



MASTERGRADSOPPGAVE I JORDMORFAG

Vår 2023

Hvilke erfaringer har jordmor med innføring av fysiologisk setefødsel
- en kvalitativ studie

Kandidatnummer: 628 og 638

Antall ord: 11899

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

FORORD

Vi vil gjerne få takke vår veileder for god veiledning preget av kloke, konstruktive og lærerike tilbakemeldinger. Du har motivert oss og oppmuntret oss. Det har vært kjekt å samarbeide med deg.

Videre vil vi takke jordmødrene som bidro til at vi kunne gjennomføre dette studiet. Takk for at dere har delt av deres erfaringer og gitt oss et innblikk i deres opplevelser. Takk også til avdelingsleder og øvrig ledelse ved den aktuelle fødeklubben som har ønsket oss velkommen og vært positiv til prosjektet.

Det har vært en lærerik prosess å skrive denne masteroppgaven. Vi vil takke hverandre for godt samarbeid, tålmodighet, raushet og latter underveis. Det har vært en fin periode.

Til slutt vil vi takke familie, venner og lærere for innspill, støtte og oppmuntring underveis i hele prosessen.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterenes regning.

Sammendrag

Tittel: Hvilke erfaringer har jordmor med innføring av fysiologiske setefødsel- en kvalitativ studie.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse erfaringer jordmødre har tilegnet seg etter innføring av fysiologisk setefødsel.

Problemstilling: «Hvilke erfaringer har jordmor med innføring av fysiologisk setefødsel?»

Metode: Studien har et kvalitativt design. Det empiriske datamaterialet ble innhentet gjennom semistrukturerte intervju av syv jordmødre. Analysen av det empiriske datamaterialet ble gjennomført etter Malterud sin systemiske tekstkondensering.

Resultat: Etter gjennomføringen av analyseprosessen fremkom følgende fem tema: 1) Økt fokus på det normale og fysiologiske; 2) Opplevelsen av forsterket jordmoridentitet; 3). Ingen profesjonskamp; 4) Bedre kontinuitet; 5) Motivert for endring.

Konklusjon: Studien viser at informantene opplevde økt fokus på det normale og fysiologiske, en mer sentral og aktiv rolle i fødselen, og styrket tverrfaglig samarbeid. En utfordring som ble trukket frem var mangelen på øyekontakt under forløsningen. Endring i rolle kunne oppleves krevende på grunn av usikkerhet i ny rolle. Det tverrfaglige samarbeidet var utfordrende i begynnelsen etter innføringen, men et sterkt felles ønske om å innføre fysiologisk setefødsel gjorde det lettere å samarbeide. Ytterligere forskning på temaet er ønskelig.

Nøkkelord: Fysiologisk setefødsel, Oppreiste posisjoner, Knestående posisjon, Setefødsel, Intervjustudie, Jordmor

Abstract

Title: What experiences do midwives have with the introduction of physiological breech birth – a qualitative study

Aim: The aim of this thesis is to shed light on the experiences midwives have acquired after the introduction of physiological breech birth.

Research question: «What experiences do midwives have with the introduction of physiological breech birth?»

Methodology; The study has a qualitative design. The empirical data was obtained through semi-structured interviews with seven midwives. The analysis of the empirical data was carried out according to Malterud systemic text condensation.

Results: After carrying out the analysis process, five main themes emerged: 1) Increased focus on the normal and physiological; 2) The experience of strengthened midwife identity; 3) No professional dispute; 4) Better continuity; 5) Motivated for change

Conclusion: The study shows that the informants experienced increased focus on the normal and physiological, a more central and active role in childbirth, and strengthened interdisciplinary collaboration. One challenge highlighted was the lack of eye contact during delivery. Changes in role could be perceived as demanding due to uncertainty in the new role. Interdisciplinary collaboration was challenging at the beginning after implementation, but a strong shared desire to introduce physiological breech birth made it easier to collaborate. Further research on the topic is desirable.

Key words: Physiological breech birth, upright positions, kneeling position, breech birth, interview study, midwife.

Innholdsfortegnelse

FORORD	II
SAMMENDRAG	III
ABSTRACT	IV
1 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	3
1.2.1 Begrepsavklaringer og avgrensning.....	3
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING	3
2 TEORETISK FORANKRING	4
2.1 QUALITY MATERNAL NEONATAL CARE FRAMEWORK.....	4
2.2 FYSIOLOGISK FØDSEL	5
2.2.1 Naturlige fødselsprosesser.....	6
2.3 JORDMORS ANSVAR OG ROLLE	8
2.3.1 Kontinuitet	9
3 METODE	11
3.1 KVALITATIVT DESIGN.....	11
3.1.1 Kvalitativt intervju	11
3.2 UTVALG OG REKRUTTERING.....	12
3.3 DATAINNSAMLING	12
3.3.1 Intervjuguide.....	12
3.3.2 Intervjukontekst.....	13
3.4 DATAANALYSE.....	14
3.4.1 Fra tale til tekst.....	14
3.4.2 Helhetsinntrykk.....	15
3.4.3 Meningsbærende enheter.....	15
3.4.4 Kondensering.....	16
3.4.5 Syntese	16
3.5 FORFORSTÅELSE.....	17
3.6 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	18
4 RESULTAT	19
4.1 ØKT FOKUS PÅ DET NORMALE OG FYSIOLOGISKE	19
4.2 OPPLEVELSE AV FORSTERKET JORDMORIDENTITET	20
4.3 INGEN PROFESJONSKAMP.....	22
4.4 BEDRE KONTINUITET	23
4.5 MOTIVERT FOR ENDRING.....	24
5 DISKUSJON	27
5.1 DISKUSJON AV RESULTAT.....	27

5.1.1	<i>Økt fokus på å fremme det normale og fysiologiske</i>	27
5.1.2	<i>Opplevelse av økt jordmorientitet</i>	29
5.1.3	<i>Ingen profesjonskamp</i>	30
5.2	METODEDISKUSJON	31
5.2.1	<i>Troverdighet</i>	32
5.2.2	<i>Pålitelighet</i>	33
5.2.3	<i>Bekreftbarhet</i>	34
5.2.4	<i>Overførbarhet</i>	34
6	KONKLUSJON	35
6.1	BIDRAG OG VIDERE FORSKNING	36
	LITTERATURLISTE	37
	VEDLEGG	42
	VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE	42
	VEDLEGG 2 – SAMTYKKEERKLÆRING	43
	VEDLEGG 3 – TABELL OVER ANALYSEPROSESSEN	46
	VEDLEGG 4 – VURDERING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER (NSD)	54
	VEDLEGG 5 - PROSEDYRE FOR SETELEIE	56
	VEDLEGG 6 – SAMTALE OM KNESTÅENDE SETEFØDSEL	64
	VEDLEGG 7 - REDEGJØRELSE FOR GRUPPEPROSESSEN	65

1 Innledning

I følgende kapittel gjøres det rede for bakgrunnen for valg tema, hensikten med studien og problemstilling. Til slutt redegjøres det for studiens oppbygging, samt begrepsforklaring og avgrensing av studien.

1.1 Bakgrunn

Antallet barn som er født i seteleie i Norge hvert år har vært relativt stabilt på fire prosent de siste ti årene (Folkehelseinstituttet, 2022). Da studien Term Breech Trial ble publisert i 2000, førte det til en stor endring i praksis for forløsning av barn i seteleie. Studien viste at planlagt keisersnitt ved påvist seteleie var best for barnet og ikke ga flere komplikasjoner hos mor. Dette førte til økt andel keisersnitt i denne gruppen (Hannah et al., 2000). Mange land utfører keisersnitt hos alle med et barn i seteleie, men i Norge er det ikke slik. I Norge anbefales vaginalforløsning av seteleie ved svangerskapsvarighet fra 34 uker og oppover, estimert fødselsvekt mellom 2000 til 4000 gram, og ved rent seteleie eller sete-fotleie. Det foreslås individuell vurdering ved svangerskapsvarighet under 34 uker og ved estimert fødselsvekt fra 4000 til 4500 gram (Norsk gynekologisk forening, 2020).

Vaginal forløsning av barn i seteleie ansees i Norge som en risikofaktor og skal selekteres til kvinneklinikker (Helsedirektoratet, 2010). Den vanligste forløsningsmetoden av barn i seteleie utføres med kvinnen i ryngleie. Ifølge Veileder i Fødselshjelp av Norsk gynekologisk forening (2020) skal barnet fødes spontant til navlehøyde, og deretter anbefales det aktiv forløsning av skuldre og hodet ved hjelp av Løvseths manøver. Jordmor følger opp kvinnen frem til utdrivningsfasen, deretter anbefales det at en eller to leger forløser barnet (Norsk gynekologisk forening, 2020). Videre i veilederen står det at kvinnen kan bli tilbudt å føde i knestående i de avdelingene hvor det er kompetanse på denne forløsningsmetoden. Dette underbygges med at det har positiv innvirkning på fosterlyden og fremgang i fødselen. Forløsningsmetoden blir også omtalt som fysiologisk setefødsel.

Det er gjort noe begrenset forskning på fysiologisk setefødsel. Studier som er gjort viser at dette er en trygg forløsningsmetode (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017). En retrospektiv kohortstudie sammenlignet utfall på seteleie med kvinnen i ryngleie, kvinnen i oppreist posisjon og ved keisersnitt. Studien ble utført i Tyskland mellom 2004-2011. Av 750

kvinner som fødte til termin hadde 269 kvinner vellykket vaginal forløsning. I studien sammenlignet de 229 kvinnene som hadde en oppreist stilling, med 40 kvinner som fødte på rygg. Resultatene viste at andre fase av fødselen ble i gjennomsnitt 42% kortere med kvinnen i oppreist posisjon sammenlignet med forløsning med kvinner ryggleie. De fant også en signifikant lavere bruk av forløsningsmanøvere, og færre tilfeller av tredje- og fjerdegradsrisiker i oppreist posisjon. (Louwen et al., 2017). Formålet til Bogner et al. (2015) sin studie var å undersøke om vaginal setefødsel i en knestående stilling er trygt for mor og barn sammenlignet med tradisjonell vaginal setefødsel. De sammenlignet en prospektivt observasjonsstudie med en retrospektiv kohortstudie og 41 par kvinner ble inkludert. Forfatterne fant en reduksjon i obstetriske intervensjoner og mindre tilfeller av skadet perineum hos kvinner som fødte i oppreist posisjon. Studien fant derimot ingen forskjell i varighet av andre fase av fødsel mellom de to ulike metodene. Konsekvensene av økt føtalt stress på grunn av setefødsel, kan resultere i en økning av acidose og lavere Apgar-skår hos nyfødte. Resultatene i studien viste at dette er noe økt i gruppen med en oppreist fødestilling. Det var derimot ingen forskjell i innleggelse på nyfødt intensiv i de to gruppene (Bogner et al., 2015).

Flere sykehus har nylig innført tilbud om fysiologisk setefødsel til kvinner som ønsker vaginalforløsning av barn i seteleie. Vårt valg av tema baserer seg på at det i jordmorutdanningen er stort fokus på ivaretagelse av de fysiologiske prosessene i fødsel. Setefødsel er forbundet med økt risiko, men i den senere tid har fokuset på de fysiologiske prosessene, ved å tilby fysiologisk setefødsel, samt jordmors rolle i disse fødselene fått større plass. Data om erfaring fra fysiologiske setefødsler kan gi oss nyttig kunnskap om hvordan de fysiologiske prosessene ivaretas i en fødsel som er ansett som risikofyllt. Å innhente erfaringer fra jordmødre om innføring av fysiologisk setefødsel i klinisk kontekst kan gi oss ny innsikt for å fremme god ivaretagelse av fødekvinnen og hennes pårørende. For å belyse dette ønsker vi å se på hvilke erfaringer jordmødre har tilegnet seg etter innføring av fysiologisk setefødsel, på én spesifikk kvinneklinikk på Østlandet.

1.2 Forskningsspørsmål

Hensikten med oppgaven er å belyse erfaringer jordmødre har tilegnet seg etter innføring av fysiologisk setefødsel. For å gjøre dette ønsker vi å besvare følgende problemstilling: *Hvilke erfaringer har jordmor med innføring av fysiologisk setefødsel?*

1.2.1 Begrepsavklaringer og avgrensning

Begrepet *fysiologisk setefødsel* vil i oppgaven omhandle hele fødselsforløpet, og at kvinnen inntar en knestående stilling i utdrivningsfasen.

Oppgavens fokus på *erfaring med innføring* er avgrenset til å fange jordmødres opplevelse, refleksjoner og tanker rundt da de startet med å bistå ved fysiologisk setefødsel. Det vil ikke fokuseres på det organisatoriske perspektivet rundt innføring av en ny metode, men utforskes fra et subjektivt perspektiv.

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er utformet som en monografi og består av seks kapitler, hvor det første kapitlet som er presentert inneholder oppgavens bakgrunn for valg av tema, forskningsspørsmål og begrepsavklaring. Kapittel to viser den teoretiske forankringen som ligger til grunnlag for oppgaven. Tredje kapittel redegjør for oppgavens metodiske strategi basert på en kvalitativ tilnærming. De empiriske funnene i oppgaven vil bli presentert i kapittel fire. Videre i kapittel fem diskuteres de empiriske funnene opp imot den teoretiske forankringen for å besvare problemstillingen. I det siste kapitlet presenteres oppgavens konklusjon, samt videre aktuelle forskningsområder innenfor temaet.

2 Teoretisk forankring

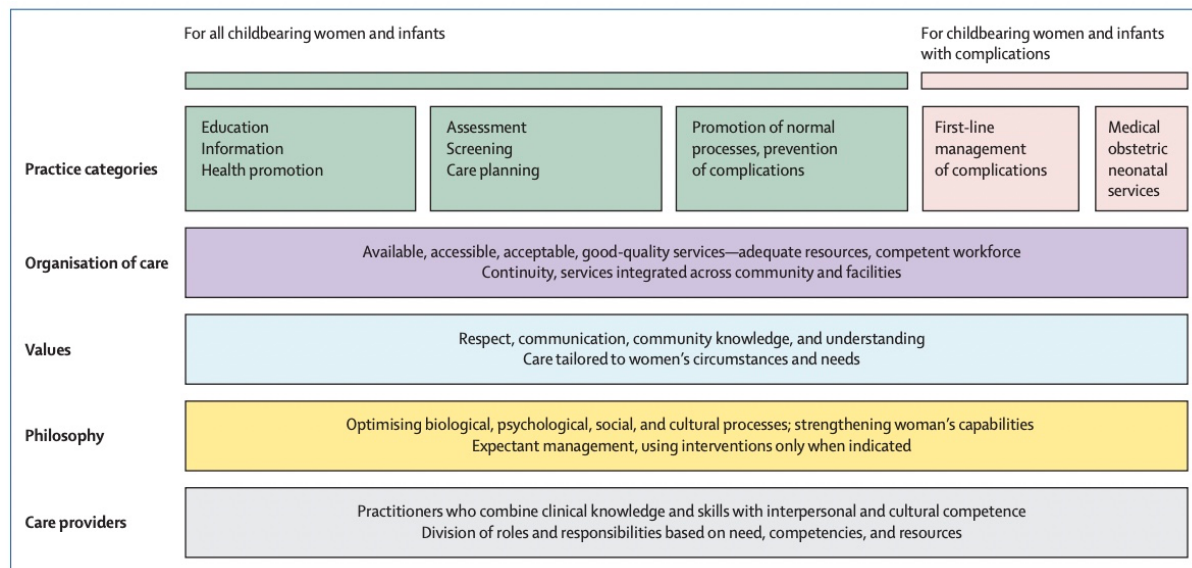
Følgende kapittel vil ta for seg oppgavens teoretiske forankring. Det vil gjøre rede for rammeverket «Quality Maternal Neonatal Care», hva det innebærer å ha et fysiologisk perspektiv på fødsel, jordmors ansvar og rolle, samt begrepsforklaringer som vil være gjeldene for diskusjonen.

