form av navn og kontaktinformasjon var nødvendig for å kunne sende spørreskjemaet og kontakte respondentene. Tilrådingen fra NSD ligger vedlagt (vedlegg 5). Informasjonsskrivet respondentene fikk tilsendt, forklarte formål og relevans av kartleggingen, samt bakgrunnen for hvorfor respondentene var invitert til deltakelse (Ringdal, 2018, s. 194). Videre forklarte skrevet hvordan personopplysningene blir lagret, behandlet og slettet undervegs og ved prosjektets slutt, samt informerte om respondentenes rettigheter og at de uten konsekvenser kan trekke seg fra studien når de selv ønsker. Ved å besvare spørreskjemaet samtykket respondentene til deltakelse i studien.

Risikovurdering og lagring av data foregikk etter OsloMets retningslinjer for innsamling, behandling og lagring av personopplysninger (2021, 16. august). Datamaterialet fra spørreundersøkelsen ble lagret på Tjenester for Sensitive Data, en sikker server tilknyttet Universitetet i Oslo. Kun forfatterne av masteroppgaven hadde tilgang til datamaterialet. Dataene slettes etter studieprosjektets slutt, forventet i januar 2022.

4.0 SAMMENDRAG AV VITENSKAPELIG ARTIKKEL

Bakgrunn: Internasjonale retningslinjer anbefaler rutinemessig tilbud av ytre vending til gravide med ett foster i seteleie til termin uten kontraindikasjoner. Studiens formål var å kartlegge i hvilken grad norske fødeinstitusjoner tilbyr ytre vending av foster i seteleie til termin.

Materiale og metode: Datamaterialet ble innhentet ved hjelp av et elektronisk spørreskjema tilsendt medisinskfaglig ansvarlig ved norske fødeinstitusjoner som følger opp gravide med foster i seteleie (n=39). Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om tilbud, meninger, og kompetanse knyttet til ytre vending.

Resultater: 39 medisinskfaglig ansvarlige responderte. 26 fødeinstitusjoner (67%) tilbydde ytre vending av foster i seteleie til termin i stor til svært stor grad. 31 fødeinstitusjoner (80%) har stor til svært stor grad av kompetanse på utøvelse av ytre vending. 33 fødeinstitusjoner (85%) hadde egen prosedyre for ytre vending. 19 fødeinstitusjoner (49%) hadde standardisert pasientinformasjon om prosedyren. Medisinskfaglig ansvarlige rapporterte ulike oppfatninger om hvem som bør tilbys ytre vending, og varierende kunnskap om effekten av ytre vending.

Fortolkning: Kartleggingen viser variasjon i graden av tilbud om ytre vending av foster i seteleie til termin ved norske fødeinstitusjoner. Det ses utfordringer knyttet til ulike meninger om hvem som bør tilbys vendingsforsøk, og varierende kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnlaget om effekten av ytre vending.

5.0 RESULTAT

Alle de 39 medisinskfaglig ansvarlige ved norske kvinneklinikker og fødeavdelinger som følger opp gravide med foster i seteleie, responderte på kartleggingsstudien. Dette gir en svarprosent på 100. Alle de 14 obligatoriske spørsmålene/påstandene i spørreskjemaet ble besvart av samtlige respondenter (n=39). Det er derfor ingen missing data i undersøkelsen.

Tabell 1 viser fordelingen av medisinskfaglig ansvarlige (n=39) etter hvilket fødeinstitusjonsnivå og hvilken helseregion de representerte.

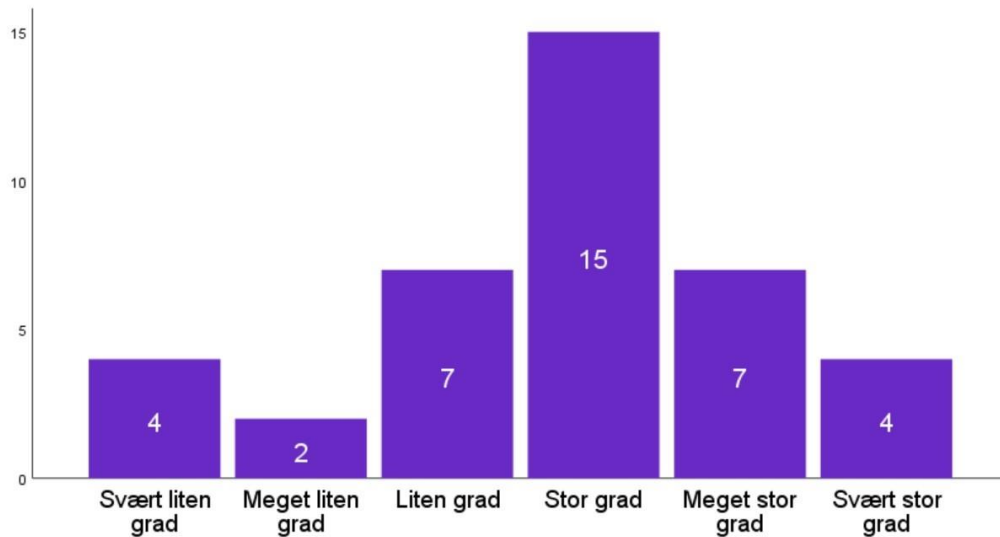
Tabell 1: Respondenter (n=39) fordelt på fødeinstitusjonsnivå og helseregion

	Helse Sør-Øst (n=17)	Helse Vest (n=6)	Helse Midt (n=7)	Helse Nord (n=9)	Total (n=39)
Kvinneklinikk, n(%)	9 (52.9)	4 (66.7)	2 (28.6)	2 (22.2)	17 (43.6)
Fødeavdeling, n(%)	8 (47.1)	2 (33.3)	5 (17.4)	7 (77.8)	22 (56.4)

5.1 I hvilken grad tilbys ytre vending

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt i hvilken grad det tilbys ytre vending ved fødeinstitusjonen (figur 3). Spørsmålet ble besvart ved Likert-skala med seks graderinger.

26 (66.7%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen tilbyr ytre vending i *stor, meget stor* eller *svært stor grad*. 13 (33.3%) respondenter rapporterte at de i *liten, meget liten* eller *svært liten grad* tilbyr ytre vending ved fødeinstitusjonen.



Figur 3: I hvilken grad tilbys ytre vending ved institusjonen? Spørsmålet ble besvart av medisinskfaglig ansvarlige (n=39)

5.2 Hvem bør tilbys ytre vending

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt om hvem som bør tilbys ytre vending (tabell 2). Spørsmålet bestod av tre påstander hvor respondentene anga i hvilken grad de var enig i hver av påstandene gjennom en seksdelt Likert-skala. Påstandene var: «Alle gravide med et barn i seteleie, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)», «Kun gravide som ikke anbefales vaginal setefødsel, eller ikke ønsker setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)», og «Kun gravide som samtykker til vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert).

20 (51,3 %) respondenter rapporterte at de i *stor*, *meget stor* eller *svært stor grad* var enig i påstanden om at alle gravide med et barn i seteleie, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert). 19 (48.6%) respondenter rapporterte *liten*, *meget liten* eller *svært liten grad* av enighet i påstanden.

På påstanden om at kun gravide som ikke anbefales vaginal setefødsel, eller ikke ønsker setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert), rapporterte 23 (59.0%) respondenter at de i *stor, meget stor* eller *svært stor grad* var enig i påstanden. 16 (41.0%) respondenter rapporterte *liten, meget liten* eller *svært liten grad* av enighet i påstanden.

5 (12.9%) respondenter rapporterte at de i *stor, meget stor* eller *svært stor grad* var enig i påstanden om at kun gravide som samtykker til vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert). 34 (87.2%) respondenter rapporterte *liten, meget liten* eller *svært liten grad* av enighet i påstanden.

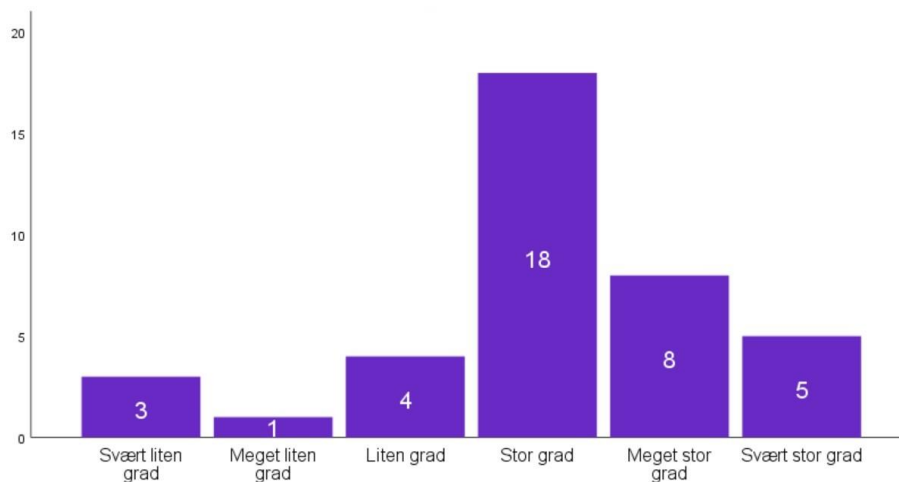
Tabell 2: Hvem bør tilbys ytre vending? Spørsmålet ble besvart av medisinskfaglig ansvarlige (n=39)

Påstander	Grad av enighet n (%)					
	Svært liten	Meget liten	Liten	Stor	Meget stor	Svært stor
Alle gravide med et barn i seteleie, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	2 (5,1)	7 (17,9)	10 (25,6)	8 (20,5)	4 (10,3)	8 (20,5)
Kun gravide som ikke anbefales vaginal setefødsel eller ikke ønsker vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	5 (12,8)	3 (7,7)	8 (20,5)	8 (20,5)	7 (17,9)	8 (20,5)
Kun gravide som samtykker til vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	23 (59,0)	8 (20,5)	3 (7,7)	1 (2,6)	1 (2,6)	3 (7,7)

5.3 Hvilken kompetanse har fødeinstitusjonene på ytre vending

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt i hvilken grad det er kompetanse på avdelingen i å utøve ytre vending av foster i seteleie til termin (figur 4). Spørsmålet ble besvart ved Likert-skala med seks graderinger.

