

Masteroppgave i jordmorfag

27.04.2023 - V23

Tilbud om vaginale knestående setefødsler

I hvilken grad tilbys vaginale knestående setefødsler ved en norsk kvinneklinikk? En spørreundersøkelse blant leger.

Kandidatnavn: 609, 629

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 11 135

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap

Forord

To spente jordmorstudenter møtte opp på OsloMet i august 2021. Nå er det nesten to år siden, og vi er snart ferdig utdannede jordmødre. Å være jordmorstudenter har vært både krevende, spennende og svært lærerikt. Vi har fått muligheten til å utvikle oss både faglig og personlig.

Å skrive masteroppgave sammen har vært en prosess som har krevd mye samarbeid, hvor vi etter beste evne har utnyttet hverandres styrker, men også utjevnet våre svakheter. Dette har vært en lærerik erfaring for oss.

Vi valgte å gjennomføre en studie hvor vi selv samlet inn data, noe som har gitt oss eierskap til arbeidsprosess og oppgave. Innholdet i denne oppgaven står imidlertid for forfatterens regning. Vi hadde likevel ikke klart dette uten hjelp og støtte fra andre.

Studien ble gjennomført blant fødselsleger med ansvar for setesvangenskap ved en norsk kvinneklinikk. Vi ønsker å benytte anledningen til å takke respondentene som har tatt seg tid til å delta i undersøkelsen.

Tusen takk til vår veileder som har gitt oss profesjonell og utmerket veiledning. Hennes engasjement og fagkunnskap har inspirert og motivert oss. Konstruktiv kritikk og god veiledning har bidratt til fremgang og refleksjon i arbeidsprosessen.

Videre ønsker vi å rette en takk til lærere og medstudenter som har opponert på oppgaven vår. Deres konstruktive tilbakemeldinger, og faglige diskusjoner har bidratt til å løfte oppgaven. Takk til bidragsyttere som har lest korrektur, laget illustrasjoner og vurdert det faglige innholdet.

Til slutt takker vi våre ektefeller, øvrige familier og venner som tålmodig har støttet oss og heiet på oss gjennom to år med studier og praksis.

Oslo, april 2023

Sammendrag

Tittel: Tilbud om vaginale knestående setefødsler

Hensikt: Kartlegge i hvilken grad vaginale knestående setefødsler tilbys ved en norsk kvinneklinikk, samt å belyse kunnskaper om, og forhold til denne forløsningsmetoden.

Problemstilling: *«I hvilken grad tilbys vaginale knestående setefødsler ved en norsk kvinneklinikk? En spørreundersøkelse blant leger.»*

Metode: Studien benyttet kvantitativ metode i form av en deskriptiv tverrsnittstudie.

Datainnsamlingen ble gjort ved hjelp av spørreskjema som ble tilsendt respondenter (n=76) med ansvar for setesvangerskap ved den aktuelle fødeinstitusjonen.

Resultater: 32 respondenter besvarte spørreundersøkelsen. 31 (96,9%) respondenter oppga å ha noen til svært liten/ingen grad av erfaring med knestående setefødsel. 22 (68,8%) oppga at fødeinstitusjonen tilbyr metoden i noen til svært liten/ingen grad. 25 (78,1%) respondenter oppga at de opplevde at det var noen til svært liten/ingen grad av kompetanse med knestående setefødsler. 23 (71,9%) mente det ikke finnes egen anbefaling/prosedyre for metoden.

Respondentene hadde varierende forhold til ulike fødselsstillinger ved vaginale setefødsler, men 31 (96,6%) svarte at de var enig/svært enig i at knestående setefødsel kan tilbys dersom det er kompetanse i metoden. Det var enighet blant respondentene om at både ryggeleie og knestående er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder ved vaginale setefødsler.

Konklusjon: Knestående setefødsler tilbys tilsynelatende i liten grad ved den aktuelle norske kvinneklinikken. Respondentene opplever at det er liten kompetanse på metoden, men majoriteten mener metoden kan tilbys dersom det foreligger kompetanse. Kvinnene har rett til å velge fødestilling, forutsatt at omsorgen som tilbys er trygg for mor og barn. For å kunne tilby knestående setefødsler i større grad må kompetansen hos helsepersonell som behandler setesvangerskap økes. Fødeinstitusjonene må være bevisst sitt ansvar for å tilrettelegge for kompetanseheving som er nødvendig for et helhetlig tilbud.

Nøkkelord: Setepresentasjon, knestående posisjon, oppreist fødestilling, vaginal setefødsel, spørreskjemaundersøkelse.

Abstract

Title: Offer of vaginal upright breech births.

Aim: To determine the extent to which upright breech birth is offered at a Norwegian birth clinic, as well as to elucidate both knowledge of and attitudes towards the various methods for vaginal breech births.

Issue: *“To what extent is upright breech births offered at a Norwegian maternity institution? A survey among doctors.”*

Method: The study was conducted using a quantitative method, through descriptive cross-sectional design. An electronic questionnaire was emailed to the respondents (n=76) responsible for breech pregnancies at the maternity institution in question.

Results: 32 respondents replied to the survey. 31 (96,9%) respondents reported having some to very little/no experience with upright breech births. 22 (68,8%) stated that the institution offers this method to some to very little/no extent. 25 (78,1%) respondents stated that they had some to very little/no degree of competence with upright breech births. Most (23/32, 71,9%) of the respondents believed that the institution did not have a recommendation/procedure for the method. The respondents had varying attitudes towards different birth positions in vaginal breech births. 31 (96,9%) respondents answered that they agreed/strongly agreed that upright breech birth can be offered if there is competence in this method. There was agreement among the respondents that both supine and upright positions are safe and feasible delivery methods for vaginal breech births.

Conclusion: Upright breech births are offered to a small extent at this maternity institution. The respondents stated that they experienced little competence with the method, but the majority thought that the method could be offered if there was competence. Women have the right to choose birth position, as long as it is safe for mother and child. In order to offer upright breech births to a greater extent, the competence of healthcare professionals who treat breech pregnancies should be increased. Maternity institutions must be aware of their responsibility to facilitate the necessary competence development for a comprehensive offer.

Key words: Breech presentation, kneeling position, upright birth position, vaginal breech birth, questionnaire survey.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Oppgavens oppbygning	1
1.2 Bakgrunn	1
1.3 Formål og problemstilling	3
1.4 Begrepsavklaring og avgrensninger	3
2 Teoretisk rammeverk	4
2.1 Seteleie	4
2.1.1 Forekomst og årsaker	5
2.2 Forløsningsmetoder ved seteleie	5
2.2.1 Keisersnitt.....	6
2.2.2 Vaginale setefødsler	6
2.3 Juridisk rammeverk	8
2.3.1 Lovverk	8
2.3.2 Pasientens rett til medvirkning og informasjon.....	9
2.4 Organisering av norsk fødselsomsorg	9
3 Metode	11
3.1 Forforståelse	11
3.2 Design	11
3.2.1 Deskriptiv tverrsnittstudie	11
3.2.2 Spørreskjema som innsamlingsmetode	12
3.3 Datamateriale	12
3.3.1 Studiens populasjon og utvalg.....	13
3.3.2 Utarbeiding av spørreskjema	14
3.3.3 Fremgangsmåte for innhenting av data	16
3.4 Analyse	17
3.4.1 Analyseprosess	17
3.4.2 Statistiske analyser	20

3.5 Etiske overveielser	21
4 Resultater	23
4.1 Bakgrunnsinformasjon	23
4.2 Omfanget av vaginale knestående setefødsler	24
4.2.1 I hvilken grad tilbys knestående setefødsler ved ditt arbeidssted?	24
4.2.2 I hvilken grad opplever du at det er kompetanse med knestående setefødsler ved ditt arbeidssted?	25
4.2.3 Finnes det en egen anbefaling/prosedyre for knestående setefødsler ved ditt arbeidssted?	26
4.3 Respondentens forhold til ulike fødselsstillinger ved vaginale setefødsler	26
4.4 Enighet om hvorvidt knestående og ryngleie er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder ved vaginale setefødsler	27
5 Diskusjon.....	29
5.1 Hovedfunn.....	29
5.2 Metodediskusjon.....	35
6 Konklusjon.....	39
Referanser	40
Vedlegg.....	1

Innholdsoversikt

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Spørreskjema

Vedlegg 2 – Brev til SIKT/informasjonskriv til respondentene

Vedlegg 3 – Godkjenning fra SIKT

Vedlegg 4 – Redegjørelse for samarbeid og gruppeprosess

TABELLER

Tabell 1: Oversikt over variabler, verdier og inndeling av målenivå

Tabell 2a: Respondentene (n=32) fordelt på avdeling og erfaring med forløsningsarbeid

Tabell 2b: Respondentene (n=32) fordelt på avdeling og erfaring med vaginale knestående setefødsler

Tabell 3: Respondentenes forhold til ulike fødselsstillinger ved seteleie. Spørsmålet ble besvart av leger ved fødeinstitusjonen med behandlingsansvar for setefødsler (n=32)

Tabell 4: Respondentenes enighet om hvorvidt knestående og ryggleie er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder ved vaginale setefødsler. Spørsmålet ble besvart av leger ved fødeinstitusjonen med behandlingsansvar for setefødsler (n=32)

FIGURER

Figur 1: Illustrasjon av de fire undergruppene av seteleie

Figur 2: Illustrasjon av enheter, variabler og verdier i studiens datamateriale

Figur 3: Illustrasjon av seleksjonsprosessen

Figur 4: I hvilken grad tilbys knestående setefødsler ved ditt arbeidssted? Spørsmålet ble besvart av leger ved fødeinstitusjonen med behandlingsansvar for setefødsler (n=32)

Figur 5: I hvilken grad opplever du at det er kompetanse med knestående setefødsler ved ditt arbeidssted? Spørsmålet ble besvart av leger ved fødeinstitusjonen med behandlingsansvar for setefødsler (n=32)

1 Innledning

1.1 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er skrevet som en monografi, og består av seks kapitler.

Kapittel 1 presenterer oppgavens bakgrunn, formål og problemstilling, samt aktuelle avgrensninger og begrepsavklaringer. Kapittel 2 omhandler oppgavens teoretiske rammeverk, relevant forskningslitteratur og aktuell faglitteratur om temaet. Videre følger kapittel 3, som tar for seg den metodiske valg. Kapittel 4 presenterer studiens resultater og funn, mens kapittel 5 tar for seg diskusjon av resultatene, samt metodisk diskusjon. Til slutt (kapittel 6) presenteres studiens konklusjon. Videre følger aktuelle referanser og vedlegg.

1.2 Bakgrunn

Et omdiskutert tema i fødselsomsorgen de siste årene har vært problemstillingen rundt hvordan man skal håndtere setefødsler. Alternative forløsningsmetoder har vært keisersnitt eller vaginale seteforløsninger i ryggeleie (Paulus et al., 2020; Vistad et al., 2015; Wängberg Nordborg et al., 2022). I nyere tid er det også enkelte steder innført tilbud om vaginale seteforløsninger i knestående posisjon (Bjellmo et al., 2020; Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017). Den historiske bakgrunnen for diskusjonen om hvordan barn i seteleie bør forløses, er knyttet til publiseringen av Term Breech Trial (TBT-studien) i 2000 (Hannah et al., 2000). TBT-studien presenterte hvordan man skal håndtere setefødsler av barn født til termin, altså barn født mellom svangerskapsuke 37 og 42. Studien viste at planlagte keisersnitt er bedre enn planlagt vaginal fødsel til termin for foster i seteleie. Videre viste resultatene at alvorlige maternelle komplikasjoner var lik mellom gruppene (planlagt keisersnitt versus planlagt vaginal fødsel) (Hannah et al., 2000). Publiseringen av denne studien medførte at vaginale setefødsler ble utelukket i svært mange land. TBT-studien ble derimot kritisert i ettertid, og nyere forskning har vist at vaginal forløsning av barn i seteleie er et trygt alternativ (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017; Mattiolo et al., 2021; Reitter et al., 2020; Walker et al., 2017). I Norge tilbys metoden etter nøye selekteringskriterier (Bjellmo et al., 2020).

Fremgangsmåten ved de fleste norske sykehus har vært at kvinnen ligger i ryggeleie ved vaginal setefødsel. Da blir barnet født spontant til navlestedet er synlig, før det deretter iverksettes aktiv forløsning av skuldre og hode ved hjelp av Løvsets manøvre og Pipers tang

ved behov (Bjellmo et al., 2020). En systematisk oversiktsartikkel hevder derimot at ryggeleie kan ha blitt utviklet for å gjøre det enklere for fødselshjelperen, til tross for at kvinnene kan oppleve denne stillingen som smertefull og vanskelig (Gupta et al., 2017). Det å innta den stillingen de selv ønsker er viktig for kvinnens opplevelse av fødselen, og er et viktig aspekt i hennes autonomi under forløsningen (Gupta et al., 2017; Tveiten, 2016).

Studier har vist at vaginale knestående setefødsler kan gi fordelaktige maternelle og perinatale utfall (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017). Det kan gi gunstige fordeler som utvidelse av bekkenets diameter, bedre utnyttelse av tyngdekraften, mindre press på vena cava, og at mors bevegelser bidrar til at fosteret beveger seg nedover i bekkenet (Downe & Marshall, 2020; Gupta et al., 2017; Hofmeyr, 2022a). Dette har ført til at enkelte norske sykehus har innført denne forløsningsmetoden. Det er også tilkommet en anbefaling i veileder i fødselshjelp, hvor det beskrives at denne metoden kan tilbys dersom det er kompetanse i metoden (Bjellmo et al., 2020).

Knestående seteforløsning er likevel ikke et alternativ på alle sykehus i Norge. En studie har vist at manglende kompetanse og frykt hos helsepersonell kan forhindre muligheten til å tilrettelegge for valgmuligheter for kvinnene, og kombinasjonen av disse barrierene kan skape mangelfull omsorg og utfordringer for fødekvinnene som ønsker en vaginal setefødsel (Catling et al., 2016). Det mangler randomiserte kontrollerte studier om maternelle og neonatale utfall ved bruk av knestående seteforløsning versus seteforløsning i ryggeleie. Som følge av dette foreligger det heller ingen systematiske kunnskapsoppsummeringer på fagområdet (Hofmeyr, 2022a).

Etter forfatterens viten er det ikke utført noen tidligere studier som ser på hvilken grad knestående setefødsler tilbys ved kvinneklinikker i Norge, og det synes å foreligge et behov for mer kunnskap om i hvilken grad vaginale knestående setefødsler tilbys ved norske fødeinstitusjoner. I denne studien ønsker vi derfor å kartlegge i hvilken grad knestående setefødsler tilbys ved en norsk kvinneklinikk. Studien kan bidra til å øke bevisstgjøringen om den kliniske praksisen og identifisere eventuelle behov for forbedring. Innsikt i praksisutøvelse er et viktig ledd i å kvalitetssikre den helsehjelpen som tilbys.