2.1 Quality Maternal Neonatal Care framework

I 2014 ble rammeverket Quality Maternal Neonatal Care (QMNC) presentert som en serie i det vitenskapelige tidsskriftet “The Lancet”. Det er et rammeverk som vil sikre en likeverdig svangerskaps-fødsel og barselomsorg globalt, og med individuelt tilpasset omsorg i enhver situasjon. Rammeverket støtter en endring i fokuset fra fragmentert behandling av patologi, til god faglig oppfølging av alle gravide. Det var ønskelig med en økt bevissthet rundt ferdigheter, atferd og holdninger, og mindre fokus på roller ved å fremme tverrfaglig samarbeid. Anbefalingene fra rammeverket er relevant for alle som trenger, eller gir omsorg for mødre og nyfødte (Renfrew et al., 2014).

Rammeverket presenterer en oversikt med anbefalinger over hvordan mødre- og spedbarnstjenesten bør organiseres (Figur 1). Her redegjøres det for hva, av hvem, hvordan og hvor tjenesten skal utføres. Sentralt i disse anbefalingene står den jordmorfaglige tilnærmingen (“midwifery”). En jordmorfaglig tilnærming beskrives som å utøve kyndig, kunnskapsbasert, omtensksom og medfølelse omsorg til kvinner og familiene deres før og i svangerskapet, under fødsel og de første ukene etter fødselen. En jordmorfaglig tilnærming innebærer å fremme fysiologiske, biologiske, psykologiske, kulturelle og sosiale prosesser; forebygge og håndtere komplikasjoner; samarbeide med og overflytte kvinnen til andre profesjoner; respektere kvinners individuelle forhold og meninger, og arbeide i partnerskap med kvinner for å styrke kvinners evner til å ta vare på seg selv og familiene deres (Renfrew et al., 2014)

Figur 1: Quality Maternal Neonatal Care (Figur tatt fra Renfrew et al. (2014) og brukt under Creative Commons CC-BY lisens)



2.2 Fysiologisk fødsel

I litteraturen brukes ofte begrepene «normal fødsel» og «fysiologisk fødsel» om hverandre, og det er ikke alltid et klart skille mellom disse. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer normal fødsel som; «spontan i sin start, lavrisiko ved ristart og fortsatt lavrisiko til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodeinnstilling mellom 37 og 42 fullgatte svangerskapsuker. Etter fødselen er både morens og barnets tilstand god» (World Health Organization, 1996).

Fysiologi søker å forklare hvordan funksjoner som for eksempel respirasjon, bevegelse og forplantning foregår og reguleres. Det er læren om hvordan levende organismer og deres organer og celler fungerer (Waalder, 2020). Fysiologisk fødsel viser til hvilke naturlige prosesser som skjer når det ikke blir gjort inngrep og naturen får gå sin gang. Fysiologiske prosesser som skjer under en fødsel er blant annet rier, hormonutskillelse og bevegelse. På

den andre siden er det også fysiologisk å dø som følge av en stor blødning under fødsel eller å få en hjerneskade under et eklampsianfall (Blix, 2017b, s. 51). Å ha et fysiologisk perspektiv på fødsel innebærer å støtte og fremme fysiologiske prosesser når alt går bra.

I 2012 kom de amerikanske jordmorforeningene med en konsensuserklæring om å støtte fysiologiske fødsler. Formålet var blant annet å definere fysiologisk fødsel, identifisere målbare faktorer for å beskrive optimale prosesser og resultater av fysiologisk fødsel, samt identifisere faktorer som forstyrrer fysiologisk fødsel. Deres definisjon av fysiologisk fødsel er: «en fødsel som er drevet frem av den menneskelige kapasiteten til den fødende kvinne og fosteret». Den er i tillegg preget av spontan fødselsstart og progresjon, og inkluderer biologiske og psykologiske faktorer som fremmer fødselsprosessene. Fødselen resulterer i vaginal forløsning av barnet og placenta, samt normal blødning. Etter fødsel legges det også til rette for hud-mot-hud kontakt og støtter tidlig oppstart av amming. En fysiologisk fødsel uten unødvendige intervensjoner, som forstyrrer de normale fysiologiske prosessene, er mer sannsynlig å gi gode resultater. Å støtte disse prosessene hos de kvinnene eller fostrene som trenger medisinske intervensjoner på grunn av komplikasjoner, vil også ha potensialet til å gi det beste utfallet for mor og barn. Jordmor må være engasjert i kvinnen ved å informere og involvere henne i beslutninger, samt trygge og styrke selvtillit. For å ha et fysiologisk perspektiv på fødsel er det viktig at helsepersonell har kunnskap og selvtillit i å støtte de fysiologiske prosessene ("Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM," 2013).

2.2.1 Naturlige fødselsprosesser

Fødselsprosessen kan ses som et samspill mellom fosteret, riene og fødselskanalen. Fosterets leie, presentasjon og holdning må være slik at det kan passere fødselskanalen. Fødselskanalen må være stor nok til at fosteret kan passere og riene må være sterke nok til at mormunnen kan åpne seg og barnet bli født (Blix, 2017a, s. 439-440). En av jordmors oppgaver er å fremme de fysiologiske fødselsprosessene.

For å fremme disse prosessene er det viktig å vite hva som påvirker dem. De kan for eksempel påvirkes ved å oppmuntre kvinnen til å velge stillinger som kan fremme fosterets passasje gjennom fødselskanalen. Ved at kvinnen står i knestående vil hun ha mulighet til å være mer

aktiv og bevege bekkenet friere. Riene blir mer effektive og hun får utnyttet tyngdekraften maksimalt (Brunstad, 2017, s. 467). En oversiktsstudie fra 2017 viste også at oppreiste fødestillinger ga en kortere utdrivningsfase, sammenlignet med kvinner som fødte i ryggeleie (Gupta et al., 2017). Studien til Reitter et al. (2014) tok MR-bilder av bekkenet til kvinner i ulike stillinger og fant en signifikant økning i diameteren til bekkenutgangen til kvinner i knestående sammenlignet med ryggeleie.

For å fremme gode rier og hindre risvekkelse er det viktig å vite hvilke faktorer som påvirker rienes intensitet og styrke. Dette er et komplekst samspill mellom hormoner som styrer riene og fremgang i fødsel (Brunstad, 2017, s. 463). Buckley (2015) kom med en rapport som ønsket å undersøke forståelsen av naturlige hormonelle fysiologiske prosesser hos kvinner og fostre under fødsel, og hvordan vanlig fødselsomsorg og intervensjoner påvirker disse prosessene. Rapporten gjør rede for fire viktige hormonsystemer som spiller inn på fødselsprosessen.

Oxytocin har stor effekt på hjerne og kropp, og spiller blant annet en stor rolle i rienes intensitet og styrke. Det er vist at oxytocin reduserer stress og frykt ved å aktivere det parasympatiske nervesystemet som fremmer ro og tilknytning, og redusere aktiviteten i det sympatiske nervesystemet. Et annet viktig hormon under fødsel er beta-endorfiner. Det reduserer stress og smerte, og aktiverer hjernens belønnings- og nytelsessenter, samt fysisk aktivitet og velvære. Mye stress under fødsel kan føre til overproduksjon av beta-endorfiner som kan hemme oxytocin, som igjen kan ha en negativ påvirkning på fysiologiske prosesser. Lave nivåer av beta-endorfiner kan gi tilstrekkelig reduksjon av smerte og stress. Det optimale nivået av beta-endorfiner for å redusere stress og smerte, og samtidig fremme fremgang i fødsel, varierer sannsynligvis fra kvinne til kvinne. Oxytocin og beta-endorfiner påvirkes av adrenalin og noradrenalin. Om kvinnen opplever angst, uro og utrygghet vil frigjøringen av adrenalin og noradrenalin øke, som igjen fører til en reduksjon i oxytocin og/eller økning i beta-endorfiner. Prolaktinnivåene øker betydelig når utdrivningsfasen nærmer seg, noe man tror henger sammen med høye nivåer av beta-endorfiner og oxytocin som begge stimulerer frigjøring av prolaktin. I tillegg stimulerer prolaktin oxytocinfrigjøring, og bidrar til høye nivåer av oxytocin sent i fødsel. Å støtte, fremme og beskytte de hormonelle, fysiologiske prosessene gir betydelige fordeler i fødsel og føre til best mulig utfall hos mor og barn, også der intervensjoner er nødvendige (Buckley, 2015).

Olza et al. (2020) la frem en modell som viser hvordan nevrohormonelle prosesser, spesielt oxytocin, ikke bare kontrollerer de fysiologiske aspektene ved fødsel, men også bidrar til de subjektive psykologiske opplevelsene av fødsel. Modellen tar utgangspunkt i to tidligere systematiske oversiktsartikler. Artikkelen til Uvnäs-Moberg et al. (2019) “Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin”, hadde som formål å oppsummere eksisterende data om oxytocinnivået i plasma under normal fysiologisk fødsel. Den undersøkte også hvordan stress kunne være med å påvirke oxytocinnivået. Til sammen ble 20 artikler inkludert. Den andre systematiske oversiktsartikkelen av Olza et al. (2018); “Women’s psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis”, undersøkte kvinners opplevelse av fysiologisk fødsel ved bruk av kvalitative metoder. Det ble inkluderte åtte studier og til sammen 94 kvinner. Modellen som ble utviklet med utgangspunkt i disse studiene, gir en oversikt over de ulike fasene i en fødsel, og hvordan oxytocin og kvinners opplevelse påvirker hverandre. Modellen fremhever at det er viktig at jordmor har kunnskap om de nevrohormonelle prosessene under fødsel, er oppmerksom på kvinnens emosjonelle tilstand og miljøet rundt kvinnen. Den understreker også viktigheten av å optimalisere funksjonene til de nevrohormonelle prosessene for den fødende, også når intervensjoner er nødvendig (Olza et al., 2020).

2.3 Jordmors ansvar og rolle

I WHO fremgår det at fødselsomsorgen skal være preget av et minimum av intervensjoner, ha et hensiktsmessig bruk av teknologi, være kunnskapsbasert, desentralisert og tverrfaglig. Omsorgen skal omfatte hele mennesket, være familiefokusert og kulturtilpasset. Kvinnen skal ha medbestemmelsesrett og bli vist respekt i forhold til privatliv og integritet (Chalmers et al., 2001). Disse prinsippene ligger til grunn for hvordan fødselsomsorgen er bygget opp i Norge, og prinsipper jordmor jobber etter (Fylkesnes, 2017, s. 26).

Jordmor skal yte omsorg for alle kvinner og familier som venter, eller har fått barn (International Confederation of Midwives, 2014). Hovedmålet for jordmorvirksomheten er å bedre kvinners og barns helse i individuell, lokal, nasjonal og global sammenheng, samt styrke jordmorfaget. Jordmors omsorg for fødekvinne skal være individuelt tilpasset, og preget av kontinuitet og helhet (Kringeland, 2017, s. 45).

Jordmødre må ha god kunnskap om seteforløsning og blir under utdanningen opplært i forløsning av seteleie. Ifølge "Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning" skal jordmor kunne anvende relevante metoder for forløsning av barn i seteleie (Kunnskapsdepartementet, 2023; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Mange jordmødre vil i løpet av sin arbeidskarriere måtte forløse barn i seteleie enten fordi fødselen går raskt, eller fordi tilstanden ikke er oppdaget før barnet fødes (Salvesen, 2017, s. 564). Selv om jordmødre skal ha kunnskap om forløsning av seteleie anses det å ha et foster i seteleie som en risikofaktor, og fødselen er legens ansvar (Helsedirektoratet, 2010). Fødselen kan ledes av jordmor frem til kvinnen begynner å trykke, og hun assisterer lege under forløsningen (Oslo universitetssykehus, 2023b). Fødselslegen sammen med en spesialist i fødselshjelp leder fødselen når kvinnen trykker og barnet fødes (Oslo universitetssykehus, 2023a). På oppgavens aktuelle kvinneklinikk skal legene og jordmødrene lage en plan om fordeling av arbeidsoppgaver slik at det tydelig fremgår hvem som skal gjøre hva. Legen har hovedansvaret for forløsningen, men jordmor kan forløse barnet dersom hun har kompetanse på forløsningen (Vedlegg 5).

2.3.1 Kontinuitet

I 2009 kom Regjeringen ut med "Stortingsmelding 12- en gledelig begivenhet" hvor målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som skal oppleves som en gledelig begivenhet både av gravide og fødende og hennes familie (Meld. St. 12 (2008-2009)). Jordmorledet kontinuitet i fødselsomsorg går ut på at jordmor er den som følger opp kvinnen gjennom svangerskapet, fødsel og barseltiden (International Confederation of Midwives, 2011). Filosofien bak kontinuitetsmodeller i fødselsomsorgen er at svangerskap og fødsel er en normal livshendelse, og at friske kvinner klarer fødsel uten medisinske intervensjoner (Hildingsson & Aune, 2022, s. 169).

En stor Cochrane review basert på 15 forskningsartikler og 17674 kvinner viste blant annet at kontinuitet reduserer bruken av epidural, tilfeller av instrumentell vaginal forløsning og episiotomier. Studien konkluderer med at de fleste kvinner vil ha fordel av å ha kontinuitet i fødselsomsorgen (Sandall et al., 2016). Larsson et al. (2020) intervjuet fire jordmødre vedrørende deres erfaring med kontinuitet i fødselsomsorgen. Funnene viste at jordmødre fikk mulighet til å styrke kvinnens tro på seg selv i fødselen ved å ha kartlagt kvinnens tanker og

eventuell frykt i forkant av fødselen. Ved å ha etablert en relasjon ble det lettere for jordmødrene å fange opp kvinnens frykt, behov og ønsker. Kontinuitet førte til at jordmødrene ble mer selvsikker i fødsel. I en studie fra Norge ble det utført en spørreundersøkelse blant 8400 kvinner for å undersøke hva som var viktig for kvinner i fødsel, og et av funnene var ønske om kontinuitet (Vedeler et al., 2021).

Når den aktuelle kvinneklinikken for denne oppgaven innførte fysiologisk setefødsel, innførte de også samtale med jordmor i forkant av fødsel. I samtalen skal jordmor kartlegge hvilke tanker kvinnen, og eventuelt partner, har om å ha et barn i seteleie og hvilken kunnskap de har om vaginal setefødsel. Formålet med samtalen er å skape trygghet og gi informasjon om fysiologisk setefødsel. Fokuset til jordmor er også på at kvinnen skal gjennom en vanlig fødsel, og at den eneste forskjellen er at barnet kommer med sete først. Det skal også informeres om risiko, hva som skal skje underveis, og forberede kvinnen på hvem som kommer til å være på stuen under fødselen. Det vises også film av fysiologiske setefødsel hvis kvinnen ønsker dette (Vedlegg 6).

3 Metode

I dette kapitlet vil vi redegjøre for den kvalitative metodiske tilnærmingen i studien. Kapitlet tar for seg intervju som metodeverktøy og hvordan vi har gått frem for å tilegne oss de empiriske dataene. Deretter vil vi gå inn på hvordan empirien er analysert. Avslutningsvis vil vi legge frem egen forforståelse, samt studiens forskningsetiske refleksjoner.

3.1 Kvalitativt design

Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, fortolkning og analyse av egenskaper og karaktertrekk eller kvaliteter ved de fenomenene som studeres (Malterud, 2017, s. 30). Studiens hensikt er å frembringe kunnskap om jordmødres erfaringer med innføring av fysiologisk setefødsel, og en kvalitativ tilnærming åpner opp for å utforske dette nærmere. Kvalitativ metode kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). I studien ble jordmødres erfaringer kartlagt gjennom et kvalitativt intervju.

