



Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Jordmødres bruk av fødestillinger i forløsning av barnet og sammenhengen med egen preferanse, kvinners brukermedvirkning og rammefaktorer relatert til klinisk praksis - *en tverrsnittstudie*

Karina Andersen og Susanne Bakken Westre
Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2021



Forord

Først av alt ønsker vi å takke vår tålmodige og kunnskapsrike veileder, førsteamanuensis Solrunn Hansen, ved UiT Norges arktiske universitet. Vi føler oss heldig som har hatt deg som støttespiller og inspirasjon gjennom dette arbeidet.

Tusen takk til familiene våre som har vist omsorg og forståelse for arbeidet en slik oppgave krever. Vi setter også pris på at dere har lånt bort hyttekontor både i nord og i vest.

Takk til våre lærere og medstudenter som ikke bare har gitt oss gode konstruktive tilbakemeldinger i utarbeidelsen av oppgaven, men som også har bidratt til et læringsutbytte på høyt nivå og to fantastiske år som jordmorstudenter.

Til slutt vil vi påpeke at denne oppgaven leder oss inn i den stolte tittelen som *jordmødre*. En stor takk vies naturligvis til jordmødrene som deltok i undersøkelsen vår. Vi hadde ikke kunne gjennomført denne studien uten dere. Vi gleder oss til å bli deres kollegaer.

Abstrakt

Tittel: Jordmødres bruk av fødestillinger i forløsning av barnet og sammenhengen med egen preferanse, kvinners brukermedvirkning og rammefaktorer relatert til klinisk praksis.

Hensikt: Hensikten med studien er gjennom å kartlegge selvrapporterte fødestillinger jordmor har brukt siste året, å undersøke hvilke faktorer som påvirker bruk av fødestilling.

Metode: Tverrsnittstudie med spørreundersøkelse på nett. Dataanalyser: deskriptiv statistikk, kji-kvadrat, Spearmans korrelasjon og Kruskal-Wallis med Mann-Whitney U som post-hoc test.

Utvalg: 247 jordmødre fra de fire helseforetakene i Norge deltok. Utvalget var rekruttert fra den lukkede facebook-gruppen “jordmødre i Norge” og gjennom privat bedrifts e-post ved 43 fødeenheter.

Resultat: Jordmødrene rapporterte en variert bruk av ni fødestillinger. De forløste hyppigere i liggende fødestillinger sammenlignet med oppreiste fødestillinger. Det var sterk sammenheng mellom bruk av samtlige fødestillinger og jordmødrenes preferanser. Redd for rift/vanskelig å støtte og lite erfaring var hyppig oppgitt som årsak for redusert preferanse for de oppreiste fødestillingene. Jordmødrene oppga at de i høy grad både informerer fødekvinnene og lar fødekvinnen velge fødestilling. Rammefaktorer knyttet til klinisk praksis hadde noe sammenheng med bruk av enkelte fødestillinger.

Konklusjon: Bruk av fødestilling er påvirket av jordmors preferanse, og ulike faktorer knyttet til jordmors praksis. Sammenhengene kan muligens assosieres med informasjon, utdanning, retningslinjer, erfaring og kultur. Resultater må tolkes med forsiktighet i lys av design og analysemetode. Studien angir ingen årsaksforklaring, og beskriver kun bivariate sammenhenger.

Nøkkelord:

Jordmor, Fødestillinger, Liggende/Oppreiste, Preferanser, Brukermedvirkning

Abstract

Title: Midwives' use of delivery positions in childbirth and the context with their own preference, birth women's user involvement and framework factors related to clinical practice.

Objective: The purpose of the study, is through investigating the self-reported birth positions the midwife has used in the past year, to reveal which factors influences the use of the birth position.

Methods: A quantitative cross-sectional study with an online survey. Data analysis: Descriptive statistics, Chi-square, Spearman's correlation and Kruskal-Wallis with Mann-Whitney as post-hoc test.

Participants: 247 midwives from Norway's four health trusts. The participants were recruited through private company e-mail at 43 birth units and the closed Facebook group "Jordmødre i Norge".

