

# Mastergradsoppgave i jordmorfag

MAJO5900

April, 2023

## Kvinners opplevelse av å ha et barn i seteleie

En systematisk litteraturstudie og kvalitativ syntese om kvinners erfaringer med ett barn i seteleie og deres ønske om vaginal setefødsel

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Kandidatnavn: 635 og 606

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 14922

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## **Forord**

I denne masteroppgaven har vi fordypet oss i tema seteleie som har vært veldig spennende. Vitenskapsteori og forskningsmetode har vært et utfordrende, men veldig spennende fag, og vi ser hvor viktig det er som jordmor å jobbe kunnskapsbasert.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder. Hun har vært tålmodig, gitt oss gode tilbakemeldinger og stilt opp på kort varsel når vi har stått fast. Det har vært et lærerikt og fint samarbeid. Takk til alle bibliotekarer på OsloMet Kjeller for god hjelp til databasesøk og EndNote. Takk til familie og venner for gode tilbakemeldinger, gjennomlesning og støtte underveis. Takk til Fredrik og Christoffer, våre kjære ektemenn, som har måttet ta del i alle bekymringer, frustrasjoner og refleksjoner underveis, både med og uten egen vilje. Dere har lagt til rette og hjulpet til med barna så vi har fått skrive i full konsentrasjon. Takk til våre foreldre som har stilt opp og passet barna slik at vi har fått mer tid til å fokusere på oppgaven. Takk til våre kjære små; Marcus og Mathias, Vilje og Julius for tålmodighet og gode klemmer. Vi takker også hverandre for et godt samarbeid. Takk for hyggelige, utfordrende og lattermilde stunder både på skolen, hjemme og på hyttetur.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

## Sammendrag

**Tittel:** Kvinner opplevelse av å ha et barn i seteleie. En systematisk litteraturstudie og kvalitativ syntese om kvinners erfaringer med ett barn i seteleie og deres ønske om vaginal setefødsel.

**Hensikt:** Finne ut hvilke erfaringer kvinner har med seteleie og deres ønske om vaginal setefødsel, samt øke forståelsen for hvordan ivareta og betrygge disse kvinnene.

**Problemstilling:** «Hva er kvinners erfaringer med seteleie og deres ønske om vaginal setefødsel?»

**Metode:** En systematisk litteraturstudie og kvalitativ syntese. Grundige systematiske søk er utført i fire databaser; Medline Ovid, Cinahl, Maternity & Infant Care og PsykINFO. Videre ble det gjort en systematisk seleksjonsprosess av artikler. De inkluderte studiene er kvalitetssikret gjennom sjekklister fra Helsebiblioteket og identifisering av temaer er gjort med tematisk syntese som metode.

**Resultater:** Åtte kvalitative primærstudier er inkludert. Fire hovedtemaer ble identifisert: «Kvinner reaksjon på seteleie- en ubegrunnet frykt?», «opplevelse av varierende informasjon og støtte», «kvinner opplever tap av autonomi og makt under beslutningsprosessen», «kvinner legger stor vekt på opplevelsen av vaginal fødsel».

**Konklusjon:** Kvinner som opplever å ha et barn i seteleie til termin går igjennom mange ulike følelser fra det blir oppdaget og frem til fødselen. Mange kvinner ønsker seg en naturlig fødsel, men oppfatning av vaginal setefødsel blir påvirket av familie, venner, helsepersonell og media. Jordmødre må jobbe kunnskapsbasert for å kunne gi disse kvinnene korrekt informasjon slik at kvinner er mer rustet til å bestemme selv hva som er best for seg og sitt ufødte barn.

**Nøkkelord:** Seteleie, setepresentasjon, setefødsel, kvinner, erfaring, opplevelser, synspunkter og følelser.

## **Abstract**

**Title:** Women's experience of having a breech presenting baby. A systematic literature review and qualitative synthesis of women's experiences with a breech presenting baby and desire for vaginal breech birth.

**Purpose:** Investigate women's experiences with breech presentation and their desire for a vaginal breech birth and increase understanding of how to care for and reassure them.

**Research question:** "What are women's experiences with breech presentation and their desire for a vaginal breech birth?"

**Method:** Systematic literature review and qualitative synthesis. Thorough systematic searches were conducted in four databases: Medline Ovid, Cinahl, Maternity & Infant Care, and PsycINFO. A systematic selection process of articles was then carried out. The included studies were quality-assured using checklists from the Health Library, and thematic synthesis was used as the method for identifying themes.

**Results:** Eight qualitative primary studies were included. Four main themes were identified: "Women's reaction to breech presentation - an unfounded fear?", "Experience of varying information and support", "Women experience loss of autonomy and power during decision-making process", "Women attach great importance to the experience of vaginal birth".

**Conclusion:** Women who experience having a breech presenting baby until term goes through different emotions from the moment it's discovered until the birth takes place. Many women desire a natural birth, but the perception of vaginal breech birth is influenced by family, friends, healthcare professionals, and media. Midwives must work evidence-based to provide these women with correct information based on research and experience to equip them better to decide what is best for themselves and their unborn child.

**Keywords:** Breech presentation, breech birth, women, experience, perceptions, emotions, feelings.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>II</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>III</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>IV</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1    Bakgrunn.....	1
1.1.1    The Term Breech Trial.....	2
1.1.2    Norsk rapport om TBT-studien.....	3
1.2    Jordmors rolle ved seteforløsning.....	4
1.3    Hensikt og problemstilling.....	4
<b>2 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>5</b>
2.1    Seteleie.....	5
2.1.1    Forekomst.....	7
2.1.2    Behandling og forløsningsmetoder.....	7
2.1.3    Seleksjonskriterier.....	9
2.2    Kunnskapsbasert praksis.....	10
<b>3 Metode</b> .....	<b>12</b>
3.1    Begrunnelse for valg av metode.....	12
3.2    Seleksjonskriterier.....	12
3.3    Søkeprosessen, valg av databaser og søkeord.....	13
3.3.1    Utvidet søk.....	16
3.4    Kritisk vurdering av artikler.....	16
3.5    Tematisk syntese.....	17
3.6    Etiske overveielser.....	20
3.7    Forforståelse.....	20
<b>4 Resultat</b> .....	<b>21</b>
4.1    Artikkelutvalgelse.....	21
4.2    Metodisk kvalitet over inkluderte studier.....	23
4.3    Karakteristika over inkluderte studier.....	25
4.4    Presentasjon av resultatene fra analysen.....	29
4.4.1    Kvinnens reaksjon på seteleie – en ubegrunnet frykt?.....	29
4.4.2    Opplevelse av varierende informasjon og støtte.....	31
4.4.3    Kvinner opplever tap av autonomi og makt under beslutningsprosessen.....	33
4.4.4    Kvinner legger stor vekt på opplevelsen av vaginal fødsel.....	36
<b>5 Diskusjon</b> .....	<b>39</b>
5.1    Setefødsel – en ubegrunnet frykt?.....	39
5.2    Tap av makt og autonomi.....	41

5.3	Fødselsopplevelsen er viktig for kvinner .....	43
5.4	Metodediskusjon .....	46
5.5	Implikasjoner for praksis .....	48
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>49</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>50</b>
	<b>Vedlegg 1: Søkealgoritmer i databasesøk.....</b>	<b>58</b>
	<b>Vedlegg 2: Helsebibliotekets sjekkliste over inkluderte studier .....</b>	<b>59</b>
	<b>Vedlegg 3: Utdrag av linje-for-linje koding i farger .....</b>	<b>60</b>
	<b>Vedlegg 4: Kodebank .....</b>	<b>61</b>
	<b>Vedlegg 5: Gruppedynamikk .....</b>	<b>64</b>

## Figuroversikt

Figur 1: Ulike varianter av seteleie.....	6
Figur 2: Forskjellige posisjoner i bekkenet .....	6
Figur 3: PRISMA flytskjema.....	22

## Tabelloversikt

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
Tabell 2: PICO-skjema .....	14
Tabell 3: Oppsett til litteratursøk.....	15
Tabell 4: Deskriptive og analytiske temaer .....	19
Tabell 5: Metodisk kvalitet over inkluderte studier.....	24
Tabell 6: Karakteristika over inkluderte studier .....	26

# 1 Innledning

I dette kapittelet vil følgende bli presentert: Bakgrunn, jordmors rolle, hensikt og problemstilling.

## 1.1 Bakgrunn

Forskning viser at det er en generell frykt blant kvinner når det gjelder å føde i seteleie (Petrovska, Watts, Catling, et al., 2017). Vi har personlig lurt på hvorfor det er slik og hvor denne frykten kommer fra. Vi har erfart i praksis at kvinner som har ett barn i seteleie, og som har bestemt seg for vaginal setefødsel, opplever mangel på tilstrekkelig informasjon i forkant av fødsel. Ved å gjøre en litteraturstudie om dette temaet er vi bedre rustet til å ivareta, oppmuntre og støtte kvinnen i sitt valg når vi praktiserer faget. Vi tenker at dette er viktig for en god fødselsomsorg og kan bidra til å fremme vaginal setefødsel som et alternativ til kvinner som opplever å ha et foster i seteleie.

Det har i mange år vært diskutert hvilken forløsningsmetode som er den tryggeste av barn i seteleie til termin (Glaso et al., 2013; Salvesen, 2017, s. 569). I år 2000 ble det publisert en studie ved navn «The Term Breech Trial», heretter kalt TBT, som viste at keisersnitt var den beste forløsningsmetoden for barnet og ga mindre komplikasjoner hos mor (Hannah et al., 2000). Videre viste en oversiktsartikkel fra 2015 at planlagt keisersnitt reduserte perinatal og neonatal dødelighet, men med noe økt sykkelighet hos kvinnen (Hofmeyr et al., 2015). På bakgrunn av dette tilbys de fleste kvinner i utlandet planlagt keisersnitt ved et barn i seteleie til termin (Hofmeyr et al., 2015). I Norge ble det gjort en oppfølgingsstudie på bakgrunn av TBT som blir presentert senere i litteraturstudien (Øian et al., 2003). I Norge er det slik at vaginale setefødsler til termin kan tilbys alle kvinner som oppfyller seleksjonskriteriene, og som kan observeres nøye med fosterovervåkning og har kvalifisert fødselshjelper til stede under fødselen (Bjellmo et al., 2022b; Valente et al., 2020; Øian et al., 2003). På grunn av lite erfaring med vaginale setefødsler er det noen sykehus i Norge som ikke tilbyr det (Salvesen, 2017, s. 571), men likevel må fødselshjelpere trene regelmessig på seteforløsning da noen seteleier er uoppdaget før fødsel og kan fødes raskt (Jackson et al., 2020, s. 491). I tillegg vil

tvilling to i en tvillingfødsel fødes i seteleie ved mer enn en tredel av tilfellene (Salvesen, 2017, s. 571).

I 2022 ble det publisert en systematisk oversikt over kvinners erfaring med beslutningsprosessen som omhandler det vanskelige valget mellom keisersnitt eller vaginal setefødsel for kvinner som har et foster i seteleie (Morris et al., 2022). Vi har valgt en problemstilling som gjør at vi går bredere ut ved å undersøke kvinners generelle erfaring og opplevelse med seteleie, og deres ønske om vaginal setefødsel. Selv om beslutningsprosessen er en del av kvinners opplevelse, ønsker vi å se på kvinners erfaring fra de oppdager seteleie til etter fødselen. Vi ønsker å belyse bakgrunnen for oppstått frykt knyttet til seteleie, hvor den kommer fra, hva slags informasjon kvinner får, og hvordan den blir fremstilt av helsepersonell. Vi håper at ved å svare på vår problemstilling kan vi bedre ivareta kvinnene vi møter, og bidra til å fremme vaginal setefødsel som et alternativ til kvinner som har et foster i seteleie.

### **1.1.1 The Term Breech Trial**

The Term Breech Trial var en stor randomisert studie av forløsningsmetoder ved seteleie i 26 forskjellige land på 121 forskjellige fødeenheter (Hannah et al., 2000) Studien gikk ut på å sammenligne neonatale- og mors utfall ved planlagt vaginal setefødsel og ved planlagt keisersnitt. Det ble hentet ut data fra 2083 kvinner som hadde barn i seteleie. Ifølge studien var det signifikant lavere antall nyfødte med neonatal mortalitet, alvorlig neonatal morbiditet og perinatal dødelighet i gruppen med planlagt keisersnitt. Når det gjaldt mødrene, fant de ingen signifikant forskjell på alvorlig maternell sykелighet eller mōdredōdelighet. Forskerne tolket det til at fostre som ligger i seteleie bør forlōses med planlagt keisersnitt fordi vaginale setefōdsler er assosiert med hōy neonatal risiko (Hannah et al., 2000). I år 2004 ble det publisert en oppfōlgingsstudie for å se hvordan det hadde gātt med babyene i TBT-studien to år etter fødselen (Whyte et al., 2004). Denne studien derimot, fant ingen signifikant reduksjon i risiko for perinatal dōd eller nevrologiske utviklingsforsinkelser ved planlagt keisersnitt sammenlignet med planlagt vaginal fødsel to år etter (Whyte et al., 2004).

I år 2006 ble det publisert nok en oppfōlgingsstudie til TBT som har blitt kalt «PREMODA-studien» (Goffinet et al., 2006). De ønsket å undersøke det samme som TBT, bare under litt



andre omstendigheter. Ifølge Goffinet et al. (2006) skilte Hannah et al., (2000) sin studie seg ut med at de utførte studien i land hvor planlagt vaginal fødsel ikke var vanlig. I tillegg ble den kritisert for sin metode, manglende fødselsferdigheter og mangel på optimal overvåkning (Glezerman, 2006). Derimot er vaginal setefødsel vanlig praksis i både Frankrike og Belgia hvor Goffinet et al. (2006) har gjort sin studie. De konkluderte med at planlagt vaginal setefødsel er trygt og kan tilbys kvinner så lenge de har ett foster i seteleie til termin, strenge kriterier er oppfylt, og at fødselen foregår på en klinikk hvor vaginal setefødsel er vanlig praksis (Goffinet et al., 2006).

En konsekvens av TBT-studien var at flere land, inkludert Norge, endret sine prosedyrer for fødsler med et foster i seteleie, og vaginale setefødsler gikk betydelig ned det neste tiåret (Glaso et al., 2013). Ifølge en norsk retrospektiv kohortstudie fra 2015 kom det fram at vaginale setefødsler hadde gått fra 50% og ned til 30% rundt år 2000. Dette skjedde samtidig som keisersnittsraten økte og er trolig på grunn av TBT-studien (Vistad et al., 2015). På grunn av endring av prosedyrer har flere studier vist at keisersnittsraten har gått opp betraktelig i flere land etter at TBT ble publisert (Alexandersson et al., 2005; Hartnack Tharin et al., 2011; Hogle et al., 2003; Vlemmix et al., 2014). Et resultat av dette er at leger ikke får nok erfaring i å forløse vaginale setefødsler, og kvinner blir derfor ikke tilbudt dette i like stor grad som de kanskje burde i henhold til kriterier (Carbillon et al., 2020).

### **1.1.2 Norsk rapport om TBT-studien**

I 2003 publiserte Norge en rapport på bakgrunn av TBT-studien for å vurdere om funnene kunne overføres til norske forhold (Øian et al., 2003). Det ble dannet en ekspertgruppe fra Senter for Medisinske Metodevurdering (SMM) som har gått gjennom data fra MFR, norske studier og norske sykehus for å sammenligne. De kom frem til at overførbarheten til Norge var svært usikker på grunn av en rekke forhold, blant annet fordi forløsningsteknikk, fosterovervåkning, pediatrik tilbud og svangerskapsomsorgen er annerledes i Norge enn i mange av de landene som deltok i TBT-studien. Et annet funn var at neonatal og perinatal sykелighet og dødelighet er mye lavere i Norge, uavhengig av forløsningsmåte, enn i de landene TBT-studien inkluderte. I tillegg har Norge hatt mye større andel av vaginale setefødsler enn mange andre vestlige land. Rundt 20% av de som har barn i seteleie er uoppdaget frem til fødselen starter, og da kan det være for sent å utføre keisersnitt.

Ekspertgruppen konkluderte med at det var lav risiko for komplikasjoner ved vaginal forløsning, og at det fortsatt bør være et alternativ til kvinner så lenge strenge seleksjonskriterier er fulgt, kvalifisert helsepersonell er til stede og at det pågår nøye fødselsovervåkning (Øian et al., 2003).

## **1.2 Jordmors rolle ved seteforløsning**

Ifølge veileder i fødselshjelp foreslås det at leger bør få systematisk opplæring av vaginal forløsning av seteleie i alle avdelinger (Bjellmo et al., 2022b). I utgangspunktet er det en legeoppgave å forløse vaginale setefødsler (Bjellmo et al., 2022b), men ifølge e-håndboken til Oslo Universitetssykehus (2023) står det at jordmor også har ansvar for gjennomføring av setefødsel sammen med legen. Jordmor skal vurdere fremgangen i fødselen og identifisere både fysiske og psykiske faktorer som kan hindre progresjonen og forebygge risikofaktorer (Brunstad, 2017, s. 461). Jordmor skal trygge, motivere og oppmuntre kvinnen hele veien under fødselsforløpet, samt legge til rette for at partner/ledsager også kan hjelpe kvinnen med det praktiske og emosjonelle. Jordmor har også ansvar for å informere kvinnen om vurderinger og undersøkelser, og innhente samtykke fra kvinnen (Blix & Bernitz, 2017, s. 449). Under en vaginal setefødsel skal jordmor lede fødselen frem til trykking. Jordmor har også ansvar for å finne frem alt utstyr som skal være tilgjengelig (Brunstad, 2017, s. 461) og at kvinnen har veneflon og gyldig screening i tilfelle det blir keisersnitt (Oslo Universitetssykehus, 2023).

## **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke erfaringer kvinner har med seteleie og deres ønske om vaginal setefødsel, samt øke forståelsen for hvordan ivareta og betrygge disse kvinnene på best mulig måte.

På bakgrunn av dette er problemstillingen som følger:

*«Hva er kvinners erfaringer med seteleie og deres ønske om vaginal setefødsel?»*

## 2 Teoretisk rammeverk

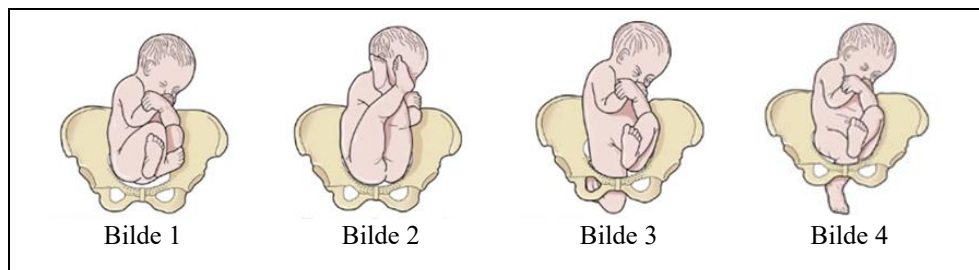
I denne masteroppgaven har vi brukt teori som representasjon (Malterud, 2017a, s. 111). Vi har brukt tidligere forskning, faglitteratur, nasjonale retningslinjer og norsk veileder i fødselshjelp som teorigrunnlag. Kunnskapsbasert praksis er også en del av teorien. For å gi kvinnene en bedre tjeneste i møte med helsesektoren må vi lære oss å arbeide kunnskapsbasert og implementere kunnskap i praksis (Nordtvedt et al., 2021, s. 16-18). Ved å bruke forsknings- og erfaringsbasert kunnskap i tillegg til kvinners erfaring kan vi bedre kvaliteten på omsorgen og tjenestene vi gir til kvinnene (Helsebiblioteket, 2021a).