31 (79.5%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen har *stor, meget stor* eller *svært stor grad* av kompetanse på utøvelse av ytre vending av foster i seteleie til termin. 8 (20.5%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen i *liten, meget liten* eller *svært liten grad* har kompetanse på å utøve ytre vending.



Figur 4: I hvilken grad er det kompetanse på avdelingen i å utøve ytre vending av seteleie til termin? Spørsmålet ble besvart av medisinskfaglig ansvarlige (n=39)

Videre ble medisinskfaglig ansvarlige (n=39) spurt om kunnskap om bruk av ytre vending av seteleie til termin (tabell 3). Spørsmålet bestod av to påstander hvor respondentene anga i hvilken grad de var enig i hver av påstandene gjennom en seksdelt Likert-skala. Påstandene var: «Ytre vending av seteleie til termin øker andel hodepresentasjoner ved fødsel» og «Ytre vending av seteleie til termin vil redusere andel keisersnitt (på indikasjon seteleie)».

26 (66.7%) respondenter rapporterte at de i *stor, meget stor* eller *svært stor grad* var enig i påstanden om at ytre vending av seteleie til termin øker andel hodepresentasjoner ved fødsel. 13 (33.3%) respondenter rapporterte *liten, meget liten* eller *svært liten grad* av enighet i påstanden.

På påstanden om at ytre vending av seteleie til termin vil redusere andel keisersnitt (på indikasjon seteleie) rapporterte 24 (61.6%) respondenter at de i *stor, meget stor* eller *svært stor grad* var enig i påstanden. 15 (38.4%) respondenter rapporterte *liten, meget liten* eller *svært liten grad* av enighet i påstanden.

Tabell 3: Kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnlaget om effekten av ytre vending blant medisinskfaglig ansvarlige (n=39)

Påstander	Grad av enighet n (%)					
	Svært liten	Meget liten	Liten	Stor	Meget stor	Svært stor
Ytre vending av seteleie til termin vil øke andel hodepresentasjoner ved fødsel	0 (0,0)	2 (5,1)	11 (28,2)	18 (46,2)	5 (12,8)	3 (7,7)
Ytre vending av seteleie til termin vil redusere andel keisersnitt (grunnet seteleie)	0 (0,0)	2 (5,1)	13 (33,3)	14 (35,9)	6 (15,4)	4 (10,3)

5.4 Har fødeinstitusjonene egen pasientinformasjon og prosedyre for ytre vending

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt om fødeinstitusjonen har standardisert pasientinformasjon om ytre vending, hvorav 19 (48.7%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen har pasientinformasjon. Videre ble medisinskfaglig ansvarlige (n=39) spurt om fødeinstitusjonen har egen prosedyre for ytre vending, hvorav 33 (84.6%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen har prosedyre.

6.0 DISKUSJON

Studien viste at norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, tilbyr ytre vending i stor grad. Videre avdekket kartleggingen variasjon mellom fødeinstitusjonene knyttet til tilbud og informasjon om ytre vending, ulike oppfatninger om hvem som bør tilbys vendingsforsøk, samt utfordringer om kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnlaget om ytre vending. Disse hovedfunnene vil videre diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket. Studiens styrker og svakheter drøftes i en egen metodediskusjon.

6.1 Hovedfunn

6.1.1 Tilbud om ytre vending

Kartleggingsstudien viste at to tredjedeler av fødeinstitusjonene (26/39, 66.7%) i stor til svært stor grad tilbyr ytre vending ved foster i seteleie til termin. Samtidig viste kartleggingsstudien at en tredjedel av fødeinstitusjonene (13/39, 33.3%) tilbyr vendingsforsøk i liten til svært liten grad. Funnene kan tyde på at det er forskjeller i hvilken grad gravide med ett foster i seteleie til termin får tilbud om ytre vending ved de ulike fødeinstitusjonene i Norge.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) fremkommer det at alle norske innbyggere skal ha lik tilgang til helsehjelp, noe som også gjelder gravide i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Lik tilgang til helsehjelp er videre et sentralt prinsipp for å oppnå FNs bærekraftsmål om god helse og livskvalitet, samt mindre ulikhet (Forente nasjoner, 2021, 05.juli, 2021, 07.mars).

Da resultatene fra studien viste at en tredjedel av fødeinstitusjonene tilbyr ytre vending i liten grad, kan det tyde på at flere gravide med ett foster i seteleie til termin uten kontraindikasjoner, ikke får tilbud om ytre vending. Et manglende tilbud om ytre vending kan være i uoverensstemmelse med pasient- og brukerrettighetslovens formål og FNs bærekraftsmål (Forente nasjoner, 2021, 05.juli, 2021, 07.mars; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

6.1.2 Hvem bør få tilbud om ytre vending i forhold til internasjonale retningslinjer

Om lag halvparten av respondentene (20/39, 51.3%) rapporterte stor til svært stor grad av enighet i påstanden om at alle gravide med ett foster i seteleie til termin, uten kontraindikasjoner, bør tilbys ytre vending. Nesten like mange av respondentene (19/39, 49.7%) rapporterte at de i liten til svært liten grad er enig i påstanden.

Internasjonale retningslinjer anbefaler at alle gravide med ett foster i seteleie til termin og uten kontraindikasjoner, skal informeres om og tilbys ytre vending som et alternativ til vaginal setefødsel og elektivt keisersnitt (ACOG, 2020; Impey et al., 2017; NICE, 2021, 19. august). Sammenlignet med internasjonale retningslinjer, mangler Norsk veileder i fødselshjelp en tydelig anbefaling om å tilby ytre vending til alle gravide med ett foster i seteleie til termin og uten kontraindikasjoner (Albrechtsen et al., 2020). Selv om Norsk veileder i fødselshjelp ikke er en offentlig veileder, har anbefalingene i veilederen stor tiltro og oppslutning blant obstetrikere i Norge.

Resultatene fra studien, som viser variasjon i graden av tilbud om ytre vending ved norske fødeinstitusjoner, samt ulike meninger blant medisinskfaglig ansvarlige om hvem som bør tilbys ytre vending, kan være et resultat av den norske veilederens manglende anbefaling om tilbud av ytre vending, og tilrådingen om at den enkelte avdeling selv avgjør praksis for ytre vending (Albrechtsen et al., 2020). Enkelte vil imidlertid hevde at siden Norge har annen erfaring og kompetanse på forløsning av vaginal setefødsel, kan internasjonale studier og retningslinjers overførbarhet til norsk praksis diskuteres (Øian et al., 2003). Internasjonale retningslinjers anbefaling om at alle gravide med ett foster i seteleie til termin, uten kontraindikasjoner, skal informeres om og tilbys ytre vending, er imidlertid dokumentert å være aktuell for norsk praksis (Pay et al., 2020), og i samsvar med norsk helselovgivning og brukervedvirkning (Fønhus, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

6.1.3 Pasientinformasjon og prosedyre i forhold til medvirkning og informasjonsrett

Kartleggingen viste at i underkant av halvparten av fødeinstitusjonene (19/39, 48.7%) har standardisert pasientinformasjon om ytre vending. Dette betyr at rett over halvparten av fødeinstitusjonene (20/39, 51.3%) ikke har standardisert pasientinformasjon. Informasjon er en lovpålagt pasientrettighet, og obstetrikere er pliktig å gi alle gravide med ett foster i seteleie til termin utfyllende informasjon om vaginal setefødsel, keisersnitt og ytre vending, på en måte som gjør at kvinnen forstår innholdet (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Forskning viser at informasjon gitt både skriftlig og muntlig er anbefalt (Johnson et al., 2003). Standardisert pasientinformasjon kan hjelpe kvinnene å ta velinformerte beslutninger om egen og barnets helse. Uten god informasjon, kan kvinnen miste tilgang til tilgjengelige helsetjenester, samt muligheten til brukermedvirkning, informerte valg og informert samtykke. Dette er viktig, da WHO's prinsipp for perinatal omsorg legger vekt på at kvinnen skal informeres i valg (Chalmers et al., 2001), og da mangelfull informasjon kan være en barriere for vendingsforsøk hos gravide med ett foster i seteleie til termin (Hofmeyr, 2021, 08. februar; Impey et al., 2017; Rosman, Vlemmix, Fleuren, et al., 2014).