Results: The midwives varied their use of nine birth positions. The supine positions were used more frequently than the upright positions. The use of all the positions was strongly correlated with midwife's preferences. Fear of perineal trauma/difficult to support the perineum and low experience were frequently stated as reasons for reduced preference of the upright positions. The midwives gave information and let women choose their position in great proportion. Framework factors had a certain connection to some positions.

Conclusions: The use of birth positions are influenced by the midwife's preference, and various factors related to the midwives practices. This influence can possibly be associated with information, education, guidelines, experience and culture. The results must be interpreted carefully in light of the design and analysis methods. The study does not provide a cause of explanation and describes only bivariate contexts.

Key words: Midwife, Birth positions, Supine/Upright, Preference, User involvement

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	8
1.1	Bakgrunn	8
1.2	Hensikt og problemstilling	11
1.3	Avgrensninger	11
1.4	Oppgavens oppbygning	12
2	Teori	12
2.1	Klassifisering av fødestillingene	12
2.2	Bruk av fødestillinger	13
2.3	Fordeler og ulemper ved fødestillingene	14
2.4	Jordmor og fødekvinnens preferanser for fødestilling	15
2.5	Brukermedvirkning i fødsel	15
2.6	Birth Territory	16
2.7	Det offentlige fødetilbudet	17
3	Metode	18
3.1	Design	18
3.2	Utvalget og rekruttering	18
3.3	Spørreskjema	20
3.4	Kodebok og koding	21
3.5	Variabler	21
3.6	Gjennomførte analyser	23
3.7	Etiske overveielser	26
4	Resultat	28
4.1	Beskrivelse av utvalget	28
4.2	Bruk og preferanse av fødestillingene	30
4.3	Brukermedvirkning i valg av fødestilling	33
4.4	Utforskning av sammenhenger knyttet til jordmors bruk av fødestilling siste året..	35
4.5	Årsaker til å ikke foretrekke en fødestilling	40
5	Diskusjon	44
5.1	Resultatdiskusjon	44
5.2	Styrker og svakheter med metoden	54
5.3	Forslag til videre forskning	60
5.4	Implikasjoner for praksis	61
6	Konklusjon	62
	Referanser	63
	Vedlegg 1. Informasjonsskriv	67

Vedlegg 3. Spørreskjema	67
Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD	74
Vedlegg 5. Tabell med rådata tilhørende figur 1a og 1b.....	1

Tabelliste

Tabell 1 Klassifisering av fødestillinger	13
Tabell 2 Jordmødrenes karakteristika fordelt samlet ette helseforetak	29
Tabell 3 Spearman´s korrelasjon mellom jordmødres foretrukne fødestillinger og fødestillinger hun har forløst barnet i det siste året	33
Tabell 4a Sammenheng med bruk av liggende fødestillinger (KW).....	36
Tabell 4b Sammenheng med bruk av oppreiste fødestillinger (KW).....	37
Tabell 5 årsaker til liten preferanse for en fødestilling	42

Figurliste

Figur 1a. Fordelingen i prosent av liggende fødestillinger jordmor foretrekker og har brukt siste året ved forløsning av barnet.	30
Figur 1b. Fordelingen i prosent av oppreiste fødestillinger jordmor foretrekker og har brukt siste året ved forløsning av barnet.	31
Figur 2. Hvilken grad jordmor bruker i forkant av forløsningen å informere fødekvinne om ulike fødestillinger i forløsningsøyeblikket.	33
Figur 3. Hvilken grad jordmor lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket	34

Forkortelser

Asymp.sig	Asymptotic signifikansverdi
Eng.	Engelsk
IBM	International Business Machines
KW	Kruskal Wallis
MB	Med benholdere
NSD	Norsk senter for forskningsdata
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Signifikant	Statistisk signifikant
SPSS	Statistical package for the social sciences
UB	Uten benholdere
UiO	Universitetet i Oslo
UiT	Universitetet I Tromsø
WHO	World health Organization, Verdens Helseorganisasjon
r	Spearman's korrelasjonskoeffisient
χ^2	Kji-kvadrat

1 Introduksjon

Denne studien tar for seg temaet “Jordmødres tilnærming til valg av fødestilling”.