### 2.1 Seteleie

Seteleie er definert som lengdeleie med hodet i fundus uteri og sete/fot som ledende del (Bjellmo et al., 2022b). Det finnes fire ulike varianter av seteleie; rent seteleie, enkelt/dobbelt sete-fotleie, enkelt/dobbelt fotleie og enkelt/dobbelt kneleie. Den første varianten som kalles rent seteleie, kalles også inkomplett sete eller ekstendert sete, (figur 1, bilde 1). Fosteret ligger flektert i hofter og kneleddene er ekstendert. Denne typen seteleie utgjør ca 80% av alle seteleier ved termin hos førstegangsfødende. Hos flergangsfødende utgjør det ca 70%. Den andre varianten er enkelt/dobbelt sete-fotleie og kalles komplett seteleie eller flektert sete (figur 1, bilde 2). Fosteret ligger med knær og hofter flektert, det kan se ut som om fosteret sitter. Den tredje varianten er enkelt/dobbelt kneleie hvor fosteret ligger med fleksjon i ett eller begge kneledd og ekstensjon i hoftelodd (figur 1, bilde 3). Den siste varianten er enkelt/dobbelt fotleie hvor fosterets føtter er forliggende, og føttene ligger som dypeste del (figur 1, bilde 4). Ved denne typen seteleie er det økt risiko for navlesnorsfremfall, og sees oftest ved preterm fødsel, sjeldnere ved termin. Hvis fosteret ligger på denne måten gjøres det som regel keisersnitt (Bjellmo et al., 2022b; Jackson et al., 2020, s. 488-489; Salvesen, 2017, s. 568).

Årsaken til at noen fostre legger seg i seteleie er ukjent, men en forklaring kan være formen på uterus eller utviklingsavvik hos fosteret (Salvesen, 2017, s. 568). Andre årsaker til at fosteret legger seg i seteleie er for tidlig fødsel, polyhydramnion, placenta previa, forlengede ben, flerlingsvangerskap og hydrocephalus (Jackson et al., 2020, s. 489), misdannelser, pareser og kort navlesnor (Henriksen & Molne, 2015, s. 209).

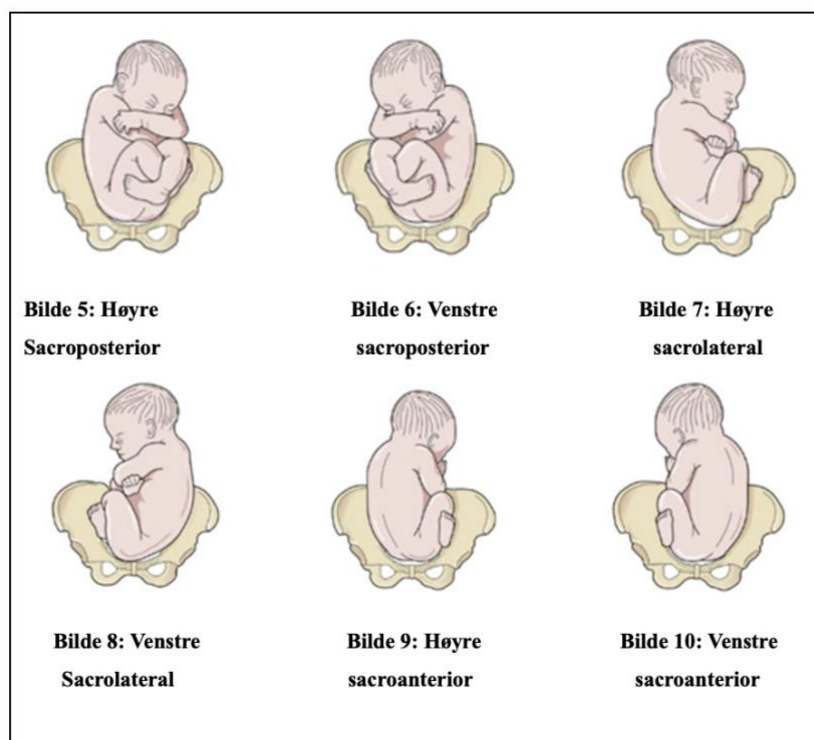
**Figur 1: Ulike varianter av seteleie**



Fra: «Physiology and Care During the First Stage of Labour», av Jackson, K, Andersen, M & Marshall, J. E. (2020) *Myles Textbook for Midwives* s. 490, Copyright 2020 ved Elsevier. Gjengitt med tillatelse.

Fosteret kan ligge i seks forskjellige posisjoner i bekkenet; høyre eller venstre sacroposterior, høyre eller venstre sacrolateral og høyre eller venstre sacroanterior, se bilder under for nærmere forklaring (Jackson et al., 2020, s. 488-489).

**Figur 2: Forskjellige posisjoner i bekkenet**



Fra: «Physiology and Care During the First Stage of Labour», av Jackson, K, Andersen, M & Marshall, J. E. (2020) *Myles Textbook for Midwives* s. 489, Copyright 2020 ved Elsevier. Gjengitt med tillatelse.

### **2.1.1 Forekomst**

Forekomsten av seteleie er anslått til å være 3-4% av alle fostre til termin i Norge (Bjellmo et al., 2022b) og på verdensbasis (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2017). Hyppigheten av seteleie er relatert til svangerskapslengde (Bjellmo et al., 2022b). Det vil si at jo kortere svangerskap, jo større sjanse for at barnet ligger i seteleie. Derfor ses det at rundt 18% av alle fostre ligger i seteleie ved uke 25-28 (Salvesen, 2017, s. 568). I Norge er det omlag 1500 setefødsler til termin, og gjennom 90-tallet ble over 40% av seteleiene født vaginalt (Øian et al., 2003). Nyere tall fra medisinsk fødselsregister (2023) i Norge viser at i 2022 ble det født 2422 barn i seteleie hvorav 921 barn ble født vaginalt og de resterende med keisersnitt. Det vil si at 38% av de som hadde barn i seteleie i 2022 fødte vaginalt og at statistikken holder seg jevn i forhold til årlige setefødsler i Norge (Folkehelseinstituttet, 2023).

### **2.1.2 Behandling og forløsningsmetoder**

Mistanke om seteleie oppstår som regel ved at jordmor palperer magen ved bruk av Leopolds håndgrep (Salvesen, 2017, s. 568). I svangerskapsuke 36 bør fosterets leie bestemmes og må alltid kontrolleres når kvinnen kommer inn til fødsel. Ved mistanke om seteleie bør leie alltid bekreftes med ultralydundersøkelse (Bjellmo et al., 2022b; Jackson et al., 2020, s. 490; Salvesen, 2017, s. 568) og det bør gjøres igjen for å estimere vekten på barnet minst 14 dager før fødsel (Bjellmo et al., 2022b). Det kan tas røntgen av bekkenet for å vurdere størrelsen på bekkenet i seleksjon for vaginal seteforløsning, men det foreslås ikke rutinemessig på grunn av lite kunnskap om det. Bekkenet vurderes til å være adekvat ved normal fødselsprogresjon, ved fullbåret barn, (Bjellmo et al., 2022b) og hvis kvinnen tidligere har født et barn på over 3500 gram uten komplikasjoner (Henriksen & Molne, 2015, s. 210).

Seteleie er forbundet med økt morbiditet og dødelighet (Bjellmo et al., 2022b) i forhold til hodeleie (Henriksen & Molne, 2015, s. 210). Årsaken til dette er ikke nødvendigvis forløsningsmetoden, men på grunn av patologi relatert til seteleie i seg selv (Henriksen & Molne, 2015, s. 210). Om lag 30% av alle de som prøver vaginal setefødsel ender i akutt keisersnitt av ulike årsaker, til sammenligning er det 2-20% ved hodefødsler (Bjellmo et al., 2022a). Årsaker til keisersnitt ved seteleie er navlesnorsprolaps, hypoksi og navlestrengkompresjon i utdrivningsfasen (Henriksen & Molne, 2015, s. 210).

Vaginal setefødsel er definert som en feilpresentasjon og risikofødsel, og det er derfor anbefalt å føde på sykehus for å redusere risikoen som medfølger for mor og barn både under og etter fødsel (National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Dette er også anbefalt i Norge (Bjellmo et al., 2022b). Ved setefødsel er det setet og føttene som er ledende del og det kan derfor ta litt lengre tid å forløse enn ved hodefødsler (Salvesen, 2017, s. 569). Det er anbefalt at barnet skal komme ned til navlesnorfestet før det blir aktivt hjulpet ut av fødselskanalen. Risikoen er at navlesnoren kan bli komprimert og hindre oksygentilførsel til barnet. Det finnes ulike manøvrer for å hjelpe et foster ut ved vaginal setefødsel, blant annet «Løvsets manøvrer» og «Mauriceau-Smellie-Veit-manøvrer». Ved mislykket bruk av manøvrer kan det tas i bruk en spesiell type tang som kalles «Pipers tang» (Salvesen, 2017, s. 569).

I mange land er keisersnitt rutinemessig anbefalt ved barn i seteleie (Hofmeyr et al., 2015), men ikke i Norge (Kessler et al., 2020). Kvinner bør informeres om muligheten for et planlagt keisersnitt hvis hun ikke føler seg trygg på en vaginal setefødsel (Oslo Universitetssykehus, 2023). Seteleie er definert som en risikofødsel og kan derfor innvilges etter ønske og samråd med legen (Bjellmo et al., 2022b). Ifølge NICE guidelines (2021) skal kvinner med et foster i seteleie få en samtale med en fødselshjelper før det blir planlagt fødselsmåte. Hun skal få vite både fordeler og ulemper med både planlagt keisersnitt og planlagt vaginal fødsel. Det skal gjøres en ultralyd tett opp mot et eventuelt keisersnitt for å forsikre at barnet fremdeles ligger i seteleie (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Det er til slutt legens ansvar å avgjøre fødselsmetode basert på individuell vurdering (Oslo Universitetssykehus, 2023).

Det anbefales kvinner å føde vaginalt ettersom et keisersnitt øker risikoen for at neste fødsel ender med et påfølgende keisersnitt (Kessler et al., 2020). Kvinner som føder vaginalt har også mindre risiko for infeksjon sammenlignet med kvinner som får utført keisersnitt (Mackeen et al., 2014). Keisersnitt er en forløsning av et barn gjennom livmorveggen og bukveggen ved et kirurgisk inngrep (MacSali et al., 2020). Faktorer som øker risiko for keisersnitt er tidligere keisersnitt, traumatisk fødsel fra tidligere, diabetes, seteleie, induksjon, psykiske problemer, fødselsangst, høy BMI og høy alder hos kvinnen. Etter et keisersnitt har kvinnen økt risiko for flere komplikasjoner ved neste svangerskap; spontanabort, blødninger i svangerskapet, prematur fødsel, langvarig fødsel, lav fødselsvekt og manglende vekst hos fosteret. Det er også økt risiko for placenta previa og placenta accreta, uterusruptur, ekstrauterint svangerskap og intrauterin fosterdød (Kessler et al., 2020). For barnet er det også

en risiko å bli forløst med keisersnitt, da de har økt risiko for respiratorisk sykkelighet (Hansen et al., 2008). I tillegg har en systematisk oversikt (Keag et al., 2018) og en kohortstudie (Tollånes et al., 2008) om keisersnitt og risiko for alvorlig barneastma, vist at barn forløst med keisersnitt har en økt risiko for astma sammenlignet med barn som er født vaginalt.

Ytre vending er en prosedyre som gjøres for å endre barnets leie fra seteleie til hodeleie med utvendige håndgrep av lege på sykehus (Bjellmo et al., 2022b). Ytre vending kan tilbys kvinner med ukompliserte seteleier etter uke 36+0, med mindre det er kontraindikasjoner for det (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). De samme retningslinjene gjelder i Norge (Bjellmo et al., 2022b). Kontraindikasjoner på ytre vending er maternell eller føtal sykdom, eller indikasjon for umiddelbar forløsning med keisersnitt. Andre kontraindikasjoner er oligohydramnion, vannavgang, placenta previa, alvorlig preeklampsi, flerlingsvangerskap eller alvorlig veksthemming hos barnet. Det er forbundet lav risiko til ytre vending, men komplikasjoner som abruptio placentae og fosterdød kan forekomme i sjeldne tilfeller (Bjellmo et al., 2022b). Navlesnorkomplikasjoner, placentaløsning og bradykardi kan også forekomme (Henriksen & Molne, 2015, s. 210).

### **2.1.3 Seleksjonskriterier**

Det er strenge seleksjonskriterier for kvinner som ønsker vaginal setefødsel i Norge, ifølge veileder for Norsk fødselshjelp (Bjellmo et al., 2022b). Kontraindikasjoner mot vaginal forløsning er sykdom hos mor eller foster. Svangerskapet bør være  $\geq 34$  uker, hvis ikke er det individuell vurdering som gjelder. Seteleie må være enten rent seteleie eller sete-fotleie (enkelt/dobbelt) og fødselsvekten bør være estimert mellom 2000 og 4000 gram. Ved avvikende fostervekt er det anbefalt å gjøre forløsningen basert på individuell vurdering. Det anbefales å føde på sykehus og det foreslås å bruke kontinuerlig forsterovervåkning. Det bør også være en spesialist i fødselshjelp som vurderer og forløser barnet (Bjellmo et al., 2022b).

## 2.2 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis betyr at helsepersonell henter og bruker kunnskap fra flere kunnskapskilder (Nordtvedt et al., 2021, s. 16). Det vil si at jordmødre må ta faglige valg ved å bruke det de allerede vet, og sette det sammen med det kvinnen ønsker (Bjørndal et al., 2021, s. 19). Det finnes flere ulike definisjoner av kunnskapsbasert praksis, men en definisjon som passer godt til jordmorfaget er følgende:

*«Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen»* (Nordtvedt et al., 2021, s. 18).

Kunnskapsbasert praksis er viktig for å styrke helsepersonell i sine beslutninger og gjøre de oppmerksom på hvor de henter kunnskap (Helsebiblioteket, 2021a). I praksis kan jordmor hente kunnskap fra flere steder; forskning, eksperter, kolleger, kurs og retningslinjer. Hver kilde har sine styrker og svakheter, og det er derfor viktig at jordmor er oppmerksom på dette (Helsebiblioteket, 2021a). Det betyr at jordmor kan stille relevante spørsmål og kunne lete etter den best tilgjengelige forskningen (Bjørndal et al., 2021, s. 19). Som snart ferdig utdannet jordmor er det viktig at vi tar i bruk eksisterende forskning og opparbeider oss egen erfaring gjennom eget arbeid. I vårt arbeid er det viktig at vi reflekterer over hvordan kunnskapen kan brukes, og at vi vurderer forskningsbasert kunnskap kritisk og systematisk. Det finnes ulike typer kunnskap; forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Nordtvedt et al., 2021, s. 16-18). Forskningsbasert kunnskap betyr ikke at du skal forske selv, men at du skal bruke forskning som allerede eksisterer. Forskningsbasert kunnskap handler om å innhente kunnskap om mennesket, kultur og samfunn (Lackner, 2022) og som kan brukes i praksis for å gi best mulig omsorg og behandling (Reinar & Blix, 2017, s. 67). Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som opparbeides gjennom erfaringer i praksis (Nordtvedt et al., 2021, s. 20). Dette er kunnskap som læres gjennom erfaring og praktisering, og skiller en nyutdannet jordmor fra en jordmor med mye erfaring. Bruerkunnskap er kunnskap og ressurser den gravide kvinnen innehar (Reinar & Blix, 2017, s. 67). Kvinnene vi møter i praksis skal ta del i beslutninger om hvilken behandling de skal ha. På bakgrunn av kunnskapen de allerede har planlegger kvinner sin egen fødsel i forhold til hvor de ønsker å føde, ønsker om fødestilling(er) og hva slags type smertelindring de ønsker (Nordtvedt et al., 2021, s. 16-18; Reinar & Blix, 2017, s. 67).



I jordmorpraksis finnes det fem trinn for kunnskapsbasert praksis (Reinar & Blix, 2017, s. 68-69). De omhandler å stille spørsmål, finne kunnskap, kritisk vurdere kunnskapen, implementere kunnskapen i praksis og å evaluere den (Reinar & Blix, 2017, s. 68-69). Vi ønsker å se på erfaringer og opplevelser med seteleie slik at kvaliteten på behandling som gis blir tilrettelagt på best mulig måte. Videre ønsker vi å se på hvordan kvinnene kan ta velinformerte valg i sin beslutning om vaginal setefødsel, og få en god fødselsopplevelse. Det er viktig at vi som jordmødre lytter til hva som er viktig for den enkelte kvinne i fødsel ettersom det er kvinnene som erfarer og opplever fødselen på egen kropp og psyke. Dette blir en del av brukerkunnskapen i kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt et al., 2021, s. 20).

Gravide kvinner har rett til kunnskapsbasert informasjon, og jordmor må sørge for at kvinnene forstår informasjonen som blir gitt (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Noen kvinner ønsker detaljert informasjon fra forskning, mens andre ønsker å finne informasjon selv. Det er i dag flere som har tilgang på de ulike databasene som helsepersonell benytter seg av, i tillegg til ulike pasientinformasjonssider som er tilgjengelig på internett (Reinar & Blix, 2017, s. 68-69). I dag er det flere kvinner som er godt informert, og vi må forberede oss på å møte kvinner som leser mye forskning, og som ønsker mer informasjon. Flere har også spørsmål om hvorfor et tiltak eller behandling er bedre enn et annet. Dette stiller høye krav til jordmor ettersom vi må møte individuelle behov og holde oss oppdatert innen forskning (Nordtvedt et al., 2021, s. 21-24). Ved å legge til rette for god informasjonsgivning kan kvinnen være i stand til å gjøre et informert valg i forhold til hva de ønsker. Ved å kunne finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av egen erfaring i møte med kvinnene, vil vi kunne utøve god praksis (Nordtvedt et al., 2021, s. 16-18). Helsetjenestene som tilbys bør være preget av kontinuitet og trygghet slik at det oppleves virkningsfullt og involverer kvinnene. For å kunne innfri dette bør praksis være basert på pålitelig forskning og brukermedvirkning. Samfunnet i dag, og de som bruker tjenestene som tilbys, stiller store krav til effektivitet og etterprøvbarhet. Det er derfor viktig at jordmødre bruker forskning og holder seg oppdatert slik at de kan være med på å øke kvaliteten og troverdigheten i tjenester og behandling de gir til kvinner de møter (Nordtvedt et al., 2021, s. 23-24).