1.3 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven var å kartlegge i hvilken grad vaginale knestående setefødsler tilbys ved en norsk kvinneklinikk. Vi ønsket også å innhente informasjon om hvorvidt respondentene hadde kjennskap til om fødeinstitusjonen hadde egen anbefaling/prosedyre om knestående setefødsel. Videre ble det innhentet informasjon om respondentene hadde kjennskap til kunnskapsgrunnlaget for knestående setefødsler, og hvordan de mente setepresentasjoner bør forløses.

Studiens problemstilling var:

I hvilken grad tilbys vaginale knestående setefødsler ved en norsk kvinneklinikk? En spørreundersøkelse blant leger.

1.4 Begrepsavklaring og avgrensninger

Begrepsavklaring i problemformuleringen

Med knestående vaginale knestående setefødsler refereres det til fødestillinger hvor kvinnen står på alle fire, på huk eller på knærne.

Avgrensning av oppgaven

Oppgaven ble begrenset til å involvere leger som behandler seteforløsninger. Avgrensningen ble gjort som følge av at det i «Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner» fremkommer at ansvaret for setefødsler er tillagt leger, og at det er denne profesjonsgruppen som behandler setesvangerskap i Norge (Bjellmo et al., 2020). Grunnet oppgavens omfang, og de begrensninger en masteroppgave gir har vi valgt å undersøke tilbudet ved én kvinneklinikk i Norge.

2 Teoretisk rammeverk

Teori er brukt som representasjon, hvor forskning, eksisterende kunnskap og litteratur om oppgavens tema danner det teoretiske grunnlaget. I dette kapitlet vil derfor seteleie, forløsningsmetoder ved seteleie, juridisk rammeverk og organisering av norsk fødselsomsorg bli beskrevet.

For å finne aktuell forskning ble det utført litteratursøk i databasene Medline, Ovid, Cinahl, Cochrane, UpToDate og BMJ best practice. Følgende søkeord ble benyttet: Breech presentation, Breech delivery, all fours position, upright position, vaginal breech birth.

2.1 Seteleie

Seteleie er et lengdeleie, hvor fosterets sete eller underkropp er den delen som ligger lengst ned i uterus, og er den såkalte ledende delen av fosteret (Jackson et al., 2020; Salvesen, 2020). Videre kan seteleie deles inn i fire følgende undergrupper (figur 1).

- Rent seteleie, hvor fosteret ligger med flekterte hofter og ekstenderte kneledd. Dette er den vanligste presentasjonen, og utgjør 70-80% av alle seteleier
- Enkelt/dobbelt sete-fotleie, hvor fosterets hofter og knær er flektert
- Enkelt/dobbelt fotleie, hvor føttene er forliggende. Denne presentasjonen er mer vanlig hos premature, og ses sjelden til termin
- Enkelt/dobbelt kneleie, hvor fosterets hofter er ekstendert, og det er fleksjon i ett eller begge kneledd (Bjellmo et al., 2020; Salvesen, 2020, s. 568-572).



Figur 1: Illustrasjon av de fire undergruppene av seteleie. Fra venstre: Rent seteleie, sete-fotleie, fotleie, kneleie. Illustrert og tillatt brukt av Hedda Petersen Jevne

2.1.1 Forekomst og årsaker

Hyppigheten av seteleie har tydelig korrelasjon med svangerskapslengde. Ved uke 25-32 er andelen oppe i 15-18%, mens det synker til 3-4% ved termin (Jackson et al., 2020, s. 487; Salvesen, 2020, s. 568). I Norge i 2022 var 2422 av 52011 fostre i seteleie ved fødselen (Folkehelseinstituttet, 2023). Dette utgjør om lag 4,6%, men inkluderer både fostre født prematurt og til termin.

Årsaken til at fosteret ligger i seteleie er ukjent ved de fleste tilfeller, men noen faktorer har økt assosiasjon med seteleie, deriblant multippel graviditet, uterine abnormaliteter, placenta previa, polyhydramnion, navlesnorsavvik og utviklingsavvik hos fosteret (Hofmeyr et al., 2015). Salvesen (2020) skriver at både vekstavvik og utviklingsavvik sees hyppigere hos barn som er født i seteleie, sammenlignet med hodeleie.

Seteleie oppdages oftest ved ytre palpasjon av magen, ved bruk av Leopolds håndgrep. Det vil da kunne kjennes foster i lengdeleie med en myk del i nedre del av uterus. Hodet vil vanligvis kunne palperes i fundus, og kjennes som en hard, rund masse som kan beveges balloterende med en eller begge hender. Den gravide kvinnen vil også kunne kjenne press fra hodet mot diafragma, og dersom fosteret ligger med føttene ned mot nedre del av uterus vil hun kunne kjenne harde spark mot blæren. Det kan også auskulteres fosterlyd høyere oppe i uterus, oftest over umbilicus (Jackson et al., 2020, s. 490).

Mistanke om seteleie skal alltid bekreftes ved ultralydundersøkelse, og bør avgjøres hos alle gravide fra gestasjonsuke 36 til og med fødsel (Salvesen, 2020, s. 568). Ved konstatert seteleie kan det tilbys forsøk på ytre vending, som er en ytre manipulasjon med håndgrep for å få fosteret til å snu seg fra sete- til hodeleie. Ytre vending tilbys til en selektert gruppe under nøye overvåkning, og ved avdelinger med keisersnittberedskap. Dersom et slikt vendingsforsøk er mislykket, kontraindisert eller uønsket av kvinnen vil barnet forløses i seteleie (Bjellmo et al., 2020).

2.2 Forløsningsmetoder ved seteleie

Barn i seteleie kan forløses kirurgisk ved keisersnitt eller vaginalt. Hvilken forløsningsmetode som er best ved barn i seteleie har vært et mye omdiskutert tema. Vaginale setefødsler er assosiert med en noe forhøyet risiko for neonatal morbiditet og mortalitet, sammenlignet med

vaginale fødsler av fostre i hodeleie (Bjellmo et al., 2020; Kielland-Kaisen et al., 2020; Paulus et al., 2020). Keisersnitt er på den andre siden assosiert med økt risiko for maternelle komplikasjoner (Keag et al., 2018; Wängberg et al., 2022). I mange land er keisersnitt den foretrukne forløsningsmetoden ved seteleie, men i Norge er det anbefalt å tilby vaginale forløsninger ved seteleie, forutsatt strenge seleksjonskriterier (Bjellmo et al., 2020).

2.2.1 Keisersnitt

Keisersnitt utføres når sannsynligheten for et bedre utfall for mor og/eller barn anses som større enn ved vaginal fødsel. Det er en operativ prosedyre som utføres under generell eller regional anestesi. Fosteret, placenta og membranene blir hentet ut gjennom et snitt i nedre abdomen og gjennom uterus (Hayman & Raynor, 2020, s. 612). Keisersnitt kan utføres elektivt eller akutt. Det er ulike årsaker til at det blir utført keisersnitt, men noen av indikasjonene kan være truende asfyksi, langsom fremgang, tidligere keisersnitt, eget ønske eller seteleie. Det gjøres altså på maternelle eller føtale indikasjoner, eller en kombinasjon (Bjellmo et al., 2020; Salvesen, 2020, s. 565). I Norge i 2022 var keisersnittsraten på 16,1%, som vil si at 8245 barn kom til verden med denne forløsningsmetoden. Av disse var 18,2% (n=1501) utført med seteleie som indikasjon (Folkehelseinstituttet, 2023).

Keisersnitt med seteleie som indikasjon vurderes elektivt når seleksjonskriteriene for vaginal forløsning ikke blir møtt, eller ved kvinnens eget ønske. Denne vurderingen blir gjort i samarbeid med fødselslege eller jordmor, fødekvinnen og hennes eventuelle partner. Det er i denne situasjonen viktig med god informasjon slik at familien føler seg trygge og godt forberedt (Bjellmo et al., 2020). En systematisk oversikt viste at elektive keisersnitt ved seteleie kan gi redusert risiko for fosterkomplikasjoner på kort sikt, mens det på lang sikt ikke var noen forskjell i morbiditet hos kvinnen eller fosteret, sammenlignet med vaginale setefødsler (Wängberg et al., 2022). Det er opptil 30% risiko for at vaginale setefødsler ender i akutt keisersnitt (Bjellmo et al., 2020). Til sammen var det 61,9% av forsøk på vaginale setefødsler som ble forløst med keisersnitt i 2022 (Folkehelseinstituttet, 2023).

2.2.2 Vaginale setefødsler

For å anbefale vaginal setefødsel har Norsk gynekologisk forening (NGF) utarbeidet følgende anbefalte kriterier;

- Svangerskapsvarighet \geq 34 uker.

- Estimert fødselsvekt $\geq 2000\text{g}$ og $\leq 4000\text{g}$
- Rent seteleie, eller sete-fotleie.
- Ikke foreliggende kontraindikasjoner mot vaginalforløsning hos mor eller foster (Bjellmo et al., 2020).

Grunnlaget for disse kriteriene er at fosteret skal være stort nok til å tåle den påkjenningen en setefødsel er, men at det ikke skal være for stort til å kunne passere gjennom mors bekken. Videre må det ikke være føtter/knær som er ledende del, fordi dette innebærer økt risiko for navlesnorsprolaps eller at fosterets skuldre og hode blir sittende fast da beina kan passere gjennom en cervix som ikke er fullt dilatert (Hofmeyr, 2022b; Salvesen, 2020). Dersom disse kriteriene blir møtt er risikoen for komplikasjoner betraktelig redusert (Hofmeyr, 2022b)

Vaginale setefødsler kan utføres i ryggeleie og i knestående stilling.

Forløsning i ryggeleie innebærer at kvinnen ligger på ryggen i en gynekologisk posisjon, med eller uten benholdere. NGF anbefaler i sin veileder å anvende vanlig fremhjelp som hovedmetode. Det vil si at barnet fødes spontant til navlestedet er synlig, deretter aktiv forløsning av skuldre og hode ved bruk av Løvsets manøvre og Pipers tang ved behov. Videre anbefales det å legge episiotomi etter vurdering (Bjellmo et al., 2020).

Forløsning i knestående stilling kan utføres med kvinnene stående på alle fire. NGF foreslår at knestående seteforløsning kan tilbys dersom det er kompetanse i denne metoden (Bjellmo et al., 2020). Dette innebærer at fødselshjelperne inntar en avventende holdning i påvente av spontan fødsel. Reitter et al. (2020) anbefaler å vurdere manøvrer først hvis barnet har manglende fremgang i mer enn 90 sekunder etter at setet er kommet til syne.

I Bogner et al. (2015) sin studie fødte over 70% av kvinnene i knestående stilling uten noen form for obstetriske intervensjoner. Forskning har også funnet andre fordeler med knestående seteforløsninger, som reduksjon i tiden i fødselens andre fase, reduksjon i risikoen for manipulasjoner, epiduralanalgesi og alvorlige fødselsrifter (grad 3 og 4), samt reduksjon i risikoen for akutt sectio (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017). I tillegg kan det ha gunstig effekt på fosterlyden, fordi det er mindre kompresjon av sentral blodforsyning til placenta i denne stillingen (Zang et al., 2021). Enkelte studier har vist at kvinnene opplever mindre smerte i denne stillingen, i tillegg til en økt positiv fødselsopplevelse, sammenlignet med

kvinner som fødte i ryggeleie (Priddis et al., 2012). Evidensen viser at det kan være like trygt å tilby vaginale setefødsler i både knestående og ryggeleie (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017; Walker et al., 2017). Omsorgen under fødsel, forløsningsmetoden som brukes og ferdigheten til fødselshjelperen har positiv effekt på hvordan utfallet blir (Hofmeyr et al., 2015).

2.3 Juridisk rammeverk

2.3.1 Lovverk

I Norge har vi ulike lovverk som regulerer rettigheter og plikter innen helsetjenesten, og som dermed er gjeldene for norsk fødselsomsorg. Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å bidra til å sikre at befolkningen har lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter i helse- og omsorgstjenester. Videre sikres pasientens rett til valg av behandlingssted, rett til informasjon og rett til samtykke ved denne loven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasient- og brukerrettighetsloven er viktig for fødekvinnene som har barn i seteleie, fordi det er viktig at disse tilbys god helsehjelp og tilstrekkelig informasjon for å ta et informert valg om forløsningsmetode. Den er derfor sentral for denne oppgavens problemstilling.

Videre finnes helsepersonelloven som stiller krav til helsepersonells yrkesutøvelse og dens forsvarlighet. Formålet med loven er å bidra til pasientsikkerhet, kvalitet i helsetjenestene, og tillitt til helsevesenet (Helsepersonelloven, 1999, §1). Helsepersonell pliktes å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Respondentene i studien som er utført i forbindelse med denne oppgaven er fødselsleger ved en norsk kvinneklinikk. De er helsepersonell som er lovpålagt å følge denne loven, og det er derfor nødvendig å trekke inn lovens innhold. Videre mener forfatterne at oppgaven er relevant for annet helsepersonell som jordmødre, sykepleiere og studenter, som bidrar i behandlingen av problemstillingens pasientgruppe.

Spesialisthelsetjenesteloven er også en relevant lov for oppgavens problemstilling, fordi den studerte fødeinstitusjonen er en del av spesialisthelsetjenesten. Formålet med loven er blant annet å sikre tilbudets kvalitet og bidra til et likeverdig tilbud. Videre skal tjenestetilbudet tilpasse pasientens behov og være tilgjengelig for pasientene (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1).

2.3.2 Pasientens rett til medvirkning og informasjon

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter rett til medvirkning og informasjon. Det innebærer at de har rett til å medvirke i gjennomføringen av behandlingen, og rett til å ta selvbestemte (autonome) valg mellom tilgjengelige og forsvarlige helsetjenester, undersøkelser og behandlinger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1)

Pasienten har rett til å bli hørt, rett til informasjon og rett til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3.2). Fødekvinnene med barn i seteleie skal være delaktige i valg for seg selv og sitt barn (Eilertsen, 2020, s. 37). En studie viser at kvinner med barn i seteleie ofte opplever komplekse følelser og mye usikkerhet rundt deres valg av forløsningsmetode. Flertallet av kvinnene i studien var fornøyde med sin setefødsel når de fikk god omsorg og tilstrekkelig informasjon fra fødselshjelperne (Morris et al., 2021).