3.1.1 Kvalitativt intervju

Det kvalitative intervjuet kjennetegnes ved at forskeren forholder seg åpent til det som undersøkes. Det er en velegnet metode for å innhente data om informanters opplevelse, erfaringer og meninger om et gitt fenomen. Målet med intervjuet er å få et innenfraperspektiv på det fenomenet som undersøkes, altså å få kunnskap om informantens subjektive synspunkt eller opplevelser (Nielsen et al., 2021, s. 131). I løpet av datainnsamlingsmetoden ble det gjennomført totalt syv individuelle intervjuer, basert på uformelle intervjuformer. En uformell tilnærming gjør det mulig å følge opp temaer som informanten bringer opp i intervjuet (Thagaard, 2018, s. 90). Semistrukturerte intervju ble benyttet, som innebærer at intervjuet er strukturert ved hjelp av noen spørsmål som er formulert på forhånd, samtidig som er det mulig å følge opp informantens svar (Nielsen et al., 2021, s. 131). Fordelen med denne intervjuformen er at forskeren får mulighet til å oppdage elementer en selv ikke var klar over på forhånd. Det kan argumenteres for at den metodiske tilnærmingen kan gi dypere besvarelse og forståelse av forskningsspørsmålet (Thagaard, 2018, s. 90). For å ha en struktur ble det i

forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide med interessante temaer knyttet opp mot forskningsspørsmålet. Intervjuguiden ble brukt som en rettesnor å arbeide etter (Vedlegg 1).

3.2 Utvalg og rekruttering

I utvelgelsen av informanter ble det brukt et strategisk utvalg. Dette innebærer at utvalget er hensiktsmessig eller strategisk da informantene innehar egenskaper som er relevant for vår problemstilling. De er valgt etter tilgjengelighetsutvalg som sikrer at utvalget er villige til å være med i studien (Thagaard, 2018).

På grunn av studiens begrensede tidsramme og omfang ble det besluttet å inkludere syv jordmødre fra en kvinneklinikk på Østlandet som har innført fysiologiske setefødsel som den foretrukne praksis. Inkluderingskriteriet for å være med i studien var at jordmødrene måtte ha erfaring fra fysiologisk setefødsel. Det ble gjort et forskerutvalg av informantene. Metoden innebærer at en på bakgrunn av inkluderings- og ekskluderingskriteriene selv peker ut de informantene en ønsker å undersøke. En kan ta kontakt med personer som har særlige kunnskaper om det emnet en ønsker å få større kunnskap om, i dette tilfellet fysiologisk setefødsel (Nielsen et al., 2021, s. 41). Vi tok kontakt med en jordmor på den aktuelle kvinneklinikken som hadde erfaring med fysiologisk setefødsel, og det var gjennom henne vi fikk rekruttert aktuelle jordmødrene til studien.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Intervjuguide

Som nevnt ble det i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide, som utgjør intervjuets form som semistrukturert (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). I planleggingsprosessen av studien var utformingen av gode spørsmål et viktig ledd for å innhente så godt datamateriale som mulig (Skilbrei, 2019, s. 154). Intervjuguiden var ikke ment til å følges strengt, men heller en rettesnor for intervjuet. Underveis i intervjuene kom det frem temaer som ikke var dekket av intervjuguiden vår, som var av interesse for å besvare problemstillingen til studien. Semistrukturerte intervju betraktes som en fleksibel metode, og vi kunne derfor følge opp disse temaene (Nielsen et al., 2021, s. 131). I forberedelsene til intervjuene hadde vi innhentet

kunnskap på temaet, som gjorde det lettere å åpne opp for oppfølgingsspørsmål og utdype temaer vi fant interessante. For å kvalitetssikre intervjuguiden gjennomførte vi et pilotintervju i forkant av intervjurundene. Pilotintervjuet ble gjennomført på en jordmor som hadde kunnskap på temaet. Dette ga oss mulighet til å teste spørsmålene i praksis og endre på noen av spørsmålene (Nielsen et al., 2021, s. 141).

3.3.2 Intervjukontekst

Det ble tidlig besluttet at intervjuene skulle foretas ansikt-til-ansikt. Dette gir en fysisk tilstedeværelse av intervjuer og informanter med mulighet for å observere det som blir sagt med ord og kroppsspråk. Det stiller også krav til intervjuers kroppsspråk da en med kroppen signaliserer mye mer enn det som kan sies gjennom språket. Intervjuers tilstedeværelse kan bidra med å skape en god atmosfære som igjen kan føre til at informantene føler seg trygge (Nielsen et al., 2021, s. 136). Intervjuene ble gjennomført på et kontor ved den aktuelle kvinneklinikken hvor vi kunne sitte uforstyrret og privat. I møte med informantene i forkant av intervjuet snakket vi om “hverdagslige” ting for å bli litt kjent og skape en trygg ramme. Vi la deretter frem formålet med studien og temaer intervjuet ville berøre. Det ble tydeliggjort at samtalen var frivillig, samt sikret tillatelse til å ta opptak av intervjuet. Informantene skrev under på samtykkeerklæring før intervjuet startet (Vedlegg 2). Det ble satt av 30 minutter til hvert intervju, og alle intervjuene holdt seg innenfor avsatt tid. Vi som intervjuere hadde en styrende rolle, og kom med oppfølgingsspørsmål der vi ønsket at informantene skulle utdype. Ved hvert intervju hadde en av oss den ledende rollen som intervjuer, og den andre tok en observerende rolle og noterte underveis i intervjuet. Den som hadde den observerende rollen, kom også med oppfølgingsspørsmål ved intervjuets slutt hvis det var noe som var ønskelig at jordmødrene skulle utdype. Det at begge var til stede under intervjuet vil styrke den analytiske prosessen ved at begge er godt kjent med dataene i studien. Det så heller ikke ut til å sjenere eller ha en negativ innvirkning på informantene da rollene var tydelig gjort rede for før intervjuet begynte.

Alle intervjuene ble tatt opp med mobilappen Nettskjema-diktafon. I forkant av intervjuet ble det gjort forberedelser som plassering av telefon og test av lyd kvalitet som en forsikring om god lyd kvalitet med hensyn til transkriberingsprosessen. Bruk av lydopptak gir en mulighet til å konsentrere seg om informantene og be om utdypning der det trengs, samtidig som det sikrer

at en får med seg alt som blir sagt. Det sikrer også at informantene siteres korrekt (Tjora, 2017, s. 166)

3.4 Dataanalyse

Analysen av dataen ble gjort trinnvis, det vil si at vi utførte et intervju for så å transkribere det like etterpå. Dette sikrer at en i tidlig fase oppdager hvilke spørsmål som danner grunnlag for god empirisk data og hvilke spørsmål som gir lavt meningsinnhold. Trinnvis analyse gir bedre grunnlag for fleksibilitet og fokusering, som igjen styrker muligheten å gjøre analyseprosessen grundig og systematisk (Malterud, 2017, s. 137). Analysen ble gjennomført etter Malterud (2017) sin systemiske tekstkondensering (STC), som er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Vedlegg 3). I en tverrgående analyse er et grunnprinsipp å skaffe seg oversikt over datamaterialet, for så å dele det opp og analysere de ulike delene.

Datamaterialet vårt besto av 52 dataskrevne sider med transkribert tekst. At begge var til stede ved hvert intervju, samt lyttet gjennom alle intervjuene i ettertid, gjorde oss godt kjent med innholdet i dataene. Under transkriberingen av intervjuene ble vi kjent med meningen i teksten, og kunne lettere danne oss et helhetsinntrykk i analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 79-80). De transkriberte dataene ble analysert ved hjelp av verktøyet Nvivo.

3.4.1 Fra tale til tekst

Etter intervjuene ble det gjennomført en fullstendig transkribering av opptakene. Kvale og Brinkmann (2015, s. 204) definerer transkripsjon som «oversettelser fra talespråk til skriftspråk, der konstruksjonene underveis krever en rekke vurderinger og beslutninger». Som verktøy til transkripsjonene ble f4transkript benyttet. Dette var et nyttig verktøy som ga oss mulighet til å justere hastighet på lydfilen og lett lot oss hoppe frem og tilbake i intervjuet. Den av oss som hadde den styrende rollen, var den som transkriberte intervjuet. Vi fordelte intervjuene likt mellom oss. I forkant av transkriberingen ble vi enige om hvilken skrivestil vi ønsket å bruke slik at transkripsjonene i størst mulig grad lignet hverandre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207).

Lydfilene ble skrevet ordrett ut, og transkriberingen bar derfor et muntlig preg som øker sjansen for at utsagnets tolkningsalternativer ikke går tapt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Utfyllingsord som ofte ble gjentatt, slik som «liksom», og enkelte kontekstuelle trekk som «eh» eller «mm» ble utelatt i transkripsjonen der det ikke opplevdes som relevant. Omskrivningen eller utelatelsen betraktes ikke som betydningsfull for analyseprosessen da det argumenteres for at transkripsjonsformen avhenger av dens formål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Bekreftende ord og uttrykk vi brukte for å skape flyt i samtalen ble utelatt i transkripsjonen. Alle intervjuene ble transkribert til bokmål. Dette for å styrke informantenes anonymitet og unngå gjenkjennbare karakteristikk. Etter fullstendig transkribering av intervjuene hørte vi igjennom alle intervjuene sammen, samtidig som vi leste transkriberingen for å sikre en felles forståelse og enighet av skrivestilen og utelatelsen av utfyllingsord og kontekstuelle trekk.

3.4.2 Helhetsinntrykk

I første trinnet av Malterud (2017) sin STC skal en bli kjent med materialet. Dette gjorde vi ved å lese gjennom de transkriberte intervjuene for å få et helhetsbilde og vurdere mulige temaer (Malterud, 2017, s. 99). Vi arbeidet individuelt og satt opp foreløpige temaer, før vi gikk sammen og diskuterte funnene våre. Etter gjennomgang av de ulike temaene fant vi elleve temaer med stor grad av likhetstrekk. Disse ble videre diskutert, og vi kom til slutt frem til åtte foreløpige temaer som dannet grunnlaget for den videre analysen; *Utfordringer, jordmorrolle, det normale og fysiologiske, oppstartsfasen, tverrfaglig samarbeid, samarbeid med kvinnen, planlegging og debrief, og opplæring*. Disse temaene er ikke resultater eller kategorier, men representerer et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet som mulige svar på problemstillingen (Malterud, 2017, s. 100).

3.4.3 Meningsbærende enheter

I det andre trinnet av analysearbeidet organiserte vi den delen av materialet som vi skulle studere nærmere, og la resten til side (Malterud, 2017, s. 100). Vi la frem de foreløpige temaene vi hver for oss hadde funnet, for så å se hva som var sammenfallende, og hva som sprikte. Ved å gjøre dette fikk vi øye på detaljer man nødvendigvis ikke fant selv (Malterud, 2017, s. 100). I denne fasen reflekterte vi kontinuerlig over hvordan de foreløpige temaene

kunne bidra til å belyse formålet med studien. I STC anses ikke hele teksten som meningsbærende, og en må skille ut relevant tekst fra irrelevant. Vi sorterte den delen som vi tenkte kunne belyse vår problemstilling og startet med en gjennomgang at materialet for å identifisere meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 101). Samtidig som vi markerte de meningsbærende enhetene i teksten, begynte vi å kode dataene, altså systematiserte de meningsbærende enhetene. Vi fant frem til fire reviderte foreløpige temaer som dannet grunnlaget for kodegruppene i dette analysetrinnet. Kodene fungerer som en merkelapp for tekstbiter som har noe til felles (Malterud, 2017, s. 101). Kodene vi kom frem til var; *fysiologisk tilnærming, holdninger, jordmors ansvar-og funksjon, og samarbeid-og kommunikasjon*

3.4.4 Kondensering

I analysens tredje trinn studerte vi nærmere de meningsbærende enhetene i de ulike kodene. Vi leste de meningsbærende enhetene under hver kodegruppe og noterte underveis det vi så på som aktuelle subgrupper. Dette arbeidet gjorde vi sammen ved å diskutere hvilke subgrupper som best mulig kunne presentere relevante nyanser av det vi ønsket å studere og belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 106).

Etter utviklingen av subgruppene begynte vi arbeidet med å utarbeide et *kondensat*- et kunstig sitat. Et kondensat skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omsette dem til en mer generell form (Malterud, 2017, s. 107). Denne delen av analysen oppfattet vi som tidkrevende og utfordrende da det var viktig for oss å prøve å fange essensen av de meningsbærende enhetene, uten å miste relevante funn (Tabell 1). Vi valgte også ut noen gullsitat som best mulig illustrerer de ulike kondensatene.

3.4.5 Syntese

Siste trinnet i analysen går ut på å sette sammen brikkene igjen, altså rekontekstualisere.(Malterud, 2017, s. 108). Dette gjorde vi ved at vi lagde en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe, illustrert av treffende gullsitater som konkretiserte og oppsummerte våre hovedfunn. Helt til slutt leste vi gjennom de analytiske tekstene og utviklet

resultatkategorier som oppsummerte hovedfunnene i teksten. Resultatkategoriene vil bli presentert i oppgavens resultatkapittel.

Tabell 1- Eksempel på analyseprosess

Meningsbærende enhet *	Kode	Subgruppe	Kondensat	Kategori
<p>Ja, fordi at det vi forfekter som jordmødre, det blir tatt mye større hensyn til nå når vi har snudd damene, og de står på alle fire. Ingen skal røre det setet. Kvinnen står på alle fire og vi skal bare la det gå av seg selv. Så opplever jeg kanskje at min jordmorkompetanse blir lytta til litt mer.</p> <p>Ja, jeg føler jo vi har fått et mye større ansvar nå enn tidligere. Og det er jeg veldig glad for at vi får. Man får et mye mer eierskap til fødselen da.</p> <p>Men jordmors rolle er jo en helt annen. Fra før liksom føle at man bare stod litt på sidelinja.</p>	Jordmors funksjon og ansvar	Jordmorrolle	Det å bli regnet med i forhold til seteforløsningen er fantastisk, men var også litt skummelt i staren. Jeg føler på et mye større ansvar nå enn tidligere da jeg stod litt på sidelinja. Det vi forfekter som jordmødre blir tatt mye større hensyn til nå når kvinnene står på knærne. Vi skal liksom la det gå av seg selv. Jeg opplever at min jordmorkompetanse blir lytta mer til, og at jeg får mer eierskap til fødselen. Jeg tenker det er bra for jordmoridentiteten vår at vi kommer litt på banen med setefødsler. Det setter også krav til meg som jordmor, jeg må selv søke kunnskap, være bevisst på hva jeg kan og be om hjelp når jeg trenger det.	Opplevelse av forsterket jordmoridentitet

* Det er flere meningsbærende enheter som har ført frem til kode, subgruppe, kondensat og kategori. Vi har valgt å presentere et utvalg av de meningsbærende enhetene som eksempel på vår analyseprosess.

3.5 Forforståelse

I forskningsprosessen har det vært viktig for oss å være bevisst på vår egen forståelse. Forforståelse er det vi bringer med oss inn i et prosjekt. Alle elementene som utgjør vår forståelse vil være med å forme hvordan vi samler, leser og tolker dataene i vår studie (Malterud, 2017, s. 44). “Uansett hvilken forskningsmetode vi bruker eller hva slags forskningsprosjekt vi skal gjennomføre, vil forskerens person påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne.” (Malterud, 2017, s. 41). Allerede ved valg av tema har vår forståelse gjort seg gjeldende. Gjennom utdanningen har vi begge hatt stor interesse for det normale, og

i hvilken grad jordmor kan være med å fremme fysiologiske prosesser i fødsel. Dette resulterte i stor nysgjerrighet for fysiologisk setefødsel. Vi opplevde et engasjement og ønske om å tilegne oss mer kunnskap på feltet. På den måten lå vår interesse og nysgjerrighet til grunn for valg av problemstilling og studie. Vår forforståelse har dermed ledet oss inn på et tema vi ønsker å utforske. I den forbindelse er det også viktig å være bevisst på at den samme forforståelsen kan være med å skape skylapper og begrense vår åpenhet (Malterud, 2017, s. 45). I forhold til dette har vi opplevd det som en styrke å være to i prosjektet. Dette har hjulpet oss til å bli bevisst våre tankerekker og måter å tolke ting på. Vi har måttet hjelpe hverandre ved å stille kritiske spørsmål og legge opp studiet på en slik måte at vi åpner opp for alle aspekt, og ikke bare det som engasjerer oss. Om vi ikke er bevisst vår egen forforståelse kan dette vært med å prege studiens resultater.