## **3 Metode**

I dette kapittelet blir den systematiske søkeprosessen beskrevet og begrunnet. Kapittelet er delt inn i følgende underoverskrifter; begrunnelse for valg av metode, seleksjonskriterier, søkeprosessen, kritisk vurdering av artikler, tematisk syntese, etiske overveielser og forforståelse.

### **3.1 Begrunnelse for valg av metode**

Studiens problemstilling og tema avgjør hvilken forskningsmetode som er best egnet til å besvare problemstillingen (Dalland, 2020, s. 53-56). I denne litteraturstudien ønsker vi å finne svar på hvilke erfaringer kvinner har med seteleie og deres ønske om vaginal setefødsel, det vil si opplevelser, erfaringer, tanker, synspunkter og følelser. Kvalitativ metode brukes når vi vil utforske meninger og opplevelser (Dalland, 2020, s. 54-56). Hensikten med denne metoden er å forstå helheten i en opplevelse og blir brukt når vi ønsker å utforske noe. Data som blir hentet ut fra de ulike primærstudiene blir brukt til å generere forståelse og innsikt i deltakerens opplevelse eller situasjon (Aveyard, 2019, s. 61-64). For å få svar på problemstillingen har vi valgt å skrive en systematisk litteraturstudie og kvalitativ syntese fordi det ble sett på som den mest hensiktsmessige metoden. Litteraturstudien har en systematisk beskrivelse av fremgangsmåten for hvordan vi har funnet, vurdert og oppsummert primærstudiene (Aveyard, 2019, s. 10; Helsebiblioteket, 2022).

### **3.2 Seleksjonskriterier**

Det er viktig å gjøre grundige søk slik at vi får med alt som er skrevet om temaet for at oppgaven blir representativ for litteraturen (Aveyard, 2019, s. 73-74). For å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte, og for å holde fokus innenfor temaet, er det viktig å beskrive inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene er satt inn i en tabell for å få god oversikt over hva som skal inkluderes av relevante artikler. Inklusjonskriteriene ble bearbeidet og beskrevet før gjennomføring av systematiske søk for å holde riktig fokus på søket (Aveyard, 2019, s. 74-75).

**Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Født ett levende barn	Født flerlinger, dødfødte barn
Setefødsler	Hodefødsler
Førstegangs- og flergangsfødende	
Kvinner med erfaringer med opplevd seteleie	Kvinner uten barn i seteleie
Kvinner med erfaringer med opplevd setefødsel	Kvinner med erfaringer med opplevd hodefødsel
Erfaringer med seteleie	Artikler med ECV som hovedformål
Gestasjonsuke > 37 uker	Gestasjonsuke < 37 uker
Født på sykehus/kvinneklinikk/fødestue	Født hjemme eller utenfor sykehus/kvinneklinikk/fødestue
Primærartikler utgitt etter år 2000	Primærartikler/systematiske oversikter utgitt før år 2000
Fagfellevurderte artikler	Artikler som ikke er fagfellevurdert
Artikler på skandinavisk/engelsk	Alle andre språk

Aveyard (2019, s. 78) påpeker at det kan være viktig å sette en tidsbegrensning i søket hvis det har skjedd noe avgjørende i forskningen på et spesielt tidspunkt som er relevant for oppgaven. Søkene er begrenset fra år 2000 ettersom det var da TBT-studien ble publisert (Hannah et al., 2000) og mange land sluttet å tilby vaginale setefødsler etter dette (Alexandersson et al., 2005; Hartnack Tharin et al., 2011; Hogle et al., 2003; Vlemmix et al., 2014). Selv om dette er over 20 år siden kan det tenkes at selve fødselsopplevelsen kan være tilnærmet lik som i dag, selv om enkelte studier er av eldre dato.

### **3.3 Søkeprosessen, valg av databaser og søkeord**

Etter formulering av problemstillingen ble det identifisert hvilken type litteratur som ville være best egnet til å besvare problemstillingen. Deretter ble det utviklet en systematisk søkestrategi som beskrevet under. Relevante søkeord ble utviklet ut fra problemstillingen. Innledningsvis ble de første testsøkene gjort i databasen Medline (Ovid) og PubMed ettersom dette er databaser som forfatterne er godt kjent med og som har blitt brukt hyppig gjennom jordmorstudiet. Søkeprosessen startet med individuelle testsøk i perioden 16.12.22-11.01.23 i de ulike databasene for å se hva som fantes av forskning. På dette tidspunktet ble det raskt

konstatert at søkeord måtte identifiseres for å få flest mulig treff på søkene. Nøkkelord forfatterne hadde brukt i de ulike forskningsartiklene ble brukt til videre søk.

Videre ble det utviklet et PICO-skjema, et verktøy som hjelper til med å gjøre problemstillingen tydelig og presis (Helsebiblioteket, 2021b). PICO er en forkortelse av flere elementer som er med i et forskningsspørsmål. PICO gir studien struktur, klargjør problemstillingen for litteratursøk, utvelgelse av studier og kritisk vurdering av litteraturen. Underveis i forskningsprosessen fant vi det mest hensiktsmessig å bruke PICo med liten o. Dette fordi PICo med liten o egner seg bedre til å besvare spørsmål relatert til kvalitative forskningsmetoder (Helsebiblioteket, 2021b). Oversikt over PICo-skjema vises i tabell 2 og oppsett til litteratursøk vises i tabell 3.

**Tabell 2: PICo-skjema**

Problemstilling: Hva er kvinners erfaring med seteleie og deres ønske om vaginal setefødsel?	
<b>P: Populasjon</b>	Gravide kvinner/kvinner som har født
<b>I: Fenomen av interesse</b>	Erfaringer med seteleie og deres ønske om vaginal fødsel
<b>Co: Kontekst</b>	Svangerskap og fødselsomsorg

**Tabell 3: Oppsett til litteratursøk**

	Innledende søk	Systematisk litteratursøk
<b>P: Populasjon</b>	Kvinner med seteleie	
<b>I: Fenomen av interesse</b>	Breech  Experience*	1. TI breech OR AB breech 2. (Breech presentation) OR (Breech delivery) 3. 1 OR 2  4. TI (Qualitative or view* or percept* or experience* or feel* or emotion* or phenomenolog*) OR AB (Qualitative or view* or percept* or experience* or feel* or emotion* or phenomenolog*) 5. (Qualitative studies) 6. 4 OR 5
<b>Co: Kontekst</b>	Svangerskap og fødselsomsorg	
<b>Kombinert:</b>		7. 3 AND 6

Neste steg var å booke time med bibliotekar for å få oversikt over hvordan det skulle gjøres systematiske databasesøk og hvilke databaser som var relevante for denne oppgaven. I samarbeid med bibliotekar var det Medline Ovid, CINAHL, Maternity & Infant Care og PsycINFO som var de mest aktuelle databasene ettersom alle dekker helsefag (Polit & Beck, 2021, s. 90). PICO-skjema og seleksjonskriterier ble brukt i videre søk. Det første avanserte systematiske søket ble gjort med bibliotekar i midten av desember 2022. Bibliotekaren anbefalte å gjøre søket så bredt som mulig slik at ikke relevante artikler ble oversett. Etter grundig gjennomgang av hvordan utføre systematiske søk i de ulike databasene ble det gjort videre søk. De siste systematiske søkene ble utført i begynnelsen av februar 2023. Søkene ble tilpasset de ulike databasene ved bruk av emneord og trunkering. Ved bruk av trunkering (\*) søkes det på flere varianter av ordet, det vil hjelpe med å få flere systematiske datasøk (Søk & Skriv, 2022b). Emneord/MeSH (medical subject headings) er den mest kjente emneordslisten innen helsefag og brukes hyppig i flere helsefaglige databaser (Søk & Skriv, 2022a). Ved å bruke emneord/MeSH vil alle artikler med samme inkluderte emneord komme opp (Søk & Skriv, 2022a). De ulike databasene har ulike måter å søke på, og ulike søketeknikker ble

utviklet (Bjørndal et al., 2021, s. 52-53). Etter å ha funnet relevante søkeord ble det funnet måter å kombinere disse på ved å bruke databasens kombinasjonsord. Ved bruk av kombinasjonsord oppnår vi mer presise og relevante resultater i søket, og kombinasjonsordene som er brukt i denne litteraturstudien er «OR» og «AND». «OR» ble brukt til å kombinere synonymer og «AND» ble brukt til å binde sammen elementene (Bjørndal et al., 2021, s. 53).

Søkestrategien i denne litteraturstudien er godt dokumentert og etterprøvbar slik at de inkluderte studiene ikke er tilfeldig plukket. Ved god dokumentasjon av søkestrategien kan leser være trygg på at søkene er grundig gjennomført og at funnene er representative for litteraturstudien (Aveyard, 2019, s. 74). I vedlegg 1 finnes en oversikt over søkealgoritmer som er brukt i de ulike databasene og som anvendes i litteraturstudien.

### **3.3.1 Utvidet søk**

Den 15.02.23 ble det utført et utvidet søk for å forsikre at alle relevante artikler er tatt med, og for å undersøke om det hadde kommet nye artikler i databasene som tidligere er nevnt. Det ble deretter gjort et siteringssøk i Google Scholar for å se at ingen artikler hadde blitt oversett. Dette førte ikke til noen ytterligere artikler da søket ga resultater som allerede var funnet. Til slutt ble referanselistene til alle de inkluderte artiklene gjennomgått for å se om det var noe av interesse som ikke hadde blitt funnet gjennom søk. Dette resulterte heller ikke i noen nye artikler og søkeprosessen ble avsluttet.

## **3.4 Kritisk vurdering av artikler**

Før vitenskapelige artikler kan anvendes er det viktig å vurdere artikkelens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og dens overførbarhet (Helsebiblioteket, 2018). Kritisk vurdering av artikler er også for å identifisere dens styrker og svakheter, og for å finne ut om den faktisk svarer på den aktuelle problemstillingen (Aveyard, 2019, s. 102). For å selekere og kvalitetssikre artiklene er det brukt sjekklister fra helsebiblioteket på hver enkelt artikkel (Helsebiblioteket, 2021c). Sjekklisten fra helsebiblioteket (2021c) er inspirert av Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018). Sjekklistene er et hjelpemiddel som gjør det lettere å kritisk vurdere artiklene på en strukturert og oversiktlig måte, og det finnes

sjekklister for ulike type forskningsdesign (Helsebiblioteket, 2021c). Det som har blitt vurdert i artikkelen ut fra sjekklister er; formål, metode, utvalgsstrategi, datainnsamling, bakgrunnsforhold, etiske forhold, analyse, resultater og implikasjon til praksis (Helsebiblioteket, 2021c). Artikkelen er kritisk vurdert individuelt og senere sammenlignet for å se om vi har kommet frem til de samme resultatene, samt enighet om kvaliteten på dem. Individuell vurdering av artikkelen skal motvirke uønskede skjevheter (bias), ettersom to uavhengige personer har vurdert og kritisert artikkelen og kommet frem til samme resultat (Malterud, 2017a, s. 114). Helsebibliotekets sjekklister over inkluderte studier ligger i vedlegg 2.

### **3.5 Tematisk syntese**

Den første delen av den analytiske prosessen er kritisk vurdering av de inkluderte studiene (Aveyard, 2019, s. 134). På bakgrunn av de inkluderte kvalitative artikkelen og hvordan vi ønsker å løse oppgaven har vi valgt å bruke Thomas og Hardens (2008) metode for tematisk syntese. Ved å bruke denne metoden fordypet vi oss ikke bare i innholdet i studien, men også i meningene i primærartikkelenes resultater (Thomas & Harden, 2008).

I 2008 ble tematisk syntese presentert av Thomas og Harden som en metode for kvalitative metasyntese (Malterud, 2017a, s. 90). Metoden har røtter i Grounded Theory og bygger på metaetnografi og er inspirert av metoder for tematisk analyse av kvalitative primærdata (Malterud, 2017a, s. 90). Tematisk syntese består av tre analysetrinn hvor det første trinnet er systematisk linje-for-linje koding av teksten i resultatene i de ulike studiene (Thomas & Harden, 2008). Trinn to består av organisering av kodene hvor kodene grupperes og fremstilles som deskriptive temaer. Trinn tre består av å utvikle analytiske temaer ved å sammenfatte de deskriptive temaene (Thomas & Harden, 2008). I tematisk syntese skal kodingen ivareta fortolkningen og sammenligningen på tvers av primærstudiene (Malterud, 2017a, s. 90).

Trinn 1 av tematisk syntese (Thomas & Harden, 2008) er systematisk koding av teksten i de ulike resultatene i studiene. Det første vi gjorde var å lese igjennom de inkluderte artikkelen på nytt for å bli enda bedre kjent med materialet. Vi gikk deretter sammen for å snakke om de ulike funnene og hva vi så på som hovedfunn i de enkelte studiene. Videre gikk vi hver for

oss og linje-for-linje fargekodet resultatene i artiklene. For eksempel ble en setning kodet slik: «There was part of me that said - but this infant can still turn at the last minute, so perhaps we should just keep hoping» (Guittier et al., 2011, s. 210). Setningen ble kodet til «håp om at fosteret kan snu seg». Hver setning hadde minst én kode, men flere setninger fikk flere koder. Fordelen med å gjøre arbeid individuelt er for å ikke gå glipp av viktig materiell og kvalitetssikre resultatene vi finner, (Malterud, 2017a, s. 114) i tillegg til at vi kan finne ulike koder. Vi opplevde enkelte ganger at vi ikke var helt enig i hvilke koder som skulle brukes, men etter ny gjennomlesning og diskusjon kom vi til enighet. Utdrag av linje-for-linje koding i farger ligger som vedlegg 3.

Da vi var ferdige med linje-for-linje kodingen begynte vi på trinn 2 i den tematiske syntesen (Thomas & Harden, 2008). Etter fargekodingen satt vi igjen med veldig mange koder. Vi satt sammen og diskuterte de ulike kodene og slo sammen kodene som hadde lik betydning, og lagde oss en kodebank. På den måten fikk vi redusert antall koder slik at det senere ville være enklere å lage deskriptive temaer. Etter denne inndelingen av koder skal det, ifølge Thomas og Harden (2008) opprettes nye koder som fanger betydningen av de allerede eksisterende kodene i de ulike gruppene, og dette blir til de deskriptive temaene. Vi gikk derfor gjennom alle kodene igjen og diskuterte hva som var gjennomgående i de ulike artiklene. Det ble opprettet nye koder slik at betydningen av det vi hadde funnet kom frem. Vi så raskt at det var mange temaer som gikk igjen og prøvde derfor å finne passende temaer som ble til de deskriptive temaene. Kodebanken ligger som vedlegg 4.

Trinn 3 av den tematiske kvalitative syntesen er beskrevet som den vanskeligste ettersom den avhenger av vår vurdering og innsikt i temaene (Thomas & Harden, 2008). I prosessen med å danne analytiske temaer gikk vi sammen og diskuterte hva som gikk igjen i de deskriptive temaene. Vi så at det var flere like temaer hvor noen ble slått sammen da de hadde samme innhold. Vi trakk deretter ut hovedbudskapet av de deskriptive temaene og lagde analytiske temaer som vi syntes forklarte budskapet. De analytiske temaene ble sammenlignet og noen ble slått sammen ettersom de hadde lik betydning. De analytiske temaene beskriver hovedbudskapet av resultatene samtidig som de skal gi svar på problemstillingen. De deskriptive og analytiske temaene vises i tabell 4.



**Tabell 4: Deskriptive og analytiske temaer**

Forfatter	Deskriptive tema	Analytiske tema
Guittier et al, 2011; Sierra, 2021; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Founds, 2007; Petrovska, Sheehan et al, 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan et al, 2017.	Følelser og reaksjoner på seteleie (sorg, skuffelse, håp og aksept)	Kvinnens reaksjon på seteleie – en ubegrunnet frykt?
Guittier et al, 2011; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Petrovska, Sheehan, et al, 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Opplever bruk av skremselstaktikk	
Guittier et al, 2011; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Petrovska, Sheehan et al, 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Søker sosiale medier og internett for informasjon og støtte	Opplevelse av varierende informasjon og støtte
Guittier et al, 2011; Sierra, 2021; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Ønsker konkret informasjon de kan stole på for å ta et informert valg	
Guittier et al, 2011; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Petrovska, Sheehan, et al, 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Søker familie og venner for informasjon og støtte	
Sierra, 2021; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Founds, 2007; Petrovska, Sheehan et al, 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Opplevelse av tap av makt og autonomi	Kvinner opplever tap av makt og autonomi under beslutningsprosessen
Guittier et al, 2011; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Petrovska, Sheehan, et al, 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Opplevelse av å måtte bekjempe systemet eller forhandle for å få en vaginal setefødsel	
Guittier et al, 2011; Morris et al, 2021; Thompson et al, 2019; Petrovska, Sheehan, et al, 2017a.	Opplever at det er en vanskelig beslutning	
Guittier et al, 2011; Sierra, 2021; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Petrovska, Sheehan, et al, 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Muligheten for en «naturlig» fødsel	Kvinner legger stor vekt på opplevelsen av vaginal fødsel
Guittier et al, 2011; Sierra, 2021; Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Petrovska, Sheehan, et al, 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Følelsen av å «gå glipp av noe»	
Morris et al, 2021; Homer et al, 2015; Thompson et al, 2019; Petrovska, Watts, Sheehan, et al, 2017.	Tro på seg selv og sin egen kropp	

### **3.6 Etiske overveielser**

Under utøvelse av helsefaglig og medisinsk forskning er det viktig å ivareta personvern og etiske aspekter (Malterud, 2017a, s. 135-136). Helsinkideklarasjonen er utarbeidet for å beskytte pasienter som er med i forskning, og består av flere etiske komiteer. Alle som arbeider med forskningsetikk må forholde seg til Helsinkideklarasjonen og lovverket (Forskningsetikkloven, 2017, § 4), og søke om godkjenning slik at det forskningsetiske perspektivet blir ivaretatt (Førde, 2014; Malterud, 2017a, s. 135-136). Ettersom dette er en systematisk litteraturstudie hvor vi bruker allerede publisert materiale, og hvor vi ikke har hatt direkte tilgang til deltakerne i de opprinnelige studiene, er vi ikke pliktige til å innhente etisk godkjenning før studien gjennomføres (Aveyard, 2019, s. 15; Malterud, 2017a, s. 135-136). Vi har vært oppmerksom på studienes etiske overveielser, og at alle de inkluderte studiene er fagfellevurdert, godkjent av etisk komite i sine respektive land, og publisert i godkjente databaser. Studiene har også blitt kritisk vurdert med sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021c). I denne litteraturstudien viser vi forfatterne av primærstudiene respekt ved å behandle resultatene på en tydelig og respektabel måte (Malterud, 2017a, s. 13) og ved bruk av riktig kildehenvisning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018).