Videre fremkom det fra kartleggingen at majoriteten av fødeinstitusjonene (33/39, 84.6%) har egen prosedyre for utførelse av ytre vending. Samtidig er det noen få fødeinstitusjoner (6/39, 15.4%) som ikke har prosedyre. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011, august) beskriver prosedyrer som viktige verktøy for å sikre pasientsikkerhet, gode og likeverdige helsetjenester, samt at norske helsetjenester er kunnskapsbasert. I Helsedirektoratets (2010, s. 36) veileder om kvalitetskrav til fødselsomsorgen fremkommer det at fødeavdelinger som utfører ytre vending, skal ha skriftlig prosedyre for intervensjonen.

6.1.4 Kunnskap om ytre vending i forhold til evidens

Om lag to tredjedeler av respondentene rapporterte enighet i påstandene om at ytre vending i stor til svært stor grad øker forekomsten av barn i hodepresentasjon ved fødselsstart (26/39, 66.7%) og reduserer andelen keisersnitt utført på indikasjon seteleie (24/39, 61.5%). Samtidig rapporterte om lag en tredjedel av respondentene at ytre vending i liten til meget liten grad øker

forekomsten av barn født i hodeleie (13/39, 33.3%) og reduserer andelen keisersnitt på indikasjon seteleie (15/39, 38.5%). Rapporteringen viste at fødeinstitusjonene har utfordringer når det gjelder oppdatert kunnskap om behandling av ett foster i seteleie til termin, da rundt en tredjedel av respondentene ikke kjenner til eller er uenig i kunnskapsgrunlaget om effekten av ytre vending.

Forskning og internasjonale retningslinjer viser at vellykkede vendingsforsøk øker andelen barn i hodepresentasjon ved fødselsstart og reduserer tallet på keisersnitt på indikasjon seteleie (ACOG, 2020; Hofmeyr, Kulier, et al., 2015; Impey et al., 2017; NICE, 2021, 19. august). Videre viser forskningen at vaginal hodefødsel er forbundet med mindre risiko for både mor og barn, sammenlignet med vaginal setefødsel og keisersnitt (Hofmeyr, Hannah, et al., 2015).

Norsk fødselsomsorg bygger på WHO's prinsipper for perinatal omsorg, hvor ett av prinsippene presiserer at praksisen skal baseres på oppdatert forskning (Chalmers et al., 2001). Videre er forskningsbasert kunnskap, en av grunnpilarene i kunnskapsbasert praksis, sentralt i norske helsetjenester (Fønhus, 2019). Utvikling og opprettholdelse av god kvalitet på norsk fødselsomsorg innebærer at helsepersonell innhenter oppdatert kunnskap om ulike tjenester og tilbud, deriblant ytre vending.

6.1.5 Kompetanse og bruk av ytre vending i forhold til klinisk praksis

Studien viste at majoriteten av fødeinstitusjonene (31/39, 79.5%) har stor til svært stor grad av kompetanse på utøvelse av ytre vending av foster i seteleie til termin. Samtidig viste studien at en mindre andel av fødeinstitusjonene (8/39, 20.5%) har liten til svært liten grad av kompetanse på vendingsforsøk. Selv om majoriteten av respondentene rapporterte stor grad av kompetanse på utøvelse av ytre vending, viste øvrige resultater fra studien at tilbud om ytre vending til gravide med ett foster i seteleie til termin, samt hvilke gravide som bør tilbys ytre vending, varierer mellom norske fødeinstitusjoner.

I Norge har det vært og er fremdeles tradisjon for å forløse barn i seteleie vaginalt, så fremt det ikke foreligger kontraindikasjoner (Albrechtsen et al., 2020). Gynekologene og obstetrikernes villighet til å utføre vaginale setefødsler (ACOG, 2020), samt tiltro til ytre vending (Rosman, Vlemmix, Beuckens, et al., 2014), er faktorer som påvirker fokuset på og utøvelsen av ytre vending. For å opprettholde god kompetanse på vaginal seteforløsning er det viktig at obstetrikere jevnlig forløser barn i seteleie. Selv om det er viktig å opprettholde kompetanse på vaginal seteforløsning, må fødselshjelperne også ha fokus på ytre vending som et alternativ for gravide med ett foster i seteleie til termin. Dette er viktig da kvinnene har rett til medvirkning, samt rett på informasjon og tilbud om alle tilgjengelige behandlingstilbud, lik tilgang til helsetjenester, og en trygg fødselsomsorg basert på oppdatert forskning.

6.2 Metodediskusjon

Alle de 39 medisinskfaglig ansvarlige besvarte samtlige spørsmål i spørreundersøkelsen, og kartleggingen representerer derfor hele studiepopulasjonen, noe som er en styrke ved studien (Jacobsen, 2015, s. 299-300; Ringdal, 2018, s. 280). Da det bare var medisinskfaglig ansvarlige som deltok i kartleggingsstudien, kan resultatene gjenspeile en subjektiv oppfatning, og representerer ikke alle obstetrikere eller fødeinstitusjonene som helhet.

Det var utfordrende å kontakte de aktuelle sykehusene for å skaffe kontaktinformasjon til medisinskfaglig ansvarlig ved de inkluderte fødeinstitusjonene, noe som kan utgjøre risiko for renhet av populasjonen. Etter første utsendelse av spørreundersøkelsen oppdaget forfatterne at det var registrert feil kontaktinformasjon på medisinskfaglig ansvarlig ved noen av de inkluderte fødeinstitusjonene. Dette ble fortløpende rettet, ved at forfatterne på ny kontaktet de aktuelle sykehusene per e-post eller telefon for å innhente oppdatert og riktig kontaktinformasjon.

En mulig risiko ved gjennomføring av en spørreundersøkelse er at respondenten ikke tok seg tilstrekkelig tid, var ukonsentrert, eller befant seg i en forstyrrende kontekst under besvarelse av spørreskjemaet, noe som kan gi risiko for feilaktige svar. Videre var svarene selvrapporterte. Forfatterne må likevel anta at respondentene svarer pålitelig (Ringdal, 2018, s. 201).

Bruk av vurderingsspmårl og Likert-skala, kan føre til upresise svar, da det kan være usikkert eller tolkes ulikt hva som inngår i de predefinerte svaralternativene (Jacobsen, 2015, s. 201; Ringdal, 2018, s. 135). For å sikre ordlyden på spørsmålene og påstandene, og for best mulig å unngå misforståelser, ble spørreundersøkelsen pretestet blant tre obstetrikere (Jacobsen, 2015, s. 276). Forfatterne må likevel være bevisst på at respondenten kan ha tolket noen av spørsmålene på sin egen måte.

Etter utsendelsen av spørreundersøkelsen har forfatterne diskutert rekkefølgen på spørsmålene i spørreskjemaet, samt om spørsmålene med predefinerte svar skulle hatt en midtkategori med svaralternativ *vet ikke, hverken eller, eller noen grad*. Bruk av midtkategori fører til at svarene ikke blir utelukkende positive eller negative, og er anbefalt i norsk metodelitteratur (Johannessen, 2009, s. 32).

I spørreskjemaet ble respondentene spurt om å legge ved e-postadresse, for at forfatterne kunne holde oversikt over hvilke medisinskfaglig ansvarlige som hadde besvart undersøkelsen. Vedlagt e-postadresse reduserer anonymiteten i besvarelsen, og representerer en svakhet ved studien, da respondenter kan vegre seg fra å svare pålitelig eller delta i undersøkelsen (Jacobsen, 2015, s. 280).

Det ble utført purringer via e-post og telefon, da det ble sett som nødvendig å øke deltakelsen i spørreundersøkelsen. Ved purring må det tas hensyn til etiske aspekter, da mange purringer kan oppleves som mas og forstyrrelser (Jacobsen, 2015, s. 309). Samtidig kan kontakt med respondentene via telefon øke oppslutningen (Jacobsen, 2015, s. 281). Purring og motivering til deltakelse ble utført på en ydmyk, høflig og respektfull måte.

Forfatterne var i kontakt med en av respondentene per e-post, da forfatterne fikk mistanke om at respondenten hadde misforstått og svart feil på et bakgrunnsspørsmål. Forfatterne fikk bekreftet misforståelsen, og rettet feilen manuelt i datafilen. Utover dette var det ikke behov for oppfølging av mulige misforståelser.