Valg av tema bygger på tidligere forskning samt vår egen interesse og erfaringer fra praksis som jordmorstudenter. Opplevelser og refleksjoner vi gjorde oss under praksisstudiene i fødselsomsorgen har gitt inspirasjon til å øke egen kunnskap og utforske aktuelt tema.

De gjennomførte praksisstudiene i fødselsomsorgen inkluderte fødsler veiledet av forskjellige jordmødre med ulik erfaring og utøvelse av jordmorfaget. Vi opplevde store variasjoner innen bruk av fødestilling og grad av inkludering av fødekvinnen.

1.1 Bakgrunn

Bruken av fødestillinger har endret seg gjennom tidene. Tidligere inntok kvinnen spontant og instinktivt en fødestilling. I en ny og mer medikalisert fødselsomsorg er bruk av fødestilling preget av økt fokus på barnets og mors velbefinnende. Behovet for overvåkning av fosterlyd, perineal støtte, administrering av intravenøs og lokal anestesi medfører at færre kvinner får velge fødestilling basert på instinkt (Gizzo et al., 2014).

Majoriteten av kvinner i den vestlige verden føder i dag i liggende/halvt sittende fødestilling (Priddis, Dahlen & Schmied, 2012). Tre norske kartlegginger tar for seg bruken av fødestilling hvor to er utført ved ulike universitetssykehus i Norge, og én undersøker fødestillinger ved hjemmefødsler i Norge og tre andre nordiske land.

I Thuen og Øvreseth (2018) sin masteroppgave finner de en jevn fordeling i bruken av liggende og oppreiste fødestillinger ved et universitetssykehus i Norge, mens Fjeldberg (2017) sin fagartikkel finner høy bruk av liggende fødestillinger. Blant nesten 3000 hjemmefødsler ble det funnet en variert bruk av fødestillingene i studien til Edqvist et al. (2016). Deres funn belyses ytterligere i oppgavens teori og diskusjonskapittel.

Fordeler og ulemper med de ulike fødestillingene er et svært omdiskutert tema. Det er sjelden konsensus innen forskning av effekten ulike fødestillinger gjennom fødselen har i forhold til maternell-fetalt og neonatalt utfall. Tilgjengelig evidens innen dette feltet omtales av Gizzo et al. (2014) som kontroversielle og fragmentariske. Flere forskningsartikler har undersøkt maternelle og neonatale utfall, påvirkning av fødselsforløpet og bruk av medisinske

intervensjoner i sammenheng med fødestilling (Gupta, Sood, Hofmeyr & Vogel, 2017; Hanson, 1998a, 1998b).

WHO (2018) har i sine internasjonale retningslinjer anbefalt bruk av oppreiste fødestillinger. Grunnlaget for deres anbefalinger bygger på systematiske oversikter innen aktuelt fagområde som blant annet viser til at oppreiste fødestillinger er forbundet med redusert bruk av episiotomi og instrumentelle forløsninger. Til tross for at noe forskning (Gupta et al., 2017) viser til en liten økning av risiko for blødning og grad 2 rift ved oppreiste fødestillinger, mener WHO (2018) at fordelene med oppreiste stillinger veier opp for dette. Det vises likevel til at fødestillingene halvt-sittende eller på alle fire er en praktisk løsning for perineal støtte og forebygging av rifter i forløningsøyeblikket (WHO, 2018). I Norge ble det i 2006 utformet en nasjonal handlingsplan for å redusere forekomsten av fødselsrifter med et økt fokus på støtteteknikk (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Fødselsomsorgen i Norge holder i dag en svært høy kvalitet sett i en internasjonal sammenheng. Jordmødre i Norge skal være kvalifiserte til selvstendig bistand av den fødende under en normal fødsel og har en essensiell rolle i å gi omsorg som styrker kvinnen med fokus på å fremme normale prosesser (Helsedirektoratet, 2010). Jordmor skal også bidra til at fødekvinnene opplever mestring gjennom tilstrekkelig støtte, informasjon og kunnskapsbaserte anbefalinger (Den norske jordmorforeningen, 2016).