### **3.7 Forforståelse**

Forforståelse og fordommer er noe alle har med seg inn i ulike undersøkelser, og man skal alltid være oppmerksom på dette (Dalland, 2020, s. 60-61). Forforståelse er individuelle erfaringer, tolkninger og antagelser man har med seg, bevisst eller ubevisst (Malterud, 2017b, s. 44). Vi har begge jobbet lenge som sykepleiere på ulike avdelinger, og de siste årene har vi begge jobbet på barselavdelingen på Ahus. Den ene studenten har også jobbet på observasjonsposten for gravide ved samme sykehus. I praksis har vi fått erfart at kvinner med et barn i seteleie til termin forteller at deres fødsel startet da de fikk vite at barnet lå i seteleie. De forteller om følelser som sjokk, sorg, skuffelse og frykt for fødsel. I praksis har vi også opplevd ulike holdninger om setefødsel blant jordmødre og leger. Under utdanningen hadde vi en forelesning om setefødsel som vekket interesse og nysgjerrighet. Vi har i størst mulig grad forsøkt å ikke la dette påvirke vår studie.

## **4 Resultat**

I dette kapitlet presenteres resultatene fra den tematiske syntesen (Thomas & Harden, 2008) og funnene fra de inkluderte studiene. Dette kapitlet er delt opp i fire: Artikkelutvelgelse, metodisk kvalitet over inkluderte studier, karakteristika over inkluderte studier og til slutt presenteres resultatene fra den tematiske syntesen.

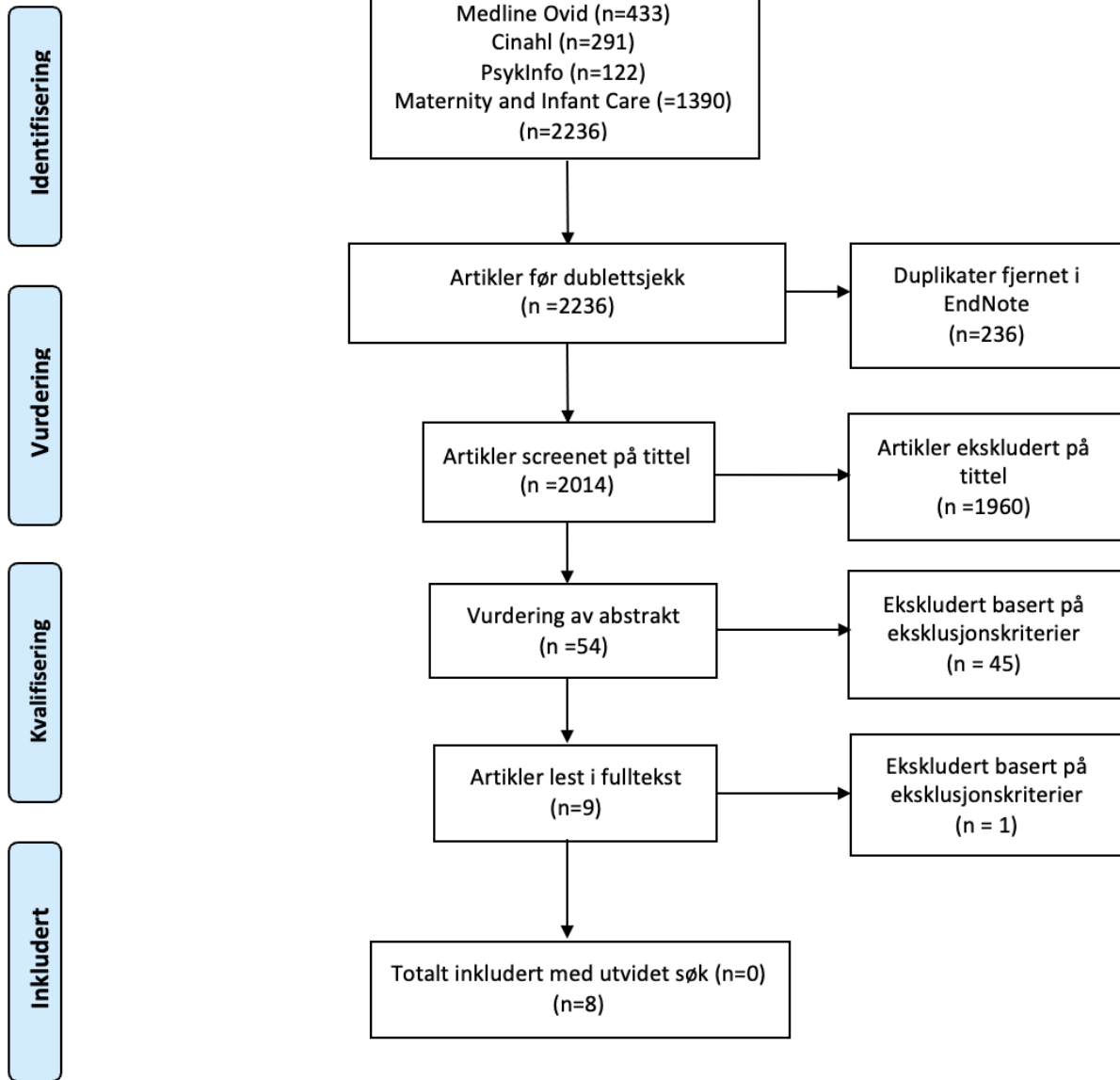
### **4.1 Artikkelutvelgelse**

Etter grundige systematiske søk i de nevnte databasene ble det totale resultatet på 2236 treff. Det var en stor andel artikler å gå igjennom, og det ble videre gjort en dublettsjekk gjennom EndNote for å se hvor mange like artikler det var. Antall studier etter dublettsjekk var 2014 og ekskluderingen begynte med å se på tittel. Screening av artiklene ble gjort individuelt for senere å sammenligne relevante artikler. Deretter diskuterte vi for å bli enige om hvilke artikler som skulle inkluderes eller ikke, ut ifra seleksjonskriteriene. Artiklene som var av interesse, ble lagret. Etter å ha gått igjennom alle 2014 artiklene var antall ekskluderte artikler, basert på tittel; 1960. Av de gjenværende artiklene var det 54 abstrakter som ble lest, og etter vurdering av eksklusjonskriterier var det ni relevante artikler som ble lest i fulltekst. Videre ble én artikkel ekskludert på grunn av eksklusjonskriterier. Utvidet søk ga ingen nye treff utenom artikler som allerede var inkludert eller ekskludert. Totalt åtte relevante artikler ble inkludert i studien da utvidet søk ikke ga ytterligere treff. Prisma flytskjema (Moher et al., 2009) viser selekteringen av artiklene og blir illustrert under. Flytskjema er modifisert slik at den passer vår oppgave.

Figur 3: PRISMA flytskjema



### PRISMA 2009 Flow Diagram



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

## **4.2 Metodisk kvalitet over inkluderte studier**

Vi har i denne litteraturstudien brukt helsebibliotekets sjekkliste for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2021c). Kvaliteten på de inkluderte studiene er vurdert til middels, høy eller lav kvalitet. Fem av de inkluderte studiene er vurdert til høy kvalitet og tre av studiene er vurdert til middels kvalitet. Kvalitetsvurderingen av de inkluderte studiene er presentert i tabell 5.

**Tabell 5: Metodisk kvalitet over inkluderte studier**

Artikkel:	Founds (2007)	Guittier et al. (2011)	Homer et al. (2015)	Morris et al. (2021)	Petrovska, Sheehan, et al. (2017a)	Petrovska, Watts, Sheehan, et al. (2017)	Sierra (2021)	Thompson et al. (2019)
<b>Formål klart formulert</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Metode hensiktsmessig</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Utformingen hensiktsmessig</b>	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Utvalgsstrategien hensiktsmessig</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja
<b>Datainnsamling hensiktsmessig</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Bakgrunnsforhold gjort rede for</b>	Uklart	Nei	Nei	Ja	Nei	Uklart	Uklart	Nei
<b>Etiske forhold vurdert</b>	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja
<b>Analyse</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Resultater</b>	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Betydning i praksis</b>	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Studiens kvalitet</b>	Middels	Middels	Høy	Høy	Høy	Høy	Høy	Høy

### 4.3 Karakteristika over inkluderte studier

Alle de inkluderte studiene har undersøkt kvinners erfaringer av å ha et barn i seteleie og opplevd setefødsel. Totalt 103 kvinner i tillegg til et ukjent antall kvinner på nettforum. Kvinnene i de ulike studiene presenterer fire land: Jamaica, Australia, Sveits og England. Syv av de åtte inkluderte studiene har brukt semistrukturerte intervjuer som metode for innhenting av data (Founds, 2007; Guittier et al., 2011; Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). Den ene inkluderte studien (Petrovska, Sheehan, et al., 2017a) har brukt Google-varsler med ulike søkeord for innsamling av data i en periode på ett år.

Én av studiene undersøkte kvinners erfaring med seteleie og vaginal setefødsel (Founds, 2007) og fire av studiene undersøkte kvinners opplevelse av å ha et barn i seteleie og beslutningsprosesser relatert til valg av fødselsmåte (Guittier et al., 2011; Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Sierra, 2021). Én av studiene undersøkte virkningen av sosiale diskurser om risiko rundt fødsel av kvinner som planla å ha en vaginal setefødsel (Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017), mens en annen studie undersøkte faktorer som påvirker foreldrenes beslutningsprosess ved seteleie ved termin (Thompson et al., 2019). Den siste studien undersøkte hvordan kvinner bruker diskusjonsforum på internett for å finne informasjon om vaginal setefødsel, og hvordan vaginal setefødsel blir oppfattet blant kvinner (Petrovska, Sheehan, et al., 2017a). Karakteristika over inkluderte studier vises i tabell 6.

**Tabell 6: Karakteristika over inkluderte studier**

Forfatter (år), land	Design og hensikt	Metode	Populasjon (paritet, alder og forløsningsmetode)	Tema av interesse	Kontekst
<b>Founds (2007)</b> <b>Jamaica, Karibien</b>	Kvalitativ deskriptiv studie.  Å øke forståelsen av kvinners og fødselshjelperes erfaringer med setefødsel.	Semistrukturerte intervjuer, observasjoner og gjennomgang av fødselslogger til kvinner som hadde født et barn i seteleie det siste året.	Ni kvinner (tre førstegangsfødende, to på 18 år og en på 34 år, og seks flergangsfødende mellom 24-38 år), to leger og tre jordmødre. Alle kvinnene fødte vaginalt.	Kvinnens erfaringer med seteleie og vaginal setefødsel.	I en av de mest landlige sognene i Jamaica. Lokalsykehus. Navn på sykehus ikke oppgitt. Antall fødsler per år er ikke oppgitt.
<b>Guittier et al. (2011)</b> <b>Sveits</b>	Kvalitativ studie.  Utforske kvinners opplevelse av å ha barn i seteleie, og beslutningsprosesser relatert til valg av fødemåte.	Semistrukturerte en-til-en intervjuer. Tre fødte før det planlagte intervjuet, men ble likevel intervjuet. Tematisk analyse.	12 kvinner; syv førstegangsfødende mellom 22-37 år, og fem flergangsfødende mellom 29-37 år. Ni valgte keisersnitt og tre valgte vaginal fødsel.	Kvinnens opplevelse av seteleie.	Studien ble utført ved kvinneklinikken, universitetssykehuset i Genève, Sveits. 4000 fødsler årlig.
<b>Homer et al. (2015)</b> <b>Australia</b>	Kvalitativ studie med deskriptivt eksplorativt design.  Utforske erfaringene og beslutningsprosessene til kvinner som hadde søkt om vaginal setefødsel.	Semistrukturerte intervjuer ved hjelp av en intervjuguide. Tematisk analyse.	22 kvinner; 16 førstegangsfødende og seks flergangsfødende. 12 av kvinnene hadde vaginal setefødsel og ti hadde keisersnitt etter at fødselen hadde startet. Alder ikke oppgitt.	Erfaringer til kvinner som hadde søkt vaginal setefødsel.	Kvinnene i studien hadde født på ett av to fødselssykehus i Australia som støtter vaginal setefødsel. Antall fødsler per år er ikke oppgitt.
<b>Morris et al. (2021)</b>	Kvalitativ studie, deskriptiv eksplorativ design.	Semistrukturerte intervjuer. De har brukt en	20 kvinner. Ti kvinner hadde opplevd en vaginal setefødsel	Kvinnens erfaringer med seteleie og fødsel.	Setefødsel i West-Australia. Sykehus og



<b>West Australia</b>	Utforske kvinners erfaringer med seteleie både i graviditet og fødsel for å identifisere forbedringspotensialer i praksis	«circling and parking» analysestil i fritt format for å analysere transskripsjonene.	(alder mellom 29-41 år) og ti kvinner hadde opplevd keisersnitt (alder mellom 23-40 år). Paritet var en til tre barn, ikke forklart ytterligere.		antall årlige fødsler er ikke oppgitt.
<b>Petrovska, Sheehan, et al. (2017a) Australia</b>	Deskriptiv kvalitativ studie av diskusjonsforum på internett. Undersøke hvordan kvinner bruker engelskspråklige diskusjonsforum på internett for å finne informasjon og øke forståelsen om vaginal setefødsel, og hvordan vaginal setefødsel oppfattes blant kvinner.	Google-varsler med søkeordene "breech birth" og "breech". Varslene ble samlet inn for en ettårsperiode (januar 2013–desember 2013). Tematisk analyse.	På grunn av anonymitet var nettsteddetaljer fjernet så ingen personopplysninger er oppgitt.	Hvordan kvinner bruker internett for å finne informasjon om vaginal setefødsel og hvordan vaginal setefødsel oppfattes blant kvinner.	Fritt tilgjengelige australske og internasjonale internettforum som diskuterer setefødsel. Nettadresser var basert i Storbritannia, USA; Canada og Australia.
<b>Petrovska, Watts, Sheehan, et al. (2017) Australia</b>	Kvalitativ studie. Undersøke hvordan virkningen av sosiale diskurser om risiko påvirker kvinners valg for vaginal setefødsel.	Studien trekker på data fra en kvalitativ deskriptiv studie; Homer et al. 2015. Semistrukturerte intervjuer ved hjelp av en intervjuguide. Tematisk analyse.	22 kvinner; 16 førstegangsfødende og seks flergangsfødende. 12 av kvinnene hadde vaginal setefødsel og ti hadde keisersnitt etter at fødselen hadde startet. Alder ikke oppgitt.	Hvordan sosiale diskurser påvirker kvinners valg for vaginal setefødsel.	Kvinnene i studien hadde født på ett av to fødselssykehus i Australia som støtter vaginal setefødsel. Navn på sykehus og antall fødsler per år er ikke oppgitt.

<p><b>Sierra (2021)</b> <b>England, Storbritannia</b></p>	<p>Kvalitativ studie med et fenomenologisk forskningsdesign.</p> <p>Undersøke kvinners opplevelse av seteleie og deres opplevelse av valg og støtte i sine beslutninger om setefødsel</p>	<p>Semistrukturerte intervjuer.</p> <p>Data ble analysert med Colaizzi's metode.</p>	<p>Seks kvinner; fem førstegangsfødende og en flergangsfødende. To hadde elektivt keisersnitt og fire hadde akutt keisersnitt.</p>	<p>Kvinnens opplevelse av seteleie, valg og støtte i beslutning om setefødsel.</p>	<p>The Nation Health Service (NHS) i England. Offentlig sykehus med 5000 fødsler årlig.</p>
<p><b>Thompson et al. (2019)</b> <b>England, Storbritannia</b></p>	<p>Kvalitativ, grounded theory studie.</p> <p>Utforske faktorer som påvirker foreldrenes beslutningsprosesser ved seteleie ved termin.</p>	<p>Semistrukturerte intervjuer over telefon.</p> <p>Analysert med programvaren NVivo.</p>	<p>12 deltakere i alderen 18-49 år (tre gravide, seks barselkvinner og tre barselfedre). Ni førstegangsfødende og tre flergangsfødende.</p> <p>To av de inkluderte barselfedrene er partnere til to inkluderte kvinner.</p>	<p>Faktorer som påvirker foreldrenes beslutningsprosess ved seteleie ved termin.</p>	<p>Deltakernes demografiske fødselssopplysninger; Southwest Somerset, East Midlands, Herefordshire, South Yorkshire, Bristol, Chelmsford, Hampshire, West Yorkshire, Slough, Telford. Hvilke sykehus og antall fødsler er ikke oppgitt.</p>

## 4.4 Presentasjon av resultatene fra analysen

Her presenteres fire analytiske temaer som er resultatet av den tematiske syntesen. De analytiske temaene som presenteres er: «Kvinnens reaksjon på diagnosen seteleie – en ubegrunnet frykt?», «opplevelse av varierende informasjon og støtte», «kvinner opplever tap av makt og autonomi under beslutningsprosessen» og «kvinner legger stor vekt på opplevelsen av vaginal fødsel». Temaene blir fortløpende beskrevet i hvert sitt underkapittel.

### 4.4.1 Kvinnens reaksjon på seteleie – en ubegrunnet frykt?

Flere kvinner som opplevde å ha et barn i seteleie gikk igjennom en emosjonell prosess fra de fikk vite det for første gang og frem til de skulle føde (Guittier et al., 2011; Morris et al., 2021). En av de første reaksjonene til kvinnene var usikkerhet og fryktinngytende følelser (Founds, 2007; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). Andre reaksjoner var sorg, maktesløshet og skuffelse (Morris et al., 2021; Sierra, 2021). En av kvinnene fortalte hvor forferdelig det var å få vite at fosteret lå i seteleie;

*«I was a bit scared because I never heard (of) it (breech presentation) ... It was horrible... I didn't even know what to do and what to feel»* (Sierra, 2021, s. 397).

En annen uttrykte seg slik:

*«There was really a kind of rising horror, it going from absolutely, easy, perfect birth to all these things maybe going wrong.»* (Valgte vaginal setefødsel) (Homer et al., 2015, s. 3).

Mange kvinner ga uttrykk for et håp og et ønske om at fosteret skulle snu seg til hodeleie før de gikk i fødsel slik at de kunne oppleve en vaginal fødsel (Guittier et al., 2011; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Sierra, 2021). En av de fortalte:

*«...they told me our baby boy is breech at 36 weeks. Thus, a scheduled CS should take place in the next 2.5 weeks. I want to feel hopeful that he will turn on his own and I will get to experience vaginal delivery»* (Petrovska, Sheehan, et al., 2017a, s. 98).

Ifølge forskerne i studien til Morris et al. (2021) er det en inngrodd frykt rundt setefødsel i samfunnet, som handlet om hvordan media har fremstilt det. Keisersnitt ble sett på som det tryggeste alternativet, mens vaginal setefødsel ble fremstilt negativt (Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017). Samtidig ble vaginal setefødsel sett på som farlig av både kvinner (Founds, 2007; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a) og helsepersonell i flere studier (Guittier et al., 2011; Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a). Dette påvirket kvinnene ved at de ble redde og usikre på valg av fødemåte (Homer et al., 2015). En av kvinnene beskrev sitt møte med legen slik:

*«He [Dr] said, you know. ‘if I were a woman I would never have a natural birth, anyone I speak to I suggest a caesarean. It’s the safest way to have a baby’. I was just so shocked. And then he said to me, ‘So I’m going to book you upstairs [to have the CS]. Some of the women up there are going to try and convince you that you can have this birth naturally. I’m telling you, as a doctor, you have to have a caesarean. That’s the safest thing for you and your baby’. And then he turned and left. And I phoned my husband and burst into tears. »* (Valgte keisersnitt) (Homer et al., 2015, s. 4).