De nasjonale faglige retningslinjene for fødselsomsorgen har sterk anbefaling som omhandler fødeinstitusjons rutiner for ivaretagelse av pasientinformasjon og medvirkning. Nødvendig informasjon innebærer blant annet valg av forløsningsmetode (Helsedirektoratet, 2022). Det er viktig at helsepersonell tilbyr tilstrekkelig, individuelt tilpasset informasjon om de ulike forløsningsmetodenes fordeler og ulemper. Dette bidrar til å styrke kvinnenes autonomi og mestringsevne (Tveiten, 2016, s. 202). Norsk gynekologisk forening har i sin veileder for fødselshjelp utviklet et dokument som heter “pasientinformasjon seteleie”. Dette dokumentet finnes offentlig tilgjengelig på internett og kan brukes som ressurs for kvinnen selv, eller ved den enkelte fødeavdeling. I dette dokumentet informeres det om at Norge har lang erfaring og gode kunnskaper om vaginal setefødsel. Videre gis informasjon om forberedelser, typiske forløp og risikofaktorer ved setefødsler. Det beskrives også at det ved enkelte fødeavdelinger tilbys knestående setefødsel, men ikke hvor dette tilbys (Bjellmo et al., 2020).

2.4 Organisering av norsk fødselsomsorg

Prinsippet i norsk fødselsomsorg er at den skal være desentralisert og differensiert. På bakgrunn av dette prinsippet er norsk fødselsomsorg delt inn i tre ulike nivåer, slik at kvinners rettigheter om differensiering, som innebærer muligheten til å velge fødested og at de blir selektert til riktig fødestedet blir ivaretatt på best mulig måte (Blix, 2020; Helsedirektoratet, 2010; St.meld. nr. 12 (2008-2009)).

Fødestuer er jordmorstyrte, som betyr at jordmor har ansvar for den daglige driften. Disse enhetene tar imot kvinner med avklarte medisinske forhold, såkalt lavrisiko-kvinner. Det fins to typer; frittstående fødestuer, og fødestuer tilknyttet en kvinneklinikk eller fødeavdeling (Blix, 2020; Helsedirektoratet, 2010; St.meld. nr. 12 (2008-2009)).

Fødeavdelinger skal ivareta kvinner med forventet normal fødsel og de med moderat risiko avhengig av kompetanse og barneavdeling. De er i ulik størrelse, og skal minimum ha 400 fødsler årlig. Disse avdelingene skal ha vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, i tillegg til nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning. Det skal også være barnelege tilknyttet avdelingen. Både kvinneklinikker og fødeavdelinger skal selekttere kvinner med hensyn til risiko, og tilrettelegge for individuell oppfølging (Blix, 2020; Helsedirektoratet, 2010; St.meld. nr. 12 (2008-2009)).

Kvinneklinikker er de største og mest avanserte institusjonene, og det er ingen nedre grense for hvor mange fødsler de skal ha årlig, men vanligvis ligger antallet over 1500 i året. Disse institusjonene skal ha vaktberedskap som fødeavdelingene, i tillegg til at det skal foreligge barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte. Keisersnitt skal kunne utføres innen 15 minutter, og de skal ivareta både kvinner med forventet normal fødsel og kvinner med alvorlige sykdommer og komplikasjoner (Blix, 2020; Helsedirektoratet, 2010; St.meld. nr. 12 (2008-2009)).

Vaginal setefødsel regnes som en risikofødsel, fordi det innebærer økt risiko for komplikasjoner, sykdom eller skade på mor eller barn (Helsedirektoratet, 2010, s. 26). Veilederen “Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen” beskriver seleksjonskriterier på risikofaktorer som skal følges opp av kvinneklinikker. Det fremkommer her at vaginale setefødsler skal selekteres til kvinneklinikker på grunn av institusjonens nødvendige breddekompetanse (Helsedirektoratet, 2010, s. 25). Vi forholder oss derfor til dette nivået av fødselsomsorgen, da fødeinstitusjonen i vår studie er en kvinneklinikk.

3 Metode

I dette kapitlet presenteres de metodiske valgene. Først avklares forfatterens forforståelse for temaet. Deretter redegjøres studiens design og datamateriale, før utvalg og analyseprosess beskrives. Til slutt vil de etiske overveielser presenteres.

3.1 Forforståelse

Forforståelse innebærer den erfaringen en forsker har med seg inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter (Malterud, 2017, s. 144). Forforståelsen vår kommer primært fra vår rolle som jordmorstudenter, noe som innebærer nærhet og kjennskap til fag- og praksisfelt gjennom studium, praksisperioder og forskning. Vi har diskutert og drøftet hvordan vår forforståelse kan påvirke hvordan vi samler inn, leser og tolker data. Forforståelsen kan både være en styrke og en ulempe i arbeidet med masteroppgaven. Det kan gi styrke ved at det gir motivasjon til å sette i gang undersøkelser om et bestemt tema, og det kan gjøre at vi legger innsats i arbeidet, som kan gi gode resultater. På den andre siden kan det bidra til at vi går inn i oppgaven med skylapper som kan skape begrensninger og skjevheter. I oppgaven har vi ønsket å ha et aktivt og bevisst forhold til vår forforståelse, og hvordan dette kan påvirke datainnsamlingen og fortolkningen. Gjennom å minne hverandre på dette, i tillegg til å aktivt søke etter andre vinklinger på temaet har vi forsøkt å redusere begrensninger og skjevheter relatert til forforståelse.

3.2 Design

3.2.1 Deskriptiv tverrsnittstudie

Formålet med studien er å beskrive tilbudet av vaginale knestående setefødsler ved en norsk kvinneklinikk. For å besvare problemstillingen har vi vurdert at et kvantitativt design, i form av en deskriptiv tverrsnittstudie vil være mest hensiktsmessig.

Ringdal (2018) skriver at tverrsnittstudier er best egnet til å beskrive en tilstand, i en gitt populasjon, på et gitt tidspunkt. Det er valgt en deskriptiv tilnærming, da hensikten er å beskrive tilbudet av vaginale knestående setefødsler uten å forklare årsaksforhold eller trekke kausale konklusjoner (D. I. Jacobsen, 2021; K. H. Jacobsen, 2021). Tverrsnittstudier er dessuten en kostnadseffektiv undersøkelse, som lar oss observere flere variabler samtidig (D. I. Jacobsen, 2021; K. H. Jacobsen, 2021; Ringdal, 2018).

3.2.2 Spørreskjema som innsamlingsmetode

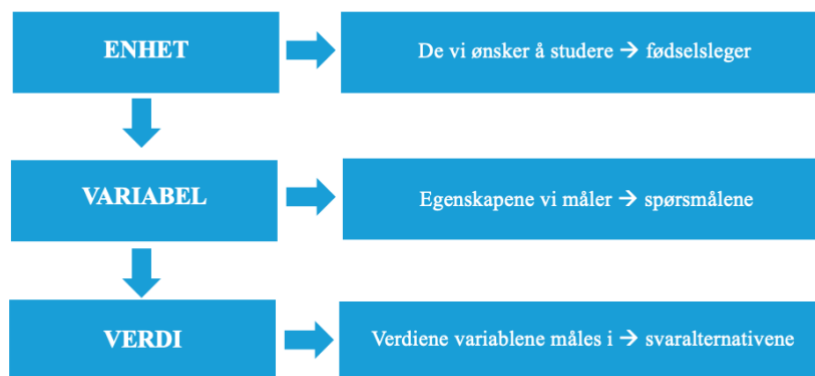
Vi mener at tilbudet om vaginale knestående setefødsler lar seg måle ved hjelp av spørsmål med standardiserte svaralternativer, og spørreskjema er derfor valgt som datainnsamlingsmetode. Et kvantitativt spørreskjema med faste spørsmål, i fast rekkefølge, og med faste svaralternativer ble sendt ut til studiens respondenter. Fortolkningen vil skje innenfor de rammene som gis av forskerne på forhånd, gjennom utvalget av spørsmål og formuleringen av dem. Dette gir en bedre forutsetning for å sammenfatte svarene fra de ulike respondentene, da spørsmålene og formuleringen er den samme for alle (D. I. Jacobsen, 2021; Ringdal, 2018).

Det ble valgt selvutfyllingsskjema som innsamlingsteknikk, sendt til respondentene via e-post. Det betyr at både spørsmålene og svaralternativene kan leses samtidig av respondenten selv, for å så avgi et svar (K. H. Jacobsen, 2021, s. 169; Ringdal, 2018, s. 195).

Spørreskjemaet (vedlegg 1) ble laget og distribuert gjennom Nettskjema.no, fordi internettbaserte spørreskjema er en tids- og kostnadsbesparende løsning for både forskere og respondenter i studien. Det lar oss enkelt distribuere undersøkelsen til respondentene, gir stor svarfrihet, forkorter tiden respondentene trenger å bruke på besvarelsen, i tillegg til at det forenkler etterarbeidet med koding av variabler og verdier (K. H. Jacobsen, 2021, s. 169; Larsen, 2017, s. 49; Ringdal, 2018, s. 191).

3.3 Datamateriale

For å kunne gjøre analyser i SPSS er det en forutsetning at studiens enheter, variabler og verdier er kjent og definert (figur 2) (Johannessen & Tufte, 2022, s. 13).



Figur 2: Illustrasjon av enheter, variabler og verdier i studiens datamateriale

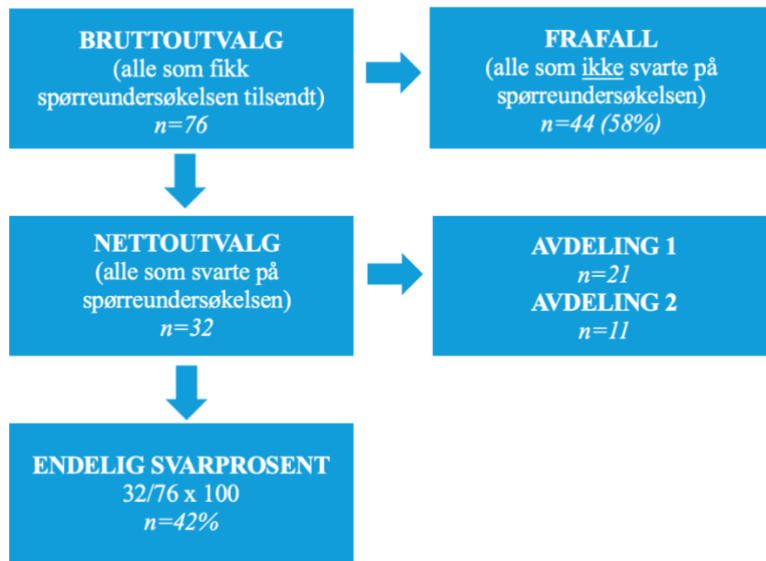
3.3.1 Studiens populasjon og utvalg

Undersøkelsens målgruppe, eller studiepopulasjonen er dem som resultatene av studien gjelder for (Johannessen & Tufte, 2022, s. 13). I denne studien er det valgt å inkludere hele populasjonen i undersøkelsen (fødselsleger med ansvar for setesvangenskap ved den spesifikke kvinneklinikken), og utvalg og populasjon blir dermed samme gruppe (Johannessen & Tufte, 2022). Det å bestemme utvalget er viktig, fordi det danner grunnlaget for studiens videre forløp, de svarene man sitter igjen med og resultatene som fremkommer (Larsen, 2017, s. 89).

Studien har som hensikt å kartlegge tilbudet om vaginale knestående setefødsler ved en norsk kvinneklinikk, og utvalget består derfor av fødselslegene som behandler setesvangenskap ved den aktuelle fødeinstitusjonen. Den valgte fødeinstitusjonen er delt opp i to avdelinger, heretter kalt Avdeling 1 og Avdeling 2. Det er gjort et bevisst valg om å inkludere fødselsleger ved begge avdelingene, fordi det gir mulighet til å avdekke eventuelle ulikheter og likheter i avdelingens praksis og forhold til knestående setefødsler.

Inklusjonskriterier for studiens utvalg var fødselsleger som jobber klinisk med forløsning og behandling av setesvangenskap, og som var i aktiv jobb i studieperioden. Leger er valgt fordi det ifølge nasjonale veiledere anbefales at vaginale setefødsler utføres av spesialister (Bjellmo et al., 2020). Siden det regnes som en risikofødsel er det en lege som er ansvarlig for denne type fødsel. Det anses som risikosvangenskap, fordi det innebærer økt risiko for komplikasjoner, sykdommer og skader hos mor eller barn (Helsedirektoratet, 2010). Eksklusjonskriterier for studiens utvalg var fødselsleger som av ulike årsaker ikke jobber klinisk med forløsning. Videre ble de fødselslegene som avsluttet arbeidsforholdet ved fødeinstitusjonen underveis, eller var i permisjon i studieperioden ekskludert.

Til sammen resulterte seleksjonsprosessen i at vi sto igjen med et bruttoutvalg bestående av 76 fødselsleger ved den aktuelle fødeinstitusjonen (figur 3).



Figur 3: Illustrasjon av seleksjonsprosessen

3.3.2 Utarbeiding av spørreskjema

For å kunne besvare problemstillingen var vi nødt til å omgjøre de fenomenene vi ønsket å undersøke til konkrete og målbare former gjennom operasjonalisering. Dette arbeidet begynte med å identifisere hvilke spørsmål eller variabler som kunne besvare problemstillingen på best mulig måte, før variablenes målenivå og verdier ble definert (Johannessen & Tufte, 2022, s. 13).

Det ble i første omgang undersøkt om det var mulig å finne validerte spørreskjema som kunne besvare problemstillingen. Validitet innebærer at undersøkelsen måler det den er ment å måle, som i en spørreundersøkelse vil si at svarene fra spørsmålene som stilles faktisk besvarer studiens problemstilling (Larsen, 2017, s. 45; Ringdal, 2018, s. 192). Det enkleste hadde derfor vært å benytte et etablert, validert spørreskjema, fordi dette innebærer at skjemaet har vært gjennom en prosess hvor validiteten og reliabiliteten er testet og dokumentert. Dette er en omfattende prosess, med flere ulike faser og trinn (K. H. Jacobsen, 2021, s. 167; Ringdal, 2018, s. 193). Det fantes imidlertid ikke noe passende validerte spørreskjema for problemstillingen. Spørreskjemaet er derfor i sin helhet utarbeidet av forfatterne. Systematiske søk, som er beskrevet i foregående kapittel, dannet det teoretiske grunnlaget for utformingen av spørreskjemaet. Videre er problemstillingen utgangspunkt for utarbeiding av spørreskjemaet.