3.6 Forskningsetiske overveielser

I forkant av intervjuene ble studien meldt til Norsk senter for forskningsdata, NSD (Vedlegg 4). Før gjennomføring av datainnsamlingen ble det sendt forespørsel via e-post til avdelingsleder ved den aktuelle kvinneklinikken. Informasjonsskriv, intervjuguide og prosjektbeskrivelse ble lagt ved som vedlegg. Da det forelå godkjennelse fra NSD og klarering fra avdelingsleder ble det avtalt tidspunkt for intervju med de aktuelle jordmødrene. Informasjon om frivillig deltakelse, og muligheten for å trekke seg fra studien ble gitt til informantene. Anonymitet ble ivaretatt da fremstilling av funn ikke kan kobles til den enkelte informant. Lydopptak og transkribert data ble makulert og slettet etter bruk. Før intervjuene fikk informantene utdelt en samtykkeerklæring som ble signert.

4 Resultat

Vi vil i dette kapittelet presentere funnene våre. Etter å ha intervjuet syv jordmødre ved en kvinneklinikk på Østlandet har vi systematisert funnene våre i følgende tema: Ingen profesjonskamp, bedre kontinuitet, opplevelse av forsterket jordmoridentitet og økt fokus på det normale og fysiologiske.

4.1 Økt fokus på det normale og fysiologiske

Gjennomgående blant informantene etter innføringen av fysiologisk setefødsel var opplevelsen av økt fokus på det normale. Flere fortalte at de tidligere opplevde setefødslene som mer tekniske og medisinske, med mange manøvere. Etter innføring av fysiologisk setefødsel opplevde de at fødslene ble mer og mer lik en hvilken som helst annen normal fødsel. Som en informant sa:

“De blir ofte redde når de får høre at barnet ligger i seteleie, men vi har noe positivt og flott vi kan tilby dem. Det er bare en vanlig fødsel hvor de skal stå på knærne. Det er ikke noe skremmende som skal gjøres underveis, det er bare å stå på knærne og trykke. Jeg føler vi har et kort i erme der. Normalisere fødselen rett og slett.”

Det var også stor enighet om at innføring av fysiologisk setefødsel har ført til større tillit til de normale fødselsprosesser i forhold til tidligere ved blant annet å utnytte tyngdekraften i større grad, og at en har en litt mer “vent og se” holdning til fødselen. Dette ble beskrevet av en informant på følgende måte: *“Ingen skal røre det setet. Kvinnen står på alle fire og vi skal bare la det gå av seg selv.”* Ved å stole mer på kvinnens fødeevne fortalte flere at de også opplevde å få involvert kvinnen mer i sin egen fødsel og opplevde de mer delaktig. En informant uttrykte det slik:

“Altså min erfaring er at dette har blitt en sånn veldig positiv greie for oss og for damene, og jeg tenker jo at det å skulle legge seg på ryggen og gi seg hen til noen som skal plukke barnet ditt ut, versus å trykke barnet ditt ut selv, at det har mye å si i forhold til mestringsfølelse i en fødsel.”

Flere fortalte også at innføring av fysiologisk setefødsel har ført til økt fokus på miljøet i rommet. En informant fortalte at for å øke oxytocinnivået hos kvinnen påså hun at det var rolig på fødestuen, at det alltid bare var en som snakket til kvinnen, og at de som kom inn på rommet skulle stå bak et forheng slik at kvinnen hadde minst mulig folk rundt seg. Hun beskrev det på denne måten: *“Man trenger ikke ha flombelysning selv om det er seteleie. Selv om det er mange i rommet så kan folk være stille liksom. Så vi har nok mye mer fokus på at de skal få ha en naturlig fødsel da.”*

Etter innføring av fysiologisk setefødsel var det en informant som fortalte om en utfordring hun opplevde knyttet til den nye forløsningsmetoden og at kvinnen hadde en knestående posisjon. Dette illustreres ved dette utsagnet: *“Utfordringen med knestående er at du faktisk ikke ser kvinnen i øynene. Det at du ikke får øyekontakt gjør det vanskeligere å observere hennes frykt eller sånt.”* Andre så på knestående som noe positivt da de fikk en opplevelse av at de i større grad skjermte kvinnen for alt av helsepersonell på fødestuen. En informant fortalte at i samtale med kvinner i etterkant av fysiologisk setefødsel har kvinnene selv gitt uttrykk for at de ikke har oppfattet alle som var til stede: *“Når jeg har snakket med kvinner i etterkant, så har de sjeldent merket at det er mange. For de står jo med ansiktet vendt mot veggene når de trykker, når det gjerne kommer mange inn.”*

4.2 Opplevelse av forsterket jordmoridentitet

Da fysiologisk setefødsel ble innført på sykehuset var det flere av informantene som opplevde en større inkludering i fødslene, og at holdningene de hadde til setefødsler endret seg. Fra tidligere var det flere som opplevde at de sto litt på sidelinjen når de hadde en setefødsel. En av informantene uttrykte seg slik:

“Fra tidligere har jeg egentlig aldri hatt noe fasinasjon for seter. Fordi jeg alltid har følt at, ok, det er så veldig sånn teknisk, det er mye folk. Vi forløser til navlen, så er det liksom.. Så jeg tenker vel at det var det jeg tenkte før, men nå er jeg helt motsatt. Nå synes jeg det er kjempegøy hvis det kommer en dame med sete.”

Flere fortalte at de opplevde at de fikk brukt jordmorkompetansen sin mer da de ble en del av hele fødselsforløpet, også selve forløsningen. De opplevde fødslene som mer jordmorstyrt da

det var jordmor selv som ledet dersom hun var tryggest i forløsningen. Etter at fysiologisk setefødsel ble innført påpeker en informant at hun opplevde seg tryggere i jordmorrollen sin i møte med fødekvinnene. En annen beskrev en ny følelse av eierskap til fødslene på denne måten: *"Ja, jeg føler jo vi har fått et mye større ansvar nå enn tidligere." Og det er jeg veldig glad for at vi får. Man får et mye mer eierskap til fødselen da."*

Flere av informantene påpekte at de opplevde et stort engasjement blant jordmødrene ved innføringen av fysiologisk setefødsel. En fortalte at hun opplevde at det jordmor forfekter fikk større plass når kvinnen var i en knestående posisjon. Opplevelsen informanten fikk av å være mer inkludert ga videre en følelse av stolthet på jobb. Dette bidro igjen til å forsterke følelsen av tilhørighet og virket styrkende for jordmoridentiteten. Dette kommer frem i følgende utsagn:

"Så det å være en del av noe, da blir man jo stolt, ikke sant. Så jeg tenker det er bra for jordmoridentiteten vår og bra for fødeparet at vi kommer litt på banen på ting. For det er jo vi som er best på å forløse barn. Sånn er det bare."

Det å kunne lære opp kollegaer i forløsning av seteleie var også noe flere av informantene påpekte var givende og gøy. En fortalte at det å utfordre seg selv og lære noe nytt var viktig for henne som jordmor. Dette bidro til å oppleve mening og mestring i jobb. En informant beskriver seg slik: *"Jeg er litt sånn at jeg liker å lære nye ting, altså liker å ha nye utfordringer da. Så jeg synes det har vært veldig spennende og veldig positivt for meg som jordmor, sånn personlig. Det er veldig givende."* I møte med noe nytt ble det trukket frem evnen til å sette grenser for hvor man er trygg og hvor man er utrygg. Og videre hvor man trenger råd og hjelp. En av informantene trakk dette videre inn mot jordmorfaget i sin helhet, hvor hun påpekte viktigheten av å våge å stå støtt i sitt ansvar, men også kunne gi beskjed ved usikkerhet. Hun beskrev det på følgende måte:

"Man må vite når man skal be om hjelp, eller hvis man ikke skjønner. Tørre å si: "dette skjønner jeg ingenting av". Fordi det vil vi jo møte innimellom i yrket vårt, at vi skjønner absolutt ingenting. Og da må man tørre å si det høyt. "

4.3 Ingen profesjonskamp

I starten opplevde flere av informantene endringen som krevende. Det var mye skepsis, både blant jordmødre og leger. I starten ble det opprettet en liten gruppe, bestående av noen få jordmødre, som skulle læres opp først. Tanken med dette var at noen skulle bli trygge, og dermed spre kunnskapen videre. Noen av informantene vi intervjuet opplevde dette noe utfordrende da det ble et skille i kollegiale. En annen ga uttrykk for at hun opplevde samarbeidet med noen leger som krevende, da det blant annet var mye fokus på at kunnskap om forløsning på rygg gikk tapt. Et par av informantene fikk noen ubehagelige kommentarer i starten, som antydte at jordmødre tok over en arbeidsoppgave til legene. Følgende utsagn ble uttalt i denne sammenheng: *“For det er liksom innimellom at jeg har tenkt sånn at dette gidder jeg ikke. Når det er sånne kommentarer, ikke sant? Hvorfor skal vi holde på med dette her? Litt sånne småsnurte leger innimellom, ikke sant?”*

En annen informant fortalte at de fra starten opplevde god støtte fra ledelsen og leger. Hun erfarte også at alle legene, med tiden, ble mer og mer positivt innstilt til en ny type samarbeid. Det ble i denne sammenhengen trukket frem viktigheten av at noen i legegruppen var med å “dra” fra starten for å få dette til, da setefødsel er et legeansvar. Gjennomgående opplevde flere økt grad av tverrfaglig samarbeid etter innføring av ny metode. En av informantene uttrykte dette gjennom følgende: *“Det er egentlig ikke noe sånn profesjonskamp eller prestisje i at den ene skal være så himla mye flinkere enn den andre. Vi blir jo best hvis vi samarbeider.”* I forkant av fysiologisk setefødsel forsøkte de å samle alle som skulle være med på fødselen. Her kartla de erfaringsgrunnlag, gikk igjennom manøvere og fordelte arbeidsoppgaver. Dette trakk flere av informantene frem som et viktig element for godt samarbeid på fødestua. En informant uttrykte det slik:

“Vi har veldig varierende erfaring med disse seteforløsningene så vi tar alltid og planlegger litt i forkant hvem som skal gjøre hva. Det gjorde vi første gangen jeg skulle styre og det var veldig betryggende. At vi gjennomgår og avklarer roller i forkant synes jeg har vært veldig godt og det gjør samarbeidet enklere.”

I oppstarten kjente mange av informantene på usikkerhet. Det var spesielt krevende når både lege og jordmor hadde lite erfaring med den nye metoden. På samme tid kom det frem at de

alltid jobbet for at det skulle være minst en erfaren jordmor eller lege på hver fødsel. Som en informant fortalte: *“Problemet er når både jordmor og lege blir usikre.”* Flere av informantene ga uttrykk for en opplevelse av at det var rom for deres utrygghet, og at de i møte med leger som også kunne kjenne på usikkerhet, opplevde at de var likestilt og måtte hjelpe hverandre mer. De ble mer avhengig av de andre i teamet, og måtte prate mer under forløsningen. En informant trakk frem at hun opplevde samarbeidet etter innføringen av fysiologisk setefødsel som positivt og på følgende måte: *“Vi får en veldig teamfølelse og det blir et veldig godt samarbeid. Jeg synes det er veldig flott å se hvordan vi jobber sammen, leger og jordmødre og barnepleier.”* I etterkant av setefødselen ble det tilstrebet å ha en gjennomgang med de som var med på fødselen. Dette var ikke en fast prosedyre, noe flere trakk frem at de kunne ønske det var. Tid var ofte en avgjørende faktor for om dette ble gjort eller ikke. I gjennomgangen ga de hverandre tilbakemeldinger på hva som ble gjort bra, og hva som kunne vært gjort annerledes. Samtlige av informantene uttrykte at de lærte mye av dette, og anså det som en viktig faktor ved innføring av ny metode. En av informantene sa:

“Etter fødsel så snakker vi sammen. Det er en rutine som ikke er en rutine, og det tenker jeg er kjempeviktig for å lære og kunne gi hverandre tilbakemeldinger. Det synes jeg ofte vi får gjort, men det kunne vi godt innført som en helt systematisk greie.”

4.4 Bedre kontinuitet

Med innføring av ny metode fortalte informantene om en ny struktur for å informere kvinnene. Kvinnene skal først til legen, og legen må klarere om kvinnen fyller kriteriene for vaginal forløsning. Når kvinnen har blitt vurdert til å kunne ha en vaginal forløsning av seteleie møter hun jordmor på post. I samtalen jordmor har med kvinnen følger jordmor en mal for hva kvinnen skal bli informert om i forkant av fysiologisk setefødsel. En av informantene uttrykte at jo mer erfaring hun opparbeidet, jo lettere ble det å informere kvinnen. Jordmor gir også hun en omvisning på fødestuen og demonstrerer hvordan hun skal stå under fødsel. Flere trakk dette frem som en stor fordel og en avgjørende faktor for hvordan informantene opplevde den nye metoden. En informant forteller dette:

“Jeg synes vi har jobbet veldig godt sammen og fått i gang forberedelsessamtaler med paret eller kvinnen. Det synes jeg har vært veldig bra og jeg tror kvinnen synes det har

vært veldig bra. Det er jo som regel vi jordmødrene som har den samtalen, og det synes jeg har vært veldig spennende. Vi har dem på fødestua og viser hvordan de skal stå.”

At informantene får en samtale med fødekvinnen, med eller uten partner, i forkant av fødselen blir trukket frem som positivt. Dette gjorde at de etablerte en relasjon, og mange opplevde dette som en styrke når de møtte fødeparet igjen på fødestuen. En informant fortalte også at hun opplevde at samtalen i forkant av fødsel resulterte i større ro og trygghet hos kvinnene når de var i fødsel, og at det påvirket samarbeidet mellom dem positivt. Hun uttrykte det slik:

“Jeg tror informasjonen kvinnene får i forkant av fødsel har stor innvirkning på hvordan fødselen blir. For du må ha en kvinne som er interessert i å samarbeide og som på en måte er til stede. Og de kvinnene jeg har møtt har vært veldig aktive, tatt del og kommunisert bra. Det er ingen av de kvinnene jeg har vært med på som har “mista det” hvis det går an å si det sånn. Eller som har fått panikk eller noe. Jeg har opplevd at de har vært så jorda og vært til stede.”

Samtale med fødeparet på barsel ble også trukket frem som et viktig element for læring. Her fikk informantene mulighet til å gå igjennom fødselen med fødeparet og eventuelt korrigere misforståelser. Kvinnes opplevelse var også viktig kunnskap for videre forbedring. Flere av informantene uttrykte at de etter innføring av fysiologisk setefødsel opplevde at de fikk til en bedre kontinuitet og hadde et bedre tilbud til fødekvinnen. Det opplevdes som en bedre helhet, noe flere av informantene påpekte at alle fødekvinner skulle hatt tilbud om. Slik en fortalte: *“Jeg tror det har mye med den helheten å gjøre. At de får informasjon i forkant og at man blir godt kjent. Vi får mer av den kontinuiteten som man ønsker.”*

4.5 Motivert for endring

Ved innføring av fysiologisk setefødsel var det flere informanter som erfarte at kollegaer hadde ulike holdninger til å lære noe nytt. Noen opplevde at det var utfordrende å endre praksis da det handlet om å avlære noe man kan, samt å innføre noe nytt. Slik en uttrykte: *“Men det er jo noe med å avlære noe man har gjort i mange år, det kan jo av og til være en smertefull prosess.”* Legene skulle samarbeide med jordmødrene på en ny måte, og

jordmødrene fikk en annen rolle enn tidligere. Flere trakk frem at det var viktig å ha tålmodighet ved endring av praksis. En informant sa: *“Så det er jo som med alt nytt, at det er skepsis. Det tar tid. Og man må være tålmodig.”*

Noen informanter påpekte også at det var nødvendig å være motivert for å innføre noe nytt. Da fysiologisk setefødsel innebærer samarbeid mellom flere yrkesgrupper ble det viktig at det var et ønske og en drivkraft hos alle for å kunne starte opp med dette. Det hjalp ikke at bare jordmødrene ønsket å endre praksis, men at en måtte få med alle sammen. En fortalte:

“Så det må være en vilje og et ønske for at det her skal fungere på tvers av yrkesgrupper. Det tror jeg er helt vesentlig for å få det til når man skal implementere noe nytt. At det er forankret hele tiden.”