En annen kvinne fortalte om hvordan sykehusene spredde frykt ved å fortelle kvinnene om alt som kan gå galt ved en vaginal setefødsel:

*«... and for vaginal delivery for breech presentation, everyone that we saw at the hospital told us about everything that could go wrong»* (Valgte vaginal fødsel) (Guittier et al., 2011, s. 212).

Skremselstaktikk ble brukt for å overbevise kvinner om at keisersnitt var det sikreste alternativet ved seteleie (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021). Trusler om både sykdom og død ved vaginal setefødsel ble gjenfortalt av flere kvinner (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021). En kvinnene i studien til Homer et al. (2015) ble fortalt at setefødsel er mye mer smertefullt enn vanlig hodefødsel og at hun risikerte livet til barnet sitt ved å gjennomføre det. En annen fortalte om hvordan legen mente hun trengte keisersnitt:

*«He (the obstetrician) was telling me I’d probably need a C/S...the first thing he said was if you have a natural (vaginal) birth your baby is going to die... He never once explained any risk factors of having a caesarean birth... if that had have been my first*

*baby I would have had a Caesarean.* » (Valgte vaginal setefødsel) (Morris et al., 2021, s. 3124).

#### 4.4.2 Opplevelse av varierende informasjon og støtte

Kvinner opplevde at det var et stort gap mellom informasjonen de fikk og informasjonen de etterspurte (Homer et al., 2015). Derimot ble informasjon fra jordmødre sett på som komplementerende til det legen hadde fortalt (Guittier et al., 2011). Kvinner ga uttrykk for at de ønsket seg pålitelig informasjon som de kunne stole på (Homer et al., 2015) og bedre informasjon om fordeler og ulemper ved de ulike forløsningsmetodene (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Sierra, 2021). En kvinne uttalte:

*«They explain what is a caesarean procedure, but at that point I wasn't necessarily wanting to know about the procedure. I was looking for more information than about the intervention itself, but I didn't succeed in finding this information and so I'm still left with a lot of unanswered questions.* » (Valgte vaginal setefødsel) (Guittier et al., 2011, s. 212).

En annen uttalte informasjonsgivningen slik:

*«I don't know if they're giving me advice based on evidence or on myth.* » (Valgte keisersnitt) (Homer et al., 2015, s. 4).

Til tross for at mange opplevde å få manglende og lite informasjon var det likevel en del kvinner som følte at de hadde fått tilstrekkelig informasjon til å ta et informert valg (Homer et al., 2015; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). En kvinne sa følgende:

*«And they [Dr] give you all the pros and cons and it's not like they are forcing you to have a natural birth or forcing you to have a caesar. They just leave it up to you. And they said 'you can change your mind whenever you want to'. So it's kind of nice to know that.* » (Keisersnitt) (Homer et al., 2015, s. 4).

En annen beskrev det slik:

*«The shift happened after we spoke to [Dr] and the points were set out [positively]. The evidence was there and we were able to make an informed decision. »* (Vaginal setefødsel) (Homer et al., 2015, s. 4).

Kvinner ble pålagt å fordøye mye informasjon på kort tid og mange av de opplevde at de enten ikke fikk alternativer eller fikk høre at det ikke var deres valg (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021). En kvinne beskrev det slik:

*«I was told that it wasn't my choice. Whoever the doctor (on-call was) when I came in (would decide). So it was a 50/50 chance. »* (Vaginal setefødsel) (Morris et al., 2021, s. 3126).

Mangelfull informasjon fra helsepersonell førte til at kvinner søkte informasjon og støtte enten hos familie og venner, (Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019) eller henvendte seg til internett og sosiale medier (Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Thompson et al., 2019). Enkelte opplevde familien som en god ressurs og støtte (Guittier et al., 2011; Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019), mens andre følte de måtte rettferdiggjøre sitt valg hos familiemedlemmer som ikke støttet vaginal setefødsel (Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017). En kvinne ble enig med partneren sin om å ikke dele valget med familiemedlemmene:

*«I purposefully didn't share because they would think I was mad for trying. There would have been judgments and commentary trying to convince me otherwise. »* (Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017, s. 30).

Utfordringen med å bruke sosiale medier, familie og venner for informasjon og støtte er at det kan føre til feilinformasjon og unødvendige bekymringer (Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017). En kvinne fortalte om at jo mer hun leste på internett, desto mer redd og bekymret ble hun for at det var noe galt med barnet (Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017). En annen ble møtt med vantro om at hun i det hele tatt vurderte vaginal setefødsel og fikk et nedlatende svar, for eksempel:

*«I can't see why you would want to purposefully go against doctor's orders. It's quite possible you would get to the hospital in a terrible state and then need a very scary emergency c section. Hopefully you will realize you need help before it is too late and something terrible happens.»* (Petrovska, Sheehan, et al., 2017a, s. 100).

Derimot var det en kvinne som følte at hun fikk god hjelp og støtte fra sosiale medier da hun ikke hadde sosialt nettverk rundt seg som støttet henne:

*«The [breech-specific] Facebook group was so supportive to me when I was in Sydney and I was overdue [past the due date for delivery] and I didn't have any of my friends around. To be able to connect – I remember someone just saying [online], 'Checking in, how are you doing?' Just that kind of support was really useful.»* (Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017, s. 31).

#### **4.4.3 Kvinner opplever tap av autonomi og makt under beslutningsprosessen**

Ifølge flere studier kom det fram at kvinner ble tydelig påvirket av helsepersonell i beslutningsprosessen (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019). Helsepersonell styrket eller umyndiggjorde deres pasienter gjennom informasjonsformidling, både hva de ga av informasjon og hvordan de la den frem (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). Flere kvinner har kommet med beretninger om at de har opplevd disiplinær makt fra helsepersonell, og da spesielt fra leger (Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017). En kvinne fortalte om sitt møte med legen slik:

*«He (doctor) was really pushing for me to have an epidural and me to have a Caesar... he got really frustrated that I wasn't listening to him I think, because when he examined me internally, I felt like he was being so rough...so much more painful than the actual labour.»* (Vaginal setefødsel) (Morris et al., 2021, s. 3123).

I studien til Morris et al. (2021), Thompson et al. (2019), Homer et al., (2015) og Sierra (2021) fortalte kvinnene at de har følt seg presset eller tvunget til å få utført keisersnitt av legen sin. Enkelte av kvinnene hadde ikke fått noen andre alternativer og fikk beskjed om at det ikke var hennes valg. Legen begrunnet dette med at keisersnitt var det sikreste alternativet

fordi vaginal setefødsel ikke var trygt. Kvinnene derimot, ønsket seg tilgjengelige alternativer (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019) og følte seg frustrerte over å ikke kunne velge fødemåte (Morris et al., 2021). En kvinne fortalte hvordan hun ble presset til å få utført keisersnitt:

*«I didn't have to have a caesarean and I think I was about 38 + 6 when I had another catch up and I had been talking to my sister who said 'Why don't you at least try?' They weren't giving me an opportunity it was a C-section or nothing. So it was not even giving my body the option to try and that was my turning point. Because (I) said to her (private obstetrician) 'Can't I just try and if it doesn't work then I'll sign for a caesarean but can I just try?' and she was like 'No'. »* (Endte med keisersnitt) (Morris et al., 2021, s. 3126).

I tillegg til at kvinner hadde begrenset med valg var det flere kvinner som følte at de måtte forhandle og bekjempe systemet for at de skulle få ha en vaginal setefødsel (Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019). Kvinner fortalte om at de måtte forhandle om fødemåte (Homer et al., 2015), fødested, tid og fødselsforhold (Morris et al., 2021). For å gjenvinne personlig kontroll og ta tilbake makten var det flere kvinner som innhentet kunnskap om vaginal setefødsel selv (Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019). En kvinne reagerte med å kjempe for vaginal setefødsel da valget ble tatt i fra henne:

*«I can imagine that someone else might have given in and perhaps just followed the advice to accept the planned caesarean section, but I knew that I didn't want that and I stood up to them. »* (Valgte vaginal setefødsel) (Guittier et al., 2011, s. 211)

Beslutningen om keisersnitt eller vaginal setefødsel var for de fleste et vanskelig valg og mange av kvinnene følte på et ansvar hvis noe skulle skje (Guittier et al., 2011; Morris et al., 2021; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Thompson et al., 2019). En av de uttrykte seg slik:

*«In the case of vaginal delivery, I said to myself, oh my God, if something happens, who is responsible? The mother, the father, or the physician that insisted? »* (Valgte keisersnitt) (Guittier et al., 2011, s. 211).



Valget mellom keisersnitt eller vaginal setefødsel blir påvirket av flere faktorer; helsepersonell, partner, familie, venner, tidligere livshistorie, følelser, motivasjon, sosiale medier (Thompson et al., 2019) og av skrekkhistorier (Morris et al., 2021). Tiden fra kvinnene fikk informasjon til de skulle ta en beslutning var ofte beskrevet som for kort (Guittier et al., 2011; Thompson et al., 2019). En av kvinnene fortalte om en tidligere hendelse i sitt liv som gjorde at hun ikke ønsket keisersnitt:

*« [...] you know it is totally something that is doable, it doesn't need to be medicalised. [...] the thought of a planned operation actually would have made me more anxious. I've had an operation previously and I had to be sedated before it, before, I had the operation, and it comes from, my father had an operation and ended up in a coma. »*  
(Planlagt vaginal setefødsel) (Thompson et al., 2019, s. 118).

En annen fortalte hvordan positive fødselshistorier påvirket hennes valg:

*«Just I think everything I had read and I think kind of everything I had informed myself with and people told me about their stories, their positive experiences, it really kind of bolstered the fact that yeah I can do this. »* (Planlagt vaginal setefødsel) (Thompson et al., 2019, s. 118).

Den som oftest sto sentralt i kvinnens valg var hennes partner (Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019), men også hennes familie (Thompson et al., 2019). Det så ut til at de enten støttet kvinnen i hennes valg uansett hva hun valgte, eller så hørte de mer på legen og prøvde å få kvinnen til å ombestemme seg. En kvinnene beskrev hvordan familien trakk støtten etter legens gjentatte anbefaling om å ikke gjennomføre vaginalt seteleie (Morris et al., 2021). Dette førte til at kvinnen følte seg isolert og alene. En annen beskrev hvordan partner støttet henne i beslutningen om naturlig fødsel:

*«...it said something about increased risk of mortality if you had a vaginal birth. And that sounded really scary. So my husband looked into what the actual numbers were and it turned out they were quite low. So that was helpful in making the decision. »*  
(Valgte vaginal setefødsel) (Morris et al., 2021, s. 3126).

#### 4.4.4 Kvinner legger stor vekt på opplevelsen av vaginal fødsel

Mange kvinner som fikk høre at barnet deres lå i seteleie ønsket en vaginal setefødsel og en begrunnelse for det var at de ønsket å føde naturlig (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019). I tillegg var det gjennomgående i studiene at kvinner sa spesifikt at de ikke ønsket seg keisersnitt (Guittier et al., 2011; Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). Flere kvinner snakket om at de var redde for å gå glipp av noe (Guittier et al., 2011; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017). En av de fortalte:

*«Caesarean, no, I don't see it as an ideal birth mode. In fact, I think that it's not a real birth. You don't feel the arrival of the infant. I think that if I had chosen a caesarean, I would have had the feeling to have missed out on something.»* (Valgte vaginal setefødsel) (Guittier et al., 2011, s. 211).

Separasjon fra barnet (Guittier et al., 2011), integrering av amming og tidlig hud-mot-hud kontakt var andre grunner for å ønske seg vaginal setefødsel (Homer et al., 2015). I tillegg var det flere kvinner som ønsket overgangsritualet som handlet om prosessen om å bli mor (Homer et al., 2015). Tro på egen kropp og egen evne til å føde vaginalt går igjen i flere studier (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Thompson et al., 2019). Et eksempel:

*«She's breech. I can do this. I can birth this child. Plenty of women have birthed breech babies, and [Dr] is telling me I can do it and has seen plenty of women birth breech babies. So yeah, nothing was going to sway me. Because I felt like I deserved the opportunity to try. ...I deserved the right to you know, try and birth her.»* (Endte med keisersnitt) (Homer et al., 2015, s. 5).

Sorgen over å ikke få lov til å oppleve naturlig fødsel kommer til uttrykk hos flere. Et eksempel:

*«There was a disconnect between the feelings you have about the rite of passage and the outcome. Yes, you'll have a baby at the end of it. The outcome will be the same.»*

*That is correct. But there's an emotional reckoning that I think happens through the passage of birth. And the fact that I thought I was going to miss out on that part, I was already grieving it. So the grief- nobody really understood the grief apart from my partner. »* (Vaginal setefødsel) (Homer et al., 2015, s. 4).

Ifølge studien til Morris et al. (2021) syntes kvinner det var positivt når leger støttet vaginal setefødsel. En av de mente at medisinsk helsepersonell må kunne stole på fødekraften og tilby vaginal setefødsel (Morris et al., 2021). En annen kvinne fortalte hvor oppgitt hun ble av å snakke med familie og venner som hadde samme oppfatning som samfunnet om at fødsel er en mer medisinsk enn naturlig prosess:

*Our [society's] attitudes around it [birth] need a serious look, we have become so detached from it and we frighten women. We've moved away from birth being natural, and births being something that people do every day, to some sort of medical procedure. It's like it's a sickness you've got to cure yourself of, so it's easier, painless.* (Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017, s. 25)

Fødselsopplevelsen var veldig viktig for kvinner generelt (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021). Enkelte kvinner var veldig fornøyd med å ha opplevd naturlig fødsel (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021), andre har gitt uttrykk for at det var en negativ opplevelse (Founds, 2007; Morris et al., 2021). Noen kvinner fortalte at de aldri hadde valgt vaginal setefødsel igjen hvis de hadde visst at barnet lå i seteleie (Morris et al., 2021). En kvinne fortalte hvor skummelt det var:

*«No, I'm not going to get pregnant again. I want to try all; I'm not going to get pregnant again. No no no no Repeat it No! Scary! »* (Vaginal setefødsel) (Founds, 2007, s. 1395).

Det å få lov til å prøve vaginal setefødsel handlet om personlig prestasjon og behovet for å oppleve en naturlig fødsel:

*«I felt really proud of my birthing experience. I feel proud that nobody put me off from trying. I think even if it did end up a C-section, I would have been ok with that. Because if it happened [intrapartum CS], it was obviously required. But, we had the chance. The*

*fact that she came out in the end is just a bonus. I suspect that it really helped me bond with her [baby]. I was able to pick her up straight away and hold her close to me. It was a very positive experience. » (Vaginal setefødsel) (Homer et al., 2015, s. 5).*

## 5 Diskusjon

Dette kapittelet er todelt hvor første del er resultatdiskusjon hvor hovedtemaene diskuteres. Resultatene i studien drøftes opp mot kunnskapsbasert praksis, vaginal setefødsel, faglige retningslinjer og annen relevant forskning. Andre del er metodediskusjon hvor vi diskuterer styrker og svakheter ved metoden i denne studien, og i de inkluderte artiklene. Implikasjoner for praksis og konklusjon vil bli presentert til slutt.

### 5.1 Setefødsel – en ubegrunnet frykt?

Flere kvinner i de inkluderte studiene som opplevde å ha et barn i seteleie gikk igjennom en emosjonell prosess fra de oppdaget seteleie og frem til fødselen fant sted (Guittier et al., 2011; Morris et al., 2021). Kvinnene rapporterte både usikkerhet, sorg, maktesløshet og skuffelse (Founds, 2007; Morris et al., 2021; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019) og enkelte rapporterte om fryktinngytende følelser (Founds, 2007; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). I tillegg var det en av forskerne selv som mente at det var en inngrodd frykt rundt setefødsel i samfunnet (Morris et al., 2021). Dette kunne det være flere grunner til, blant annet hvordan media fremstilte det. Keisersnitt ble sett på som det tryggeste alternativet, mens vaginal setefødsel ble fremstilt negativt (Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017). Dette blir styrket av en kvantitativ studie Petrovska et al. (2017b) har gjort om hvordan media fremstiller vaginal setefødsel. Studien ble utført over en 3 års periode ved å samle inn nettbaserte medier som nettmagasiner, aviser og nyheter på tv, fra ni forskjellige land. De fant at flesteparten av mediene fremstilte vaginal setefødsel som negativt og kun 12% rapporterte dette som et legitimt valg for kvinner. Vaginal setefødsel ble beskrevet som en farlig posisjon for barnet og at det potensielt kunne drepe det. Keisersnitt ble sett på som livreddende behandling, uten engang å nevne risikofaktorer ved et keisersnitt (Petrovska, Sheehan, et al., 2017b). I lys av disse beskrivelsene fremstår det ikke som overraskende at vaginal setefødsel kan oppleves skremmende for kvinner. Når media presenterer setefødsel som et farlig alternativ (Petrovska, Sheehan, et al., 2017b; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017) er det desto viktigere at vi som jordmødre kommer med kunnskapsbasert informasjon til kvinner med et foster i seteleie (Reinar & Blix, 2017, s. 67-68).

Ifølge en kvantitativ studie gjort av Toivonen et al. (2014) velger kvinner som har et barn i seteleie sannsynligvis planlagt keisersnitt som fødselsmetode hvis de lider av frykt for fødsel. Samtidig fant de at de som faktisk fødte i seteleie ikke var noe mindre fornøyde med opplevelsen, enn de som hadde et barn i hodeleie (Toivonen et al., 2014). En annen kvantitativ studie av 150 kvinner i Hong Kong så på kvinners foretrukne fødselsmåte i forhold til mors og fosters sikkerhet, både ved hodefødsler, setefødsler og ytre vending (Leung et al., 2000). Studien viste at kvinner så på vaginal setefødsel som usikker og foretrakk planlagt keisersnitt ved seteleie. Kvinnene i studien foretrakk derimot vaginal fødsel hvis barnet lå i hodeleie, hovedsakelig fordi det er den mest naturlige måten å føde på. De så på vaginal fødsel som et tryggere alternativ enn keisersnitt for både mor og barn, men dette ble oppfattet motsatt ved barn i seteleie. Flere av kvinnene i studien valgte ytre vending som førstevalg for å håndtere seteleie, dette fordi det tillot de en naturlig måte å føde på (Leung et al., 2000).