Denne tverrsnittstudien har gitt et øyeblikksbilde av hvorvidt landets medisinskfaglig ansvarlige oppfatter tilbud om og bruk av ytre vending til gravide med ett foster i seteleie til termin ved sin fødeinstitusjon her og nå (Jacobsen, 2015, s. 108; Ringdal, 2018, s. 151). Etter å ha satt fokus på temaet ytre vending og den gravides rettigheter, kan det være interessant å gjennomføre en lignende studie om noen år, for å se om graden av tilbud om ytre vending har endret seg. Videre kan nye studier med andre design være aktuelle for å få fram nye perspektiv på temaet ytre vending, eksempelvis kvinnens ønsker og behov.

7.0 KONKLUSJON

Norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, tilbyr ytre vending i stor grad. Likevel ses variasjon i tilbudet mellom fødeinstitusjonene. Videre finnes det ulike oppfatninger blant medisinskfaglig ansvarlige om hvem som bør tilbys ytre vending, samt utfordringer knyttet til kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnlaget om effekten av ytre vending. En god fødselsomsorg er avhengig av at kvinnene får mulighet til å gi et informert samtykke med bakgrunn i utfyllende informasjon og tilbud om alle aktuelle og tilgjengelige helsetjenester. Videre er det viktig for kvaliteten i fødselsomsorgen at praksisen ved fødeinstitusjonene er basert på oppdatert forskning, og at det foreligger tydelige nasjonale anbefalinger for tilbud om ytre vending.

REFERANSELISTE

- Albrechtsen, S., Bjellmo, S., von Brandis, P., Iversen, J. K., Jettestad, M. C., Sellevoll, H. B. & Steen, T. B. (2020). *Setefødsel og ytre vending*. Norsk gynekologisk forening. Hentet 22. april 2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp/setefodsels og-ytre-vending/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). External Cephalic Version: ACOG Practice Bulletin, Number 221. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), e203-e212. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003837>
- Åndsverkloven. (2018). *Lov om opphavsrett til åndsverk mv.* (LOV-2018-06-15-40). Lovdata <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-40?q=%C3%A5ndsverkloven>
- Blix, E. (2017). Ulike fødesteder. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 418-423). Cappelen Damm Akademisk
- Brunstad, A. (2017). Tilknytningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 483-488). Cappelen Damm Akademisk
- Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, 28(3), 202-207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Medisinsk fødselsregister: Statistikkbank*. Hentet 04. mai 2021 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Fønhus, M. S. (2019). *Kunnskapsbasert praksis*. Cochrane Norway. Hentet 29. september 2021 fra https://www.cochrane.no/sites/cochrane.no/files/public/uploads/velinformerte_beslutninger_nov_2019.pdf
- Forente nasjoner. (2021, 05.juli). *Mindre ulikhet*. Hentet 07. oktober 2021 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/mindre-ulikhet>
- Forente nasjoner. (2021, 07.mars). *God helse og livskvalitet*. Hentet 07. oktober 2021 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Fylkesnes, A. M. (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomheten. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 25-31). Cappelen Damm Akademisk
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S. & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*, 356(9239), 1375-1383. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02840-3)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Lederansvaret i sykehus* (1-2/2013) [Rundskriv]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/>
- Helsebiblioteket. (2016, 07.juni). *Kildevalg*. Folkehelseinstituttet. Hentet 05. oktober 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud: Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edf7e-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

- Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). *Brukermedvirkning [nettdokument]*. Helsedirektoratet. Hentet 04. mai 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2020, 31. august). *Spesialistutdanning innen fødselshjelp og kvinnesykdommer: Anbefalte læringsaktiviteter*. Hentet 24. september 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/fodselsjelp-og-kvinnesykdommer/anbefalte-laeringsaktiviteter>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskning>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellova>
- Henriksen, T. & Molne, K. (2015). Avvikende fødsler, komplikasjoner og intervensjoner. I J. M. Maltau, K. Molne & B.-I. Nesheim (Red.), *Obstetikk og gynekologi* (s. 203-223). Gyldendal Akademiske
- Hofmeyr, G. J. (2021, 04. juni). Overview of breech presentation. I V. A. Barss (Red.), *UpToDate*. Hentet 2021, 1. september fra https://www.uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/overview-of-breech-presentation?search=delivery%20og%20singleton%20fetus%20in%20breech%20presentation%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Hofmeyr, G. J. (2021, 07. januar). Delivery of the singleton fetus in breech presentation. I V. A. Barss (Red.), *UpToDate*. Hentet 2021, 1. september fra https://www.uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/delivery-of-the-singleton-fetus-in-breech-presentation?search=delivery%20og%20singleton%20fetus%20in%20breech%20presentation%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Hofmeyr, G. J. (2021, 08. februar). External cephalic version. I A. Chakrabarti (Red.), *UpToDate*. Hentet 22. april 2021 fra https://www.uptodate.com/contents/external-cephalic-version?search=external-cephalic-version%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Hofmeyr, G. J., Hannah, M. & Lawrie, T. A. (2015). Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000166.pub2>
- Hofmeyr, G. J., Kulier, R. & West, H. M. (2015). External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000083.pub3>
- Impey, L. W. M., Murphy, D. J., Griffiths, M. & Penna, L. K. (2017). External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124, e178-e192. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.14466>
- Jackson, K., Marshall, J. E. & Brydon, S. (2014). Physiology and care during the first stage of labour. I J. E. Marshall & M. D. Raynor (Red.), *Myles Textbook for Midwives* (16th utg., s. 327-366). Churchill Livingstone Elsevier.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Cappelen Damm Akademisk
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. Abstrakt forlag.
- Johnson, A., Sandford, J. & Tyndall, J. (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003716>

- Macsali, F., Kolås, T., Sugulle, M., Strøm-Roum, E. M. & Steen, T. B. (2020). *Keisersnitt*. Norsk gynekologisk forening. Hentet 22. april 2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/keisersnitt/>
- McParland, P. & Farine, D. (1996). External cephalic version. Does it have a role in modern obstetric practice? *Can Fam Physician*, 42, 693-698.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2011, august). *Nasjonalt nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer - lokalt prosedyrearbeid med støtte fra Kunnskapssenteret/Helsebiblioteket*. Helsebiblioteket. Hentet 04. oktober, 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/198973.cms>
- Nassar, N., Roberts, C. L. & Morris, J. (2021, 29. april). Breech presentation. I J. W. Bachman, R. Hughes, B. Peat, L. Duley & J. Hofmeyr (Red.), *BMJ Best Practice* Hentet 2021, 1. september fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/668>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021, 19. august). *Antenatal Care (NICE guideline NG201)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
- Nesheim, B.-I. (2018, 3.april). Termin. I *Store norske leksikon* Hentet 05.oktober 2021 fra <https://sml.snø.no/termin>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*. Hentet 2021, 23. august fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- Øian, P., Albrechtsen, S., Berge, L. N., Børdahl, P. E., Egeland, T., Henriksen, T. & Håheim, L. L. (2003). *Fødsel av barn i seteleie til termin - assistert vaginal fødsel eller keisersnitt?* (SMM-rapport nr.3/2003). https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/smm-rapporter/smm-rapport_03-03_foedsel_av_barn_-_i_seteleie_til_termin.pdf
- OsloMet. (2021, 16. august). *Personvern, ROS-analyse, dataplener og databehandling*. Hentet 2021, 23. august fra <https://ansatt.oslomet.no/personvern-dataplener-databehandling>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-ogbruker>
- Pay, A. S. D., Johansen, K., Staff, A. C., Laine, K. H., Blix, E. & Økland, I. (2020). Effects of external cephalic version for breech presentation at or near term in high-resource settings: A systematic review of randomized and non-randomized studies. *Eur J Midwifery*, 4, 44. <https://doi.org/10.18332/ejm/128364>
- Reinar, L. M. & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 66-78). Cappelen Damm akademisk.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold*. Fagbokforlaget
- Rosman, A. N., Vlemmix, F., Beuckens, A., Rijnders, M. E., Opmeer, B. C., Mol, B. W., Kok, M. & Fleuren, M. A. (2014). Facilitators and barriers to external cephalic version for breech presentation at term among health care providers in the Netherlands: a quantitative analysis. *Midwifery*, 30(3), e145-150. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.01.002>
- Rosman, A. N., Vlemmix, F., Fleuren, M. A. H., Rijnders, M. E., Beuckens, A., Opmeer, B. C., Mol, B. W. J., van Zwieten, M. C. B. & Kok, M. (2014). Patients' and professionals' barriers and facilitators to external cephalic version for breech presentation at term, a qualitative analysis in the Netherlands. *Midwifery*, 30(3), 324-330. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.013>
- Salvesen, K. Å. (2017). Operative forløsninger. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 564-572). Cappelen Damm Akademisk

- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- St.meld. nr. 12 (2008-2009). (2009). *En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.* Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- World Health Organisation. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates.* World Health Organisation http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=1EAF63073BC33AD331CB272169ABC87A?sequence=1
- World Health Organisation. (u.å.). *Universal Health Coverage.* Hentet 07.oktober 2021 fra <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects* (64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil). <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Redegjørelse for samarbeid og gruppeprosess

Tittel på masteroppgaven: Tilbud om ytre vending ved norske fødeinstitusjoner

Periode: 19.april 2021 – 28.oktober 2021

I dette skrivet redegjør vi for gruppeprosessen som ligger til grunn for utarbeidelsen av denne masteroppgaven. Vi er to studenter som sammen har jobbet med og skrevet denne masteroppgaven, der begge studentene har bidratt like mye i prosjektet.