En informant trakk også frem at endringsprosessen kunne oppleves som utfordrende og skremmende i starten. Dette innebar at hun nå hadde fått en annen rolle som det stiltes nye forventninger til, og slik uttrykte hun seg:

“Kanskje litt skummelt til å begynne med, fordi jeg tror, nå snakker jeg for meg selv, men at jordmor synes det med setefødsel har vært litt skummelt. Det er jo noe med at legene er involvert og de manøvrene som legen har gjort når kvinnen ligger på ryggen, de har på en måte vært litt fremmed for oss, vi har ikke hatt noe med det å gjøre. Og da å plutselig være en som skal regnes med i forhold til seteførløsningen er jo fantastisk, men også skummelt til å begynne med”

Noen av informantene påpekte at suksessfaktoren for at de innførte fysiologisk setefødsel var at de hadde en ledelse og leger som var motivert for endringen. Setefødsler er en leges ansvar og ved at de hadde tiltro til jordmødrene om å involvere de gjorde det mulig å gjennomføre denne endringen. En informant uttrykte det slik: *“Jeg tenker at mye av suksessfaktoren her handler om at vi har leger som er positive til det her. Og som har støttet oss hele veien på at dette er det vi skal gjøre.”*

En grunnleggende nysgjerrighet og et ønske om å lære noe nytt var noe mange av informantene fortalte om. Dette ble en drivkraft for å tilegne seg kunnskap. Utfordringen var,

som flere påpekte, at det ikke er tilstrekkelig med setefødsler til at alle kan bli trygge i forløsningen av seteleie. Derfor ble det ansett som hensiktsmessig å lære opp en liten gruppe jordmødre i starten, som siden kunne lære det videre til sine kollegaer. En av informantene fortalte det slik: *“For utfordringen er at man skulle ønske at man hadde en som skulle føde i sete hver dag. Da kunne man fått alle opp og gå.”*

5 Diskusjon

I følgende kapittel vil oppgavens problemstilling diskuteres ut ifra de empiriske data. Vi vil drøfte hovedfunnene i studien, som inkluderer økt fokus på det normale og fysiologiske, opplevelse av økt jordmoridentitet og ingen profesjonskamp. Dette vil bli drøftet og diskutert opp mot den teoretiske forankringen, etterfulgt av en diskusjon rundt studiens metode.

5.1 Diskusjon av resultat

5.1.1 Økt fokus på å fremme det normale og fysiologiske

Funnene i studiens resultater viser ulike erfaringer på hvordan miljøet på fødestuen virker inn på fødselssituasjonen. På den ene siden indikerer funnene at informantene opplevde et bedre miljø etter innføringen av fysiologisk setefødsel. Det illustreres i deres forklaringer, hvor de vektlegger ro og dempet belysning. Funnene finner hold i det fysiologiske perspektivet, som hevder at man ved hjelp av miljøet kan fremme de fysiologiske prosessene. Ytterligere kan det underbygges av Olza et al. (2020) sin modell viser sammenhengen mellom miljø og utskillelse av oxytocin. På den andre siden viser funnene at informantene kunne oppleve det som krevende å skjerme kvinnen når det er mange helsepersonell til stede under en setefødsel. At kvinnen må forholde seg til mange ulike helsepersonell under fødsel og mangel på privatliv kan forstyrre de fysiologiske prosessene ("Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM," 2013).

Modellen til Olza et al. (2020) påpeker at det er viktig at jordmor er klar over de psykologiske reaksjonene som skjer hos kvinnen i en fødsel. En informant i vår studie fortalte at en utfordring ved fysiologisk setefødsel var at hun ikke hadde mulighet til å ha øyekontakt med kvinnen i forløsningen. Så med utgangspunkt i modellen argumenteres det for at fødselssituasjoner der jordmor og kvinnen kan ha øyekontakt lettere gjør jordmor oppmerksom på den psykologiske tilstanden kvinnen er i, og som igjen kan påvirke hormonutskillelsen i fødsel (Olza et al., 2020). På den andre siden fortalte noen av informantene at nettopp ved at kvinnen stod på knærne og hadde ansiktet vendt mot veggen var med på å skjerme kvinnen for alle menneskene som var inne på fødestuen. Dette støttes

også av Olza et al. (2020) da tilrettelegging av ro i fødsel er med på å forsterke utskillelsen av oxytocin.

Ved å ha et fysiologisk perspektiv på fødsel skal en som jordmor i størst mulig grad legge til rette for å fremme de naturlige fødselsprosessene ("Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM," 2013). Vi vet fra tidligere at fødselsprosessen kan ses som et samspill mellom fosteret, riene og fødselskanalen (Blix, 2017a, s. 439). Ved å la kvinnen føde i en knestående stilling, blir bekkenet mer bevegelig, riene blir mer effektive og tyngdekraften utnyttes maksimalt (Brunstad, 2017, s. 467). Våre funn viser at informantene i vår studie opplevde at de etter innføringen av fysiologisk setefødsel fikk brukt sin jordmorkompetanse til å legge til rette for de naturlige fødselsprosessene i større grad. For det første fortalte flere at de opplevde en økt bevissthet rundt optimalisering av bekkenet og at de nå utnyttet tyngdekraften på en bedre måte enn tidligere, ved at de nå lar kvinnen innta en knestående posisjon. Dette støttes av forskningen til Reitter et al. (2014) som viser at bekkenutgangen er størst i diameter når kvinnen har en oppreist fødestilling. Det forankres også i det fysiologiske perspektivet da muligheten til bevegelse under fødsel er en faktor for å fremme fysiologisk prosesser ("Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM," 2013).

Resultatene fra studien indikerer at etter innføringen av fysiologiske setefødsler, opplevde informantene en mer avventende holdning til setefødsler enn tidligere. Flere av informantene fortalte at de opplevde å la kvinnekroppen få utnyttet alle sine ressurser, ofte uten å hjelpe til med manøvere. Forskning støtter dette, og har vist at fysiologisk setefødsel fører til mindre bruk av manøvere sammenlignet med den tradisjonelle metoden (Bogner et al., 2015; Louwen et al., 2017). I tillegg anbefaler QMNC rammeverket at intervensjoner kun skal gis når det er nødvendig (Renfrew et al., 2014). Det kan derfor argumenteres for at praktisering av fysiologisk setefødsel fremmer god fødselsomsorg, da det er mindre bruk av unødvendige intervensjoner. Dette støttes også i punktet i WHO's 10 prinsipper for perinatal omsorg som går ut på at fødselsomsorg skal gis med minst mulig unødvendige intervensjoner (Chalmers et al., 2001).

5.1.2 Opplevelse av økt jordmoridentitet.

Funnene i studien viser at informantene opplevde at de har en større rolle i setefødslene sammenlignet med tidligere, som igjen har ført til en forsterket jordmoridentitet. Flere av informantene uttalte at de nå opplevde fødslene som jordmorstyrt i de tilfellene det er jordmor som har mest erfaring, og at de fikk brukt sine jordmorkunnskaper som i alle andre normale fødsler. Det kan tenkes at informantene opplever en forsterket jordmoridentitet da de har en jordmorfaglig tilnærming lik det som blir beskrevet i QMNC rammeveket, ved at de opplever å utøve kyndig og omtenkksom omsorg til kvinnen, samt arbeide med å fremme fysiologiske, psykologiske og sosiale prosesser i partnerskap med kvinnen (Renfrew et al., 2014). Dette støttes av studien til Larsson et al. (2009) som viste at det var viktig for jordmødrene å oppleve at deres håndverk og kunnskap ble verdsatt for å styrke jordmoridentiteten. Studien til Blix og Öhlund (2007) viste også at opplevelsen av jordmoridentitet henger sammen med hvorvidt jordmor opplever å få brukt sine sanser og intuisjon til å lede kvinnen gjennom fødsel. På den andre siden var det noen informanter som opplevde utfordringer og usikkerhet knyttet til den nye rollen. De opplevde usikkerhet rundt de nye manøvrene og i sin egen kunnskap. Dette kan forklares ut ifra at det er få fødsler å øve seg på for å bygge erfaring og kompetanse. Usikkerheten rundt jordmors rolle kan derfor være et resultat av at den manglende erfaringen og kompetansen gjør det vanskelig å utøve en jordmorfaglig tilnærming.

Jordmor skal gi individuell tilpasset omsorg, og omsorgen skal være preget av kontinuitet (Renfrew et al., 2014). Opplevelsen av den forsterkede jordmoridentiteten kan tenkes å henge sammen med funnene i studien som peker på at informantene har erfart bedre kontinuitet etter innføring av fysiologisk setefødsel. På den ene siden fortalte en informant i studien at møte med kvinnen i forkant var med å skape en relasjon som i neste omgang gjorde henne tryggere i møte med kvinnen i fødsel. Funnet støttes i studien av Larsson et al. (2020) som fant at å møte kvinnene i forkant av fødsel gjorde jordmødrene i stand til å bedre kartlegge tanker, følelser og eventuell frykt for å styrke kvinnens tro på egne evner. En viktig faktor i det fysiologisk perspektiv på fødsel er å styrke selvtilliten til kvinnen ved å informere og involvere ("Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM," 2013). Dette samsvarer med QMNC sin anbefaling om at fødselsomsorgen skal være preget av kontinuitet, og filosofien bak rammeverket ved at de

fysiologiske prosessene fremmes og kvinnens evne skal styrkes (Renfrew et al., 2014). På den andre siden kommer det frem at det ikke alltid er den samme jordmoren som har informasjonssamtalen som følger kvinnen i fødsel, og dermed ikke følger kvinnen gjennom hele prosessen. Likevel ser det ut til at den nye organiseringen med samtalene før fødsel er med på å skape en felles opplevelse av kontinuitet hos informantene i studien. Det kan derfor argumenteres for at så lenge informasjonen i forkant av fødsel har en jordmorfaglig tilnærming, opplever informantene en mer helhet i tilbudet de gir til kvinnene. Opplevelsen av helhet kan også tenkes å ha sammenheng med funnet om at jordmødrene tilstreber samtale med kvinnen på barsel etter fødsel. Gjennom vår studie kan vi ikke si noe om hvordan det oppleves for kvinnene, men forskningen som ligger til grunn for QMNC rammeverket trekker frem viktigheten av kontinuitet for kvinner i fødsel (Renfrew et al., 2014). Vedeler et al. (2021) fant også i sin studie, som undersøkte hva som var viktig for norske kvinner i fødsel, at kontinuitet var en sentral og viktig faktor. Informantenes erfaring med opplevelsen av kontinuitet etter innføring av fysiologisk setefødsel tyder på at fysiologisk setefødsel gjør det lettere for jordmor å gi omsorg til kvinnen, som igjen kan skape trygghet. Dette vil kunne fremme de fysiologiske prosessene og muligens også redusere bruken av intervensjoner.

5.1.3 Ingen profesjonskamp

I en fødsel er samarbeid og kommunikasjon svært sentralt. Ved fysiologisk setefødsel er det tett samarbeid mellom jordmor og lege (Helsedirektoratet, 2010). Ifølge WHO sine 10 prinsipper for perinatal omsorg står det at omsorgen til fødekvinnen skal være tverrfaglig (Chalmers et al., 2001). "Tverrfaglige team kjennetegnes ved at representanter fra ulike fag eller profesjoner er representert i teamet." (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 211). Samarbeidet kan være krevende, men kan tidvis være helt avgjørende for å gi den beste hjelpen til kvinnen og fosteret (Eilertsen, 2017, s. 35). Når det gjelder informantenes opplevelse av det tverrfaglige samarbeidet etter innføringen av fysiologiske setefødsel viser funnene at de har opplevd en endring. På den ene siden fortalte en informant at hun erfarte en økt teamfølelse og godt samarbeid ved fysiologisk setefødsel. Hun opplevde at leger, jordmødre og barnepleiere jobbet godt sammen under fødsel og at samarbeidet la til rette for de fysiologiske prosessene. Dette funnet støttes i QMNC rammeverket som legger vekt på at kunnskap og ferdigheter skal fremmes mer enn ansvaret til de ulike profesjonene (Renfrew et al., 2014). Lauvås og Lauvås (2004) skriver også at om tverrfaglig samarbeid er velfungerende evnes det å kombinere

kunnskap og ferdigheter som ingen enkeltperson besitter alene. Teori fra ulike fagmiljøer blir gjennom kommunikasjon på tvers av profesjonene til felles, tverrfaglig innsikt. Et viktig utfall er at resultatet til slutt blir bedre enn summen av de enkelte fag som gruppen representerer (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 211). På den andre siden opplevde noen informanter negative kommentarer fra kollegaer i starten av innføringen av fysiologisk setefødsel. Dette kan muligens forklares ut ifra nye ansvarsområder. Forskning viser at tverrfaglige team kan viske ut roller, utfordre veletablerte faglige grenser, og true faglig identitet. Dette kan forårsake spenning og uenighet (Comeau-Vallée & Langley, 2020; Reay et al., 2017). Flere av informantene trakk frem viktigheten av å samle teamet i forkant og i etterkant av fødsel. Det kan tenkes at dette ga rom for å klarere oppgaver og roller, gi tilbakemeldinger, og dermed muligens avvæpne noe av spenningen som kan oppstå ved en slik endring. Funnene viser også at å innføre noe nytt er en krevende endringsprosess da det blant annet handler om å avlære noe for å innføre en ny praksis.

For at en gruppe og et tverrfaglig team skal fungere er det viktig å ha et felles mål. Det er viktig med gjensidig støtte, sjenerøsitet og oppmuntring mellom enkeltpersonene i gruppa (Eide & Eide, 2017, s. 344). Studiens funn viser at noen av informantene erfarte at det var viktig å ha ledelsen og leger med seg i innføringen av fysiologisk setefødsel. Det at alle, på tvers av profesjonene, hadde det samme målet om at fysiologisk setefødsel skulle bli den foretrukne praksis opplevdes som avgjørende for å innføre metoden. Andre trakk frem at de opplevde at det var rom for utrygghet, både hos leger og jordmødre. Det kan tenkes at etter innføringen av fysiologisk setefødsel har samarbeidet mellom leger og jordmødre blitt tettere, da de nå utfører mye av de samme arbeidsoppgavene. Det at de får mer lik kunnskap kan muligens skape rom for å trygge, og selv bli trygget på tvers av profesjonene. Innføringen av fysiologisk setefødsel kan ha endret rollene til jordmødre og leger på den måten at de opplever en gjensidig støtte, engasjement og felles mål om å jobbe godt i et tverrfaglig team.

5.2 Metodediskusjon

I følgende underkapittel diskuteres metodens kvalitet og vurderes ut fra de kvalitative vurderingskriteriene; troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Nielsen et al., 2021, s. 282-283)

5.2.1 Troverdighet

Kravet til troverdighet er at en får presentert riktig det studien undersøker, altså hvorvidt en fikk undersøkt det en ønsker å undersøke (Nielsen et al., 2021, s. 282). Hensikten med oppgaven var å belyse jordmødres erfaringer med innføring av fysiologisk setefødsel, og ved å bruke kvalitativ metode får en innsikt i informantenes subjektive erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017, s. 31). Valg av studiens metode anses som riktig valg for å få svar på problemstillingen og styrker studiens troverdighet.