En kohortstudie gjort av Molkenboer et al. (2008) fant at kvinner som hadde født i seteleie var glad for at de hadde fått oppleve å føde vaginalt og for at det var naturlig. Derimot mislikte de at det var veldig smertefullt å føde (Molkenboer et al., 2008). Det kan tenkes at det er tanken på smerte som kan være en årsak til at kvinner ser på vaginal setefødsel med fryktinngytende følelser ettersom det er flere studier som beskriver at det kan være smertefullt (Founds, 2007; Leung et al., 2000; Molkenboer et al., 2008). I studien til Leung et al. (2000) fant de at kvinner valgte keisersnitt fordi de mente at det var mindre smertefullt enn vaginal fødsel. Videre viser studien til Founds (2007), som er en av våre inkluderte studier, at det var flere av kvinnene som uttrykte at setefødselen var veldig smertefull og én av de ønsket seg ikke flere svangerskap på grunn av det. Det er verdt å merke seg at det var et fåtall av kvinnene som snakket om at en setefødsel var veldig smertefullt. Likevel er det som nevnt flere kvinner i våre inkluderte studier som så på vaginal setefødsel som fryktinngytende (Founds, 2007; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019) og én av kvinnene ville ikke valgt det igjen hvis hun hadde visst om seteleiet på forhånd (Morris et al., 2021). Ifølge Bjellmo et al. (2022a) er ikke setefødsel mer smertefull enn en hodefødsel, selv om mange kanskje tror det. Hun skriver også at det er vanlig at kvinner er redde for store rifter ved en setefødsel. Faktisk er risikoen for alvorlige rifter mindre ved en vaginal setefødsel enn ved en hodefødsel fordi rumpa som kommer først er mykere enn hodet (Bjellmo et al., 2022a). Jordmødre bør ta seg tid til samtaler med kvinner hvor de gir korrekt informasjon for å unngå at de blir skremt av feilinformasjon. Jordmor må ta i bruk forskningsresultater og egen erfaring for å kunne gi best mulig omsorg og behandling i situasjonen (Reinar & Blix, 2017, s. 66-67).

## 5.2 Tap av makt og autonomi

Kvinner med et foster i seteleie er ikke bare fylt av masse emosjonelle følelser, men de må også ta et stort valg i forhold til forløsningsmetode før fødsel (Guittier et al., 2011; Morris et al., 2021; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Thompson et al., 2019). I følge flere av de inkluderte studiene kommer det frem at kvinner blir påvirket av helsepersonell i beslutningsprosessen (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019). Helsepersonell kan gjennom informasjonsgivning styrke eller umyndiggjøre pasienter i forhold til hvordan de legger frem informasjonen og hvordan informasjonen blir gitt (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). Det er ulike lover og regler i de landene som representeres i denne studien, men ifølge norsk lov står det at informasjon som blir gitt må tilpasses den gravide, og må være god nok til at kvinnen får et godt grunnlag til å medvirke og ta egne valg, jf § 3-2 (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Den gravide kvinnen skal oppleve at hun er informert, veiledet og føle seg ivaretatt når behandlingsmåte skal velges, for eksempel valg av igangsettelse av fødsel, smertelindring og forløsningsmetode (Helsedirektoratet, 2010). Den kvantitative studien til Molkenboer et al. (2008) fant at kvinner med barn i seteleie følte at de ikke hadde så mye valg i fødsel. Dette støttes av studien til Toivonen (2014) som også fant at kvinner med barn i seteleie uttrykte at de ikke fikk bestemme hvilken fødselsstilling de ville ha. De oppga i tillegg at de ikke fikk medbestemmelse i smertelindring, men dette var ikke et signifikant funn.

Kvinner fortalte at de har opplevd disiplinær makt fra helsepersonell under beslutningsprosessen (Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017). Kvinnene som møtte leger som ikke støttet deres fødselsvalg opplevde bruk av tvangsteknikker som skremsel og trusler om skade og død relatert til deres barn under fødsel (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021). Dette oppfattes som undertrykkende. I møte med denne motstanden var det flere av kvinnene som brukte kunnskap som makt for å oppnå den fødselen de ønsket, nemlig vaginal setefødsel (Morris et al., 2021; Thompson et al., 2019). I møte med fødende kvinner vil det være jordmor som har mest makt fordi hun sitter på kunnskap som den gravide kvinnen trenger. Dette må jordmor være klar over og ikke bruke til sin fordel ved å styre kvinnen i den retningen hun ønsker (Reinar & Blix, 2017, s. 76). Ifølge en studie gjort av Jenkinson et al. (2017) kom det frem at flere kvinner generelt følte seg manipulert til å samtykke til anbefalt behandling under graviditet og fødsel. Kvinnene følte at de ble ekskludert fra beslutningstaking da intervensjonen ble presentert som livsnødvendig. Studien

viste også at kvinner ikke avviser medisinsk behandling helt, men at de ønsker fleksibilitet og verdsetter å snakke om alternativer for å kunne finne gode alternativer de kan akseptere (Jenkinson et al., 2017). Som jordmødre må vi være gode på å ta i bruk aktuell forskning og tidligere erfaringer når vi gir kvinnene informasjon om ulike behandlinger og prosedyrer (Reinar & Blix, 2017, s. 67).

Helsepersonell som fødselsleger, allmennleger og jordmødre som tilbyr kvinner obstetriske tjenester har et juridisk og etisk ansvar for å gi kvinnene ikke-dømmende og upartiske råd om fordeler og risiko ved setefødsel, samt relevante behandlinger i svangerskapet som ytre vending av foster i seteleie (Powell et al., 2015). Leger og jordmødre som ikke gir evidensbasert informasjon til gravide kvinner går mot kunnskapsbasert praksis. Faglige beslutninger og yrkesutførelse skal baseres på evidens som er skapt gjennom forskning (Aveyard, 2019, s. 9). Helsepersonell i studien til Jenkinson et al. (2017) så viktigheten av å bygge tillitsfulle relasjoner med kvinnen, men at dette kunne være svært utfordrende på et offentlig stort og travelt sykehus. I en kvantitativ studie av Petrovska et al. (2016) hvor de undersøkte erfaringene til kvinner som planla vaginal setefødsel, kom det frem at flere kvinner som møtte dyktig helsepersonell mottok informasjon som skulle hjelpe de med å ta en beslutning om fødemåte. Det var variasjon i forhold til om kvinnene følte de mottok god eller dårlig informasjon. Flere av kvinnene i studien rapporterte at informasjon fra jordmor og lege var nyttige for å velge fødemåte (Petrovska et al., 2016). Ifølge tre av våre inkluderte studier viser det seg at kvinner som ikke mottok god informasjon fra helsepersonell fant informasjon på internett (Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Thompson et al., 2019). Dette støttes av Petrovska et al. (2016) sin studie hvor tilgang på informasjon om vaginal setefødsel ble undersøkt. Flere av de deltakende kvinnene i studien rapporterte at de fant informasjon på internett som nyttig og at informasjonen hadde innflytelse på deres valg av fødemåte. Kvinnene rapporterte også at deres familie og venner hadde mindre innflytelse på deres beslutningsvalg om fødsel. I forhold til støtten de følte de fikk under beslutningsprosessen følte flere kvinner seg støttet av omsorgspersonen, mens mindre enn halvparten av de deltakende kvinnene følte seg støttet av venner og familie. Nesten alle de inkluderte kvinnene i studien ønsket at de kunne snakke med en kvinne som hadde vært igjennom samme opplevelse. Selv om det var varierende grad av informasjon og støtte fra omsorgspersoner, venner og familie, ville de fleste kvinnene forsøke en vaginal setefødsel igjen (Petrovska et al., 2016).



Ifølge Jenkinson et al. (2017) verdsetter kvinner balanserte diskusjoner om informasjon om risiko i forhold til egen situasjon. De mener at kvinner ikke nekter anbefalt behandling, men at de «bare ønsker å prøve» en naturlig fødsel. Dette handler om at flere kvinner ikke ønsker å planlegge et keisersnitt før fødsel, men at hvis det oppstår komplikasjoner i fødsel ville de vært forberedt på å godta det. Videre viser studien at leger var oppmerksomme overfor hva kvinnene ønsker seg i fødsel, og anerkjenner at det er ekstremt sjeldent at kvinner utsetter fosteret for stor risiko (Jenkinson et al., 2017). Det å få lov til å prøve å føde naturlig handler om å få en følelse av personlig prestasjon, ifølge en av våre inkluderte studier (Homer et al., 2015). Ut fra dette er det tydelig at kvinner trenger å bli hørt på sitt ønske om å få en vaginal fødsel. I studien til Jenkinson et al. (2017) kom det frem at kvinner og jordmødre opplevde at de ulike yrkesgruppene viser ulik grad av støtte til autonomi. Jordmødre visste hvilke leger som støttet kvinner som nektet omsorg og hvilke som ikke gjorde det. På den måten kan jordmor påvirke behandlingen kvinnen får i fødsel (Jenkinson et al., 2017). Dette stemmer med våre funn da de alle fleste kvinnene i de inkluderte studiene var veldig fornøyd med jordmor og informasjonen hun ga (Guittier et al., 2011; Morris et al., 2021; Sierra, 2021).

### **5.3 Fødselsopplevelsen er viktig for kvinner**

Ifølge våre inkluderte studier (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021) var fødselsopplevelsen veldig viktig for kvinner. Det kan tenkes at kvinner tror at en vaginal setefødsel kan gi dem en dårligere opplevelse på grunn av frykten som er spredd i samfunnet (Morris et al., 2021). En kohortstudie som er gjort av Toivonen et al. (2014) viste at kvinner som har født et barn vaginalt i seteleie ikke var disponert for å få en dårligere fødselsopplevelse enn de som fødte et barn i hodeleie. Studien fant også at kvinner som fødte i seteleie følte at de mestret situasjonen bedre, følte seg gladere og sterkere enn gruppen med hodeleie. I tillegg oppga de mer positive minner med fødsel. Disse funnene var dog ikke signifikante, men viser likevel at seteleie ikke nødvendigvis forverrer fødselsopplevelsen. Et annet funn var at fødselsopplevelsen ikke blir påvirket av om seteleie var kjent før fødsel eller ikke (Toivonen et al., 2014). En annen studie viste derimot at kvinner med barn i seteleie var mer bekymret for barnets helse under fødsel enn det kvinner med planlagt keisersnitt var (Molkenboer et al., 2008). Denne studien kan det stilles noen spørsmål ved i og med at den har brukt samme spørreskjema som i TBT-studien. En annen mulig skjevhet er at kvinnene i studien var godt kjent med TBT-studien og dens ettervirkninger og det kan derfor tenkes at de var påvirket av

dette (Molkenboer et al., 2008). Ifølge Petrovska et al. (2016) oppga over 80% av kvinnene i deres studie at de ville ha valgt vaginal setefødsel igjen hvis de hadde fått et barn i seteleie i et senere svangerskap. Til tross for at flere opplevde en vaginal setefødsel som en positiv fødselsopplevelse kom det frem i Petrovska et al. (2017) sin systematiske oversikt at enkelte kvinner opplevde det som en negativ opplevelse. Noen av de som hadde født et barn i seteleie oppga at de husket fødselen som en opplevelse fylt med frykt, urettferdighet, sinne og stress. Én av kvinnene hadde kjempet hardt for å i det hele tatt få gjennomført en vaginal fødsel og hun husket det som det eneste positive med fødselen sin (Petrovska, Watts, Catling, et al., 2017).

Studien til Homer et al. (2015) fant at flere kvinner syntes overgangsritualet fra å være kvinne til å skulle bli mor var en viktig prosess som de ikke ønsket å gå glipp av. Utfallet vil bli det samme med keisersnitt, men at man ikke går igjennom den emosjonelle prosessen på samme måte som ved en vaginal fødsel (Homer et al., 2015). Det å få barn er en stor del av livet til en kvinne og hennes familie (Cook & Loomis, 2012) og en av WHO sine hovedprioriteringer er forbedringer av mødre helse (World Health Organization, 2023, WHO Response). De mener at kvinner og deres barn skal ha god mulighet for velvære og helse, og at graviditet, fødsel og den postnatale perioden skal være en positiv opplevelse (World Health Organization, 2023, Overview). Fødselsopplevelsen ser også ut til å ha innvirkning på tilknytning mellom mor og barn, skal vi tro en systematisk oversikt gjort av Bell et al. (2018). I en kvalitativ studie gjennomført av Cook & Loomis (2012) fant de at fødselsopplevelsen til kvinner er knyttet til mengden kontroll over endringer i fødselen sin. Jo større endringer som kvinnene følte at de ikke hadde kontroll over, jo større sjans var det at de fikk en negativ fødselsopplevelse (Cook & Loomis, 2012). Dette samsvarer med funnene i vår litteraturstudie om at kvinnene som ønsket en vaginal setefødsel, men ikke fikk det, følte en stor sorg over å ikke få muligheten (Homer et al., 2015; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017).

Kvinner legger stor vekt på at de ønsker vaginal fødsel av flere grunner, blant annet fordi de ønsket en naturlig fødsel og fordi de hadde så stor tro på egen evne til å føde (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Thompson et al., 2019). En annen grunn var at de ikke ønsket å gjennomgå et keisersnitt (Guittier et al., 2011; Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). Noen av årsakene til dette var fordi de ikke ønsket kirurgisk restitusjonstid (Thompson et al., 2019), at de ikke ønsket separasjon fra

barnet (Guittier et al., 2011), at de ønsket tidlig hud-mot-hud kontakt, samt tidlig integrering av amming (Homer et al., 2015). I en studie gjort i Sverige fant de en signifikant sammenheng mellom negativ fødselsopplevelse og keisersnitt (Kempe & Vikström-Bolin, 2020). Kvinner som fødte naturlig var mer fornøyde med fødselsopplevelsen enn de kvinnene som hadde gjennomgått et keisersnitt (Kempe & Vikström-Bolin, 2020). Selv om denne studien undersøkte fødselsopplevelsen til kvinner som hadde født et barn i hodeleie, kan man antyde at kvinner foretrekker en naturlig fødsel og at det muligens kan gi en bedre fødselsopplevelse i seg selv. Dette støttes av studien til Toivonen et al. (2014) som kom frem til at en fødsel som endte i et keisersnitt har større sannsynlighet til å gi en negativ fødselsopplevelse. Dette kan ses i sammenheng med vår litteraturstudie hvor noen av kvinnene ga uttrykk for at de var veldig fornøyde med å ha fått føde vaginalt og at det var en positiv opplevelse (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021). Samtidig var det enkelte kvinner som ikke opplevde fødselen sin som en god opplevelse (Founds, 2007; Morris et al., 2021), men dette var ikke flertallet.

Til tross for at kvinner opplevde varierende opplevelser med å føde naturlig og vissheten om at setefødsel er en risikofødsel, var det veldig mange kvinner som ønsker å i det minste ha prøvd å føde vaginalt før et eventuelt keisersnitt (Homer et al., 2015). Dette støttes av den systematiske studien til Petrovska et al. (2017). Ifølge Petrovska et al. (2017) opplevde kvinner det som et nederlag hvis de ikke fikk prøvd å føde naturlig. De opplevde også en følelse av stress, tap og maktesløshet som varte lenge etter at fødselen var over (Petrovska, Watts, Catling, et al., 2017). For enkelte kvinner var det så viktig å få gjennomført en vaginal fødsel at de byttet til andre sykehus for å få lov til det (Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Sheehan, et al., 2017a). Våre funn viser at kvinner ønsket å diskutere vaginal setefødsel som et alternativ (Morris et al., 2021; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019) og de syntes det var viktig å få sjansen til å kunne oppleve naturlig fødsel (Homer et al., 2015). Etter at TBT-studien ble publisert er det som tidligere beskrevet at forekomsten av vaginal setefødsel har gått ned og keisersnittsraten har gått opp i flere land (Alexandersson et al., 2005; Hartnack Tharin et al., 2011; Hogle et al., 2003; Vlemmix et al., 2014). Forskning har senere konkludert med at vaginal setefødsel kan være et trygt alternativ til kvinnene hvis riktig omsorg og kompetanse blir ivaretatt hos selekterte kvinner (Goffinet et al., 2006; Lawson, 2012; Valente et al., 2020).

## 5.4 Metodediskusjon

Det er flere ulike metoder for å angripe spørsmål og problemer (Dalland, 2020, s. 56). Dette gjør at vi må ta valg når vi skal velge hvilken metode som passer best til vår problemstilling. Det innebærer at vi må velge den metoden som vi anser som den mest ideelle fremgangsmåten, og som er praktisk gjennomførbart for vårt tidsintervall (Dalland, 2020, s. 56). Denne litteraturstudien er en systematisk litteraturstudie og kvalitativ syntese. Dette ble vurdert til den mest hensiktsmessige metoden da den er, ifølge Aveyard (2019, s. 61-64) godt egnet til å svare på vår problemstilling ettersom vi ønsker å undersøke kvinners erfaringer og opplevelser. Ettersom resultatene i en systematisk litteraturstudie baseres på flere primærstudier gir dette en tyngde til våre resultater (s. 12-14). Likevel gir det en begrensning da vår studie bruker materiale som allerede er fortolket av andre forskere (Aveyard, 2019, s. 62).

En styrke ved denne studien er at vi har utført grundige systematiske søk i fire ulike databaser. De ulike databasene er alle helsefaglige databaser som dekker store mengder forskning fra opptil 70 land (Polit & Beck, 2021, s. 90-93) og ble valgt på bakgrunn av problemstillingen. Systematiske søk styrker troverdigheten til våre resultater da det er mindre sjanse for at vi har basert resultatene våre på tilfeldig plukking, såkalt «cherry-picking», av artikler for å få frem kun en side av resultatene (Aveyard, 2019, s. 13; Malterud, 2017a, s. 111). Vi har også etter vår mening en god og gjennomført metodedel som er etterprøvable for leseren. Dette styrker troverdigheten til våre funn (Aveyard, 2019, s. 13). Vi fikk hjelp av en bibliotekar ved OsloMet til å tilpasse de systematiske søkene i de ulike databasene ettersom databasene har ulike søkestrategier. I det utvidede søket i Google Scholar fant vi de samme artiklene som vi allerede hadde funnet i de overnevnte databasene. Ifølge Aveyard (2019, s. 88) støtter dette at søkestrategien vi har brukt har vært god. En begrensning i denne studien er at vi likevel ikke kan garantere at det finnes annen relevant litteratur.

De inkluderte artiklene i denne oppgaven er skrevet på engelsk. Begge forfatterne behersker engelsk godt, men ettersom forskningsartiklene inneholder engelsk fagspråk som kan være vanskelig å oversette har vi tatt i bruk oversettelsesprogrammer som «Google Translate» og «Bing Translation». Dette er en svakhet ved studien ettersom oversettelsesprogrammene er ikke særlig egnet til engelsk fagspråk. Det kan derfor lett oppstå mistolkninger og endringer i teksten. Oversettelsesprogrammet har derfor kun blitt brukt hvor det har vært svært vanskelig

å forstå spesifikke ord og uttrykk i teksten. Resultatene i de inkluderte artiklene er lest grundig flere ganger av begge forfatterne for å unngå misforståelser.