Innledningsvis ble det kartlagt hvilken bakgrunnsinformasjon om respondentene som ble ansett som relevant for studien, og disse spørsmålene ble kategorisert i *Del 1*:

Bakgrunnsinformasjon. Videre ble det utarbeidet påstander/spørsmål som i hovedsak besvarte det sentrale spørsmålet i problemstillingen. Til sammen ble tre påstander/spørsmål kategorisert i *Del 2: Omfanget av vaginale knestående setefødsler*, fire påstander/spørsmål kategorisert i *Del 3: Forholdet til ulike fødestillinger ved seteleie* og to påstander/spørsmål kategorisert i *Del 4: Kunnskap om vaginale setefødsler*. Spørreundersøkelsen besto av totalt 13 obligatoriske påstander/spørsmål. Samtlige påstander/spørsmål var lukket og prestrukturerte. Disse påstandene/spørsmålene utgjør studiens variabler, og ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen (Larsen, 2017, s. 41). Svaralternativene er variablenes verdier, og er utarbeidet for å best mulig dekke variablene (Larsen, 2017, s. 42).

En begrensning ved spørreskjema som innsamlingsmetode kan være at respondentene gir feilaktige svar fordi de misforstår spørsmålene (K. H. Jacobsen, 2021, s. 171; Ringdal, 2018, s. 196). Under utarbeidelsen av spørreskjemaet ble derfor mye tid og ressurser lagt i utvalget av spørsmål og formuleringen av dem. Det ble i dette arbeidet benyttet ulik faglitteratur og flere sjekklister for å kvalitetssikre spørsmålene (Dalland, 2020; D. I. Jacobsen, 2021; K. H. Jacobsen, 2021; Larsen, 2017; Ringdal, 2018). Tydelig formulering og utvalg av spørsmål bidrar til å styrke undersøkelsens reliabilitet. Reliabilitet i en spørreundersøkelse handler om entydighet i spørsmål og svaralternativer. Det går ut på om samme person ville besvart samme spørsmål likt ved en annen anledning, eller om to personer med likt utgangspunkt og like holdninger vil besvare samme spørsmål på samme måte (Kirkevold, 2014).

Spørreskjemaet ble strukturert på en slik måte at det startet med lette, nøytrale og “ufarlige” spørsmål, før respondentene fikk spørsmål om mer følsomme temaer. Dette ble gjort for at respondentene skulle beholde en nøytral holdning, og ikke reagere med skepsis til spørsmålene. Antallet spørsmål ble holdt til et minimum for at respondentene ikke skulle miste interessen underveis (D. I. Jacobsen, 2021, s. 136; K. H. Jacobsen, 2021, s. 167; Ringdal, 2018, s. 207). Respondentene ble kontaktet via sin e-postadresse på jobb, og det antas derfor at majoriteten var på jobb da de besvarte undersøkelsen. Vi ønsket derfor at forventet svartid skulle holdes til fem minutter, for å sannsynliggjøre muligheten for besvarelse i løpet av en travel arbeidsdag (D. I. Jacobsen, 2021, s. 137).

Spørsmålene ble formulert som enkle spørsmål, for å unngå tvetydelige eller doble spørsmål. Med tanke på spørsmålskontekst-effekten ble rekkefølgen på spørsmålene nøye gjennomgått. Essensen ved effekten er at et spørsmål sterkt påvirkes av andre spørsmål som er stilt tidligere (D. I. Jacobsen, 2021, s. 131; K. H. Jacobsen, 2021, s. 168; Ringdal, 2018, s. 202). Videre ble spørsmålene konkretisert så mye som mulig, for å unngå at ulike respondenter tolket samme begrep ulikt. Eksempelvis begynte spørreskjemaet med spørsmålet “Hvor er ditt arbeidssted?”, og respondentene måtte svare enten Avdeling 1 eller Avdeling 2. Senere i spørreskjemaet fikk respondentene spørsmålet “I hvilken grad tilbys knestående setefødsler ved ditt arbeidssted?”, og fordi de allerede hadde besvart hvor sitt arbeidssted er, ville det være enkelt å tolke hva som legges i begrepet “arbeidssted”. Det ble forsøkt unngått å stille spørsmål som omfattet tidsperspektiv, eller ledende spørsmål, da dette i større grad kan medføre fortolkningskjevheter (D. I. Jacobsen, 2021, s. 131). I utarbeidelsen av likert-skala ble det valgt en femdelte versjon. Ringdal (2018) og K. H. Jacobsen (2021) hevder at slike skalaer bør deles i fem eller syv, for å kunne inkludere en midtkategori og dermed unngå at svarene enten blir utelukkende positive eller negative. D. I. Jacobsen (2021, s. 135) skriver at inkluderingen av en slik midtkategori bør vurderes nøye, da en begrensning ved dette er at svaret blir nøytralt når respondenten ellers ville uttrykt en mening dersom hen ble presset til det.

Etter utarbeidelsen av spørreskjemaet ble det ytterligere gjennomgått og analysert med bistand fra hovedveileder. Den ferdige versjonen av spørreskjemaet ble deretter pretestet av tre fødselsleger ved den aktuelle fødeinstitusjonen for å kvalitetssikre ordlyd og formulering, samt redusere risikoen for skjevheter grunnet misforståelser.

3.3.3 Fremgangsmåte for innhenting av data

Etter innhenting av godkjenning av prosjektet fra kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT), ble øverste leder av fødeinstitusjonen kontaktet for godkjenning av gjennomføring av studien. Deretter ble det utarbeidet et informasjonsskriv som ble sendt ut sammen med lenke til spørreundersøkelsen (vedlegg 2). Vi kontaktet fødeinstitusjonens administrasjon for å innhente en liste med aktuelle respondenter. Denne listen ble deretter kvalitetssjekket ved å gå gjennom en og en respondents kontaktinformasjon og gjenfinne respondenten i fødeinstitusjonens interne system. Deretter ble de 76 respondentene som utgjorde bruttoutvalget registrert i systemet på Nettskjema.no. Gjennom Nettskjema.no ble lenke til, og

informasjon om spørreundersøkelsen sendt ut til 76 respondenter 16. januar 2023. D. I. Jacobsen (2021, s. 139) skriver at det bør sendes ut purring etter 7-10 dager. Påminnelser ble sendt til de i utvalget som ikke hadde respondert på undersøkelsen. Første påminnelse ble sendt syv dager etter utsendelse av undersøkelsen, den 23. januar 2023.

D. I. Jacobsen (2021) beskriver ulike tiltak som kan bedre svarprosenten. For å belyse temaet og bidra til å få høyere svarprosent hadde vi på forhånd av utsendelsen rekruttert tre av fødselslegene ved institusjonen, til å snakke om, og minne kollegaene på å svare på undersøkelsen. I tillegg møtte vi opp personlig ved flere anledninger på de ulike avdelingene ved institusjonen, for å sette et ansikt til prosjektet. Ved disse besøkene hang vi opp påminnelseklapper på ulike undersøkelsesrom og pauserom som respondentene benytter, i tillegg til at vi delte ut twist som positiv forsterkning for respons. Vi fikk også anledning til å presentere prosjektet gjennom et foredrag på fagmøte med fødselslegene ved institusjonene den 31.01.2023. Ytterligere påminnelser ble deretter sendt 01.02.2023 og 13.02.2023. Siste påminnelse ble sendt 20.02.2023, hvor det også ble informert om når undersøkelsen ble avsluttet. 27.02.2023 ble spørreundersøkelsen avsluttet, etter at 32 respondenter hadde besvart undersøkelsen.

3.4 Analyse

3.4.1 Analyseprosess

Dataene ble automatisk kodet via kodebok i Nettskjema.no. Det ble endret noen navn på variablene for at de lettere skulle gjenkjennes i datamatriksen. Eksempelvis endret vi navn på variabel to fra “var2” til “var2_arbeid” for å lettere identifisere variabelen som spørsmål om respondentenes arbeidssted senere.

Videre ble kodeboken importert til dataprogrammet IBM SPSS Statistics (SPSS). I SPSS ble kodeboken omdannet til en datamatrix med oversikt over enheter, variabler og verdier. I tillegg ble det utarbeidet navn/labels på hver enkelt variabel og verdi, for at disse skulle gi mening i fremstillingen av analysene (Johannessen & Tufte, 2022, s. 32).

De ulike variablene og verdiene i datamatriksen i SPSS ble kontrollert mot spørreskjemaet og kodebok i Nettskjema.no. Videre ble det tatt stikkprøver av flere besvarte spørreskjemaer i Nettskjema.no, hvor svarene ble kontrollert mot svarene som var registrert i SPSS. Begge

forfatterne utførte kontrollene og stikkprøvene selvstendig, og kom frem til samme resultat. Dette ble gjort for å sikre korrekt overføring til SPSS (Johannessen & Tufte, 2022).

Bearbeiding, analysering og presentasjon av resultater ble gjort gjennom SPSS. Enhetene, variablene og verdiene ga utgangspunktet for analysene. Valg av variabelenes målenivå var det som ga utgangspunkt for hvilke statistiske analyser det var hensiktsmessig å utføre. Johannessen og Tufte (2022) beskriver fire ulike målenivå; nominalnivå, ordinalnivå, intervallnivå og forholdstallsnivå. Nominale og enkle ordinale målenivå er kategoriske variabler, mens intervall- og forholdstallsnivå er kontinuerlige variabler som forutsetter mer avanserte analyser. Da problemstillingen besvares med deskriptive metoder var det meningsfylt å benytte “lavere” målenivå som nominale og ordinale variabler (Johannessen & Tufte, 2022, s. 18). Ved ett tilfelle benyttes også forholdstallsnivå, men det er ikke gjort mer avanserte analyser med denne variabelen.

Nominale data er kategoriske data som er klassifisert i to eller flere unike kategorier der rekkefølgen ikke har betydning (Fekjær, 2016; Larsen, 2017; Ringdal, 2018). Videre er disse verdiene gjensidig utelukkende (Johannessen & Tufte, 2022, s. 16). Eksempel på dette er variabelen “Hvor er ditt arbeidssted”, som deles i verdiene “Avdeling 1” og “Avdeling 2”.

Ordinale data er kategoriske data som i tillegg til å være gjensidig utelukkende, kan klassifiseres i flere kategorier som har en naturlig orden. På dette nivået kan verdiene rangordnes (Fekjær, 2016; Larsen, 2017). Disse verdiene kan uttrykke grader, kvalitet eller posisjon i en serie (Johannessen & Tufte, 2022, s. 17). Eksempelvis er det ved flere variabler i studien benyttet femdelt likert-skala med gradering fra “i svært stor grad” til “i svært liten grad”.

Forholdstallsnivå betyr at dataene, i tillegg til å klassifiseres og rangeres, kan spesifiseres med nøyaktige intervaller mellom verdiene, i tillegg til å ha et forhold mellom verdiene (Johannessen & Tufte, 2022, s. 17). Eksempelvis er variabelen “Hvor mange års erfaring har du med forløsningsarbeid?” en variabel med forholdstallsnivå, fordi den har et naturlig nullpunkt. Verdien “11-16 år” indikerer minst 6 års lengre erfaring enn verdien “<5år”.

Tabell 1 viser oversikt over de ulike variablene, verdiene og inndeling av målenivå i datamaterialet.

Tabell 1: Oversikt over variabler, verdier og inndeling av målenivå

Variabel	Verdi	Inndeling
Del 1: Bakgrunnsinformasjon		
E-post	--	--
Arbeidssted	0 = Avdeling 1 1 = Avdeling 2	Kategorisk, <i>Nominal</i>
Antall års erfaring med forløsningsarbeid	1 = <5 år 2 = 5-10 år 3 = 11-16 år 4 = 16-20 år 5 = >20 år	Kontinuerlig, <i>Forholdstallsnivå</i>
Grad av erfaring med knestående	1 = I svært stor grad 2 = I stor grad 3 = I noen grad 4 = I liten grad 5 = I svært liten grad	Kategorisk <i>Ordinal</i>
Del 2: Omfanget av vaginale knestående setefødsler		
Grad av tilbud om knestående setefødsler	1 = I svært stor grad 2 = I stor grad	Kategorisk <i>Ordinal</i>
Grad av kompetanse på knestående setefødsler	3 = I noen grad 4 = I liten grad 5 = I svært liten grad	
Egen anbefaling/prosedyre	0 = Nei 1 = Ja	Kategorisk, <i>Nominal</i>
Del 3: Forhold til ulike fødestillinger		
Knestående i utdrivelsesfasen, manøvre i knestående		
Ryggleie i utdrivelsesfasen, manøvre i ryggeleie	1 = I svært stor grad 2 = I stor grad	Kategorisk <i>Ordinal</i>
Knestående i utdrivelsesfasen, manøvre i ryggeleie	3 = I noen grad 4 = I liten grad	
Knestående kan tilbys ved kompetanse	5 = I svært liten grad	

Del 4: kunnskap om vaginale setefødsler		
Knestående setefødsel er trygt og gjennomførbart	1 = I svært stor grad	Kategorisk <i>Ordinal</i>
	2 = I stor grad	
Seteforløsning i ryggleie er trygt og gjennomførbart	3 = I noen grad	
	4 = I liten grad	
	5 = I svært liten grad	

3.4.2 Statistiske analyser

Ifølge Larsen (2017) og Ringdal (2018) handler statistiske analyser av data om å forenkle materialet og foreta en datareduksjon. Ved å bruke kodebok direkte i Nettskjema.no og importere den til SPSS ble det gjennomførbart å lage nødvendige tabeller og diagrammer, for å videre kunne presentere deskriptiv informasjon.

Dataene og variablenes målenivå ga utgangspunkt for hvilke analyser det var hensiktsmessig å utføre (Johannessen & Tufte, 2022, s. 19). Videre var det viktig å velge den passende grafiske fremstillingen ut fra hvordan vi ønsket å beskrive dem (Larsen, 2017; Ringdal, 2018).

Univariate analyser ser fordelingen av én variabel (Larsen, 2017, s. 63). Denne analysemetoden er mye brukt på kategoriske variabler, og gir en enkel fremstilling ved hjelp av frekvenstabeller, prosentfordelinger eller søylediagram (Johannessen & Tufte, 2022, s. 43). I denne studien ble majoriteten av variablene analysert på med univariate analyser. Eksempelvis ble variabelen “I hvilken grad tilbys knestående setefødsler ved ditt arbeidssted” analysert med denne metoden, og fremstilt ved hjelp av søylediagram som gir en oversiktlig grafisk fremstilling av verdiene.

Bivariate analyser ser på fordelingen av to variabler samtidig. De ulike måtene å gjøre bivariate analyser på, bestemmes av variablenes målenivå. Ved kategoriske variabler, som majoriteten av variablene i denne studien er, benyttes krysstabeller (Johannessen & Tufte, 2022, s. 77). Bivariate analyser ble valg ved noen anledninger, da hensikten var å se på hvordan verdiene “Avdeling 1” og “Avdeling 2” fordelte seg på andre variabler, som eksempelvis “I hvilken grad har du erfaring med knestående setefødsler?”.