I forkant av studien var det ønskelig å intervju seks til åtte jordmødre for å belyse problemstillingen. Dette antallet ble satt på bakgrunn av studiens begrensede tidsramme, og utvalget besto til slutt av syv jordmødre. Antallet jordmødre i studien kan muligens ha noe å si for resultatet, men det argumenteres for at det ikke er utelatt viktige funn som kunne blitt belyst da det ikke er mengden av datamaterialet som er viktig i kvalitative studier, men kvaliteten av datamaterialet (Nielsen et al., 2021, s. 135).

En kvalitativ studie skal ikke presentere verden riktig, men presentere informantenes opplevelser, oppfatning, synspunkter og perspektiv riktig (Nielsen et al., 2021, s. 282). For å styrke troverdigheten i studien ble intervjuguiden kvalitetssikret gjennom et pilotintervju for å sikre at spørsmålene ga muligheten til å få svar på oppgavens problemstilling. Intervjuguiden ble brukt som en rettesnor i alle intervjuene for å sikre at intervjuet var innom alle temaene. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål som ga mulighet for informanten å utdype temaer der det ble ansett som relevant for problemstillingen. Vi opplevde underveis i de første intervjuene å måtte endre på noen av spørsmålene for å få et rikere datamateriale og dekke tema som var sentralt for studien. Det vurderes som mest sannsynlig at det ikke hadde en påvirkning på de intervjuene som ikke hadde disse spørsmålene da temaene rundt de nye spørsmålene ble belyst av de informantene vi først intervjuet.

Intervjuene ble også utført ansikt til ansikt for å etablere en tillitsfull og trygg relasjon mellom intervjuer og informant. Dette er med på å sikre at informanten har nok tillit til intervjuer til å snakke trygt om egne erfaringer (Nielsen et al., 2021, s. 282). På den ene siden kan det at begge var til stede under intervjuet muligens oppfattes som skummelt da det er to som følger med på deg. For å gjøre intervjusettingen trygg avklarte vi på forhånd hvem som hadde den

styrende rollen og hvem som hadde den observerende rollen. På den andre siden vil det at begge var til stede styrke studiens troverdighet da begge er godt kjent med den empiriske dataen.

I prosessen med metodevalg diskuterte vi i flere runder om vi skulle ha individuelle intervju eller fokusgruppe. Fordelen med en fokusgruppe kunne være å få i gang en samtale med flere jordmødre som har vært med i oppstart av ny metode. Dette kunne ha gitt en spennende samtale, og fått frem mange ulike nyanser. På den andre siden så vi dette som utfordrende da vi ønsket jordmødre fra kvinneklinikken. Vi så det som en mulig utfordring å samle alle til samme tidspunkt på en fødeavdeling. Med individuelle intervju hadde vi mulighet til å fange opp den enkeltes tanker og erfaringer, og mulig unngå at noen få stemmer fikk stor plass i samtalen. Vi kunne også evaluere de enkelte intervju og ta med disse erfaringene inn mot de kommende intervjuene.

Det at vi fordelte transkriberingen av intervjuene mellom oss kan ses som en svakhet da transkripsjonene kan bli preget av to ulike tolkninger av betydningsfulle utsagn. Men for å sikre troverdigheten i transkriberingsprosessen ble vi i forkant enige om hvilken skrivestil vi ønsket å bruke, samt at vi etter fullstendig transkribering hørte igjennom intervjuene sammen for å vurdere utelatelsen av utfyllingsord og kontekstuelle trekk.

I kodingen og analyseprosessen av intervjuene ble det brukt Malterud STC som er en anerkjent og egnet analysemetode for kvalitativ forskning (Malterud, 2017, s. 97). Dette er med på å styrke studiens troverdighet. Det at vi var to stykker som analyserte dataen vil også virke styrkende da vi kan diskutere relevant funn.

5.2.2 Pålitelighet

Pålitelighet går ut på om arbeidsprosessen er synlig for leseren, og at det skal være mulig å gjenta studien hvis ønskelig (Nielsen et al., 2021, s. 283). For å styrke studiens pålitelighet har vi tilstrebet å gjøre rede for hva som ligger til grunn for våre valg gjennom hele prosessen. Ved å være transparent i arbeidsprosessen, legge ved intervjuguide og gjør rede for analyseprosessen vil det være mulig for leseren å få en oversikt over det som er gjort.

5.2.3 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet viser til i hvilken grad andre kan bekrefte resultatene våre (Nielsen et al., 2021, s. 283). Forutinntatt kunnskap og forståelse av temaet i studien påvirker studiens bekræftbarhet, og det er derfor vanskelig å si sikkert om en annen forsker ville kommet frem til de samme resultatene. For å fylle kravene til bekræftbarhet har vi redegjort for studiens forutsetninger og vår forforståelse. For at vår forforståelse i minst mulig grad skal farge arbeidsprosessen har vi hele tiden samarbeidet og diskutert avgjørende beslutninger i analyseprosessen. I utarbeidingen av intervjuguiden var det også viktig for oss å være bevisst på at spørsmålene våre klarte å fange opp ulike sider ved innføring av fysiologisk setefødsel.

5.2.4 Overførbarhet

Overførbarhet går ut på om resultatene i studien kan gjøres gjeldene og er relevante i en annen sammenheng enn akkurat der dataen ble samlet inn (Nielsen et al., 2021, s. 283). I studien valgte vi å intervju jordmødre fra samme kvinneklinikk. Bakgrunnen for valget var for å lettere rekruttere informanter og tilstrebe fysiske intervju. Det var også aktuelt da fysiologisk setefødsel på denne kvinneklinikken var den foretrukne praksis og derfor hadde erfaring med dette. Jordmødrene i studien vår var i utgangspunktet interessert fysiologisk setefødsel, og dette kan ha vært med på å påvirke overførbarheten til studien. Hvis vi hadde valgt å inkludere jordmødre fra flere forskjellige sykehus kunne vi muligens ha fått inn andre perspektiver som ville påvirket studiens resultatdel. Da studien har en kvalitativ tilnærming, som har undersøkt erfaringene til syv jordmødre på samme sykehus, er ikke studien funn overførbar til andre kontekster eller andre jordmødre.

6 Konklusjon

Oppgavens hensikt var å belyse hvilke erfaringer jordmødre har tilegnet seg etter innføring av fysiologisk setefødsel. For å belyse temaet valgte vi å intervju syv jordmødre ved en kvinneklinikk på Østlandet som har innført fysiologisk setefødsel som den foretrukne praksis.

Studien viser at flertallet av informantene opplevde et økt fokus på det normale og fysiologiske. De fokuserte på at dette var noe kvinnen selv skulle gjøre, og det ble lagt mer til rette for å fremme de fysiologiske prosessene ved å ha et fysiologisk perspektiv på fødsel. En utfordring som ble trukket frem ved at kvinnen står på knærne under forløsning var mangel på øyekontakt. Dette kunne i noen grad påvirke samspillet mellom jordmor og fødekvinne. Samtidig ble det trukket frem som noe positivt da jordmor opplevde at hun i større grad kunne skjerme kvinnen fra alt helsepersonell som befant seg i rommet.

Informantene erfarte at de hadde fått en ny rolle i seteforløsningene. Tidligere hadde flere en opplevelse av å stå på sidelinjen. Etter innføring av fysiologisk setefødsel opplevde flere at de fikk en mer sentral og aktiv rolle gjennom hele fødselen og bedre kontinuitet. Denne endringen i rolle ble likevel opplevd som krevende for noen av informantene. Da det ikke er mange setefødsler, tok det tid før de opparbeidet seg kunnskap på fysiologisk setefødsel, og dette kunne føre til usikkerhet i egen rolle. Flere av informantene opplevde en sterkere eierskapsfølelse til setefødslene og at deres jordmoridentitet ble styrket ved at de i større grad la til rette for å fremme de fysiologiske prosessene.

Studien viser også at de fleste informantene opplevde at det tverrfaglige samarbeidet ble styrket etter at de begynte med fysiologisk setefødsel. Det at fysiologisk setefødsel har vært nytt for både jordmødre og leger har gitt de mulighet for å hjelpe hverandre i usikkerheten og lære av hverandre gjennom samtaler før og etter fødsel. Andre trakk imidlertid frem opplevelser om noe krevende samarbeid i starten, knyttet til rollefordelingen i fødsel. Ved at alle profesjonene hadde det samme ønske og målet om å innføre fysiologisk setefødsel opplevde informantene etterhvert et styrket tverrfaglig samarbeid.

6.1 Bidrag og videre forskning

Oppgaven bidrar til å belyse erfaringer jordmødre har fått etter innføringen av fysiologisk setefødsel. Med denne oppgaven har vi forsøkt å forstå, fortolke og forklare våre informanternes erfaringer og opplevelser, for å bidra med økt kunnskap på temaet. I arbeidet med oppgaven fant vi ingen kvalitative studier som har blitt gjort på fysiologisk setefødsel, og oppgaven vil derfor være med på å avdekke subjektive opplevelser fra jordmødre knyttet til dette.

Ytterligere forskning på tema er nødvendig. Mer forskning vil øke kunnskapsnivået og kompetansen på fysiologisk setefødsel. Denne studien viser funn basert på syv jordmødre fra samme kvinneklinikk. Ved å gjennomføre flere kvalitative studier på andre sykehus og av andre profesjoner, som har en rolle ved fysiologiske setefødsler, vil en kunne bekrefte, nyansere eller avkrefte funnene i vår studie. Videre kan forskning på fødekvinnens opplevelse av fysiologisk setefødsel øke kunnskap til helsepersonell og avdekke viktige subjektive aspekter hos kvinner.

Litteraturliste

- Blix, E. (2017a). Fødselens dynamikk. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 435-441). Cappelen Damm akademisk.
- Blix, E. (2017b). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 51-55). Cappelen Damm akademisk.
- Blix, E. & Öhlund, L. S. (2007). Norwegian midwives' perception of the labour admission test. *Midwifery*, 23(1), 48-58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.10.003>
- Bogner, G., Strobl, M., Schausberger, C., Fischer, T., Reisenberger, K. & Jacobs, V. R. (2015). Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance. *Journal of Perinatal Medicine*, 43(6), 707-713. <https://doi.org/10.1515/jpm-2014-0048>
- Brunstad, A. (2017). Utdrivningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 459-476). Cappelen Damm akademisk.
- Buckley, S. J. (2015). Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of perinatal education*, 24(3), 145-153. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>
- Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, 28(3), 202-207. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>
- Comeau-Vallée, M. & Langley, A. (2020). The Interplay of Inter- and Intraprofessional Boundary Work in Multidisciplinary Teams. *Organization studies*, 41(12), 1649-1672. <https://doi.org/10.1177/0170840619848020>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eilertsen, B. (2017). Lover og forskrifter. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 32-44). Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Medisinsk fødselsregister*. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Fylkesnes, A. M. (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 25-31). Cappelen Damm akademisk.

- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S. & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. 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)
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf
- Hildingsson, I. & Aune, I. (2022). Continuity of care. I I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdóttir, A. Wikberg & E. A. Nøhr (Red.), *Theories and perspectives for midwifery. A Nordic view* (s. 169-178). Studentlitteratur.
- International Confederation of Midwives. (2011). *Midwifery Led Care, the First Choice for All Women*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Kringeland, T. (2017). Jordmorvirksomheten. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 45-50). Cappelen Damm akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2023). *RETHOS - Retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene: Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bed82534ff7b40278ec4e62e08ebb02f/forslag-til-forskrift-for-nasjonal-retningslinje-for-jordmorutdanning.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsson, B., Rubertsson, C. & Hildingsson, I. (2020). A modified caseload midwifery model for women with fear of birth, women's and midwives' experiences: A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100504>

- Larsson, M., Aldegarmann, U. & Aarts, C. (2009). Professional role and identity in a changing society: Three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*, 25(4), 373-381. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.009>
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi* (2, Red.). Universitetsforlaget.
- Louwen, F., Daviss, B. A., Johnson, K. C. & Reitter, A. (2017). Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 136(2), 151-161. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12033>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Norsk gynekologisk forening. (2020). *Veileder i fødselshjelp*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S. & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Olza, I., Uvnaas-Moberg, K., Ekstrom-Bergstrom, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villamea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A. & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS one*, 15(7), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Oslo universitetssykehus. (2023a). Pasientinformasjon: Når barnet ligger i seteleie. Fødeavdelingen OUS. I *eHåndbok*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/2806>
- Oslo universitetssykehus. (2023b). Seteleie: Vurdering, forløsning og ytre vending. I *eHåndbok* <https://ehandboken.ous-hf.no/document/2806>

- Reay, T., Goodrick, E., Waldorff, S. B. & Casebeer, A. (2017). Getting Leopards to Change Their Spots: Co-creating a New Professional Role Identity. *Academy of Management Journal*, 60(3), 1043-1070. <https://doi.org/10.5465/amj.2014.0802>
- Reitter, A., Daviss, B.-A., Bisits, A., Schollenberger, A., Vogl, T., Herrmann, E., Louwen, F. & Zangos, S. (2014). Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 211(6). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.029>
- Renfrew, M. J., Homer, C. S. E., Downe, S., McFadden, A., Muir, N., Prentice, T. & Hooper-Bender, P. t. (2014). Midwifery: An executive summary for The Lancets series. *The Lancet* https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf
- 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.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder: planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget.
- Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. (2013). *The Journal of perinatal education*, 22(1), 14. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00218.x/abstract>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5 utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanningen*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf
- Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., Kotłowska, A., Lengler, L., Kielbratowska, B., Leon-Larios, F., Magistretti, C. M., Downe, S., Lindström, B. & Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth - a systematic review with implications for uterine

contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 285.
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>

Vedeler, C., Nilsen, A. B. V., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. S. (2021). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(4), 515-679.
<https://doi.org/doi.org/10.1111/1471-0528.16926>

World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: A practical guide. Report of a technical working group*. https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Waler, B. A. (2020, 27. april). Fysiologi. I *Store norske leksikon*. <https://sml.snl.no/fysiologi>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Intervjuguide

1. Hvor lenge har du vært jordmor?
2. Hvor mange fysiologiske setefødsler har du vært med på?
3. Hvordan var det for deg som jordmor å begynne med denne nye metoden?
Hvordan jobbet du tidligere med setefødsler?
4. Opplever du at din rolle som jordmor er ulik før og nå ved innføring av ny metode?
5. Opplevde du noen utfordringer med innføring av ny metode?
6. Opplevde du noen fordeler ved å innføre ny metode?
7. Hvilken opplæring fikk du?
 - Hva er bra med opplæringen?
 - Er det noe du savnet i opplæringen?
8. Hva opplever du at du er trygg på? Er du usikker på noe?
9. Hvordan er samarbeidet med jordmor og lege?
10. Hvordan opplever du samarbeidet med kvinnen?
11. Er fysiologisk setefødsel noe du vil anbefale andre sykehus å innføre?
Hvorfor/hvorfor ikke?
12. Har medstudent flere spørsmål?
13. Er det noe du tenker vi har glemt å spørre deg om som du syntes er viktig?

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Jordmødres erfaringer med å innføre en ny metode for seteforløsning”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge jordmødres erfaringer med å innføre en ny metode for seteforløsning ved [REDACTED] sykehus. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

[REDACTED] har nylig innført en ny metode for forløsning av seteleie og tilbyr i dag fysiologisk setefødsel (stående setefødsel). Formålet med denne studien er å kartlegge jordmødres erfaringer med å innføre en ny metode for seteforløsning.