Ettersom forskningsresultater ikke kan bli brukt ukritisk ser vi det som en styrke at vi i denne litteraturstudien har brukt helsebibliotekets sjekklister for alle de inkluderte artiklene (Helsebiblioteket, 2021c). Kritisk vurdering er en strukturert vurdering av styrker og svakheter i artiklene, for å vurdere kvaliteten og hvordan det kan hjelpe til med å svare på problemstillingen (Aveyard, 2019, s. 102). Vi ser på det som en styrke at denne litteraturstudien er gjennomført av to forfattere, og begge har uavhengig av hverandre kritisk vurdert hver enkelt artikkel. Det samme gjelder analyseprosessen. Videre ser vi det som en styrke at vi har inkludert 8 primærstudier, noe som gir et dekkende grunnlag for en god analyse (Aveyard, 2019, s. 134). Alle de inkluderte studiene har blitt vurdert til middels eller høy kvalitet, og vi har derfor tillit til datamaterialet. En styrke i de inkluderte studiene er at de har en godt forklart utvalgsstrategi. Innsamlingen av data og analysen er også godt gjort rede for. Videre ser vi på det som en styrke at syv av åtte inkluderte artikler har utført semistrukturerte intervjuer med de inkluderte kvinnene (Founds, 2007; Guittier et al., 2011; Homer et al., 2015; Morris et al., 2021; Petrovska, Watts, Sheehan, et al., 2017; Sierra, 2021; Thompson et al., 2019). Dette gir mulighet for intervjueren å komme med oppfølgingsspørsmål under intervjuet slik at viktig informasjon ikke gikk tapt. Den ene inkluderte studien (Petrovska, Sheehan, et al., 2017a) skiller seg ut fra de andre studiene ved at de ikke vet nøyaktig hvem utvalget er da de ser på hvordan kvinner har brukt diskusjonsforum til å finne informasjon. Ettersom kommentatorene er anonyme vet de ikke hvem som kommenterer på de ulike forumene og det kan tenkes at det er lettere å kommentere ukritisk.

Vi har kun inkludert primærstudier fra etter år 2000. Dette gjorde vi bevisst ettersom TBT-studien ble publisert i år 2000, og har påvirket flere land når det kommer til vaginal seteforløsning (Alexandersson et al., 2005; Hartnack Tharin et al., 2011; Hogle et al., 2003; Vlemmix et al., 2014). Videre kan det tenkes at forløsningsmetoder ved seteleie kan ha hatt andre prosedyrer i årene før år 2000. Vi ser det derfor som en styrke i denne litteraturstudien at de inkluderte primærstudiene er publisert fra år 2000 og til dags dato.

De inkluderte studiene bortsett fra én kommer fra land som Australia, Sveits, England og som har, slik vi har forstått det, noenlunde lik jordmorstyrt fødselsomsorg som i Norge, er det

naturlig å tro at resultatene er overførbare og kan belyse problemstillingen i Norge. Dette ser vi på som en styrke. Likevel ser det ut til at Norge har kommet noe lenger i vaginal setefødsel enn de ovennevnte landene, da Norge har i lenger tid hatt flere vaginale setefødsler (Øian et al., 2003). Den ene inkluderte artikkelen (Founds, 2007) er utført i et av de mest landlige distriktene i Jamaica, og er trolig lite overførbart til Norge. Dette ser vi på som en svakhet da Jamaica er et mellominntektsland og beskrives som at de har mangel på både helsepersonell, utstyr og kapital (Founds, 2007; Handa, 2000). Likevel kan det tenkes at kvinners erfaringer og opplevelser kan være den samme.

## **5.5 Implikasjoner for praksis**

Selv om kvinner ikke alltid har en fødselsplan, har de ofte ideer for hvordan deres ideelle fødsel vil se ut. Vi har sett, både i denne studien og i praksis, at når kvinner får bekreftet seteleie endrer det deres tanker om fødsel. I denne litteraturstudien viste det seg at kvinner som søkte vaginal setefødsel opplevde mangel på informasjon og støtte, og ulike former for disiplinær makt. Det kan tenkes at det kan være mangel på erfarne og støttende helsepersonell, og at det har et forbedringspotensial. Alt helsepersonell som jobber med å ivareta gravide kvinner med et foster i seteleie bør tilby kvinner god og konkret informasjon på en ikke-dømmende måte. Det er viktig med åpen kommunikasjon mellom kvinnen og helsepersonell, og at helsepersonell er klar over hvilken maktposisjon de står i, og hvor sårbare kvinner er i denne situasjonen. Informasjonen skal hjelpe kvinnen til å ta en beslutning for valg av fødemåte, så lenge seleksjonskriteriene er ivaretatt. Det er viktig å ha fødselsleger og jordmødre som kan gi kvinnene objektiv informasjon, og stå i vaginale setefødsler for at kvinnene skal føle seg trygge og ivaretatt, både før og under en vaginal setefødsel. I møte med kvinner med et foster i seteleie må det vektlegges å skape et miljø hvor kvinnen kan gi uttrykk for sine ønsker, tanker, følelser og bekymringer, og hvor en kan ha åpen dialog om fødemåte. Flere kvinner opplever valg av fødemåte som en vanskelig beslutning, det er derfor viktig at disse kvinnene får ekstra tid til refleksjon og beslutningsvalg. Konkret og objektiv informasjon både muntlig og skriftlig kan være nyttig for kvinner med foster i seteleie, også i svangerskapsomsorgen.

## 6 Konklusjon

Kvinner som har opplevd å ha et barn i seteleie til termin går igjennom mange ulike følelser fra det blir oppdaget og frem til fødselen finner sted. Mange har følt på følelser som frykt, skuffelse, maktesløshet og sorg fordi de var usikre på hva som ventet dem. Kvinner har gitt uttrykk for et ønske om at fosteret skal snu seg til hodeleie for å oppleve en vaginal fødsel. Kvinner ønsket seg en naturlig fødsel enten fordi de hadde tro på egen evne til å føde vaginalt eller fordi de ikke ønsket å gå gjennom et keisersnitt. Flere kvinner så på vaginal fødsel som et overgangsrituale. Overgangen fra kvinne til å bli mor var en viktig prosess de ikke ønsket å gå glipp av.

Kvinnens oppfatning av vaginal setefødsel ble påvirket av helsepersonell. Enkelte påpekte at de har fått mangelfull informasjon, og at det de ønsket seg var informasjon om både fordeler og ulemper ved de ulike forløsningsmetodene. Helsepersonell bør være oppmerksom på makten de har i møte med den gravide og hvordan de kan påvirke hennes fødselsvalg. Mangelfull informasjon kan føre til at kvinner søker informasjon og støtte hos familie, venner og internett. I enkelte tilfeller kan dette føre til feilinformasjon og skape unødvendige bekymringer. For at kvinner med barn i seteleie skal føle seg sett og hørt, er det viktig at vi som jordmødre jobber kunnskapsbasert. Det vil si at vi må ta oss tid til å snakke med dem og gi dem korrekt informasjon basert på forskning og erfaring slik at kvinner er mer rustet til å bestemme selv hva som er best for seg og sitt ufødte barn.

## Litteraturliste

- Alexandersson, O., Bixo, M. & Hogberg, U. (2005). Evidence-based changes in term breech delivery practice in Sweden. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84(6), 584-587. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00534.x>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care A Practical Guide*. McGraw-Hill Education.  
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/hioa/detail.action?docID=6212137>
- Bell, A. F., Andersson, E., Goding, K. & Vonderheid, S. C. (2018). The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 16, 67-77. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.007>
- Bjellmo, S., Albrechtsen, S., von Brandis, P., Iversen, J. K., Jettestad, M. C., Sellevoll, H. B. & Steen, T. B. (2022a). Pasientinformasjon. I A. F. Jacobsen, J. Kessler, K. S. Oppegård & K. Sjøborg (Red.), *Veileder i fødselshjelp 2020*. Norsk gynekologisk forening.  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6e7055f9949b4e01be811e13ecd3bb23/pasientinformasjon-seteleie.pdf>
- Bjellmo, S., Albrechtsen, S., von Brandis, P., Iversen, J. K., Jettestad, M. C., Sellevoll, H. B. & Steen, T. B. (2022b). Setefødsel og ytre vending. I A. F. Jacobsen, J. Kessler, K. S. Oppegård & K. Sjøborg (Red.), *Veileder i fødselshjelp*. Norsk gynekologisk forening.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/setefodsels-og-ytre-vending/>
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2021). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (4. utg.). Gyldendal
- Blix, E. & Bernitz, S. (2017). Åpningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 442-454). Cappelen Damm Akademisk.
- Brunstad, A. (2017). Utdrivningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 459-476). Cappelen Damm Akademisk.
- Carbillon, L., Benbara, A., Tigaizin, A., Murtada, R., Fermaut, M., Belmaghni, F., Bricou, A. & Boujenah, J. (2020). Revisiting the management of term breech presentation: a proposal for overcoming some of the controversies. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2831-4>



- CASP. (2018). *CASP checklist*. Critical Appraisal Skills Programme. Hentet 14.04.23 fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Cook, K. & Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018, 29.10.18). *Kva er forskningsetikk?* <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/kva-er-forskningsetikk/>
- Folkhelseinstituttet. (2023). *Medisinsk fødselsregister: statistikkbank. Tabell I5: Inngrep ved seteleie [Statistikk]*. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)* (LOV-2017-04-28-23). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Found, S. A. (2007). Women's and providers' experiences of breech presentation in Jamaica: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1391-1399. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.018>
- Førde, R. (2014, 10.10.2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 15.04.23 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Glaso, A. H., Sandstad, I. M. & Vanky, E. (2013). Breech delivery--what influences on the mother's choice? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(9), 1057-1062. <https://doi.org/10.1111/aogs.12183>
- Glezerman, M. (2006). Five years to the Term Breech Trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(1), 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.039>
- Goffinet, F., Carayol, M., Foidart, J. M. & et al. (2006). Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(4), 1002-1011. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.10.817>
- Guittier, M. J., Bonnet, J., Jarabo, G., Boulvain, M., Irion, O. & Hudelson, P. (2011). Breech presentation and choice of mode of childbirth: A qualitative study of women's experiences. *Midwifery*, 27(6), e208-213. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.008>

- Handa, S. (2000). The Impact of Education, Income, and Mortality on Fertility in Jamaica. *World Development*, 28(1), 173-186. [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(99\)00114-X](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(99)00114-X)
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., Willan, A. R., Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S. & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*, 356(9239), 1375-1383. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02840-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02840-3)
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Uldbjerg, N. & et al. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study. *BMJ*, 336(7635), 85-87. <https://doi.org/10.1136/bmj.39405.539282.BE>
- Hartnack Tharin, J. E., Rasmussen, S. & Krebs, L. (2011). Consequences of the Term Breech Trial in Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(7), 767-771. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01143.x>
- Helsebiblioteket. (2018, 11.12.2018). *Kritisk vurdering*. Folkehelseinstituttet, Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Oslo. Hentet 30.01.23 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2021a, 17.09.2021). *Kunnskapsbasert praksis*. Folkehelseinstituttet, Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Oslo. Hentet 13.04.23 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2021b, 30.09.2021). *PICO*. Folkehelseinstituttet, Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Oslo. Hentet 13.04.23 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsebiblioteket. (2021c, 17.09.2021). *Sjekklistor*. Folkehelseinstituttet, Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Oslo. Hentet 07.10.22 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=sjekklistor#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2022, 01.09.2022). *Systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet, Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Oslo. Hentet 20.02.23 fra

- <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-42-systematisk-oversikt>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud: Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Henriksen, T. & Molne, K. (2015). Avvikende fødsler, komplikasjoner og intervensjoner. I B. I. Nesheim (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg., s. 203-223). Gyldendal Akademisk.
- Hofmeyr, G. J., Hannah, M. & Lawrie, T. A. (2015). Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000166.pub2>
- Hogle, K. L., Kilburn, L., Hewson, S. & et al. (2003). Impact of the International Term Breech Trial on clinical practice and concerns: A survey of centre collaborators. *JOGC [Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada]*, 25(1), 14-16.  
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)31077-5](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)31077-5)
- Homer, C. S., Watts, N. P., Petrovska, K., Sjostedt, C. M. & Bisits, A. (2015). Women's experiences of planning a vaginal breech birth in Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15, 89. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0521-4>
- Jackson, K., Anderson, M. & Marshall, J. E. (2020). Physiology and care during the first stage of labour. I J. E. Marshall & M. D. Raynor (Red.), *Myles Textbook for Midwives* (17. utg., s. 447-499). Elsevier Limited.
- Jenkinson, B., Kruske, S. & Kildea, S. (2017). The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery*, 52, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.006>
- 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 Medicine*, 15(1), e1002494.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Kempe, P. & Vikström-Bolin, M. (2020). Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 156-159.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.041>
- Kessler, J., Iversen, J. K. & Sivertsen, H. F. (2020). Operativ vaginal forløsning. I A. F. Jacobsen, J. Kessler, K. S. Oppegård & K. Sjøborg (Red.), *Veilder i fødselshjelp 2020*.

- Norsk gynekologisk forening.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/operativ-vaginal-forlosning/>
- Lackner, E. J. (2022, 10. oktober 2022). *Forskning*. Store Norske Leksikon. Hentet 15.04.23 fra <https://snl.no/forskning>
- Lawson, G. W. (2012). The Term Breech Trial ten years on: Primum non nocere? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 39(1), 3-9. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00507.x>
- Leung, T. Y., Lau, T. K., Lo, K. W. & Rogers, M. S. (2000). A survey of pregnant women's attitude towards breech delivery and external cephalic version. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 40(3), 253-259.  
<https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2000.tb03331.x>
- Mackeen, A. D., Packard, R. E., Ota, E., Berghella, V. & Baxter, J. K. (2014). Timing of intravenous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women undergoing cesarean delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009516.pub2>
- MacSali, F., Kolås, T., Sugulle, M., Strøm-Roum, E. M. & Steen, T. B. (2020). Keisersnitt. I A. F. Jacobsen, J. Kessler, K. S. Oppegård & K. Sjøborg (Red.), *Veileder i fødselskjelp 2020*. Norsk gynekologisk forening.  
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/keisersnitt/>
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, 339, b2535.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Molkenboer, J. F., Debie, S., Roumen, F. J., Smits, L. J. & Nijhuis, J. G. (2008). Mothers' views of their childbirth experience two years after term breech delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(1), 39-44.  
<https://doi.org/10.1080/01674820701535936>

- Morris, S., Geraghty, S. & Sundin, D. (2021). Women's experiences of breech birth and disciplinary power. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 3116-3131.  
<https://doi.org/10.1111/jan.14832>
- Morris, S. E., Sundin, D. & Geraghty, S. (2022). Women's experiences of breech birth decision making: An integrated review. *European Journal of Midwifery*, 6, 2.  
<https://doi.org/10.18332/ejm/143875>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Planned caesarean birth (NICE Guideline NG192)*.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/chapter/Recommendations#planned-caesarean-birth>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Intrapartum care for healthy women and babies: Place of birth (Nice Guideline CG190)*.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/recommendations#table-7>
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm AS.
- Oslo Universitetssykehus. (2023, Januar). Seteleie: Vurdering, forløsning og ytre vending [Prosedyre]. I *E-håndboken*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/2806>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Pasientens og brukers rett til informasjon* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petrovska, K., Sheehan, A. & Homer, C. S. E. (2017a). The fact and the fiction: A prospective study of internet forum discussions on vaginal breech birth. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(2), e96-e102.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.012>
- Petrovska, K., Sheehan, A. & Homer, C. S. E. (2017b). Media Representations of Breech Birth: A Prospective Analysis of Web-Based News Reports. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(4), 434-441. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12609>
- Petrovska, K., Watts, N., Sheehan, A., Bisits, A. & Homer, C. (2017). How do social discourses of risk impact on women's choices for vaginal breech birth? A qualitative study of women's experiences. *Health, Risk & Society*, 19(1/2), 19-37.  
<https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1256378>
- Petrovska, K., Watts, N. P., Catling, C., Bisits, A. & Homer, C. S. (2016). Supporting Women Planning a Vaginal Breech Birth: An International Survey. *Birth*, 43(4), 353-357.  
<https://doi.org/10.1111/birt.12249>

- Petrovska, K., Watts, N. P., Catling, C., Bisits, A. & Homer, C. S. (2017). 'Stress, anger, fear and injustice': An international qualitative survey of women's experiences planning a vaginal breech birth. *Midwifery*, 44, 41-47.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.11.005>
- Polit, D. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Powell, R., Walker, S. & Barrett, A. (2015). Informed consent to breech birth in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*. <http://openaccess.city.ac.uk/12320/>
- Reinar, L. M. & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 66-78). Cappelen Damm Akademisk.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2017). Management of Breech Presentation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(7), e151-e177. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14465>
- Salvesen, K. Å. (2017). Operative forløsninger. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 564-572). Cappelen Damm Akademisk.
- Sierra, A. (2021). Women's perception of choice and support in making decisions regarding management of breech presentation. *British Journal of Midwifery*, 29(7), 392-400.  
<https://doi.org/10.12968/bjom.2021.29.7.392>
- Søk & Skriv. (2022a, 5. desember 2022). *Søketeknikker: Emneord*. UiB, UiO og HVL.  
<https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#emneordsøk>
- Søk & Skriv. (2022b, 5. desember 2022). *Søketeknikker: Trunkering*. UiB, UiO og HVL.  
<https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#trunkering>
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Thompson, E., Brett, J. & Burns, E. (2019). What if something goes wrong? A grounded theory study of parents' decision-making processes around mode of breech birth at term gestation. *Midwifery*, 78, 114-122. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.006>
- Toivonen, E., Palomaki, O., Huhtala, H. & Uotila, J. (2014). Maternal experiences of vaginal breech delivery. *Birth*, 41(4), 316-322. <https://doi.org/10.1111/birt.12119>

- Tollånes, M. C., Moster, D., Daltveit, A. K. & Irgens, L. M. (2008). Cesarean Section and Risk of Severe Childhood Asthma: A Population-Based Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, 153(1), 112-116.e111. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.01.029>
- Valente, M. P., Carvalho Afonso, M. & Clode, N. (2020). Is Vaginal Breech Delivery Still a Safe Option? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 42(11), 712-716. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713804>
- Vistad, I., Klungsøyr, K., Albrechtsen, S. & Skjeldestad, F. E. (2015). Neonatal outcome of singleton term breech deliveries in Norway from 1991 to 2011. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(9), 997-1004. <https://doi.org/10.1111/aogs.12684>
- Vlemmix, F., Bergenhenegouwen, L., Schaaf, J. M. & et al. (2014). Term breech deliveries in the Netherlands: Did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(9), 888-896. <https://doi.org/10.1111/aogs.12449>
- Whyte, H., Hannah, M. E., Saigal, S. & et al. (2004). Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 864-871. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.06.056>
- World Health Organization. (2023). *Maternal health* Hentet 24.03.23 fra [https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1)
- Øian, P., Albrechtsen, S., Berge, L. N., Børdahl, P. E., Egeland, T., Henriksen, T. & Håheim, L. L. (2003). *Fødsel av barn til termin - Assistert vaginal fødsel eller keisersnitt?* (SMM 3/2003). Oslo: Sintef. [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/smm-rapporter/smm-rapport\\_03-03\\_foedsel\\_av\\_barn\\_-i\\_seteleie\\_til\\_termin.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/smm-rapporter/smm-rapport_03-03_foedsel_av_barn_-i_seteleie_til_termin.pdf)