Tabeller og søylediagram er valgt som grafisk fremstilling av resultatene. Dette gjør dataene enkle å tolke, samtidig som leseren raskt kan danne seg et bilde av resultatene (Larsen, 2017, s. 66; Ringdal, 2018, s. 292). Figurer og tabeller ble laget i SPSS og redigert i Word. Det ble ikke gjort avanserte analyser og regresjonsanalyser, da dette ikke er relevant for problemstillingens omfang.

3.5 Ethiske overveielser

Etikk kan forstås som prinsipper, regler og retningslinjer for å vurdere om handlinger er riktig eller gale. Forskningsetikk dreier seg om normer som skal sikre at den vitenskapelige virksomheten er moralsk forsvarlig (D. I. Jacobsen, 2021, s. 27; Larsen, 2017, s. 15; Ringdal, 2018, s. 57). Ved gjennomføringen av denne masteroppgaven har vi hatt behov for personopplysninger som respondentens e-post, noe som kan bidra til å identifisere respondentene i studien. Etikk i denne sammenhengen innebærer blant annet om hvordan vi informerte om undersøkelsen, hvilke spørsmål som ble stilt og hvordan vi behandlet den informasjonen vi fikk (Larsen, 2017, s. 15). Masteroppgaven følger derfor etiske prinsipper som er presentert i Helsinkideklarasjonen, helseforskningsloven og åndsverksloven (Helseforskningsloven, 2008; World Medical Association, 2013; Åndsverkloven, 2018).

I denne studien var det nødvendig å innhente personopplysninger som navn og e-postadresse hos respondentene for å kunne distribuere spørreundersøkelsen til rett utvalg og sikre deltakelse. Prosjektet ble derfor meldt inn til SIKT, og søknaden ble godkjent 03.01.2023, med referansenummer 973157 (vedlegg 3). Et informasjonsbrev ble sendt ut til respondentene sammen med lenken til spørreundersøkelsen i Nettskjema.no (vedlegg 2). Ved å lese brevet og besvare undersøkelsen ble dette ansett som at respondentene samtykket til deltakelse i studien.

Hovedprinsippene i helsinkideklarasjonen gjelder alle forskningsprosjekter som inkluderer personer og identifiserbart materiale og data som vil kreve deltakers informerte og frie samtykke (Ringdal, 2018; World Medical Association, 2013). I brevet som ble sendt ut til respondentene ble det informert om at det er frivillig å delta i prosjektet. Videre ble det beskrevet at de kunne trekke seg når som helst, uten krav om begrunnelse. Brevet presiserte grunnlaget for hvorfor den enkelte respondenten var inkludert i studien, og hvordan personopplysningene ble lagret, behandlet og slettet ved prosjektets slutt. På denne måten

ivaretas helseforskningsloven, som understreker at organisering og gjennomføring av enhver studie skal være forsvarlig, respektere respondentenes menneskeverd, rettigheter, personvern, samtykke, rett til innsyn, samt overholde taushetsplikt (Helseforskningsloven, 2008). Videre skal forfatterne følge åndsverksloven ved at ethvert litterært arbeid gis opphav ved å respektere skaperinnsats og sikre korrekt kildehenvisning (Åndsverkloven, 2018). Til dette har vi benyttet dataprogrammet EndNote, som er et referanseverktøy for lagring og gjenfinning av referanser (Ringdal, 2018, s. 86).

4 Resultater

Studiens hovedresultater blir presentert gjennom deskriptiv statistikk, illustrert med tabeller og søylediagram.

Spørreundersøkelsen ble sendt til studiens respondenter bestående av totalt 76 fødselsleger som har ansvar for gravide kvinner med foster i seteleie på den aktuelle fødeinstitusjonen. Av disse var det 32 (42%) som valgte å svare på spørreundersøkelsen.

4.1 Bakgrunnsinformasjon

Fødselsleger (n=32) besvarte spørsmål om hvilket arbeidssted de tilhørte i perioden spørreskjemaet var aktivt. 21 (65,7%) rapporterte at de arbeidet på Avdeling 1, mens 11 (34,3%) respondenter anga at de arbeidet på Avdeling 2.

Tabell 2a viser respondentene (n=32) fordelt på avdeling og erfaring med forløsningsarbeid. 16 (50%) av respondentene oppgir at de har 0-10 års erfaring med forløsningsarbeid. 12 av disse 16 legene oppgir at de jobber ved Avdeling 1, og utgjør dermed 61,9% (12/21) av respondentene fra Avdeling 1. Fra Avdeling 2 er det 27,3% (3/11) som oppgir at de har \leq 10 års erfaring, noe som viser at denne avdelingen har en mindre andel leger med lavere antall års erfaring, sammenlignet med Avdeling 1.

Tabell 2a: Respondentene (n=32) fordelt på avdeling og erfaring med forløsningsarbeid

Antall års erfaring med forløsningsarbeid	Arbeidssted n (%)		Totalt
	Avdeling 1	Avdeling 2	
< 5 år	8 (38,1)	1 (9,1)	9 (28,1)
5-10 år	5 (23,8)	2 (18,2)	7 (21,9)
11-15 år	2 (9,5)	4 (36,4)	6 (18,8)
16-20 år	2 (9,5)	1 (9,1)	3 (9,4)
> 20 år	4 (19,0)	3 (27,3)	7 (21,9)
Totalt	21 (100,0)	11 (100,0)	32 (100,0)

Tabell 2b viser respondentene (n=32) fordelt på avdeling og erfaring med vaginal knestående setefødsel. Ingen av respondentene oppga å ha svært stor grad av erfaring med vaginal

knestående setefødsel. 1 (3,1%) respondent, henholdsvis fra Avdeling 2, oppga å ha stor grad av erfaring med metoden. Totalt i de to avdelingene var det 17 (53,2%) av respondentene som oppga at de hadde noen eller liten grad av erfaring med vaginal knestående setefødsel. Fordelt på de to avdelingene utgjorde dette 8 (38,1%) av 21 respondenter fra Avdeling 1, og 9 (81,9%) av 11 respondenter fra Avdeling 2.

I Avdeling 1 oppga 13 (61,9%) av 21 respondenter at de hadde svært liten grad/ingen erfaring med metodens, mens det i Avdeling 2 kun var 1 (9,1%) av 11 respondenter som oppga dette svaret.

Tabell 2b: Respondentene (n=32) fordelt på avdeling og erfaring med vaginale knestående setefødsler

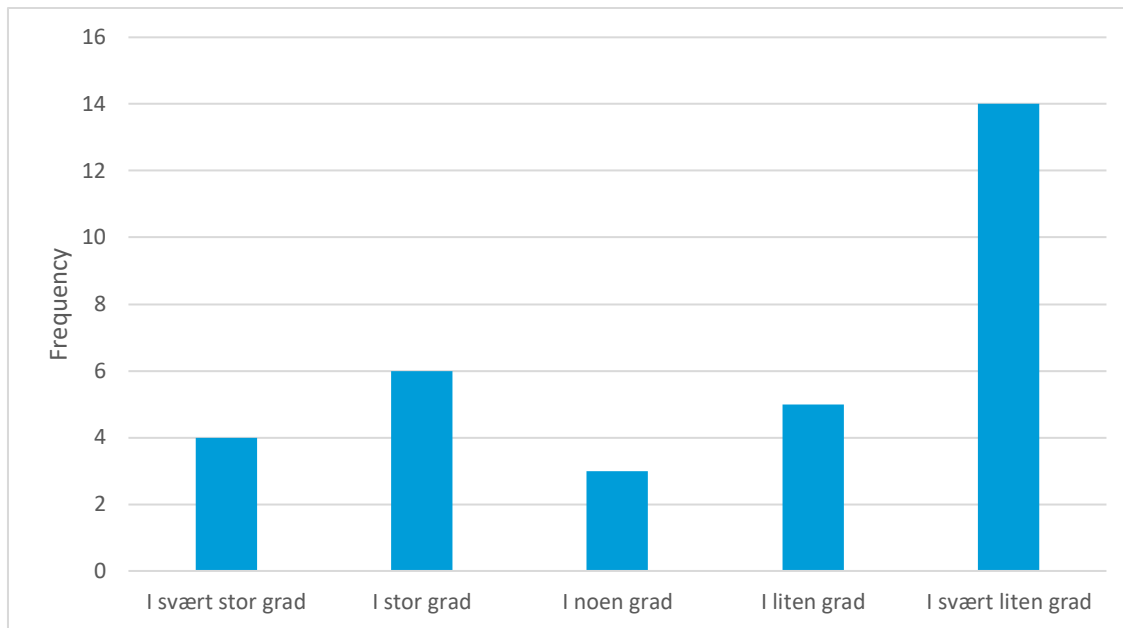
Erfaring med knestående setefødsel	Arbeidssted n (%)		
	Avdeling 1	Avdeling 2	Totalt
I svært stor grad	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
I stor grad	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (3,1)
I noen grad	6 (28,6)	5 (45,5)	11 (34,4)
I liten grad	2 (9,5)	4 (36,4)	6 (18,8)
I svært liten grad	13 (61,9)	1 (9,1)	14 (43,8)
Totalt	21 (100,0)	11 (100,0)	32 (100,0)

4.2 Omfanget av vaginale knestående setefødsler

4.2.1 I hvilken grad tilbys knestående setefødsler ved ditt arbeidssted?

Respondentene (n=32) ble spurt om i hvilken grad knestående setefødsler tilbys ved deres arbeidssted (figur 4). Spørsmålene ble besvart med femdelt likert-skala.

10 (31,3%) av respondentene rapporterte at fødeinstitusjonen tilbyr knestående setefødsler i stor, eller svært stor grad. 22 (68,8%) av respondentene rapporterte at det i noen grad, liten grad eller svært liten/ingen grad tilbys knestående setefødsler ved fødeinstitusjonen. Av disse 22 var det 14 (63,6%) respondenter som svarte at fødeinstitusjonen tilbyr knestående setefødsler i svært liten/ingen grad.

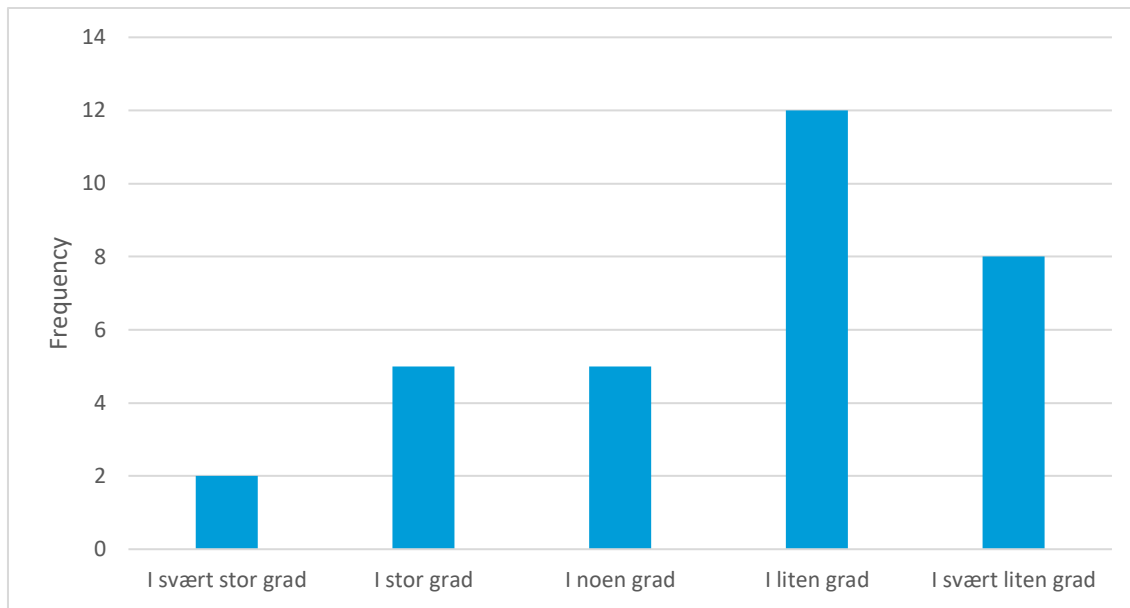


Figur 4: I hvilken grad tilbys knestående setefødsler ved ditt arbeidssted? Spørsmålet ble besvart av leger ved fødeinstitusjonen med behandlingsansvar for setefødsler (n=32)

4.2.2 I hvilken grad opplever du at det er kompetanse med knestående setefødsler ved ditt arbeidssted?

Respondentene (n=32) ble spurt i hvilken grad de opplever at det er kompetanse med knestående setefødsler ved deres arbeidsted (figur 5). Spørsmålet ble svart med femdelt likert-skala.

7 (21,9%) respondenter svarte at de opplevde at det var stor eller svært stor grad av kompetanse med knestående setefødsler ved sitt arbeidssted. Derimot svarte 25 (78,1%) respondenter at de opplevde at det var noen grad, liten eller svært liten/ingen grad av kompetanse med knestående setefødsler ved sitt arbeidssted.



Figur 5: I hvilken grad opplever du at det er kompetanse med knestående setefødsler ved ditt arbeidssted? Spørsmålet ble besvart av leger ved fødeinstitusjonen med behandlingsansvar for setefødsler (n=32)

4.2.3 Finnes det en egen anbefaling/prosedyre for knestående setefødsler ved ditt arbeidssted?

Respondentene fikk spørsmål om det finnes en egen anbefaling/prosedyre for knestående setefødsler ved fødeinstitusjonen. Spørsmålet ble besvart med ja/nei. Totalt svarte 23 (71,9%) av respondentene nei, mens 9 (28,1%) mente at det finnes en egen anbefaling/prosedyre for knestående setefødsler ved arbeidstedet.

4.3 Respondentens forhold til ulike fødselsstillinger ved vaginale setefødsler

Videre ble respondentene (n=32) spurte om deres forhold til knestående setefødsler (tabell 3). Spørsmålet bestod av fire ulike påstander hvor respondentene anga i hvilken grad de var enig i hver av påstandene ved hjelp av en femdelt likert-skala.

Ved spørsmål om kvinnen bør stå på knærne i utdrivningsfasen og eventuelle manøvre utføres i knestående stilling svarte 8 (25%) at de var enig eller svært enig i påstanden. 19 (59,4%) av respondentene svarte både-og/vet ikke, mens 5 (15,6%) var uenig eller svært uenig i påstanden.

Neste påstand var at kvinnen bør ligge i ryggeleie under utdrivningsfasen og eventuelle manøvre utføres i ryggeleie. Her svarte 9 (28,1%) respondenter at de var enig eller svært enig. 19 (59,4%) svarte både-og/vet ikke, og 4 (12,5%) var uenig eller svært uenig i påstanden.