Prosjektet er en masteroppgave og resultatene fra prosjektet planlegges publisert.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

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

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du mottar denne henvendelsen da du er jordmor på fødeavdelingen på [REDACTED]

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil delta på et intervju. Intervjuet vil ta ca. 30 minutter og inneholder spørsmål om erfaringer med innføring av oppreist fødestilling ved forløsning av seteleier. Det vil bli gjort lydopptak og tatt notater fra intervjuene.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Kun student og veileder har tilgang til opplysningene som blir lagret. Notater og lydopptak fra intervjuet vil bli lagret på en sikker server ved OsloMet. Du som deltaker i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i en eventuell publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene (signert samtykke, notater og lydopptak) slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.12.23.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- OsloMet ved [redacted] (Prosjektansvarlig/veileder) på epost ([redacted])
- Vårt personvernombud: [redacted] (personvernombud@oslomet.no) hos OsloMet

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

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

Med vennlig hilsen

[redacted]

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Jordmødres erfaringer med å innføre en ny metode for seteforløsning», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervjuet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Tabell over analyseprosessen

Meningsbærende enheter	Kode	Subgruppe	Kondensat	Kategori
<p>Vi får en veldig teamfølelse. Jeg synes det er veldig flott å se hvordan vi jobber sammen, leger og jordmødre og barnepleier og paret også. Og det synes jeg gagnar oss veldig mye egentlig. Jeg synes også vi er veldig flinke til å gi hverandre positive tilbakemeldinger også konstruktiv tilbakemelding i etterkant. Man får liksom en yess følelse når man har klart det. Så jeg tenker det har vært veldig positivt for samarbeidet med leger og jordmødre. Jeg synes også at vi i forhold til, vi har noe positiv å tilby damene som har et barn i seteleie.</p> <p>Og vi får alle lov å være usikker, både leger og jordmødre. Og det gjør at jeg føler vi er ganske sånn likestilte når vi går inn i den fødselen. Sånn at ja, jeg synes vi samarbeider veldig godt og planlegger godt. Samarbeider som regel veldig godt underveis i fødsel. Når barnet kommer ut synes jeg vi er flinke til å gi hverandre gode tilbakemeldinger i etterkant.</p> <p>Det er ofte vanskelig å gjøre noe nytt, omstille seg. Vi er jo forskjellige faggrupper her. Vi er jo barnepleiere, jordmødre og gynekologer. Det er alltid litt sånn.. Går litt trått i starten, også vet vi at de som jobber mye med</p>	Samarbeid og kommunikasjon	Tverrfaglig samarbeid	<p>Det en veldig teamfølelse. Det er ikke en profesjonskamp. Jeg syntes det er flott å se hvordan vi jobber sammen; leger, jordmødre, barnepleier og paret.</p> <p>Vi er likestilt og kan spørre om råd begge veier. Vi er flinke til å gi hverandre positive og konstruktive tilbakemeldinger</p> <p>Det er ofte vanskelig å gjøre noe nytt. Det gikk litt trått i starten på grunn av usikkerhet både hos meg som jordmor og hos legene. Da kunne det komme noen ubehagelige kommentarer, det var krevende. Samtidig opplevde jeg ofte at det var rom for å være usikker, både leger og jordmødre. Det gjorde at vi måtte jobbe tettere sammen.</p>	Ingen profesjonskamp

noe og kan mye om det er veldig engasjert.

Problemet er jo at både leger og jordmødre blir usikre.

Det er egentlig ikke noe profesjonskamp eller prestisje i at den ene skal være så himla mye flinkere enn den andre. Vi er jo best hvis vi samarbeider.

Vi er helt avhengig av at vi skal ha en bra tone oss imellom. Og det føler jeg.. I starten var det nok mer sånn.. Litt sånn ugreit, men nå er det liksom; "Ja, sånn er det vi gjør det her." Men det har jo tatt litt tid da. Og man må liksom orke å stå i det. For det er liksom innimellom at jeg har tenkt sånn at dette gidder jeg ikke. Når det er sånne kommentarer, ikke sant. "Hvorfor skal vi holde på med dette her?" Litt sånn småsnurte leger innimellom, ikke sant. Men nå tenker jeg at dette er oppe og avgjort. Dette er sånn vi gjør det.

Vi har veldig varierende erfaring med disse seteforløsningene, så vi tar alltid og planlegger litt i forkant hvem som skal gjøre hva. Det gjorde vi første gangen jeg skulle styre og det var veldig betryggende. At vi gjennomgår og avklarer roller i forkant syntes jeg har vært veldig godt og gjør samarbeidet enklere.

Etter fødsel så snakker vi sammen. Det er en rutine som ikke er en rutine, og det tenker jeg er kjempeviktig for å lære og kunne gi hverandre tilbakemeldinger. Det synes jeg ofte vi får gjort, men det

<p>kunne vi godt innført som en helt systematisk greie.</p>				
<p>Jeg synes vi har jobbet veldig godt sammen og fått i gang forberedelsessamtaler med paret eller kvinnen. Det synes jeg har vært veldig bra og jeg tror kvinnen synes det har vært veldig bra. Det er jo som regel vi jordmødrene som har den samtalen, og det synes jeg har vært veldig spennende. Vi har dem på fødestua og viser hvordan de skal stå.</p> <p>Jeg tror det har mye med den helheten å gjøre. At de får informasjon i forkant og at man blir godt kjent. Vi får mer av den kontinuiteten som man ønsker; Du ser hvor du skal føde, du er godt informert. Man blir kjent med de man skal møte. For nå i begynnelsen så har jo vi kommet på jobb. Vi i den gruppa. Så de har som regel hilst på noen av oss fra før.</p> <p>Og da er man avhengig av at de er klarert for vaginal fødsel fra legen. Altså, at de har sett på UL, barnet skal ha passe størrelse og sånn. Så når legene har gjort det, så er det liksom; vær så god. Da kan du snakke med jordmor.</p> <p>For det første er damene mye bedre informert i forkant. Så den fødende er mye mer forberedt på det som skal skje, sånn at de er motivert for å føde i sete.</p>	<p>Samarbeid og kommunikasjon</p>	<p>Informasjon</p>	<p>Jeg syntes vi har gode samtaler i forkant av fødsel. Det varierer om kvinnen kommer alene eller med partner. Kvinnen møter først legen for å se om hun fyller kriteriene for å ha vaginal forløsning Deretter tar jeg over informasjonen og omvisningen. Jeg opplever at det blir en mer helhet og kontinuitet i oppfølgingen. Resultatet er en opplevelse av at kvinnene er svært godt forberedt, noe som igjen påvirker samspillet mitt med kvinnen under fødselen.</p>	<p>Bedre kontinuitet.</p>

<p>Jeg tror informasjonen kvinnene får i forkant av fødsel har stor innvirkning på hvordan fødselen blir. For du må ha en kvinne som er interessert i å samarbeide og som på en måte er til stede. Og de kvinnene jeg har møtt har vært veldig aktive, tatt del og kommunisert bra. Det er ingen av de kvinnene jeg har vært med på som har "mista det" hvis det går an å si det sånn. Eller som har fått panikk eller noe. Jeg har opplevd at de har vært så jorda og vært til stede.</p>				
<p>Ja, fordi at det vi forfekter som jordmødre, det blir tatt mye større hensyn til nå når vi har snudd damene, og de står på alle fire. Ingen skal røre det setet. Kvinnen står på alle fire og vi skal bare la det gå av seg selv. Så opplever jeg kanskje at min jordmorkompetanse blir lytta til litt mer.</p> <p>Vi er best på det å veilede de i trykking. Fordi vi har stått med det så mye, mye mer. Og at vi er mye mer vandt til hvordan den fremgangen er</p> <p>Ja, jeg føler jo vi har fått et mye større ansvar nå enn tidligere. Og det er jeg veldig glad for at vi får. Man får et mye mer eierskap til fødselen da.</p> <p>Men jordmors rolle er jo en helt annen. Fra før liksom føle at man bare stod litt på sidelinja.</p> <p>Så det å være en del av noe, da blir man jo stolt ikke sant. Så jeg</p>	<p>Jordmors funksjon og ansvar</p>	<p>Jordmorrolle</p>	<p>Det å bli regnet med i forhold til seteforløsningen er fantastisk, men var også litt skummelt i starten. Jeg føler på et mye større ansvar nå, enn tidligere da jeg sto litt på sidelinjen. Det vi forfekter som jordmødre blir tatt mye større hensyn til nå når kvinnene står på knærne. Vi skal liksom la det gå av seg selv. Jeg opplever at min jordmorkompetanse blir lyttet mer til, og at jeg får mer eierskap til fødselen. Jeg tenker det er bra for jordmoridentiteten vår at vi kommer litt mer på banen med setefødsler. Det setter også krav til meg som jordmor; jeg må selv søke kunnskap, være bevisst på hva jeg kan</p>	<p>Opplevelse av forsterket jordmoridentitet</p>

<p>tenker det er bra for jordmoridentiteten vår og bra for fødeparet at vi kommer litt på banen på ting. For det er jo vi som er best på å forløse barn. Sånn er det bare.</p> <p>Fra tidligere har jeg egentlig aldri hatt noe fascinasjon for seter. Fordi jeg alltid har følt at, ok, det er så veldig sånn teknisk, det er mye folk. Vi forløser til navlen, så er det liksom.. Så jeg tenker vel at det var det jeg tenkte før, men nå er jeg helt motsatt. Nå synes jeg det er kjempegøy hvis det kommer en dame med sete.</p> <p>Jeg er litt sånn at jeg liker å lære nye ting, altså liker å ha nye utfordringer da. Så jeg syntes det har vært veldig spennende og veldig positivt for meg som jordmor, sånn personlig. Det er veldig givende.</p> <p>Man må vite når man skal be om hjelp, eller hvis man ikke skjønner. Tørre å si; «Dette skjønner jeg ingenting av». Fordi det vil vi jo møte innimellom i yrket vårt, at vi skjønner absolutt ingenting. Og da må man tørre å si det høyt.</p> <p>Kanskje litt sånn skummelt til å begynne med, fordi jeg tror, nå snakker jeg for meg selv, men at jordmor syntes det ned setefødsel har vært litt skummelt. Det er jo noe med at legene er involvert og de manøvrene som legen har gjort når kvinnen ligger på ryggen, de har på en måte vært litt fremmed for oss, vi har ikke hatt noe med det å gjøre. Og da å plutselig være en som skal regnes med i forhold</p>			<p>og be om hjelp når jeg trenger det.</p>	
---	--	--	--	--

<p>til seteforløsningen er jo fantastisk, men også skummelt til å begynne med.</p>				
<p>Nei jeg tenker jo at når man skal gjøre endringer på noe så møter en jo alltid motstand. Det vil jo alltid være motstand. så jeg tenker at det å innføre nye ting det er jo et eget fag i seg selv, men jeg tror det å ha, vi har vært inne på det, men det å ha med seg alle faggrupper. Det må være et ønske å få det til, ja det har vi jo egentlig snakket om. Det vil alltid være noe motstand, alltid møte litt motstand når man innfører nye ting da. Å nå har jo jeg kommet inn etter at de har kommet godt i gang, så jeg opplever ikke så mye av det motstanden som det kanskje var i starten eller som jeg vil tro de møtte i starten. Men det er jo noe med og å avlære noe man har gjort i mange år, det kan jo av og til være en smertefull prosess. Men jeg synes jo det har gått veldig bra.</p> <p>Så er det jo som med alt nytt, at det er skepsis. Det tar tid. Og man må være tålmodig. Det må være en vilje og et ønske for at det her skal fungere på tvers av yrkesgrupper. Det tror jeg er helt vesentlig for å få det til når man skal implementere noe nytt. At det er forankret hele tiden.</p> <p>Jeg tenker at mye av suksessfaktoren her handler om at vi har leger som er positive til det her. Og som har støttet oss hele veien på at dette skal vi gjøre.</p>	<p>Holdninger</p>		<p>Jeg tror den største utfordringen ligger i frykten for å gi slipp på noe man kan. Jeg har erfart at alt som er nytt fører med seg skepsis. Det tar tid og krever tålmodighet, det å innføre nye ting er et fag i seg selv. Det å avlære noe er en smertefull prosess.</p> <p>For å få til en endring må det være et ønske på tvers av faggrupper.</p>	<p>Motivert for endring</p>

<p>For utfordringen er at man skulle ønske at man hadde en som skulle føde i sete hver dag. Da kunne man fått alle opp og gå.</p>				
<p>Altså min erfaring er at dette her har blitt en sånn veldig positiv greie for oss og for damene og jeg tenker jo at det å skulle legge seg på ryggen og gi seg hen til noen som skal plukke barnet ditt ut, versus å trykke barnet ditt ut selv, at det har mye å si i forhold til mestringsfølelse i en fødsel, så jeg tenker at det nesten er rart at man gjør gamle metoden på andre steder.</p> <p>Altså man stoler mer på kroppen da. Regner med at de klarer det. Det er jo bare den siste fasen som er annerledes.</p> <p>Man trenger ikke å ha flombelysning selv om det er seteie. Selv om det er mange i rommet så kan folk være stille liksom. Så vi har nok mye mer fokus på at de skal få ha en naturlig fødsel da.</p> <p>Altså det er jo mer naturlig. Man får mer tyngdekraften, bruke den. De går inn i seg selv. Altså de blir på en måte mer lukket. Fordi de ser ikke alle menneskene som er rundt. Vi har jo fort barneleger og sånn. Så de blir jo forberedt på at det blir mange mennesker inne på stua. Men de ser de ikke. Så de har mulighet til å liksom gå inn i seg selv. Og ofte etterpå har de ikke merket at det har vært noen andre her. Og det er jo fint for å fremme Oxytocinet. Også slipper de jo vena cava. Altså fosterlyden kan jo</p>	<p>Fysiologisk tilnærming</p>		<p>Jeg opplever at vi nå stoler mer på kvinnekroppen. Vi utnytter bekkenet og tyngdekraften i større grad som resulterer i en mer naturlig fødsel. Min erfaring er at kvinnene får mulighet til å gå mer inn i seg selv, fordi de står med ryggen til alle som er i rommet. Jeg syntes det er mer fokus på hvordan vi har det på stua. At det det skal være ro, dempe belysningen og skillevegg som deler opp rommet.</p>	<p>Økt fokus på det normale og fysiologiske</p>

være mye bedre. Ja.. Tyngdekraft er jo en fin ting, bruke den.

De blir ofte redde når de får høre at barnet ligger i seteleie, men vi har noe positivt og flott vi kan tilby dem. Det er bare en vanlig fødsel hvor de skal stå på knærne. Det er ikke noe skremmende som skal gjøres underveis, det er bare å stå på knærne og trykke. Jeg føler vi har et kort i erme der. Normalisere fødselen rett og slett.

Utfordringen med knestående er at du faktisk ikke ser kvinnen i øynene. Det at du ikke får øyekontakt gjør det vanskeligere å observere hennes frykt eller sånt.

Når jeg har snakket med kvinner i etterkant, så har de sjeldent merket at det er mange. For de står jo med ansiktet vendt mot veggen når de trykker, når det gjerne kommer mange inn.

Vedlegg 4 – Vurdering av behandling av personopplysninger (NSD)



[Meldeskjema](#) / [Jordmødres erfaringer med å innføre en ny metode for seteforløsning](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
965839

Vurderingstype
Standard

Dato
08.12.2022

Prosjekttittel

Jordmødres erfaringer med å innføre en ny metode for seteforløsning

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

XXXXXXXXXX

Student

XXXXXXXXXX

Prosjektperiode

12.12.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

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

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

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

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

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

UTENFOR HELSEFORSKNINGLOVENS VIRKEOMRÅDE

Det er vurdert av student og veileder at prosjektet ikke vil være helseforskning og dermed ha behov for vurdering av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er helsepersonell, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger.

Kontaktperson hos oss: Silje Fjelberg Opsvik

Lykke til med prosjektet!

F-FØBA Seteleie

Målgruppe

Leger og jordmødre ved avdelingen for gynekologi og fødelshjelp ved [REDACTED] sykehus.

Hensikt

Sikre riktig seleksjon til vaginal setefødsel eller keisersnitt. Seleksjon vil redusere risikoen for komplikasjoner.