WHO (2018) anbefaler at jordmor støtter kvinnen i å føde i den stillingen hun selv ønsker og finner komfortabel. Samtidig skal jordmor forsikre seg om barnets velbefinnende i den fødestillingen kvinnen inntar. Dersom jordmor mener kvinnen bør innta en annen stilling for å kunne overvåke barnets fosterlyd på en forsvarlig måte, må begrunnelsen kommuniseres godt til kvinnen (WHO, 2018).

Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001) og de yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (Den norske jordmorforeningen, 2016) viser til kvinnens rett til å ta informerte valg og medvirke i valg som omhandler helsehjelpen hun tilbys. Forskning viser at det å involvere kvinnen i beslutninger bidrar til en følelse av kontroll og bedre fødselsopplevelse (Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens & Lagro-Jansse, 2012).

WHO (2018) anbefalinger om oppreiste fødestillinger fordrer jordmors kompetanse og erfaring med de ulike fødestillingene. Liggende fødestillinger kan være praktisk for jordmor i hennes arbeid og er nyttig i tilfeller hvor jordmors egen helse/komfort må tas hensyn til (WHO, 2018). Både oppreiste og liggende fødestillinger har sine fordeler og ulemper som kan påvirke hvilken fødestilling som blir tatt i bruk. Nieuwenhuijze et al. (2012) viser til flere fordeler med at fødekvinnen er medbestemmende i valg av fødestilling, mens Priddis et al. (2012) påpeker at også jordmødrenes preferanse har stor innvirkning på bruk av fødestilling.

Til vår opplysning er det veldig sparsomt med studier i Norge som tar for seg hva som påvirker bruk av fødestilling. På bakgrunn av dette ønsker vi å bidra med en studie som kan øke kunnskap om det aktuelle temaet i utøvelsen av den norske fødselsomsorgen. Vi anser temaet som høyst aktuelt i jordmorfaget. Det overordnede målet er at studien kan medvirke til økt bevissthet i egen yrkesutøvelse blant jordmødre, samt belyse dagens praksis og mulig oppmuntre til videre forskning på området. Ved å oppsøke ny kunnskap håper vi å potensielt bidra til å øke kvaliteten i fødselsomsorgen ytterligere.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke jordmors tilnærming til valg av fødestilling. Dette gjøres gjennom å kartlegge jordmødres selvrappporterte bruk av fødestillinger det siste året, for så å undersøke hvilke faktorer som påvirker bruk av fødestilling. Herunder ønsker vi å undersøke om jordmors personlige preferanse har innvirkning på hvilken fødestilling som blir tatt i bruk, og hvilke faktorer som predikerer redusert preferanse for en fødestilling. Vi vil også kartlegge i hvilken grad brukermedvirkning blant jordmødrene er en mulig påvirkende faktor. Brukermedvirkning innebærer i dette tilfellet i hvilken grad jordmor informerer fødekvinnen om ulike fødestillinger og i hvilken grad jordmor lar fødekvinnen velge fødestilling. Vi ønsker også å avdekke om kliniske rammefaktorer har betydning for hvilken fødestilling som blir tatt i bruk. Herunder jordmors alder, ansiennitet, type fødeenhet og helseforetak.

På bakgrunn av studiens hensikt utformes følgende problemstilling:

“Hvilke fødestillinger har jordmødre brukt i forløsning av barnet siste året og hvordan er bruken påvirket av egne preferanser, kvinners brukermedvirkning og rammefaktorer knyttet til klinisk praksis?”

1.3 Avgrensninger

Studien er avgrenset til å omhandle *normale fødsler*. Herunder fødsler med et friskt, levende foster med normal fosterlyd gjennom hele fødselen og en fødekvinne som er regnet som normalfødende uten epidural og uten risikofaktorer som kunne ha påvirket valg av fødestilling. Det innebærer også en fødsel uten medisinske komplikasjoner og intervensjoner som bruk av vakuump eller tang.