Videre fikk de presentert påstanden om at kvinnen bør få mulighet til å stå på knærne under utdrivningsfasen og eventuelle manøvre utføres i ryggeleie. Her svarte 23 (71,9%) av respondentene at de var enig eller svært enig i påstanden, mens 6 (18,8%) svarte både-og/vet ikke. 3 (9,4%) svarte at de var uenig eller svært uenig.

Ved spørsmål om knestående setefødsel kan tilbys hvis det foreligger kompetanse i denne metoden svarte 31 (96,9%) av respondentene at de var enig eller svært enig i påstanden. 1 (3,1%) svarte både-og/vet ikke, mens 0 (0,0%) var uenig eller svært uenig i påstanden.

Tabell 3: Respondentenes forhold til ulike fødselsstillinger ved seteleie. Spørsmålet ble besvart av leger ved fødeinstitusjonen med behandlingsansvar for setefødsler (n=32)

Påstander	Grad av enighet n (%)				
	Svært enig	Enig	Både-og/vet ikke	Uenig	Svært uenig
Ved seteforløsning bør kvinnen stå på knærne under utdrivningsfasen, og eventuelle manøvre utføres i denne stillingen	0 (0,0)	8 (25,0)	19 (59,4)	4 (12,5)	1 (3,1)
Ved seteforløsning bør kvinnen ligge i ryggeleie under utdrivningsfasen, og eventuelle manøvre utføres i denne stillingen	1 (3,1)	8 (25,0)	19 (59,4)	4 (12,5)	0 (0,0)
Ved seteforløsning bør kvinnen få mulighet til å stå på knærne under utdrivningsfasen, og ved eventuelle manøvre snus kvinnen til ryggeleie	10 (31,3)	13 (40,6)	6 (18,8)	3 (9,4)	0 (0,0)
Knestående setefødsel kan tilbys hvis man har kompetanse i denne metoden	21 (65,6)	10 (31,3)	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)

4.4 Enighet om hvorvidt knestående og ryggeleie er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder ved vaginale setefødsler

I denne delen fikk respondentene spørsmål om hvorvidt de var enige i at knestående setefødsler og setefødsler i ryggeleie er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder (tabell 4).

Respondentene fikk først spørsmål om de var enige i at seteforløsning med kvinnen i knestående stilling er en gjennomførbar og trygg forløsningsmetode. Her svarte 27 (84,4%) at de var enig eller svært enig i påstanden. 5 (15,6%) svarte både-og/vet ikke, mens 0 (0,0%) var uenig eller svært uenig i påstanden.

Videre fikk respondentene spørsmål om de var enige i påstanden om at seteforløsning med kvinnen i ryggeleie var en gjennomførbar og trygg forløsningsmetode. Her svarte 30 (93,8%) at de var enig eller svært enig i påstanden. 2 (6,3%) svarte både-og/vet ikke, mens 0 (0,0%) var uenig eller svært uenig.

Tabell 4: Respondentenes enighet om hvorvidt knestående og ryggeleie er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder ved vaginale setefødsler. Spørsmålet ble besvart av leger ved fødeinstitusjonen med behandlingsansvar for setefødsler (n=32)

Påstander	Grad av enighet n (%)				
	Svært enig	Enig	Både-og/vet ikke	Uenig	Svært uenig
Seteforløsning med kvinnen i knestående stilling er en gjennomførbar og trygg forløsningsmetode	15 (46,9)	12 (37,5)	5 (15,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Seteforløsning med kvinnen i ryggeleie er en gjennomførbar og trygg forløsningsmetode	19 (59,4)	11 (34,4)	2 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)

5 Diskusjon

Studien tyder på at den utvalgte kvinneklinikken tilbyr vaginale knestående setefødsler i liten grad. Videre avdekket resultatene at respondentene opplevde at det var liten grad av kompetanse på metoden. Samtidig var majoriteten av respondentene enige i at knestående setefødsler kan tilbys dersom det er kompetanse på metoden. Det fremkom videre at respondentene mente at det ikke fantes en egen anbefaling/prosedyre for knestående setefødsler, og at det var enighet blant respondentene om at både setefødsler i ryggleie og i knestående stilling er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder. Disse hovedfunnene vil diskuteres opp mot oppgavens teoretiske rammeverk, samt annen relevant forskning. Studiens styrker og begrensninger vil drøftes i egen metodediskusjon.

5.1 Hovedfunn

I underkant av en tredjedel av respondentene (10/32, 31,3%) rapporterte at fødeinstitusjonen tilbyr vaginale knestående setefødsler i stor eller svært stor grad, mens litt over to tredjedeler (22/32, 68,8%) anga at det tilbys i noen, liten eller svært liten/ingen grad.

Ifølge NGF sin veileder i fødselshjelp kan knestående setefødsler tilbys dersom det foreligger kompetanse på denne metoden, fordi det kan virke gunstig på fosterlyden og fremgangen i fødselen (Bjellmo et al., 2020). Formuleringen i denne anbefalingen tilsier at det er kompetansen som bestemmer om metoden bør tilbys eller ikke. Resultatene i studien viste at majoriteten av respondentene mente det var liten eller svært liten grad av kompetanse med knestående setefødsler ved fødeinstitusjonen. Dette kan samsvare med NGF sin anbefaling om når metoden bør tilbys. Likevel må det tas hensyn til studiens relativt lave svarprosent, som kan bety at resultatene ikke nødvendigvis er overførbare til fødeinstitusjonen som helhet. Det kan i større grad være et uttrykk for den enkelte respondents oppfatning av tilbud og kompetanse. Oppfatningene hos den enkelte fødselslege styrer hvilket tilbud de møter kvinnene med. I helsepersonelloven står det at helsepersonell, herunder fødselsleger, skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og eventuelt henvise videre eller be om bistand ved behov (Helsepersonelloven, 1999, §4). Det at fødeinstitusjonen tilsynelatende tilbyr knestående setefødsler i liten grad kan dermed anses som å være i tråd med helsepersonelloven, fordi fødselslegene selv opplever at det er lav grad av kompetanse med knestående setefødsler. Det kan virke som de innretter seg etter sine kvalifikasjoner, og velger å ikke tilby en forløsningsmetode de ikke opplever at det er kompetanse i. På denne måten

ivaretas formålet med helsepersonelloven, gjennom å ivareta pasientsikkerheten og kvaliteten i de tjenestene de tilbyr (Helsepersonelloven, 1999, §1).

På den andre siden er medvirkning og valgmuligheter viktig for fødekvinnene (Bjellmo et al., 2020; Impey et al., 2017; Roy et al., 2023; Watson & Cooke, 2018). Kvinnene med barn i seteleie opplever ofte usikkerhet og komplekse følelser knyttet til forløsningsmetode (Morris et al., 2021). De fleste kvinner har en formening om hvordan deres ideelle fødsel ser ut, og når de får vite at barnet ligger i seteleie blir bildet av fødselen helt annerledes enn de først hadde trodd. Når forventningene til fødselsopplevelsen ikke blir møtt kan konsekvensene føre til at kvinnene opplever tap av kontroll (Ayers et al., 2016). Tap av kontroll og redusert mulighet til å ta autonome valg kan øke risikoen for at kvinnene sitter igjen med negative fødselsopplevelser (Rodríguez-Almagro et al., 2019).

En studie av Toivonen et al. (2014) så på kvinnenes erfaringer med vaginale fødsler. En av de største forskjellene i erfaringene mellom kvinnene med barn i hodeleie og kvinnene med barn i seteleie var at kvinnene med barn i seteleie hadde mindre grad av medvirkning i valg underveis i fødselen. Videre fikk kvinnene med barn i seteleie sjeldent velge hvilken stilling de skulle innta i utdrivningsfasen (Toivonen et al., 2014). Dette kan tilsynelatende også være tilfellet for enkelte kvinner ved den studerte fødeinstitusjonen, da studiens resultater tyder på at respondentene i liten grad tilbyr flere stillinger i utdrivningsfasen ved setefødsler. En systematisk oversikt viste at kvinner ønsker å føde i et trygt og støttende miljø, hvor de er frie til å bevege seg fritt og innta de stillingene de selv ønsker (Watson & Cooke, 2018). For å ivareta disse ønskene bør kvinnene få informasjon om de ulike fødestillingene og mulighetene ved seteforløsninger. På denne måten styrkes kvinnes mestringsevne (Tveiten, 2016).

Forskningen på knestående setefødsler tyder på at knestående stilling kan være minst like bra for mor og foster, som setefødsel i ryggeleie (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017).

Forskningsgrunnlaget som finnes i dag, kan derfor legges til grunn i argumentet for at kvinnene bør få valget om knestående stilling ved seteforløsning. Oppreiste fødestillinger kan redusere varigheten av andre fødselsfase, samt redusere risikoen for obstetriske manøvre og intervensjoner, sammenlignet med ryggeleie (Bogner et al., 2015; Gupta et al., 2017; Louwen et al., 2017; Zang et al., 2021). 70% av kvinnene i en tysk enkeltstudie med seteforløsning i knestående stilling fødte uten obstetriske intervensjoner (Bogner et al., 2015). Videre kan seteforløsning i knestående stilling redusere risikoen for epiduralanalgesi, episiotomi og

alvorlige rifter (grad 3 og 4) (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017). Impey et al. (2017) hevder dessuten at knestående fødestilling kan gjøre det enklere for fødselshjelperne å både observere fremgangen i fødsel, forebygge fødselsskader og raskere oppdage komplikasjoner som kan oppstå. Studiens resultater viste at respondentene mente at seteforløsning i knestående stilling var både trygt og gjennomførbart, og det kan således tolkes som at respondentene har noe kjennskap til kunnskapsgrunnlaget som er beskrevet ovenfor.

På den andre siden er majoriteten av studiene som beskriver fordelene med knestående setefødsler enkeltstudier. Ifølge Helsebibliotekets kunnskapspyramide er enkeltstudier forskning med lavest kvalitet (Helsebiblioteket, 2021). Dersom vi beveger oss oppover i kunnskapspyramiden og undersøker forskning med bedre kvalitet, som kliniske oppslagsverk er det beskrevet ulike fødestillinger i seteleie, men det er de samme enkeltstudiene som er brukt som kildegrunnlag i disse anbefalingene (Bogner et al., 2015; Hofmeyr, 2022b; Louwen et al., 2017). I NGF sin veileder, samt kliniske oppslagsverk som UpToDate er ryggleie beskrevet som den vanligste og foretrukne metoden (Bjellmo et al., 2020; Hofmeyr, 2022b). Samtidig understrekes fordelene med knestående setefødsel, sammenlignet med ryggleie, men det etterspørres mer evidens av bedre kvalitet før praktiserende forløsningsmetode revurderes (Hofmeyr, 2022a). Det finnes ikke mer evidens av god kvalitet på setefødsel i ryggleie og vanlig fremhjelp, men det er tilsynelatende en sterk tradisjon for bruken av denne stillingen og disse manøvrene som videreføres gjennom undervisning og opplæring. Studiens funn støtter dette, da de viste at respondentene mente at setefødsel i ryggleie også var trygt og gjennomførbart. I tillegg underbygger studien til Jennewein et al. (2021) at fødselslegene hovedsakelig ble undervist i vaginal seteforløsning i ryggleie, som krevde at legen utførte manøvre for å aktivt forløse barnet.

Kvinnene ønsker valgmuligheter i fødselen, og dette har de også krav på i henhold til lovverket (Helsedirektoratet, 2010; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1; St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Forskningen tyder på at knestående setefødsel kan være minst like bra for både mor og foster, som setefødsel i ryggleie (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017). I tillegg mener respondentene i studien at både knestående og ryggleie er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder ved vaginale setefødsler. Videre mener hele 96,9% av studiens respondenter at knestående setefødsler kan tilbys dersom det er kompetanse på metoden. Med forbehold om studiens lave svarprosent kan dette tolkes som en indikasjon på en enighet om at metoden kan tilbys ved fødeinstitusjonen, forutsatt kompetanse. Samtidig

kan det at knestående setefødsler tilsynelatende tilbys i liten grad kanskje indikere at dagens tilbud kan være utilstrekkelig for enkelte kvinner. Til sammen kan disse argumentene åpne for en diskusjon om behovet for et utvidet tilbud av knestående setefødsler.

Fødeinstitusjonen er en kvinneklinikk, og skal derfor tilby spesialkompetanse innen fødselshjelp. Dette innebærer et seleksjonsansvar for vaginale setefødsler (Helsedirektoratet, 2010). Det kan argumenteres for at det å ha spesialkompetanse innen et fagfelt også skal innebære størst grad av valgmuligheter for kvinnen, og kompetanse innen ulike forløsningsmetoder hos fødselslegene. Dette underbygges i spesialisthelsetjenesteloven, da dens formål er å sikre tilbudets kvalitet og bidra til et likeverdig tilbud (spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Det å jobbe ved en kvinneklinikk kan anses som en situasjon som stiller krav til å opprettholde eller tilegne seg både bredde- og spesialkompetanse på fagfeltet (Helsedirektoratet, 2010). Kompetanse kan herunder tolkes som kompetanse på ulike forløsningsmetoder for seteleie, inkludert knestående setefødsler. Roy et al. (2023) fant i sin systemiske litteraturoversikt at kvinnene som planla vaginale setefødsler har behov for å bli møtt av helsepersonell med kompetanse og erfaring med setefødsler. Walker. et al. (2017) beskriver at kompetanse på knestående setefødsler oppstår på individnivå, gjennom å tilegne seg kunnskap om metoden, øve på den og dele den med kollegaer.

Implementering av en ny metode, som knestående setefødsler, krever fagfolk som ønsker å lære om komplekse ferdigheter (Walker. et al., 2017) . Reitter et al. (2020) hevder at fødselshjelpere med interesse for denne metoden har fremmet knestående setefødsler på grunn av dens effekt på fødselsprogresjonen, gunstige effekt på fosterlyden og økt bekkendiameter hos kvinnen. Fokus på positive effekter av metoden kan dermed skape engasjement og et ønske om kompetanseheving. I studien svarte respondentene at de mente at knestående setefødsler var trygt, og majoriteten mente at metoden kunne tilbys dersom det var kompetanse. Derimot var det ingen spørsmål i undersøkelsen som spurte om de hadde ønske om kompetanseheving, eller hvordan de mente de kunne tilegne seg denne kompetansen.

Dersom vi likevel antar at det er ønskelig å heve kompetansen på de ulike forløsningsstillingene ved seteleie, kan prosedyrer være et kompetansehevende tiltak (Helsedirektoratet, 2010). Studiens resultater viste at majoriteten av respondentene mente at det ikke forelå en egen anbefaling/prosedyre for knestående setefødsler ved fødeinstitusjonen.