Bakgrunn

Diagnosekode

- O80.1 Spontan setefødsel (vanlig fremhjelp)
- O83.0 Seteekstraksjon (total uttrekning)
- O83.2 Vending av foster (hodeleie) og ekstraksjon

O32.1 Omsorg for mor ved seteleie hos foster

Prosedyrekode

- MAG00 Vanlig fremhjelp ved setefødsel
- MAG03 Tang på sist kommende hode
- MAG10 Ekstraksjon ved seteleie
- MAG13 Ekstraksjon ved seteleie med tang på sist kommende hode

Definisjon

Lengdeleie med hodet i fundus uteri og sete eller sete/fot som ledende del

Forekomst/epidemiologi:

Forekommer hos 3-4 % til termin, men øker med fallende svangerskapsvarighet. Seteleie er forbundet med økt dødelighet og morbiditet, som ikke er relatert til forløsningsmåte.

Diagnostikk

Undersøkelse før fødsel

Diagnosen verifiseres ved ultralydundersøkelse.

Ultralydundersøkelse med vektestimering gjøres ved fødselens start, med mindre det er utført innenfor de siste 14 dager.

Pelvimetri:

Pelvimetri foreslås ikke rutinemessig i seleksjon for vaginal seteforløsning. Kunnskapen om verdien av pelvimetri er sparsom og ved fullbårent barn og normal fødselsprogresjon vurderes bekkenet å være adekvat.

Dersom man allikevel vurderer at det skal tas pelvimetri, skal dette gjøres >36 uker. Følgende mål for vurdering til vaginal fødsel er vanligst:

- Sagittal inngang $\geq 11,5$ cm. Individuell vurdering 11,0-11,5 cm.
- Sum utgangsmål $\geq 32,5$ cm (sum av interspina vidde, intertubaravstand og nedre sagittaldiameter). Individuell vurdering sum utgang 31,5-32,5 cm.

Ved valg av elektivt keisersnitt, foreslås at mor informeres om risiko ved senere svangerskap i form av økt risiko for nytt keisersnitt, dehiscence, placenta accreta, blødning.

Kriterier for vaginal forløsning:

1. Svangerskapsvarighet ≥ 34 uker. Ved svangerskapsvarighet ≤ 34 uker foreslås individuell vurdering.
2. Estimert fødselsvekt ≥ 2000 g og ≤ 4000 g. Foreslår individuell vurdering ved 4000-4500 g.
3. Rent seteleie eller sete-fotleie (enkelt/dobbelt) *OBS! ikke mistolk sete-fotleie som fotleie (se under)*
4. Vaginalforløsning anbefales ikke hvis det er kontraindikasjoner mot vaginal forløsning i form av maternell eller fostersykdom.

Seteleie typer

- **Rent seteleie:** Fosteret ligger med ekstensjon i begge kneledd og fleksjon i begge hofterledd.
- **Enkelt/dobbelt sete-fotleie:** Fosteret ligger med fleksjon i et eller begge kneledd og fleksjon i begge hofterledd.
- **Enkelt/dobbelt fotleie:** Fosteret ligger med ekstensjon i et eller begge kneledd og ekstensjon i et eller begge hofterledd.
- **Enkelt/dobbelt kneleie:** Fosteret ligger med fleksjon i et eller begge kneledd og ekstensjon i hofterledd.

Avhengig av hvor høyt ledende fosterdel står kan det ved enkelt/dobbelt sete-fotleie være vanskelig å palpere føtter og sete samtidig. Det er viktig å være oppmerksom på ikke å mistolke palpasjonsfunnet som et fotleie.

Vendingsforsøk

Hvis det ved seteleie er aktuelt med vendingsforsøk, tilbys dette. Se egen prosedyre: [DS-GF-FØBA Ytre vending](#).

Samtale med jordmor i "setefødselteamet"

Dersom det ikke er aktuelt med setevending skal det avtales en samtale med jordmor i "seteteamet" innen kort tid. Denne samtalen avtales direkte med fødeavdelingen.

Husk å gi kvinnen brosjyren om seteleie.

Prematur fødsel i seteleie

Det foreligger sprikende kunnskap for forløsningsmåte ved for tidlig fødsel i seteleie. Ved fallende gestasjonsalder øker komplikasjonsfaren for kvinnen ved keisersnittforløsning og dermed øker risikoen i etterfølgende svangerskap. Disse faktorene bør tas med når forløsningsmåte vurderes, og kan veie tyngre ved lavere gestasjonsalder.

Det foreslås at vaginal setefødsel vurderes ved for tidlig fødsel i seteleie, i samråd med kvinnen/foreldrene, der personalet og avdeling har kompetanse på for tidlig fødsel i seteleie.

Assosierte faktorer:

- Prematuritet
- Uterusanomali
- Placenta praevia

- Flerlinger
- Bekkentumor
- Føtale misdannelser

Behandling

Induksjon vurderes etter kriterier svarende til induksjon ved hodeleie.

Fødselen

Overlege og LIS skal alltid være til stede fra pas. begynner å trykke. Legene og jordmødrene lager på forhånd en plan om fordeling av arbeidsoppgaver slik at det tydelig fremgår hvem som skal gjøre hva. Ved seteforløsninger har legene hovedansvaret for forløsningen.

Barnelege skal være til stede ved forløsningen.

- Det foreslås å gi kvinnen adekvat anestesi/analgesi:
 - Anleggelse av epiduralkateter
 - Vurdere behov for pudendusblokkade
- Det foreslås å anvende ristimulerende behandling (oksytocin) ved behov.
- Det foreslås å være noe mer tilbakeholdende med amniotomi pga økt risiko for navlesnorsfremfall spesielt ved sete-fotleie. Det forelås amniotomi når tiltakslinjen krysses, eller ved behov for intern overvåking. Dersom det ikke er rier, foreslås stimulering på hele hinner til rier er etablert før amniotomi.
- Det foreslås å utføre vaginalundersøkelse umiddelbart etter spontanvannavgang for å utelukke navlesnorsfremfall.
- Det foreslås at aktiv trykkesid ikke overstiger 60 min.

Forløsningen: Kvinnen kan føde *knestående eller liggende på rygg*. Dette avhenger av kvinnens preferanser og fødselshjelperens (jm eller lege) kompetanse.

- Fødselen overvåkes med CTG og evt STAN.
- Kvinnen skal ha i.v.kanyle
- Oxytocin (Syntocinon®) - infusjon i beredskap
- Noe mer tilbakeholdenhet med amniotomi grunnet mulighet for navlesnorsfremfall (spes. ved sete-fotleie), foreslås ved behov for intern registrering, kryssede aksjonslinjer. Oxytocin på hele hinner til rier er etablert - før amniotomi utføres.
- Det foreslås å utføre vaginalundersøkelse umiddelbart etter spontanvannavgang for å utelukke navlesnorsfremfall.
- Det foreslås at aktiv trykkesid ikke overstiger 60 min.

- Nitroglycerinspray (Nitrolingual®) 0,4 mg/dose skal alltid være tilgjengelig til bruk dersom cervix trekker seg sammen før skuldre / hode er forløst (1-2 applikasjoner under tungen).
- Pipers tang skal være tilgjengelig på fødestuen.
- Total uttrekning anbefales ikke, men kan i sjeldne tilfelle vurderes etter at mormunnen er utslettet.
- Episiotomi etter vurdering.
- De som ikke oppfyller betingelsene for vaginal forløsning, anbefales forløsning med keisersnitt.

Vanlig fremhjelp ved setefødsel:

Vanlig fremhjelp velges der forløser er mest trygg på denne metoden og kvinnen foretrekker dette.

Dersom kvinnen er informert og ønsker å føde i knestående skal det forsøkes å innkalle kompetent personell.

1. Mor i ryngleie
2. Barnet fødes spontant til navlestedet er synlig, deretter aktiv forløsning av skuldre og hode. Det foreslås å bruke Løvsets manøvre og Pipers tang ved behov. Samtidig trykk over symfyen på barnets hode av annen fødselshjelper.
3. Det foreslås å legge episiotomi etter vurdering .
4. Total uttrekning anbefales ikke, men kan i sjeldne tilfelle vurderes etter at mormunnen er utslettet.

Knestående setefødsel

Det at den fødende står i knestående kan virke gunstig på fosterlyden og på framgang i fødsel.

I åpningstiden kan varierende stillinger brukes slik som ved andre fødsler. Kvinnen skal oppmuntres til å trykke i knestående stilling. Oppmuntre til maternelle bevegelser underveis for å få setet nedover (slik som ved hodefødsel).

Barnet skal fødes med ryggen mot kvinnens abdomen og ansiktet mot fødselshjelperen (rygg mot mage/mage mot rygg).

Det må være tilstrekkelig plass ned til underlaget slik at barnet får hjelp av tyngdekraften.

Det er viktig å kjenne til et normalt fødselsforløp:

- Setet vil typisk komme ned i bekkenet på tvers med **fremre rumpehalvdel** som ledende (asynklitisk)
- Den **fremre (på mors fremside) rumpehalvdel** blir født først. Ryggen vil så rotere mot mors fremside = **mage mot rygg**. Dersom rotasjonen virker å gå andre veien dvs. rygg mot mors rygg bør man forsiktig oppfordre til rotasjon riktig vei. Men husk at det er helt normalt at setet står på tvers når det «kroner» og at det roterer på vei ut av seg selv. **Tykk mekonium** er et tegn på at barnet har det bra.
- Bena vil fødes spontant så lenge det er fremgang på hver ri. **Dersom ett ben faller ut først, kan det indikere at full indre rotasjon ikke har inntruffet og at du kanskje må hjelpe til med forløsningen av armene (se under)**. Ved behov for å hjelpe til med forløsning av bena, kan man legge et trykk mot knehasene.
- **Ikke rør umbilicus**, men observér barnets hudfarge, tonus, fleksjon og bevegelse. **Betryggende tegn**: en symmetrisk kløften på barnets bryst viser at armene er i front og burde komme på neste ri. **Indikasjon for intervensjon**: dersom full rotasjon ikke inntreffer og fremgangen stopper opp, må du hjelpe med forløsning av armene (se under).
- Når hodet kommer ned i bekkenet roterer babyen mot en side for å frigjøre en arm under symfyssen, for så å rotere mot den andre siden for å frigjøre den andre armen. Av og til kan begge armene forløses samtidig uten rotasjon.
- Barnet skal rotere '**mage mot rygg**' etter at armene er født for å muliggjøre fødselen av sistkommende hode.
- Det er vanlig at **mor spontant vil senke rumpa ned mot senga**, noe som letter fleksjon i barnets kropp og bør ikke hindres. Barnet vil ofte løfte opp begge bena = '**tummy crunch**' hvor knærne spontant løftes opp, dette promoterer fleksjon og fødsel av hodet.
- Kvinnen skal **presse kontinuerlig** fra setet «kroner».

Unngå unødvendig berøring av barnet i **utdrivingsfasen** for å unngå Moro-refleks, *bortsett fra* når det er behov for korrigerende håndgrep (.

Når barnets bekken er født har man nådd «**point of no return**» og barnet bør da helst være født innenfor de neste 5 minutter (Flytskjema i vedlegg under)

Håndgrep ved knestående setefødsel (se illustrasjoner under):

- **Barnet sluttroterer ikke og armene fødes ikke spontant:**
 - Er arm(ene) fanget i bekkeninngangen: Utfør rotasjoner for å forløse en fanget arm. Bruk omvendt Løvset hvor du fatter om skulderbladene eller «Prayer hands». Forløs alltid fremre arm først.
 - Er arm(ene) er fanget midt i bekkenet: Hent ned armen(e) med fingrene. Forløs alltid fremre arm først.
 - Kvinnen kan løfte ben på den siden barnets fremside vender for å gjøre bekkenet romsligere og lette forløsningen av armene.
- **Forløsning av hodet :**

- Dersom hodet ikke fødes spontant eller ved bevegelse, kan man presse fingrene i underkant av begge kragebena slik at barnets hode flekteres = **skulderpress**. Her kan det samtidig gjøres et maternelt rumpeløft for å lette fleksjonen av barnets hode.
- Det kan også utføres en modifisert Mauriceau manøvrer slik som ved ryggeleie.
- Andre manøvrer som samtidig vurderes er 'tøying' av perineum, fundustrykk og maternelt rumpeløft

Dersom disse manøvrerne ikke fører til forløsning kan kvinnen snus i ryggeleie , slik at man kan anlegge tang på sistkommende hode. Det er viktig at kvinnen er informert om dette på forhånd.

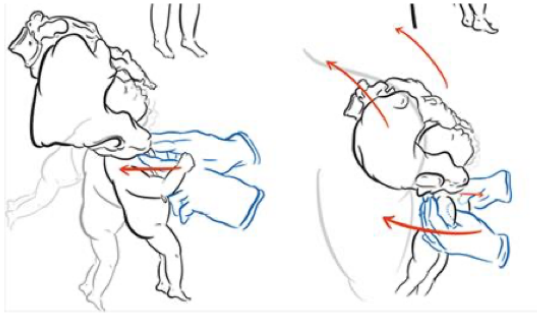
Figur 1 "Prayer hands"



Figur 2 Omvendt Løvseth



Figur 3 Skulderpress



**Figur 4 Omvendt
Mariceau**



Vedlegg

[Knestående setefødsel norsk 5 min algoritme.pdf](#)

Oppfølging

[Pasientinformasjon om seteleie](#) kan skrives ut her

Endringer fra forrige versjon

Endret en feil lenke

Kildehenvisning/Metoderapport

Nasjonal veileder i obstetikk 2020

Vedlegg 6 – Samtale om knestående setefødsel

Samtale om knestående setefødsel

- kartlegge hva kvinnen tenker om å ha et barn i seteleie
- hva slags kunnskap har hun om vaginal setefødsel fra før
- hvis hun er klar for mer info (partner med på samtale evt via skype):

Fortelle om avdelingens tilbud om knestående setefødsel

Skape trygghet og gi informasjon om våre erfaringer og forskning rundt dette

Fokusere på at hun skal gjennom en vanlig fødsel, og at eneste forskjellen er at barnet kommer med setet først

Informere om risiko for at hun må over i ryggleie, evt tang/akutt sectio og hvorfor

Hem som er på stua og ulike roller

Evt filming

Vise med bekken og dukke

Vise 310 hvis ledig, og ulike stillinger/bevegelser underveis i fødsel

Info om at barnet ofte beker i utdrivningsfasen og hvorfor vi har hands off

Kontinuerlig trykking i siste del av trykkefase. 5 min

Smertelindring og overvåking av barnet (må ikke ha EDA)

Info om når kontakte sykehuset og evt tiltak ved vannavgang

Oppfordre til å ta kontakt med avd ved spørsmål etter samtale

Vedlegg 7 - Redegjørelse for gruppeprosessen

I starten av prosessen ble vi tidlig enig om valg av tema. Vi satt tidlig opp en plan for fremgang i arbeidsprosessen. Vi valgte å bruke seminarene på skolen som en indikator på når vi skulle ferdigstille de ulike delene. Etter at søknad til NSD var godkjent kom vi raskt i gang med intervjuene, noe begge ønsket å få til. Vi var begge med på alle intervjuene og ga hverandre konstruktiv tilbakemelding etter intervjuene. Transkriberingen gjorde vi hver for oss slik det er beskrevet i oppgaven. Etter dette har vi stort sett sittet sammen i utarbeiding av oppgaven.

Samarbeidet har vært preget av mye likhet mellom oss. Vi har begge glede i god struktur og tydelige rammer for fremgang. Det har vært viktig for begge å holde tidsfrister som er satt. Vi har møtt på noen uenigheter underveis i prosessen, dette har noen ganger vært krevende, men oftest ført til spennende diskusjoner og samtaler.

At begge har trivdes med å skrive har nok hatt stor betydning for vår trivsel underveis i samarbeidet. Vi har funnet ulike styrker som vi har prøvd å utnytte på best mulig måte. Vi opplever at vi i stor grad har spilt hverandre gode og oppmuntret hverandre når det har vært behov for det.