Studien avgrenses i hovedsak til fødestillinger *i forløsningsøyeblikket*, som ifølge Dekker (2012) er det øyeblikket fra ledende del av barnet kommer til syne i åpningen og til barnet er født. Denne delen av fødselen krever at jordmor har kontroll og oversikt på en helt annen måte enn tidligere i fødselen. Her skal jordmor både ha kontroll på fosterlyd, forebygge mot rifter, hjelpe fødekvinnen igjennom riene/trykkingen og samtidig forløse barnet på en trygg måte (Wright et al., 2021). På bakgrunn av dette, og at vi i praksis opplevde at jordmødrene hadde mest ulik tilnærming til fødestilling i forløsningsøyeblikket, ble avgrensningen gjort til

nettopp denne delen av fødselen.

1.4 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven skrives som monografi og følger IMRoD struktur. APA 6th er valgt som referansestil for oppgaven, og tas i bruk gjennom referansehåndteringsverktøyet EndNote. Vi har valgt å ekskludere sidetall ved referering i løpende tekst da (UiT, 2018) sin eksempelsamling av APA viser til at dette er valgfritt.

2 Teori

Oppgavens kunnskapsgrunnlag bygger på både systematiske oversikter (Green, 2015; Gupta et al., 2017; Priddis et al., 2012), andre relevante studier og WHO (2018) sine internasjonale retningslinjer. Fahy og Parratt (2006) sin jordmorfaglige teori “Birth territory” bidrar til å sette perspektiv for studiens resultat og diskusjon.

2.1 Klassifisering av fødestillingene

Fødestillingene som vi har valgt å inkludere i studien er valgt ut fra fødestillingene som er oppgitt i Partus/Natus, og som jordmor dermed er vel kjent med. Alle fødsler i norske sykehus registreres i Partus eller Natus journalsystem (CSAM, 2020). Dette innebærer følgende fødestillinger: Liggende/halvt sittende uten benholdere, liggende/halvt sittende med benholdere, liggende på siden, på alle fire, sittende, knestående, på huk, på fødekrakk og stående. Vi har valgt å utelukke vannfødsler fordi forløsning i vann krever eget kurs/kvalifisering hos jordmor.

Posisjoner i fødsel klassifiseres ofte ut fra om kvinnes posisjon er oppreist eller liggende, eller om posisjonen gir et fleksibelt eller ikke-fleksibelt sacrum (Dekker, 2012). De ulike klassifiseringene gir noe ulik fordeling av fødestillingene. Forskning inkludert i vårt teoretiske rammeverk klassifiserer hovedsakelig fødestillingene som liggende eller oppreist. For best mulig sammenligningsgrunnlag er denne klassifiseringen også valgt for vår studie. Om en fødestilling klassifiseres som oppreist eller liggende avhenger ifølge Desseauve, Fradet, Lacouture og Pierre (2017) av om horisontalplanets vinkel er over (oppreiste) eller under

(liggende) 45 grader. På dette grunnlaget har vi klassifisert fødestillingene vi har valgt å inkludere i studien som vist i tabell 1.

Tabell 1. Klassifisering av fødestillinger

Liggende fødestillinger	Oppreiste fødestillinger
Liggende/halvt sittende uten benholdere	Sittende
Liggende/halvt sittende med benholdere	Knestående
Liggende på siden	På huk
På alle fire	På fødekrakk
	Stående