Det betyr ikke at det ikke finnes en slik anbefaling/prosedyre, men det kan tolkes som en tendens til at en eventuell anbefaling/prosedyre er lite kjent og implementert i miljøet. En prosedyre blir definert som angitt fremgangsmåte for å utføre en medisinsk og helsefaglig aktivitet eller prosess, og (Helsebiblioteket, 2018) presiserer at en prosedyre bør inneholde en del som beskriver fremgangsmåten i «to-do» form. Prosedyrer er et viktig ledd i kompetanseheving, fordi det beskriver metodens fremgangsmåte, og kan være et hjelpemiddel som fødselslegene henvender seg til for å utføre en metode. Helsedirektoratet (2010) understreker viktigheten av gode, kjente og aksepterte prosedyrer. Videre har ledelsen ansvaret for å sikre at det blir utarbeidet og iverksatt nødvendige prosedyrer, samt påse at ansatte får nødvendig opplæring og faglig oppdatering (Helsedirektoratet, 2010).

Dersom det forelå prosedyrer for knestående setefødsler ved fødeinstitusjonen, og disse var kjent for respondentene kunne det gjort det enklere å tilegne seg teoretisk kunnskap om knestående setefødsler og fremgangsmåte ved slik forløsning. På den andre siden hevder Salvesen (2020) at håndgrep og teknikker ved vaginale setefødsler ikke utelukkende kan læres teoretisk. Mattiolo et al. (2021) beskriver at en praktisk ferdighet må øves på for å øke kompetansen. I NGF sin veileder anbefales det at fødselslegene jevnlig øver på manøvre, og benytter disse ved hver seteforløsning for å bli trygge i metoden (Bjellmo et al., 2020; Salvesen, 2020). Det må i denne sammenheng tas høyde for den relativt lave forekomsten av setefødsler i Norge (Folkehelseinstituttet, 2023). Dette kan innebære en begrenset mulighet til å tilegne seg kompetanse ved å utelukkende øve i reelle situasjoner, dersom fødselslegene skal bli trygge på både seteforløsning i ryggleie og knestående.

Mattiolo et al. (2021) fant at opplæring gjennom en-dags simuleringstrening økte kunnskap og kompetanse i håndtering av knestående setefødsler. Videre fant Reitter et al. (2020) at bruk av videoer av knestående setefødsler og simuleringstrening er viktig for å utvikle erfaring og kunnskap. Ved å øke kompetansen hos et utvalg av fødselslegene med spesiell interesse for metoden kan det dannes en ekspertgruppe, som ifølge Walker et al. (2017) kan gi felles faglig identitet, øke selvtilliten, tryggheten og erfaringen. Støtte fra kollegaer og arbeidsmiljøet er også en viktig faktor for å utvikle kunnskap og ferdigheter (Walker et al., 2017). Dette underbygges i en systematisk oversikt av Roy et al. (2023) hvor de fant at kvinnene opplevde at helsepersonell som støttet deres valg av forløsningsmetode ofte ble begrenset av sine egne kollegaer. Til tross for anbefalinger og fødselshjelpere som ønsket å tilby valgmuligheter opplevde kvinnene begrensninger i tilbudet når det ikke var satt i system (Roy et al., 2023).

Også studien til Catling et al. (2016) understreker at manglende lederskap og nødvendige kliniske ferdigheter var en barriere for å kunne tilby valgmuligheter.

Spesialisthelsetjenesteloven understreker at institusjonen har et ansvar for å tilrettelegge for kompetanseheving som er nødvendig for et helhetlig tilbud (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2).

Funnene fra studien tyder på at knestående setefødsler tilbys i liten grad ved fødeinstitusjonen. Videre indikerte funnene at respondentene opplevde liten grad av kompetanse på metoden. Disse funnene er i samsvar med anbefalingene fra NGF sin veileder i fødselshjelp, som påpeker at metoden kan tilbys dersom det foreligger kompetanse på den. På den andre siden ønsker kvinnene valgmuligheter i fødselen (Toivonen et al., 2014). Medbestemmelse i forløsningsmetoder for kvinner med barn i seteleie er beskrevet som mangelfull i flere studier (Roy et al., 2023; Toivonen et al., 2014). Det kan derfor diskuteres om dagens tilbud kan oppleves som utilstrekkelig for enkelte kvinner. Samtidig tyder forskning på at knestående setefødsler kan innebære ulike fordeler hos både mor og foster, og kan være et like godt alternativ som setefødsel i ryggeleie (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017). Siden fødeinstitusjonen er en kvinneklinikk stilles det krav til at de skal tilby spesialkompetanse i fødselshjelp (Helsebiblioteket, 2010; St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Det kan stilles spørsmål om slik spesialkompetanse også bør inkludere valgmuligheter i forløsningsmetoder for vaginale setefødsler. For å sikre slik kompetanse er det viktig med teoretisk og praktisk veiledning og opplæring. Studiens resultater tydet på at respondentene mente det ikke foreligger en egen anbefaling/prosedyre for knestående setefødsler ved institusjonen. Prosedyrer er et viktig hjelpemiddel for å sikre kvaliteten i helsetjenestene (Helsebiblioteket, 2010). Det å tilegne seg praktisk kompetanse på knestående setefødsler gjennom reelle pasientsituasjoner kan bli begrenset av den relativt lave forekomsten av vaginale setefødsler. Et godt alternativ kan derfor være simuleringstrening og observasjon av knestående setefødsler gjennom videofilmer (Mattiolo et al., 2021; Reitter et al., 2020). Det er fødeinstitusjonens ansvar å tilrettelegge for både prosedyrer og praktisk trening for å sikre pasientsikkerheten og kvaliteten på tilbudet (spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

5.2 Metodediskusjon

Styrker og begrensninger

Totalt ble spørreundersøkelsen sendt ut til et bruttoutvalg på 76 respondenter ved fødeinstitusjonen. 32 (42%) respondenter besvarte undersøkelsen. Det betyr at studien har et frafall på 44 (58%). På grunn av studiens datainnsamlingsmetode er det ikke mulig å fastslå grunn til frafallet. Det var i utgangspunktet ønskelig med en svarprosent på minst 50%, som ifølge Ringdal (2018) er en god svarprosent. Johannessen og Tufte (2022) uttrykker derimot at det er svært sjelden at en spørreundersøkelse får høy svarprosent, og at det i disse dager er mer vanlig med 30-40%. Fekjær (2016, s. 25) påpeker at det er forskjell på om frafallet er tilfeldig eller systematisk. Ved et tilfeldig frafall vil ikke nødvendigvis resultatene bli annerledes ved en høyere svarprosent, mens et systematisk frafall kan skape større skjevheter i resultatene (Johannessen & Tufte, 2022). D. I. Jacobsen (2021) understreker at en studie i strengeste grad aldri kan si noe helt sikkert utover de enhetene som inngår i studien. Studiens svarprosent er uansett en begrensning for svarenes generalisering og overføring til populasjonen. Studiens funn har derfor en begrenset representativitet for populasjonen, som vi har definert som alle fødselslegene ved fødeinstitusjonen. Videre må resultatene tolkes ut fra en lokal kontekst, da undersøkelsen er gjort ved én fødeinstitusjon, og det vil uansett ikke være mulig å generalisere noe utover dette.

Det ble lagt mye arbeid fra forfatterens side for å øke svarprosenten i studien. Deriblant personlig oppmøte, informasjonsslapper, presentasjon av oppgaven og påminnelser. D. I. Jacobsen (2021, s. 139) understreker at purringer kan øke svarprosenten. Totalt ble det utsendt fire purringer med jevne mellomrom, i forsøk på å nå ut til de som enda ikke hadde besvart undersøkelsen. Det er på den andre siden flere etiske aspekter ved å sende ut slike purringer, da det kan oppfattes som forstyrrende eller masete (D. I. Jacobsen, 2021). Henvendelsene ble derfor sendt på en respektfull og ydmyk måte.

Som nevnt i oppgavens metodekapittel er det ikke anvendt et validert spørreskjema, og dette kan være en begrensning ved studien. Validitet innebærer at undersøkelsen måler det den er ment å måle, som i en spørreundersøkelse vil si at svarene fra spørsmålene som stilles faktisk besvarer studiens problemstilling (Larsen, 2017, s. 46; Ringdal, 2018, s. 103). Det enkleste hadde derfor vært å benytte et etablert, validert spørreskjema, fordi dette innebærer at skjemaet har vært gjennom en prosess hvor validitet og reliabilitet er testet og dokumentert.

Dette er en omfattende prosess, med flere ulike faser og trinn (Ringdal, 2018). Grunnet begrensninger som ligger i en masteroppgave var det ikke mulig å validere spørreskjemaet forfatterne utarbeidet. På den andre siden er spørsmålene bygget på relevant forskning, og utarbeidet ved hjelp av sjekklister for å øke validiteten ved undersøkelsen forfatterne utarbeidet (D. I. Jacobsen, 2021, s. 132; K. H. Jacobsen, 2021, s. 173). Det grundige arbeidet i utarbeidelsen av spørreskjemaet kan derfor anses som en styrke, fordi denne prosessen bidrar til å styrke studiens validitet og reliabilitet.

Spørreundersøkelsen ble besvart med selvrapporteringskjema via Nettskjema.no. Forfatterne har derfor ikke vært til stede og observert hvilke omstendigheter respondentene befant seg i da de besvarte spørreundersøkelsen. En mulig begrensning kan derfor være at respondentene ikke tok seg tilstrekkelig tid, befant seg i et forstyrrende miljø eller var ukonsentrerte under besvarelsen av spørreundersøkelsen. I tillegg medfører denne måten å besvare et spørreskjema på, at respondenten selv må tolke spørsmålene og svaralternativene, noe som kan føre til andre fortolkninger enn det som var intensjonen fra forfatterne. For å redusere risikoen for slike fortolkningsfeil ble det brukt lukkede spørsmål. Videre ble spørreskjemaet pretestet av tre fødselsleger for å kvalitetssikre spørreskjemaets egnethet, ordlyd og formulering, samt redusere risikoen for skjevheter grunnet misforståelser (D. I. Jacobsen, 2021). I ettertid har vi likevel fått tilbakemelding fra en respondent, som ga uttrykk for at det kunne være uklart om spørsmålene skulle besvares på vegne av seg selv eller på vegne av avdelingen som helhet. Hen oppga at hen ikke hadde kompetanse med knestående setefødsler, men at hen kjente til at enkelte kollegaer hadde kompetanse i metoden. Hen valgte derfor å svare «vet ikke/både-og» ved et par påstander, fordi hen var usikker på om hen skulle representere seg selv eller avdelingen i besvarelsen. Som nevnt ovenfor ble det gjort tiltak med hensikt å unngå slike uklarheter, men dersom dette gjelder flere respondenter kan dette være en begrensning i resultatene.

Det ble valgt å inkludere en midtkategori i den femdelte likert-skalaen for at svarene ikke skulle bli utelukkende positive eller negative (D. I. Jacobsen, 2021). K. H. Jacobsen (2021, s. 171) skriver at inklusjon av midtkategori også kan være begrensende, fordi respondentene kan velge å gi nøytrale svar når de ellers ville uttrykt en mening dersom de ble presset til det. Vi ser ved enkelte påstander at majoriteten av respondentene valgte å benytte seg av midtkategorien. Vi kan ikke vite om dette var fordi de var nøytrale, ikke visste, eller ikke ønsket å uttrykke sin mening, men det kan uansett representere en begrensning.

Respondentene ble kontaktet via e-post. Dette kan gjøre at besvarelsen oppleves mindre anonym, og gi begrensninger i respondentenes besvarelse (K. H. Jacobsen, 2021, s. 171). Det ble sendt ut et informasjonsbrev ved siden av invitasjon til deltakelse i undersøkelsen som understreket studiens anonymitet, men det kan likevel ikke garantere for at enkelte respondenter opplevde det som vanskelig å være ærlige i sin besvarelse.

Studien ble utarbeidet av oppgavens to forfattere. Dette kan være en styrke for studien, da dette har bidratt til mer kritisk vurdering, diskusjon og ulike synsvinkler. Videre har det vært positivt i utarbeidelsen av spørreskjemaet, fordi det i større grad bidro til å utelukke misforståelser eller fortolkningsfeil. I tillegg ble det i dataanalysen utført stikkprøver av begge forfatterne. Dette bidro til å minimere risikoen for feilsvar og overføringsfeil fra Nettskjema.no til SPSS.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Funn fra vår studie tyder på at vaginale knestående setefødsler tilbys i liten grad ved en norsk kvinneklinikk. Derfor kan det være behov for mer fokus rundt dette temaet. Videre avdekket studien en indikasjon på at det er liten grad av kompetanse om knestående setefødsler. Majoriteten av respondentene var enige i at knestående setefødsler kan tilbys dersom det er kompetanse i metoden. Kombinert kan disse funnene bidra til å skape oppmerksomhet og fokus på å tilegne seg økt kompetanse på knestående setefødsler.

Resultatene fra studien viste at respondentene ikke var kjent med om fødeinstitusjonen har egen anbefaling/prosedyre. Dette kan bety at det ikke foreligger en slik anbefaling/prosedyre, eller være en indikasjon på at det er for lite kjennskap til prosedyren i miljøet. Resultatene fra denne studien kan bidra til å skape en bevissthet omkring fødeinstitusjonens anbefaling/prosedyre, og eventuelle behov for forbedring/utarbeidelse av prosedyre.

Forskningen tyder på at vaginale knestående setefødsler kan være like trygt som setefødsler i ryggleie. Studiens resultater antyder at respondentene kjente til kunnskapsgrunnlaget som foreligger, da det var enighet i at både knestående og ryggleie var trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder ved vaginale setefødsler. At fødselslegene kjenner de ulike metodenes fordeler og ulemper kan bidra til å øke kvaliteten på informasjonen som gis til fødekvinnene. På denne måten kan fødekvinnen ta informerte, autonome valg omkring fødestilling ved setefødsel.

Denne studien viser et øyeblikksbilde over tendensen av tilbudet ved den aktuelle fødeinstitusjonen. Det hadde imidlertid vært interessant å utføre en større undersøkelse som kartlegger i hvilken grad vaginal knestående setefødsel tilbys til gravide på landsbasis. Videre har studien avdekket et behov for mer forskning om bruk av knestående posisjon ved seteforløsning.