Helt i starten av arbeidet med masteroppgaven gjennomførte vi søk i databaser for å finne forskning som ligger til grunn for bakgrunnen for valg av tema og problemstilling, samt det teoretiske rammeverket i oppgaven. Deretter utarbeidet vi en prosjektplan. Vi bestemte oss for å gjennomføre en studie der vi selv samlet inn dataene, noe vi føler har gitt oss større eierskap til arbeidsprosessen og oppgaven. Sammen utarbeidet vi et spørreskjema gjennom nettskjema.no, samt kontaktet norske fødeinstitusjoner med behandlingsansvar for gravide med foster i seteleie for å innhente kontaktinformasjon til de medisinskfaglig ansvarlige, da disse var aktuelle respondenter. Vi har sammen behandlet og analysert dataene i IBM SPSS Statistics (Version 27). Videre har vi skrevet selve kappen og artikkelen sammen.

Samarbeidet har fungert godt, og vi har utfylt hverandre i prosessen og arbeidet som har lagt til grunn for denne masteroppgaven. Arbeidet har ved noen anledninger foregått selvstendig og hver for seg, men stort sett har vi sittet sammen over zoom eller fysisk. Vi vil med dette skrivet meddele at arbeidsmengden har vært jevnt fordelt mellom begge studentene i arbeidet med masteroppgaven.

Oslo, oktober 2021

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

**I hvilken grad tilbys ytre vending
av foster i seteleie til termin ved
norske fødeinstitusjoner?**

Kandidatnummer: 511 og 513

Antall ord: 2976

Antall tabeller og figurer: 3 tabeller

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Internasjonale retningslinjer anbefaler rutinemessig tilbud av ytre vending til gravide med ett foster i seteleie til termin uten kontraindikasjoner. Studiens formål var å kartlegge i hvilken grad norske fødeinstitusjoner tilbyr ytre vending av foster i seteleie til termin.

Materiale og metode: Datamaterialet ble innhentet ved hjelp av et elektronisk spørreskjema tilsendt medisinskfaglig ansvarlig ved norske fødeinstitusjoner som følger opp gravide med foster i seteleie (n=39). Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om tilbud, meninger, og kompetanse knyttet til ytre vending.

Resultater: 39 medisinskfaglig ansvarlige responderte. 26 fødeinstitusjoner (67%) tilbydde ytre vending av foster i seteleie til termin i stor til svært stor grad. 31 fødeinstitusjoner (80%) har stor til svært stor grad av kompetanse på utøvelse av ytre vending. 33 fødeinstitusjoner (85%) hadde egen prosedyre for ytre vending. 19 fødeinstitusjoner (49%) hadde standardisert pasientinformasjon om prosedyren. Medisinskfaglig ansvarlige rapporterte ulike oppfatninger om hvem som bør tilbys ytre vending, og varierende kunnskap om effekten av ytre vending.

Fortolkning: Kartleggingen viser variasjon i graden av tilbud om ytre vending av foster i seteleie til termin ved norske fødeinstitusjoner. Det ses utfordringer knyttet til ulike meninger om hvem som bør tilbys vendingsforsøk, og varierende kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnlaget om effekten av ytre vending.

INNLEDNING

Forløsningsmetode og behandlingstilbud ved foster i seteleie til termin, har vært og er fortsatt et tema til diskusjon i fødselsomsorgen (1). Dette gjelder også praksis og tilnærming til ytre vending.

Ytre vending utføres ved hjelp av ulike håndgrep over mors mage, hvor fosteret blir forsøkt manipulert fra sete- til hodeleie (2, 3). Vellykkede vendinger, hvor fosteret fortsatt ligger i hodeleie ved fødselsstart, øker andelen vaginale hodefødsler, samt reduserer andelen keisersnitt på indikasjon seteleie (2, 4). Suksessraten for vellykkede vendinger ligger gjennomsnittlig på 50%, og er høyere hos flergangsfødende og kvinner med afrikansk etnisitet, sammenlignet med henholdsvis førstegangsfødende og kvinner med øvrig etnisitet (4). Ytre vending skal utføres på en fødeinstitusjon med mulighet for fostermonitorering og utførelse av akutt keisersnitt (2). Intervensjonen er relativt enkelt å utføre, kostnadsbesparende og forbundet med liten risiko (3, 5).

3-4% av fostrene ligger i seteleie til termin (4). I Norge er det lang tradisjon med og god kompetanse på vaginal seteforløsning (6). Likevel viser forskning at det er større risiko for komplikasjoner, alvorlige fødselsutfall og akutte keisersnitt ved vaginal setefødsel, sammenlignet med vaginal hodefødsel (7). Andelen elektive keisersnitt med indikasjon seteleie er høy. Keisersnitt øker risikoen for komplikasjoner, både for mor og barn, på kort og lang sikt, sammenlignet med vaginal hodefødsel (8). Ytre vending er derfor et viktig tilbud til gravide med ett foster i seteleie til termin.

I dag anbefaler internasjonale retningslinjer å rutinemessig informere om, samt tilby ytre vending til gravide med ett foster i seteleie til termin og uten kontraindikasjoner (3, 7, 9). Norsk veileder i fødselshjelp er, sammenlignet med internasjonale retningslinjer, uklar i sine anbefalinger for tilbud om ytre vending, da det er den behandlende avdelingen som anbefales å avgjøre praksis (6).

Internasjonale retningslinjer for ytre vending legger vekt på at den gravide selv skal være delaktig i og samtykke til avgjørelsen om å forsøke ytre vending, basert på utfyllende informasjon, der både fordeler og ulemper drøftes (3, 7, 9). Den norske Pasient- og brukerrettighetsloven er tydelig på at brukere av norske helsetjenester skal inkluderes i avgjørelser som gjelder egen helse, informeres om alle aktuelle og tilgjengelige behandlingstilbud, samt samtykke til helsehjelpen (10). Kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning står sentralt i norske helsetjenester (11). Brukermedvirkning kan ha en terapeutisk verdi for brukerens utvikling av egenverdi, selvfølelse og motivasjon (12). Videre er lik tilgang til helsetjenester et viktig prinsipp både nasjonalt og internasjonalt (10, 13).

Det finnes lite forskning og offentlig statistikk som kan gi informasjon om utøvelse av ytre vending i Norge (14, 15). Studiens formål var derfor å kartlegge i hvilken grad norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, tilbyr ytre vending til gravide med et foster i seteleie til termin og uten kontraindikasjoner. Studiens problemstilling var:

I hvilken grad tilbys ytre vending av foster i seteleie til termin ved norske fødeinstitusjoner?

MATERIALE OG METODE

Studien ble gjennomført med kvantitativ metode og deskriptivt tverrsnittdesign. Et elektronisk spørreskjema ble utformet via nettskjema.no og benyttet for å innhente informasjon.

Spørreskjemaet bestod av fem deler; Del 1: Bakgrunnsinformasjon, del 2: Bruk av ytre vending ved seteleie til termin, del 3: Informasjon, del 4: Hvem bør få tilbud om ytre vending ved seteleie til termin, del 5. Kunnskap om bruk av ytre vending av seteleie til termin. Totalt inneholdt spørreskjemaet 14 spørsmål/påstander, hvor det hovedsakelig var prestrukturerte svaralternativ med svarkategorier som ja/nei eller seksdelt Likert-skala.

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ved norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, derav 17 kvinneklinikker og 22 fødeavdelinger, ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen. Medisinskfaglig ansvarlige ved fødestuer var utelatt fra studien, da seleksjonskriteriene for hvem som kan føde ved fødestuer ekskluderer gravide med foster i seteleie (16, s. 29-30).

E-post med lenke til spørreskjemaet, samt et informasjonsskriv, ble tilsendt respondentene 09. juni 2021, med svarfrist 23. juni. Etter to runder med påminnelser og motivasjon til deltakelse per e-post og telefon, svarte alle medisinskfaglig ansvarlige. Siste svar ble mottatt 14. september 2021.

Svarene fra spørreundersøkelsen utgjorde datamaterialet i studien. Dataene ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics (Version 27).

Studien har fått tilrådning fra Norsk senter for forskningsdata (referansenummer: 504472), og forfatterne har fulgt etiske prinsipper i Helsinkideklarasjonen, Helseforskningsloven og Åndverksloven. Ved å besvare spørreskjemaet samtykket respondentene til deltakelse i studien.

RESULTATER

Alle de 39 medisinskfaglig ansvarlige responderte på spørreundersøkelsen, en svarprosent på 100. Tabell 1 viser hvordan medisinskfaglig ansvarlige (n=39) er fordelt på fødeinstitusjonsnivå og helseregion.