2.2 Bruk av fødestillinger

I en kartleggingsstudie (masteroppgave) ved et universitetssykehus i Norge, ble det undersøkt hvilke fødestillinger som ble tatt i bruk (Thuen & Øvreseth, 2018). Totalt ved alle fødeenhetene som var inkludert i studien ble det funnet at omtrent halvparten av jordmødrene tok i bruk liggende fødestillinger og halvparten tok i bruk oppreiste fødestillinger i forløsningsøyeblikket. Oppreiste fødestillinger ble hyppigere tatt i bruk ved den jordmorstyrte enheten sammenlignet med de obstetriske enhetene. Den jordmorstyrte enheten tok også i bruk flere ulike type fødestillinger i forløsningsøyeblikket enn ved den obstetriske enheten (Thuen & Øvreseth, 2018). I en fagartikkel i Sykepleien ble det presentert en systematisk kartlegging av data innen bruk av fødestillinger gjennom 1 år ved Rikshospitalet (Fjeldberg, 2017). Blant 2577 fødsler, hvor 1992 var vaginale fødsler, ble det funnet en høy bruk (68 %) av liggende fødestillinger og en lavere bruk (32 %) av oppreiste fødestillinger, inkl. badekar ved de vaginale fødslene. I en annen norsk studie (Edqvist et al., 2016) gjennomført i fire nordiske land (Norge, Sverige, Danmark og Island) undersøkte de forekomsten av perineale skader og bruk av fødestillinger blant 2992 fødekvinner som hadde en planlagt hjemmefødsel. Det ble funnet en variert bruk av fødestillinger, hvor halvt sittende og knestående fødestilling

var mest brukt og fødestillingene liggende på rygg, stående og på fødekrakk var minst brukt.

I en eldre amerikansk studie av Hanson (1998a) kartlegges fødekvinnens bruk av fødestillinger og påvirkende faktorer. Blant de 439 jordmødrene som deltok i studien fremkommer det hyppigst bruk av fødestillingene sittende og liggende på siden både gjennom trykketiden og i forløsningsøyeblikket. Fødestillingene liggende/halvt sittende med benholdere, stående og knestående var lite tatt i bruk.

En kvalitativ studie i Tanzania som undersøkte årsaker knyttet til bruk av liggende fødestillinger, fant at flere kvinner ofte inntar liggende fødestillinger som instruert av jordmor på grunnlag av tillitten de har til jordmors kompetanse (Mselle & Eustace, 2020). Flere studier viser til at bruk av liggende fødestillinger er forbundet med jordmødres mangel på trening eller erfaring, og prioritering av egen komfort (Green, 2015).

I Nieuwenhuijze et al. (2012) sin nederlandske studie fant de at kvinnene som foretrakk liggende fødestillinger hyppigere fødte i liggende fødestillinger, sammenlignet med de som hadde preferanse for andre stillinger. Fødselsforløpets lengde, hvor fødselen tok sted, kvinnens sosioøkonomiske bakgrunn, og hvor sterkt hun ønsket en fødestilling var faktorer som påvirket om kvinnen fikk føde i ønsket stilling (Nieuwenhuijze et al., 2012).

2.3 Fordeler og ulemper ved fødestillingene

Tidligere forskning viser til flere fysiologiske fordeler ved oppreiste fødestillinger, blant annet effekten av tyngdekraften og redusert vena cava kompresjon, som kan bidra til mer effektive kontraksjoner av livmoren (Gizzo et al., 2014; Priddis et al., 2012). Knestående og på huk er fødestillinger som gir økt bekkenromslighet (Priddis et al., 2012). Oppreiste stillinger gir også en redusert smerteopplevelse og lavere bruk av episiotomi og andre intervensjoner (Gupta et al., 2017). Det ble funnet en litt høyere risiko for grad 2 rifter, men ingen forskjell i grad 3-4, sammenlignet med liggende fødestillinger. Den økte risikoen kan ifølge Gupta et al. (2017) mulig relateres til redusert bruk av episiotomi.

Priddis et al. (2012) fant en økt risiko for perineale rifter ved fødestillingene halvt sittende og på huk, og lavere risiko ved fødestillingen på alle fire. En annen studie utført i Sverige viste lavest forekomst av alvorlige rifter ved stående fødestilling og høyest forekomst ved stillingen

liggende/halvt sittende med benholdere (Elvander, Ahlberg, Thies-Lagergren, Cnattingius & Stephansson, 2015). Det ble i den norske studien av Tunestveit, Baghestan, Natvig, Eide og Nilsen (2018) funnet en redusert forekomst av alvorlige rifter ved bruk av knestående fødestilling.