6 Konklusjon

Vaginale knestående setefødsler tilbys tilsynelatende i liten grad ved den aktuelle norske kvinneklinikken. Respondentene oppga at de opplever at det er liten kompetanse på metoden, men majoriteten mente metoden kan tilbys dersom det foreligger kompetanse. Respondentene hadde varierende forhold til de ulike fødestillingene ved vaginale setefødsler, men det var stor grad av enighet i at både ryngleie og knestående stilling er trygge og gjennomførbare forløsningsmetoder ved vaginale setefødsler. Kvinnene har rett til å velge hvilken type fødselsomsorg de ønsker, også valg av fødestilling, forutsatt at omsorgen som tilbys er trygg for mor og barn. For å kunne tilby knestående setefødsler i større grad må kompetansen hos helsepersonell som behandler setesvangerskap økes. Fødeinstitusjonene må være bevisst sitt ansvar for å tilrettelegge for kompetanseheving som er nødvendig for et helhetlig tilbud. Videre studier for å kartlegge bruk av knestående posisjon ved seteforløsning er ønskelig.

Referanser

- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol. Med*, 46(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Bjellmo, s., von., Albrechtsen, S., Brandis, p., Iversen, j. k., Jettestad, m. c., Sellevoll, H. B. & Stenn, T. B. (2020). *Setefødsel og ytre vending*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/setefodsels-og-ytre-vending/>
- Blix, E. (2020). Ulike fødesteder. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 418-423). Cappelen Damm akademisk.
- Bogner, G., Strobl, M., Schausberger, C., Fischer, T., Reisenberger, K. & Jacobs, V. R. (2015). *Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance* [707]. Berlin.
- Catling, C., Petrovska, K., Watts, N., Bisits, A. & Homer, C. S. E. (2016). Barriers and facilitators for vaginal breech births in Australia: Clinician's experiences. *Women Birth*, 29(2), 138-143. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.004>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Downe, S. & Marshall, J. E. (2020). Physiology and care during the transition and second stage phase of labour. I J. E. Marshall & M. D. Raynor (Red.), *Myles textbook for midwives* (17th. edition. utg.). Elsevier Health Sciences.
- Eilertsen, B. (2020). Lover og forskrifter IA. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 32-44). Cappelen Damm akademisk.
- Fekjær, S. B. (2016). *Statistikk i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Medisinsk fødselsregister - statistikkbank*. Hentet 27.03.2023 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/>
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017(5), CD002006-CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- 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. *The Lancet (British edition)*, 356(9239), 1375-1383. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02840-3)

- Hayman, R. & Raynor, M. D. (2020). Operative Births. I J. E. Marshall & M. D. Raynor (Red.), *Myles textbook for midwives* (17th. edition. utg., s. 602-622). Elsevier Health Sciences.
- Helsebiblioteket. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.
<https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helsefremmende-og-forebyggende-tiltak/retningslinjer-og-veiledere/et-trygt-fodetilbud.kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Helsebiblioteket. (2018). *Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer*. Hentet 03.03.2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nye-fagprosedyrer/artikler/metode/metode-og-minstekrav-for-utarbeidelse-av-kunnskapsbaserte-fagprosedyrer>
- Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 10.03.2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2010, 28.11.22). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.
<https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helsefremmende-og-forebyggende-tiltak/retningslinjer-og-veiledere/et-trygt-fodetilbud.kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2022, 29.11.2022). *Nasjonalt faglig retningslinje for fødselsomsorgen*. 04.10.2022. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-fodselsomsorgen>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.(Helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hofmeyr, G. J. (2022a). *Delivery of the singleton fetus in breech presentation*. UpToDate. Hentet 13.03.2023 fra https://www.uptodate.com/contents/delivery-of-the-singleton-fetus-in-breech-presentation?sectionName=Criteria%20for%20minimizing%20risk%20in%20patients%20who%20opt%20for%20vaginal%20breech%20birth&search=delivery%20og%20singleton%20fetus%20in%20breech%20presentation%20&topicRef=6776&anchor=H3&source=see_link#H3
- Hofmeyr, G. J. (2022b). *Overview of breech presentation*.
<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-breech->

[presentation?search=breech%20presentation&source=search_result&selectedTitle=1~56&usage_type=default&display_rank=1](#)

- Hofmeyr, G. J., Hannah, M. & Lawrie, T. A. (2015). Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, 7(7), CD000166-CD000166. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000166.pub2>
- Impey, Murphy, Griffiths & Penna. (2017). Management of Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20b. *BJOG*, 124(7), e151-e177. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14465>
- Jackson, K., Anderson, M. & Marshall, J. (2020). Physiology and care during the first of labour. I J. E. Marshall & M. D. Raynor (Red.), *Myles textbook for midwives* (17th. edition. utg., s. 447-499). Elsevier Health Sciences.
- Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, K. H. (2021). *Introduction to health research methods : a practical guide* (Third edition. utg.). Jones & Bartlett Learning.
- Jennewein, L., Brüggmann, D., Fischer, K., Raimann, F. J., Pfeifenberger, H. R., Agel, L., Zander, N., Eichbaum, C. & Louwen, F. (2021). Learning Breech Birth in an Upright Position Is Influenced by Preexisting Experience—A FRABAT Prospective Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(10), 2117. <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/10/2117>
- Johannessen, A. & Tufte, P. A. (2022). *Introduksjon til IBM SPSS statistics* (Femte utgave. utg.). Abstrakt forlag.
- Keag, O. E., Norman, J. E. & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15(1), e1002494-e1002494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Kielland-Kaisen, U., Paul, B., Jennewein, L., Klemt, A., Möllmann, C. J., Bock, N., Schaarschmidt, W., Brüggmann, D. & Louwen, F. (2020). Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery of nulliparous versus multiparous women of singletons at term—A prospective evaluation of the Frankfurt breech at term cohort (FRABAT). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 252, 583-587. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.029>

- Kirkevold, Ø. (2014). *Praktiske tips ved spørreskjemaundersøkelser, del 2*. Sykepleien. Hentet 09.08 fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/04/praktiske-tips-ved-sporreskjemaundersokelser-del-2>
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode : veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Louwen, F., Daviss, B. A., Johnson, K. C. & Reitter, A. (2017). Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynaecol Obstet*, 136(2), 151-161. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12033>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisn og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Mattiolo, S., Spillane, E. & Walker, S. (2021). Physiological breech birth training: An evaluation of clinical practice changes after a one-day training program. *Birth*, 48(4), 558-565. <https://doi.org/10.1111/birt.12562>
- Morris, S., Geraghty, S. & Sundin, D. (2021). Women's experiences of breech birth and disciplinary power. *J Adv Nurs*, 77(7), 3116-3131. <https://doi.org/10.1111/jan.14832>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient-og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Paulus, B., Möllmann, C. J., Kielland-Kaisen, U., Schulze, S., Schaarschmidt, W., Bock, N., Brüggmann, D., Louwen, F. & Jennewein, L. (2020). Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery at term after cesarean section – a prospective cohort study of the Frankfurt breech at term cohort (FRABAT). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 252, 594-598. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.030>
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth*, 25(3), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>
- Reitter, A., Halliday, A. & Walker, S. (2020). Practical insight into upright breech birth from birth videos: A structured analysis. *Birth*, 47(2), 211-219. <https://doi.org/10.1111/birt.12480>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg. utg.). Fagbokforl.
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M. & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience.

International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource], 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

Roy, R., Gray, C., Prempeh-Boncu & Walker, S. (2023). What are women's experiences of seeking to plan a vaginal breech birth? A systematic review and qualitative meta-synthesis *NIHR Open Research*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3310/nihropenres.13329.1>

Salvesen, K. Å. (2020). Operative forløsninger. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 568). Cappelen Damm akademisk.

spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

(*spesialisthelsetjenesteloven*). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

St.meld. nr. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet— Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*, . Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1>

Toivonen, E., Palomäki, O., Huhtala, H. & Uotila, J. (2014). Maternal Experiences of Vaginal Breech Delivery. *Birth*, 41(4), 316-322. <https://doi.org/10.1111/birt.12119>

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient-og pårørendeopplæring*.

Vistad, I., Klungsøyr, K., Albrechtsen, S. & Skjeldestad, F. E. (2015). Neonatal outcome of singleton term breech deliveries in Norway from 1991 to 2011. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 94(9), 997-1004. <https://doi.org/10.1111/aogs.12684>

Walker, S., Scamell, M. & Parker, P. (2017). Deliberate acquisition of competence in physiological breech birth: A grounded theory study. *Women Birth*, 31(3), e170-e177.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.008>

Walker, S., Eamonn, B., M. S. & Parker Pam. (2017). Effectiveness of vaginal breech birth training strategies: An integrative review of the literature. *Birth*, 44(2), 101-109.

<https://doi.org/10.1111/birt.12280>

Watson, H. L. & Cooke, A. (2018). What influences women's movement and the use of different positions during labour and birth: a systematic review protocol. *Syst Rev*, 7(1), 188-188. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0857-8>

World Medical Association. (2013). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. Hentet 25.01.23 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wängberg, N. J., Svanberg, T., Strandell, A. & Carlsson, Y. (2022). Term breech presentation—Intended cesarean section versus intended vaginal delivery—A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 101(6), 564-576.

<https://doi.org/10.1111/aogs.14333>

Wängberg Nordborg, J., Svanberg, T., Strandell, A. & Carlsson, Y. (2022). Term breech presentation—Intended cesarean section versus intended vaginal delivery—A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 101(6), 564-576.

<https://doi.org/10.1111/aogs.14333>

Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Zhao, Y. & Ren, L. (2021). Benefits and risks of upright positions during the second stage of labour: An overview of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*, 114, 103812-103812.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103812>

Åndsverkloven. (2018). *Lov om opphavsrett til åndsverk mv.* (LOV-2018-06-15-40). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/2018-06-15-40>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Spørreskjema

Bakgrunnsinformasjon

E-postadresse *

Hvor er ditt arbeidssted (per dags dato)? *

Rikshospitalet

Ullevål

Hvor mange års erfaring har du med forløsningsarbeid? *

< 5 år

5-10 år

11-15 år

16-20 år

> 20 år

I hvilken grad har du erfaring med knestående setefødsler? *

I svært stor grad

I stor grad

I noen grad

I liten grad

I svært liten grad/ingen erfaring

Omfanget av vaginale knestående setefødsler

	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad/ingen
I hvilken grad tilbys knestående setefødsler ved ditt arbeidssted? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I hvilken grad opplever du at det er kompetanse med knestående setefødsler ved ditt arbeidssted? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Finnes det en egen anbefaling/prosedyre for knestående setefødsler ved ditt arbeidssted? *

Ja

Nei

Forhold til ulike fødselsstillinger ved seteleie

I hvilken grad er du enig i følgende utsagn?

**barn i seteleie til termin, hvor det ikke foreligger kontraindikasjoner for vaginal forløsning*

	Svært enig	Enig	Både-og/vet ikke	Uenig	Svært uenig
Ved seteforløsning bør kvinnen stå på knærne under utdrivningsfasen, og eventuelle manøvre utføres i denne stillingen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ved seteforløsning bør kvinnen ligge i ryggleie under utdrivningsfasen, og eventuelle manøvre utføres i denne stillingen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ved seteforløsning bør kvinnen få mulighet til å stå på knærne under utdrivningsfasen, og ved eventuelle manøvre snus kvinnen til ryggleie *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knestående setefødsel kan tilbys hvis man har kompetanse i denne metoden *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kunnskap om vaginale setefødsler

I hvilken grad er du enig i følgende utsagn?

*barn i seteleie til termin, hvor det ikke foreligger kontraindikasjoner for vaginal forløsning

	Svært enig	Enig	Både-og/vet ikke	Uenig	Svært uenig
Seteforløsning med kvinnen i knestående stilling er en gjennomførbar og trygg forløsningsmetode *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seteforløsning med kvinnen i ryggeleie er en gjennomførbar og trygg forløsningsmetode *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vedlegg 2 – Brev til SIKT/informasjonskriv til respondentene

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Tilbud om vaginal knestående setefødsel til termin”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge bruk av knestående fødestilling ved seteleie til termin ved Oslo Universitetssykehus. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det foreligger ikke tall på bruk av knestående fødestilling ved seteleie til termin. Vi ønsker derfor å kartlegge bruk av knestående fødestilling ved Oslo Universitetssykehus.

Prosjektet er en masteroppgave og 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 får du spørsmål om å delta?

Du mottar denne henvendelsen da du er lege på fødeavdelingen på Oslo universitetssykehus.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et nettskjema. Det vil ta deg ca. 5 minutter. Nettskjemaet inneholder spørsmål om bruk av knestående fødestilling ved seteleie til termin. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere 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 student og veileder 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. Du som deltaker i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i en eventuell publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.12.23. Kontaktinformasjon og E-postadresser slettes ved prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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:

Vedlegg 3 – Godkjenning fra SIKT



[Meldeskjema](#) / [Bruk av knestående fødestilling ved seteleie til termin](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
973157

Vurderingstype
Standard

Dato
03.01.2023

Prosjekttittel

Bruk av knestående fødestilling ved seteleie til termin

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

[Redacted]

Student

[Redacted]

Prosjektperiode

15.12.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger.

DATABEHANDLER

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester 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).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4 – Redegjørelse for samarbeid og gruppeprosess

Redegjørelse for samarbeid og gruppeprosess

Tittel: Tilbud om vaginale knestående setefødsler

Periode 14.november 2022- 27. april 2023

I dette skrevet vil vi redegjøre for prosessen som ligger til grunn for utarbeidelsen av masteroppgaven. Vi er to jordmorstudenter som har skrevet denne masteroppgaven, hvor begge studenter har bidratt på lik linje.

I startsfasen gjennomførte vi søk i ulike databaser etter aktuell forskning som dannet bakgrunn av valg tema og problemstilling, samt det teoretiske rammeverket i oppgaven. Vi bestemte oss tidlig for at vi ønsket å gjennomføre en studie hvor vi selv innhentet dataene. Dette har gitt oss eierskap til arbeidsprosess og oppgave, samt stort læringsutbytte med tanke på metodisk forskning. Utarbeidelsen av spørreskjemaet var en omfattende prosess i tett samarbeid mellom begge kandidater, med hjelp fra veileder.

Mens vi ventet på svar i spørreundersøkelsen utarbeidet vi innledende kapitler med bakgrunnsdel, teoretisk rammeverk og deler av metode-kapittelet. Noe av skrivingen har vi arbeidet hver for oss, før vi senere presenterte for hverandre og tok en felles beslutning om innholdet. Særlig var dette en effektiv og god løsning i de innledende kapitlene, som krevde mindre grad av bearbeiding av materialet. I utarbeidelsen av de øvrige delene av oppgaven samarbeidet vi tett. Den ene hadde hovedansvar for språklig struktur og oppbygning, mens den andre jobbet med å innhente relevante forskningsresultater og formulere argumenter.

Samarbeidet har fungert veldig godt, og vi har virkelig utfyllt hverandre i prosessen. Begge er enige i at vi ikke kunne hatt bedre partnere i arbeidet med masteroppgaven. Vi vil også presisere at arbeidsmengden har vært jevn fordelt mellom begge studentene.

Oslo, april 2023