Tabell 1: Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) fordelt på fødeinstitusjonsnivå og helseregion

	Helse Sør-Øst (n=17)	Helse Vest (n=6)	Helse Midt (n=7)	Helse Nord (n=9)	Total (n=39)
Kvinneklinikk, n(%)	9 (52.9)	4 (66.7)	2 (28.6)	2 (22.2)	17 (43.6)
Fødeavdeling, n(%)	8 (47.1)	2 (33.3)	5 (17.4)	7 (77.8)	22 (56.4)

I hvilken grad tilbys ytre vending?

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt i hvilken grad det tilbys ytre vending ved fødeinstitusjonen, hvorav alle respondentene besvarte spørsmålet. 26 (67%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen tilbyr ytre vending i stor til svært stor grad. 13 (33%) respondenter rapporterte at de i liten til svært liten grad tilbyr vendingsforsøk ved fødeinstitusjonen.

Hvem bør tilbys ytre vending

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt om hvem som bør tilbys ytre vending (tabell 2). Spørsmålet bestod av tre påstander hvor respondentene anga grad av enighet i hver påstand.

20 (51%) respondenter rapporterte at de i stor til svært stor grad var enig i påstanden «Alle gravide med et barn i seteleie, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)». 19 (49%) respondenter rapporterte liten til svært liten grad av enighet i påstanden.

23 (59%) respondenter rapporterte at de i stor til svært stor grad var enig i påstanden «Kun gravide som ikke anbefales vaginal setefødsel, eller ikke ønsker setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)». 16 (41%) respondenter rapporterte liten til svært liten grad av enighet i påstanden.

5 (13%) respondenter rapporterte at de i stor til svært stor grad var enig i påstanden «Kun gravide som samtykker til vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)». 34 (87%) respondenter rapporterte liten til svært liten grad av enighet i påstanden.

Tabell 2: Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt om hvem de mener bør tilbys ytre vending. Spørsmålet ble besvart gjennom tre påstander

Påstander	Grad av enighet n (%)					
	Svært liten	Meget liten	Liten	Stor	Meget stor	Svært stor
Alle gravide med et barn i seteleie, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	2 (5,1)	7 (17,9)	10 (25,6)	8 (20,5)	4 (10,3)	8 (20,5)
Kun gravide som ikke anbefales vaginal setefødsel eller ikke ønsker vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	5 (12,8)	3 (7,7)	8 (20,5)	8 (20,5)	7 (17,9)	8 (20,5)
Kun gravide som samtykker til vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	23 (59,0)	8 (20,5)	3 (7,7)	1 (2,6)	1 (2,6)	3 (7,7)

Kompetanse ved fødeinstitusjonene på ytre vending

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt i hvilken grad det er kompetanse på avdelingen i å utøve ytre vending av foster i seteleie til termin, hvorav alle respondentene besvarte spørsmålet. 31 (80%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen har stor til svært stor grad av kompetanse på utøvelse av ytre vending. 8 (20%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen i liten til svært liten grad har kompetanse på vendingsforsøk.

Videre ble medisinskfaglig ansvarlige (n=39) spurt om kunnskapsgrunnlaget for bruk av ytre vending av foster i seteleie til termin (tabell 3). Spørsmålet bestod av to påstander hvor respondentene anga grad av enighet i hver påstand.

26 (67%) respondenter rapporterte at de i stor til svært stor grad var enig i påstanden «Ytre vending av seteleie til termin øker andel hodepresentasjoner ved fødsel». 13 (33%) respondenter rapporterte liten til svært liten grad av enighet i påstanden.

24 (62%) respondenter rapporterte at de i stor til svært stor grad var enig i påstanden «Ytre vending av seteleie til termin vil redusere andel keisersnitt (grunnet seteleie)». 15 (38%) respondenter rapporterte liten til svært liten grad av enighet i påstanden.

Tabell 3: Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt om kunnskapsgrunnlaget for bruk av ytre vending av foster i seteleie til termin. Spørsmålet ble besvart gjennom to påstander

Påstander	Grad av enighet n (%)					
	Svært liten	Meget liten	Liten	Stor	Meget stor	Svært stor
Ytre vending av seteleie til termin vil øke andel hodepresentasjoner ved fødsel	0 (0,0)	2 (5,1)	11 (28,2)	18 (46,2)	5 (12,8)	3 (7,7)
Ytre vending av seteleie til termin vil redusere andel keisersnitt (grunnet seteleie)	0 (0,0)	2 (5,1)	13 (33,3)	14 (35,9)	6 (15,4)	4 (10,3)

Pasientinformasjon og prosedyre for ytre vending

Medisinskfaglig ansvarlige (n=39) ble spurt om fødeinstitusjonen har standardisert pasientinformasjon og prosedyre for ytre vending, hvorav alle respondentene besvarte begge spørsmålene. 19 (49%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen har standardisert pasientinformasjon, og 33 (85%) respondenter rapporterte at fødeinstitusjonen har prosedyre.

DISKUSJON

Studien viste at norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, tilbyr ytre vending i stor grad. Videre avdekket kartleggingen variasjon mellom fødeinstitusjonene. Variasjonen er knyttet til tilbud og informasjon om ytre vending, ulike oppfatninger om hvilke gravide som bør tilbys vendingsforsøk, samt utfordringer knyttet til kjennskap om og enighet i kunnskapsgrunnlaget om effekten av ytre vending.

Tilbud om ytre vending

Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 sier at alle norske innbyggere skal ha lik tilgang til helsehjelp, noe som også gjelder gravide i svangerskaps- og fødselsomsorgen (10). Lik tilgang til helsehjelp står sentralt for å oppnå Forente nasjoners (FN) bærekraftsmål om god helse og livskvalitet, samt mindre ulikhet (17, 18). FNs bærekraftsmål er en internasjonal arbeidsplan som Norge er del av. Studien viste at to tredjedeler av fødeinstitusjonene i stor til svært stor grad tilbyr ytre vending til gravide med ett foster i seteleie til termin. Likevel viste studien at en tredjedel av fødeinstitusjonene tilbyr vendingsforsøk i liten til svært liten grad. Funnene kan tyde på at det er forskjeller i hvilken grad gravide med ett foster i seteleie til termin får tilbud om ytre vending ved de ulike fødeinstitusjonene i Norge. Da det fremkom fra studien at en tredjedel av fødeinstitusjonene tilbyr ytre vending i liten grad, kan det være gravide med ett foster i seteleie til termin som ikke får tilbud om ytre vending. Et manglende tilbud om ytre vending kan være i uoverensstemmelse med både pasient- og brukerrettighetslovens formål og FNs bærekraftsmål (10, 17, 18).

Hvem bør få tilbud om ytre vending i forhold til internasjonale retningslinjer

Internasjonale retningslinjer anbefaler at alle gravide med ett foster i seteleie til termin, uten kontraindikasjoner, skal informeres om og tilbys ytre vending som et alternativ til vaginal setefødsel og elektivt keisersnitt (3, 7, 9). Sammenlignet med internasjonale retningslinjer, mangler Norsk veileder i fødselshjelp en tydelig anbefaling om at alle gravide med ett foster i seteleie til termin og uten kontraindikasjoner, bør tilbys ytre vending (6). Videre tilrår veilederen at den enkelte avdeling selv avgjør praksis. Om lag halvparten av respondentene rapporterte stor til svært stor grad av enighet i påstanden om at alle gravide med ett foster i seteleie til termin,

uten kontraindikasjoner, bør tilbys ytre vending. Likevel rapporterte nesten like mange av respondentene at de i liten til svært liten grad er enig i påstanden. Resultatene kan være et resultat av manglende anbefalinger i den norske veilederen. Enkelte vil imidlertid hevde at siden Norge har annen erfaring og kompetanse på forløsning av vaginal setefødsel, kan internasjonale studier og retningslinjers overførbarhet til norsk praksis diskuteres (15). Det er imidlertid dokumentert at internasjonale retningslinjers anbefaling, om at alle gravide med ett foster i seteleie til termin uten kontraindikasjoner, skal informeres om og tilbys ytre vending, er aktuelt for norsk praksis og norske obstetrikere (19), og i samsvar med norsk helselovgivning og brukermedvirkning (10, 11).

Pasientinformasjon i forhold til medvirkning og informasjonsrett

Informasjon er en lovpålagt rettighet for alle pasienter og brukere av norske helsetjenester (10). Obstetrikere er derfor pliktig å gi alle gravide med ett foster i seteleie til termin utfyllende informasjon om vaginal setefødsel, keisersnitt og ytre vending, på en måte som gjør at kvinnen forstår innholdet (10, 20). Informasjon gitt både skriftlig og muntlig er anbefalt, da det kan styrke kvinnens forståelse av innholdet i helsehjelpen, samt følelse av tilfredshet (21). Fra kartleggingen fremkom det at i underkant av halvparten av fødeinstitusjonene har standardisert pasientinformasjon om ytre vending. Det viser at i overkant av halvparten av fødeinstitusjonene ikke har standardisert pasientinformasjon. Uten god informasjon, kan kvinnen i svangerskaps- og fødselsomsorgen miste tilgang til tilgjengelige helsetjenester, samt muligheten til medvirkning, informerte valg og informert samtykke. Helsehjelp skal ikke gis uten kvinnens samtykke, og et samtykke er ikke gyldig med mindre kvinnen har fått utfyllende informasjon om innholdet i aktuell helsehjelp (10, § 4-1). Medvirkning og informasjon er viktig, da brukermedvirkning kan styrke kvinnens egenverdi, motivasjon og selvfølelse (12), og da mangelfull informasjon er en barriere for vendingsforsøk hos gravide med ett foster i seteleie til termin (2, 3, 5).