## Vedlegg 1: Søkealgoritmer i databasesøk

CHINAL 15.02.23	MEDLINE OVD 15.02.23	PSYCHINFO 15.02.23	MATERNITY & INFANT CARE 15.02.23
<p>1.TI breech OR AB breech (1571)</p> <p>2.(MH “Breech Presentation”) OR (MH “Breech Delivery”) (1467)</p> <p>3.S1 OR S2 (2081)</p> <p>4.TI ( (qualitative or view* or percept* or experience* or feel* or emotion* or phenomenolog* ) ) OR AB ( (qualitative or view* or percept* or experience* or feel* or emotion* or phenomenolog* ) ) (927 275)</p> <p>5.(MH “Qualitative Studies”) (140 654)</p> <p>6.S4 OR S5 (954 194)</p> <p>7.S3 AND S6 (307)</p> <p>8.S3 AND S6 limiters - published date: 20000101-221231 (291)</p>	<p>1.Breech presentation/ (3 326)</p> <p>2.breech.ti,ab. (5053)</p> <p>3.1 or 2 (5766)</p> <p>4.limit to “qualitative (best balance of sensitivity and specificity)” (525)</p> <p>5.qualitative research/ (79 425)</p> <p>6.(qualitative or view* or percept* or experience* or feel* or emotion* or phenomenology*).ti,ab. (2 490 679)</p> <p>7. 5 or 6 (2 499 154)</p> <p>8. 3 and 7 (596)</p> <p>9. 4 or 8 (639)</p> <p>10. limit 9 to yr=”2000-current” (433)</p>	<p>1.breech.ti,ab. (158)</p> <p>2.limit 1 to yr=”2000 - Current” (122)</p>	<p>1.[Breech presentation/] (0)</p> <p>2.breech.ti,ab. (2033)</p> <p>3.1 or 2 (2033)</p> <p>4.limit 3 to “qualitative (best balance of sensitivity and specificity)” [limit not valid; records were retained] (2033)</p> <p>5.[qualitative research/] (0)</p> <p>6.(qualitative or view* or percept* or experience* or feel* or emotion* or phenomenology*).ti,ab. (52 942)</p> <p>7.5 or 6 (52 942)</p> <p>8.3 and 7 (405)</p> <p>9.4 or 8 (2033)</p> <p>10. limit 9 to yr=”2000-current” (1390)</p>



## Vedlegg 2: Helsebibliotekets sjekkliste over inkluderte studier

Artikkel:	Founds (2007)	Guittier et al. (2011)	Homer et al. (2015)	Morris et al. (2021)	Petrovska, Sheehan, et al. (2017a)	Petrovska, Watts, Sheehan, et al. (2017)	Sierra (2021)	Thompson et al. (2019)
<b>Spørsmål fra sjekklisten:</b>								
Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja
Ble datene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Uklart	Nei	Nei	Ja	Nei	Uklart	Uklart	Nei
Er etiske forhold vurdert?	Ja	Uklart	Uklart	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er funnene klart presentert?	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

### Vedlegg 3: Utdrag av linje-for-linje koding i farger

Artikkel	Resultat	Koder
«Women's experiences of breech birth and disciplinary power»  Morris, S., Geraghty, S. & Sundin, D. (2021)  Western Australia	<p>3.1.2 Information</p> <p>Whether the women were diagnosed during the antenatal or intrapartum period, all women were presented with some form of information by their attending clinician. Maternity healthcare professionals are in a position to either empower or disempower the women in their care and this is done through information provision/control. How information is presented to women has been shown to greatly impact on the decision-making process (Abdessalami et al., 2017). Disciplinary power featured heavily in this phase of the breech cycle in how information was presented to women. Nearly all women reported that they were presented with minimal information related to breech presentation and what they were told highlighted the risk of VBB and championed the safety of C/S. Information bias and the use of scare tactics including the threat of significant morbidity and death of the fetus during breech birth counselling has been previously reported in breech literature (Homer et al., 2015).</p> <p>Fear surrounding breech birth is ingrained on a cultural level throughout society. Not only are women told VBB is dangerous by clinicians based on out-dated and unsubstantiated evidence, the media portray breech birth in a negative light and present C/S as the safest option for breech birth (Petrovska, Sheehan, et al., 2017).</p>	<p>Fikk informasjon av sine klinikere Barnhelsepersonell styrker eller umyndiggjør kvinner Informasjonsformidling /kontroll Informasjon har innvirkning på beslutningsprosessen Disiplinær makt påvirker informasjonsgivningen Fikk lite informasjon om seteleie Fremhevet risiko for VBB Forsvarte sikkerheten til CS Informasjonsskvehet Bruk av skremselstaktikk Trussel om sykdom og død under informasjonsgivning Frykt rundt setefødsel i samfunnet Kvinner blir fortalt at VBB er farlig av klinikere Basert på utdaterte og udokumentert bevis Media fremstiller VBB negativt Media fremstiller CS positivt</p>

## Vedlegg 4: Kodebank

Forfatter	Koder
<b>Founds (2007)</b>	Definerer ikke seteleie som et problem/ Tolkning av seteleie/ Setefødsel sett på som livstruende/ Kvinner følte seg presset til keisersnitt pga. trygt utfall/Overtalelse av familie/Stå imot legen vet best/ Opplevelsen av å føde var forferdelig/ Hjelp til å forstå hva seteleie betyr/ Sosiale nettverk formidler seteleie som risiko/ Setefødsel gir mange komplikasjoner/ Kulturelle oppfatninger av seteleie/ Setefødselen påvirket fremtidig reproduksjonsvalg
<b>Guittier et al. (2011)</b>	Håp om at foster vil snu seg/ Prøver å være rasjonell/ Sykehusene sprer frykt/ Klinikere beskriver vaginal setefødsel som et farlig alternativ, sprer frykt/ Positive opplevelser fra internett ga ro/ Kvinner opplevde jordmor som støttende/ Ønsker mer informasjon enn selve intervusjonen/ Opplever medisinsk informasjon stressende/ Opplevde familie og venner som gode resurser/ Ønsker støtte fra sine sosiale nettverk/ Kamp om å ikke gi etter for keisersnitt/ Føler på ansvar ift. vaginal fødsel / Hva om noe går galt/ Valg av fødselsform en prosess med flere faktorer/ Umulig beslutning å velge keisersnitt eller vaginal setefødsel/ Kvinner trenger mer tid mellom informasjon og beslutning/ Følelse av å gå glipp av noe/bli skuffet/ Ønsker ikke å vite noe om risiko for vaginal setefødsel pga. ønske om vaginal setefødsel
<b>Homer et al. (2015)</b>	Føler seg maktesløs/ Engstelig og overrasket over å få diagnosen/ Diagnosen oppleves stressende/ Klinikere beskriver vaginal setefødsel som et farlig alternativ/ Klinikere sprer frykt/ Bruk av skremselstaktikk/ Trussel om sykелighet og død/ Kvinner følte at de ble gitt tilstrekkelig informasjon til å ta et informert valg/ Følte tomrom mellom informasjon de fikk og informasjon de ønsket/ Mangelfull informasjon om alternativer/ Kvinner opplever legen som støttende og informativ/ Ønsker bedre info om fordeler og ulemper ved de ulike forløsningsmetodene/ Ønsker pålitelig informasjon basert på bevis eller myte/ Kvinner blir påvirket av sin kliniker/ Presset til keisersnitt/Har ikke noe valg/ Keisersnitt ble anbefalt pga. sikkerhetsgrunner/ Legen mener kvinnen trenger keisersnitt/ Personell styrker eller umyndiggjør gjennom informasjonsformidling /Disiplinær makt påvirker informasjonsgivning/ Vaginal setefødsel presentert negativt/ Ønsker tilgjengelige alternativer/ Overgangsrituale som ble tatt ifra de/ Tap av valg fikk noen til å føle seg fanget og fast bestemt på å kjempe for en vaginal setefødsel/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om fødemåte/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om fødested/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om ytre vending/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om tid/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om fødselsforhold/ Ønsker ikke keisersnitt /ønsker vaginal setefødsel for tidlig integrering av amming/ Ønsket overgangsritualet/ Ønsket å føde naturlig/ Ønsket å diskutere vaginal setefødsel som et alternativ/Ønske om å finne noen som støtter vaginal setefødsel/ God tro på egen kropp/ Tro på egen evne til å føde vaginalt/ Mistet selvtilliten når hun fikk vite at vaginal setefødsel ikke lenger var mulig/ Fødselsopplevelsen er viktig for kvinner/ Var glad for å ha opplevd naturlig fødsel/
<b>Morris et al. (2021)</b>	Føler på frykt/ Føler usikkerhet og skuffelse ved diagnose/ Å få diagnosen var fryktelig/ Et stadium av sorg er fornektelse/ Diagnosen oppleves stressende/ Følelse av å være alene og isolert/ Samfunnet ser på vaginal setefødsel som en sykdom/ Samfunnet ser på setefødsel med frykt/ Klinikere beskriver vaginal setefødsel som et farlig alternativ/ Klinikere sprer frykt/ Skremsel om uerfarne leger på jobb/ Nettsteder driver med skremselpropaganda/ Bruk av skremselstaktikk/ trussel om sykелighet og død/ Behov for å finne trøst i sosiale medier/ Kvinner søker etter andre informasjonskilder/ Kvinner opplevde jordmor som støttende/ Kvinner ble pålagt å fordøye mye informasjon på kort tid/ Ønsker bedre info om fordeler og ulemper ved de ulike forløsningsmetodene/ Ønsker pålitelig informasjon basert på bevis eller myte/ Opplevde familie og venner som gode resurser/

	<p>Kvinnen stolte på legen sin pga. ærlighet/ Opplevde god psykisk støtte etter fødsel/ Familien trakk støtten pga. legens anbefaling/Kvinner blir påvirket av sin kliniker/ Presset til keisersnitt/Har ikke noe valg/ Legen mener kvinnen trenger keisersnitt/ Personell styrker eller umyndiggjør gjennom informasjonsformidling /Disiplinær makt påvirker informasjonsgivning/vaginal setefødsel presentert negativt/ Disiplinær makt ble utøvd av klinikere når de ble møtt av motstand/ Ønsker tilgjengelige alternativer/ Følte seg frustrert over å ikke kunne velge fødestilling/ Vinne makt ved å innhente kunnskap selv/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om fødemåte/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om fødested/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om ytre vending/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om tid/ Kvinner opplevde å måtte forhandle om fødselsforhold/ Partner påvirker beslutningsprosessen/ Blir påvirket av skrekkhistorier/ Kvinner synes det er positivt når kliniker støtter vaginal setefødsel/ Medisinsk personell må kunne stole på fødekraften/ Ønsker ikke keisersnitt /Ønsker vaginal setefødsel for tidlig integrering av amming/ Ønsket å føde naturlig/ Ønsket å diskutere vaginal setefødsel som et alternativ/Ønske om å finne noen som støtter vaginal setefødsel/ God tro på egen kropp/ Tro på egen evne til å føde vaginalt/ Fødselsopplevelsen er viktig for kvinner/ Kvinner som er motivert for vaginal setefødsel innhenter kunnskap selv/ Var glad for å ha opplevd naturlig fødsel/ Hadde tatt keisersnitt om det var første barnet/ Hadde ikke valgt vaginal setefødsel igjen hvis hun visste diagnosen på forhånd</p>
<b>Petrovska, Sheehan, et al. (2017a)</b>	<p>Håp om at foster vil snu seg/ Motstridende følelser/ Negativt språk om seteleie/ Risiko for vaginal setefødsel ble sett på som høyere enn andre scenario/ Setefødsel sett på som uforutsigbart til tross for støttende retningslinjer og bevis/ Antagelse om vaginal setefødsel ender i dårlige resultater/ Klinikere beskriver vaginal setefødsel som et farlig alternativ/ Klinikere sprer frykt/ Skremsel om uerfarne leger på jobb/ Redd for dårlig barn ved vaginal setefødsel/ Henvender seg til nettforum for å finne positive fødselshistorier om vaginal setefødsel og støtte/ Behov for å finne trøst i sosiale medier/ Vanskelig å få støtte fra familie til vaginal setefødsel/må rettferdiggjøre sitt valg/ Delte for mye/ Kvinner følte seg presset til keisersnitt pga. trygt utfall/ Overtalelse av familie/ Stå imot legen vet best/ Følelse av tap og kontroll ved å ikke få mulighet til å føde vaginalt/ Kamp om å ikke gi etter for keisersnitt/ Ønsker å bytte sykehus som støtte vaginal setefødsel/ Blir anklaget for å være egoistisk i sitt valg om vaginal setefødsel/ Umulig beslutning å velge keisersnitt eller vaginal setefødsel/ Følelse av å gå glipp av noe/ Følelse av å bli skuffet/ Glad for å få mulighet til å prøve vaginal setefødsel</p>
<b>Petrovska, Watts, Sheehan, et al. (2017)</b>	<p>Fødsel påvirker din fysiske og psykiske helse/ Følelse av å være alene og isolert/ Negativt språk om seteleie/ Setefødsel sett på som livstruende/ Samfunnet ser på vaginal setefødsel som en sykdom/ Samfunnet sprer frykt/ Nettsteder driver med skremselspropaganda/ Sosialt nettverk formidler seteleie som risiko/ Henvender seg til nettforum for å finne positive fødselshistorier om vaginal setefødsel og støtte/ Mangel på informasjon forsterker vaginal setefødsel som risiko/ Ønsker bedre info om fordeler og ulemper ved de ulike forløsningsmetodene/ Vanskelig å få støtte fra familie til vaginal setefødsel/ Må rettferdiggjøre sitt valg/ Delte for mye/ Anklaget for å være egoistisk/ Anklaget for å være selvopptatt/ Anklaget for å sette fødsel foran baby/ Mangel på anerkjennelse ift. kvinnens evne til å delta i beslutningsprosessen/ Kvinner følte seg presset til keisersnitt pga. trygt utfall/ Overtalelse av familie/ Stå imot legen vet best/ Mødre må håndtere anklager om ting går galt ved vaginal setefødsel/ Kvinner dømt ute av stand til autonom beslutningstaking/ Trussel ved å bli umyndiggjort ved å ta uønsket keisersnitt/ Stå imot legen vet best/ Viktig å beholde kontroll over fødselsprosessen/ Følelse av å gå glipp av noe/ Følelse av å bli skuffet/ God tro på egen kropp/ Tro på egen evne til å føde vaginalt</p>
<b>Sierra (2021)</b>	<p>Håp om at foster vil snu seg/ Føler på frykt, usikkerhet og skuffelse ved diagnose/ Å få diagnosen var fryktelig/ Føler seg maktesløs/ Engstelig og overrasket over å få diagnosen/ Hadde aldri hørt om seteleie/ Kvinner følte at de ble gitt tilstrekkelig informasjon til å ta et informert valg/ Mangelfull informasjon om alternativer/ Kvinner opplevde jordmor som støttende/ Kvinner ble pålagt å fordøye mye informasjon på kort tid/ Ønsker bedre info om fordeler og ulemper ved de ulike forløsningsmetodene/ Presset til keisersnitt/Har ikke noe valg/ Keisersnitt ble anbefalt pga. sikkerhetsgrunner/ Legen mener kvinnen trenger keisersnitt/ Personell styrker eller umyndiggjør gjennom informasjonsformidling /Disiplinær makt påvirker informasjonsgivning/</p>

	Vaginal setefødsel presentert negativt/ Ønsker ikke keisersnitt / Ønsker vaginal setefødsel for tidlig integrering av amming/ Ønsket å diskutere vaginal setefødsel som et alternativ/Ønske om å finne noen som støtter vaginal setefødsel
<b>Thompson et al. (2019)</b>	Føler seg maktesløs/ Engstelig og overrasket over å få diagnosen/ Kvinner ønsket å dele informasjon, råd og erfaringer med andre som er i lignende situasjon/ Henvender seg til nettforum for å finne positive fødselshistorier om vaginal setefødsel og støtte/ Kvinner søker etter andre informasjonskilder/ Kvinner følte at de ble gitt tilstrekkelig informasjon til å ta et informert valg/ Kvinner ble pålagt å fordøye mye informasjon på kort tid/ Søker uformelle fødselsråd fra familie og venner med og uten helsefaglig bakgrunn/ Opplevde familie og venner som gode resurser/ Kvinner blir påvirket av sin kliniker/ Presset til keisersnitt/Har ikke noe valg/ Keisersnitt ble anbefalt pga. sikkerhetsgrunner/ Personell styrker eller umyndiggjør gjennom informasjonsformidling /Disiplinær makt påvirker informasjonsgivning/ Vaginal setefødsel presentert negativt/ Ønsker tilgjengelige alternativer/ Følte seg ikke presset/ Vinne makt ved å innhente kunnskap selv/ Blir anklaget for å være egoistisk i sitt valg om vaginal setefødsel/ Føler på ansvar ift. vaginal fødsel / Hva om noe går galt/ Valg av fødselsform en prosess med flere faktorer/ Blir påvirket av familie i beslutningsprosessen/ Internett og sosiale medier kan påvirke beslutningsprosessen/ Partner påvirker beslutningsprosessen/ Kvinner trenger mer tid mellom informasjon og beslutning/ Blir påvirket av skrekkhistorier/ Ønsker ikke keisersnitt / Ønsker vaginal setefødsel for tidlig integrering av amming/ Ønsket å føde naturlig/ Ønsket å diskutere vaginal setefødsel som et alternativ/Ønske om å finne noen som støtter vaginal setefødsel/ God tro på egen kropp/ Tro på egen evne til å føde vaginalt/ Kvinner som er motivert for vaginal setefødsel innhenter kunnskap selv

## Vedlegg 5: Gruppedynamikk

Masterstudiet har vært utfordrende, tidkrevende og utrolig spennende. Vi har hatt en bratt læringskurve og sitter igjen med mange gode opplevelser og erfaringer. Det har vært utfordrende ettersom det har krevd masse arbeid, og fordi vi har brukt mye tid på å sette oss inn i prosessen. Vi har skrevet om et tema som synes er veldig relevant og som vi kan ta med oss videre inn i yrket som jordmor. Det har vært spennende å dykke inn i forskningen, og vi har lært masse om ulike forskningsmetoder og hvor mye arbeid det krever.

Det var avtalt før oppstart av masteroppgaven at vi skulle skrive sammen ettersom vi begge hadde interesse for temaet og kjente hverandre fra arbeidslivet. Begge studentene har familie og barn, det har derfor vært viktig å være ærlige med hverandre og ha en åpen dialog gjennom hele prosessen. Samarbeidet har vært godt, og vi hjulpet hverandre der vi har stått fast. Vi har fra begynnelsen hatt en plan for hvordan vi skal komme i mål, og har fulgt denne så godt som mulig underveis. Vi har hatt en åpen dialog for hva som har vært viktig å ha med i oppgaven til enhver tid, og jobbet jevnt gjennom hele perioden. Noen arbeidsoppgaver har blitt fordelt etter hva vi har følt oss gode på, men vi har sammen gått igjennom og diskutert de ulike delene ved oppgaven slik at oppgaven skulle bli så god som mulig. Vi har vært sammen om alt fra begynnelsen, og føler vi har hatt et godt samarbeid under hele prosessen. Vi sitter igjen med masse læring, gode minner og gleder oss til å ta fatt på jordmoryrket.