Kunnskap om ytre vending i forhold til evidens

Vellykkede vendinger, som tilsier at fosteret fortsatt ligger i hodeleie ved fødselsstart, øker andelen barn som fødes i hodeleie og reduserer tallet på keisersnitt på indikasjon seteleie (2, 4). Forskning viser at vaginal hodefødsel er forbundet med mindre risiko for både mor og barn, sammenlignet med vaginal setefødsel og keisersnitt (8). I kartleggingsstudien rapporterte to

tredjedeler av respondentene at ytre vending i stor til svært stor grad øker forekomsten av barn i hodepresentasjon ved fødselsstart. I underkant av to tredjedeler av respondentene rapporterte at ytre vending reduserer andelen keisersnitt utført på indikasjon seteleie. Samtidig rapporterte noen av respondentene at ytre vending i liten til meget liten grad øker forekomsten av barn født i hodeleie og reduserer andelen keisersnitt på indikasjon seteleie. Kartleggingen viste at fødeinstitusjonene har utfordringer når det gjelder oppdatert kunnskap om behandling av foster i seteleie til termin, da rundt en tredjedel av respondentene ikke kjenner til eller er uenig i kunnskapsgrunnlaget. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet ti prinsipp for perinatal omsorg, med formål å demedikalisere og kvalitetssikre perinatalomsorgen, noe som også gjelder i Norge (22). Det tredje prinsippet presiserer at praksisen skal baseres på oppdatert forskning. Videre er forskningsbasert praksis sentralt i norsk fødselsomsorg, som en av grunnpilarene i kunnskapsbasert praksis (11).

Kompetanse og bruk av ytre vending i forhold til klinisk praksis

I Norge har det vært og er fremdeles tradisjon for å forløse barn i seteleie vaginalt, så fremt det ikke foreligger kontraindikasjoner (6). Kompetanse, erfaring og tiltro til vaginal setefødsel kan være årsak til at Norge har bedre statistikk på vaginal seteforløsning, sammenlignet med internasjonale tall (15). Gynekologene og obstetrikernes villighet til å utføre vaginale setefødsler (7), samt tiltro til ytre vending (5), er faktorer som påvirker fokuset på og utøvelsen av ytre vending. Studien viste at majoriteten av fødeinstitusjonene har stor til svært stor grad av kompetanse på utøvelse av ytre vending av foster i seteleie til termin, mens en mindre andel av fødeinstitusjonene har liten til svært liten grad av kompetanse på vendingsforsøk. Selv om majoriteten av respondentene rapporterte stor grad av kompetanse på utøvelse av ytre vending, viste øvrige resultater fra studien at tilbudet om ytre vending til gravide med ett foster i seteleie til termin, samt hvilke gravide som bør tilbys ytre vending, varierer mellom fødeinstitusjonene. For å opprettholde god kompetanse på vaginal seteforløsning er det viktig at obstetrikere jevnlig forløser barn i seteleie. Selv om det er viktig å opprettholde kompetanse på vaginal seteforløsning, må fødselshjelperne også ha fokus på ytre vending som et alternativ for gravide med foster i seteleie til termin. Dette er viktig da kvinnene har rett til medvirkning, samt rett på informasjon og tilbud om alle tilgjengelige behandlingstilbud, lik tilgang til helsetjenester, og en trygg fødselsomsorg basert på oppdatert forskning.

Styrker og svakheter ved studien

Alle medisinskfaglig ansvarlige ved landets kvinneklinikker og fødeavdelinger deltok i undersøkelsen og besvarte samtlige spørsmål i spørreskjemaet, en styrke ved studien (23, s. 299-300, 24, s. 280). Da det bare var medisinskfaglig ansvarlige som besvarte spørreundersøkelsen, kan besvarelsen gjenspeile subjektive oppfatninger, og representerer ikke alle obstetrikere eller fødeinstitusjonene som helhet.

Ved bruk av spørreundersøkelser må forfatterne anta at respondentene svarer pålitelig, da respondenten kan være i en forstyrrende kontekst under besvarelse (24, s. 201). Predefinerte svaralternativer kan tolkes ulikt, og føre til upresise svar (23, s. 201, 24, s. 135).

Spørreundersøkelsen ble pretestet blant tre obstetrikere før utsendelse til respondentene.

Etter utsendelsen av spørreundersøkelsen har forfatterne diskutert rekkefølgen på spørsmålene i spørreskjemaet, samt om spørsmålene med predefinerte svar skulle hatt en midtkategori med svaralternativ vet ikke, hverken eller, eller noen grad. Bruk av midtkategori fører til at svarene ikke blir utelukkende positive eller negative, og er anbefalt i norsk metodelitteratur (25, s. 32).

Kartleggingsstudien setter fokus på tilbud om og bruk av ytre vending ved norske fødeinstitusjoner her og nå. Videre kan det være av interesse å gjennomføre en lignende studie om noen år, for å sammenligne graden av tilbud om ytre vending, samt utføre nye studier for å få fram andre perspektiv på ytre vending, eksempelvis kvinnens ønsker og behov.

KONKLUSJON

Ytre vending tilbys i stor grad ved norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie. Samtidig er det variasjon i tilbudet mellom fødeinstitusjonene. Videre ses utfordringer knyttet til pasientinformasjon, meninger om hvem som bør tilbys vendingsforsøk, samt kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnlaget om ytre vending. Gravide har rett på lik tilgang til helsetjenester, samt medvirkning og informasjon om alle aktuelle og tilgjengelige helsetjenester. Praksis basert på oppdatert forskning og erfaring står sentralt for å opprettholde god kvalitet i fødselsomsorgen. Tydelige nasjonale anbefalinger om tilbud om ytre vending er derfor viktig.

HOVEDFUNN

- Norske fødeinstitusjoner med oppfølging av gravide med foster i seteleie, tilbydde ytre vending av foster i seteleie til termin i stor grad til gravide uten kontraindikasjoner.
- Tilbudet om ytre vending varierte mellom fødeinstitusjonene.
- Blant medisinskfaglig ansvarlige fremkom det ulike oppfatninger om hvem som bør tilbys vendingsforsøk, samt varierende kjennskap til og enighet i kunnskapsgrunnlaget om effekten av ytre vending.
- Halvparten av fødeinstitusjonene manglet standardisert pasientinformasjon om ytre vending.

REFERANSELISTE

1. McParland P, Farine D. External cephalic version. Does it have a role in modern obstetric practice? *Can Fam Physician*. 1996;42:693-8.
2. Hofmeyr GJ. External cephalic version. In: Chakrabarti A, editor. *UpToDate2021*, 08. februar.
3. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124:e178-e92.
4. Nassar N, Roberts CL, Morris J. Breech presentation. In: Bachman JW, Hughes R, Peat B, Duley L, Hofmeyr J, editors. *BMJ Best Practice 2021*, 29. april.
5. Rosman AN, Vlemmix F, Fleuren MAH, Rijnders ME, Beuckens A, Opmeer BC, et al. Patients' and professionals' barriers and facilitators to external cephalic version for breech presentation at term, a qualitative analysis in the Netherlands. *Midwifery*. 2014;30(3):324-30.
6. Albrechtsen S, Bjellmo S, von Brandis P, Iversen JK, Jettestad MC, Sellevoll HB, et al. Setefødsel og ytre vending: Norsk gynekologisk forening; 2020 [Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels hjelp/setefodsels-og-ytre-vending/>].
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. External Cephalic Version: ACOG Practice Bulletin, Number 221. *Obstetrics & Gynecology*. 2020;135(5):e203-e12.
8. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(4).
9. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal Care (NICE guideline NG201) 2021, 19. august [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>].
10. Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63 (1999).
11. Fønhus MS. Kunnskapsbasert praksis: Cochrane Norway; 2019 [Available from: https://www.cochrane.no/sites/cochrane.no/files/public/uploads/velinformerte_beslutninger_nov_2019.pdf].
12. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning [nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [updated 17. oktober. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>].
13. World Health Organisation. Universal Health Coverage u.å. [Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>].
14. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister: Statistikkbank 2020 [Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>].
15. Øian P, Albrechtsen S, Berge LN, Børdahl PE, Egeland T, Henriksen T, et al. Fødsel av barn i seteleie til termin - assistert vaginal fødsel eller keisersnitt? . 2003. Report No.: SMM-rapport nr.3/2003.
16. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud: Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. 2010.
17. Forente nasjoner. Mindre ulikhet 2021, 05.juli [Available from: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/mindre-ulikhet>].
18. Forente nasjoner. God helse og livskvalitet 2021, 07.mars [Available from: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>].
19. Pay ASD, Johansen K, Staff AC, Laine KH, Blix E, Økland I. Effects of external cephalic version for breech presentation at or near term in high-resource settings: A systematic review of randomized and non-randomized studies. *Eur J Midwifery*. 2020;4:44.
20. Lov om helsepersonell m.v. , LOV-1999-07-02-64 (1999).
21. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003(4).

22. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Birth. 2001;28(3):202-7.
23. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser. Oslo: Cappelen Damm Akademisk 2015.
24. Ringdal K. Enhet og mangfold. Bergen Fagbokforlaget 2018.
25. Johannessen A. Introduksjon til SPSS. Oslo: Abstrakt forlag; 2009.



Forfatterveiledning

Originalartikkel

Artikler basert på egne innsamlede og bearbejdede data. Vi publiserer artikler basert på både kvantitative og kvalitative studier.

Materialet må ikke være publisert i annen form tidligere. Er studien basert på et lite utvalg eller enkle metoder, kan [Kort rapport](#) være et mer egnet format. Erfaringsmessig er det en fordel om man er flere forfattere sammen om en originalartikkel.

Slik bygger du opp manuskriptet

Totalt kan manus bestå av inntil 3 000 ord inkludert tittel, sammendrag, referanser, hovedfunn og figur-/tabelltekster. For kvalitative studier, som ofte ikke har figurer eller tabeller, er vi åpne for lengre tekster. Kontakt gjerne redaksjonen for å drøfte dette.

Artikkelen innledes med et strukturert sammendrag på 200 ord, som inneholder følgende fire deler: Bakgrunn, Materiale og metode, Resultater og Fortolkning. For kvalitative studier kan du slå sammen Resultater og Fortolkning i ett avsnitt, dersom du har valgt denne oppbyggingen i løpende tekst (se under).

Det strukturerte sammendraget benyttes både som et pedagogisk element i artikkelen og som en oppsummering i databaser der artikkelen gjengis. Avsnittet Bakgrunn skal være kortfattet og inneholde formålet med studien. I Materiale og metode beskrives metoden for datainnsamling og materialet som er studert. I Resultater beskrives de viktigste funnene. Ved bruk av kvantitative data skal alltid hovedfunnene gjengis med tall. Fortolkningsavsnittet skal være kort. Unngå å gjenta studiens funn.

Løpende tekst skal som hovedregel inneholde fire hovedavsnitt: Innledning, Materiale og metode, Resultater og Diskusjon. Dersom artikkelen er basert på kvalitative data kan du etter metodeavsnittet utforme artikkelen slik du vurderer er best, enten med separate avsnitt for funn og diskusjon, eller en utforming der fremstillingen av funn og diskusjonen av disse ledsager hverandre.

I innledningen beskriver du kort bakgrunnen for undersøkelsen, formål og problemstillinger. I Materiale og metode skal du beskrive undersøkelsespopulasjon og metode, og det må alltid gjøres rede for **etiske og personvernmessige tillatelser** samt eventuell **studieregistrering**, der dette er relevant. Bruk gjerne litteraturhenvisninger til metoder som er benyttet. Under Resultater presenterer du egne iakttagelser i logisk rekkefølge, uten at du diskuterer funnene. Studer for øvrig presentasjon av metode og resultater fra hhv. **kvantitative** og **kvalitative** studier.

I diskusjonen drøfter du betydningen av egne observasjoner og forsøker å plassere dem i sammenheng med tidligere viten. Det kan være nyttig å starte diskusjonen med en helt kort oppsummering av hovedfunnene i noen få setninger. Deretter kommer gjerne en drøfting av resultatene opp mot tidligere funn, fulgt av en diskusjon av undersøkelsens styrker og begrensninger. Diskusjonen bør kunne ut i en kort konklusjon som knyttes til formålet med undersøkelsen. Unngå konklusjoner som ikke fullt ut underbygges av de funnene som er gjort.

Artikkelens hovedfunn oppsummeres i to-fire korte setninger under overskriften hovedfunn. Hvert punkt skal bestå av kun én setning og skal gi leseren anledning til raskt å gjøre seg kjent med studiens hovedfunn. Punktene skal formuleres i preteritum. Unngå å bruke identiske setninger i hovedfunn og sammendrag.

Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/annet/originalartikkel>

Hentet dato: 19.10.21

Informasjon om forskningsprosjektet

«Nasjonal oversikt over bruk av ytre vending ved fødeinstitusjoner i Norge»

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for dette forskningsprosjektet og hva prosjektet innebærer for deg.

Formål

Det foreligger ikke tall på bruk av ytre vending ved seteleie til termin. Vi ønsker å kartlegge bruk av ytre vending ved norske fødeinstitusjoner. Til dette trenger vi din hjelp.

Prosjektet er en masteroppgave ved jordmorutdanningen ved OsloMet. Resultatene fra prosjektet planlegges publisert.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet som er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor er du inkludert i studien?

Du mottar denne henvendelsen da du er medisinskfaglig ansvarlig på en fødeinstitusjon som tilbyr fødselshjelp til gravide med foster i seteleie.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et nettskjema. Det vil ta deg ca. 10 minutter. Nettskjemaet inneholder spørsmål om bruk av ytre vending.

Det er frivillig

Du kan når som helst protestere mot at du inkluderes i dette forskningsprosjektet, du trenger ikke å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Kun prosjektgruppen har tilgang til opplysningene som blir lagret. Informasjonen som du fyller inn i nettskjemaet vil bli lagret på en sikker server ved Universitet i Oslo som heter tjenester for sensitive data, TSD.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes, noe som etter planen er januar 2022. Kontaktinformasjon og E-postadresser slettes ved prosjektslutt..

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg fordi forskningsprosjektet er vurdert å være i allmennhetens interesse, men du har anledning til å protestere eller trekke deg dersom du ikke ønsker å delta i prosjektet.

På oppdrag fra OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å protestere
- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer eller å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet [redacted] (Prosjektansvarlig og hovedveileder) på epost [redacted]
- Vårt personvernombud [redacted]

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig/hovedveileder

[redacted]

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Nasjonal oversikt over bruk av ytre vending ved fødeinstitusjoner i Norge

Referansenummer

504472

Registrert

12.04.2021 av [REDACTED]

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

[REDACTED]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

[REDACTED]

Prosjektperiode

03.05.2021 - 31.12.2021

Status

29.04.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

29.04.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.04.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Du kan dele meldeskjemaet med studenten ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

VURDERING AV HVORVIDT PROSJEKTET ANSEES SOM HELSEFORSKNING

Det er vurdert at prosjektet ikke vil være helseforskning og dermed ha behov for vurdering av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektleder uttaler: "I dette prosjektet er ikke formålet å frembringe ny kunnskap om helse og sykdom, selv om forskningen er gjennomført innen en helsefaglig setting - og det er derfor heller ikke meldepliktig til REK. Formålet med studien er å kartlegge institusjonenes bruk av en ytre vending (ytre vending; manuell manipulering av et foster fra seteleie til hodeleie før fødsel) og det innhentes ikke opplysninger om helseforhold".

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD



Lykke til med prosjektet!

Spørreundersøkelse - bruk av ytre vending ved seteleie til termin

Obligatoriske felter er merket med denne stjernen

Hva er din e-postadresse?

Del 1: Bakgrunnsinformasjon

Type fødeinstitusjon

Helseforetak

Antall fødsler i 2020:

Praktiseres planlagte vaginale setefødsler ved deres fødeinstitusjon?

Del 2: Bruk av ytre vending ved seteleie til termin

	Svært liten grad/aldri	Meget liten grad	Liten grad	Stor grad	Meget stor grad	Svært stor grad/alltid
I hvilken grad tilbys ytre vending ved institusjonen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad er det kompetanse på avdelingen i å utøve ytre vending av seteleie til termin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estimert antall vendinger per år

Del 3: Informasjon

	Ja	Nei
Har dere standardisert pasientinformasjon vedrørende ytre vending?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har dere en egen prosedyre på ytre vending?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del 4: Hvem bør få tilbud om ytre vending ved seteleie til termin?**I hvilken grad er du enig i påstandene:**

	Svært liten grad/aldri	Meget liten grad	Liten grad	Stor grad	Meget stor grad	Svært stor grad/alltid
1. Alle gravide med et barn i seteleie, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kun gravide som ikke anbefales vaginal setefødsel eller ikke ønsker vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kun gravide som samtykker til vaginal setefødsel, bør tilbys ytre vending (der dette ikke er kontraindisert)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Del 5. Kunnskap om bruk av ytre vending av seteleie til termin**I hvilken grad er du enig i påstandene?**

	Svært liten grad/aldri	Meget liten grad	Liten grad	Stor grad	Meget stor grad	Svært stor grad/alltid
Ytre vending av seteleie til termin vil øke andel hodepresentasjoner ved fødsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ytre vending av seteleie til termin vil redusere andel keisersnitt (grunnet seteleie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Her kan du eventuelt tilføre opplysninger.

[Se nylige endringer i Nettskjema](#)