Ifølge Priddis et al. (2012) forekommer blødning stort sett i sammenheng med perineal traume. Noen studier viste en økt forekomst av blødning over 500 ml ved bruk av oppreiste stillinger, men dette var ifølge Gupta et al. (2017) studier av lav kvalitet. Det var registrert færre episoder med avvikende fosterlyd, men ingen forskjell på innleggelse av barnet på nyfødtavdeling ved bruk av oppreiste fødestillinger sammenlignet med liggende fødestillinger (Gupta et al., 2017).

2.4 Jordmor og fødekvinnens preferanser for fødestilling

I en systematisk gjennomgang av Green (2015) kom det frem at jordmødre foretrekker liggende stilling, men at de prøver å imøtekomme kvinnenens ønsker og behov. Jordmødrene som prioriterte kvinnenens preferanse fremfor sine egne, la oftere til rette for oppreiste fødestillinger (Green, 2015). Forskning viser at jordmødre ofte oppmuntrer kvinner til å innta fødestillingene sittende og liggende på siden (Hanson, 1998a). Priddis et al. (2012) undersøkte faktorer som påvirker bruk av fødestilling, hvor det blant annet kom fram at kvinner ofte inntok fødestillinger som jordmor hadde preferanse for.

Studien til Nieuwenhuijze et al. (2012) undersøkte kvinnens preferanse for fødestilling. Over halvparten av kvinnene som deltok i studien foretrakk liggende fødestilling. Resterende hadde enten ingen preferanse eller foretrakk andre stillinger.

2.5 Brukermedvirkning i fødsel

I noen forskningsartikler antydes det at kvinner i lav grad verken etterspør eller mottar informasjon om ulike fødestillinger (Jonge, Teunissen, Diem, Scheepers & Lagro-Janssen, 2008; Nieuwenhuijze et al., 2012). Det vises til at jordmødres praktisering av å gi kvinnen mulighet til å velge fødestilling kan påvirkes av jordmors preferanse, samt erfaring og kunnskap om oppreiste fødestillinger (Jonge et al., 2008). Forskning viser at jordmødrene forsøker å imøtekomme kvinners valg av fødestilling, men at dette ikke kan komme på

bekostning av ivaretagelsen av en trygg fødsel (Jonge et al., 2008; Mselle & Eustace, 2020; Priddis et al., 2012). Ifølge Elvander et al. (2015) ønsker kvinner muligheten til fri bevegelse, men verdsetter jordmors forebyggende tiltak mot komplikasjoner.

De yrkesetiske retningslinjer for jordmødre viser til at relasjonen mellom kvinne og jordmor skal vektlegge brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke. Jordmødre skal dele relevant informasjon med kvinnen, og respektere hennes rett til informerte valg (Den norske jordmorforeningen, 2016)

I Pasient og brukerrettighetsloven (1999 § 3-2) (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001) står det skrevet at “Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger”. I § 3-1 vises det også til at “Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder“ (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001)

2.6 Birth Territory

Fahy og Parratt (2006) sin teori, Birth Territory, bygger på forholdet mellom miljøet i fødselsrommet, spørsmål om makt og kontroll, og kvinnens fysiologiske og emosjonelle opplevelse av fødsel. Teorien tar for seg to konsepter: "terrain" og "jurisdiction". I denne studiens kontekst vil "terrain" sette perspektiv for bruken av fødestillinger innen de ulike fødeenhetene, mens "jurisdiction" ses opp mot brukermedvirkning og bruk av fødestillinger.

Terrain bygger på underkategoriene “sanctum”, som defineres som et hjemmekoselig miljø med hensikt å optimalisere kvinnens komfort og privatliv, og “surveillance room” som defineres som det kliniske miljøet skapt for enklere overvåkning og tilrettelegging for personalet. Her er fødesengen dominant og utstyret personalet trenger er i umiddelbar nærhet (Fahy & Parratt, 2006).

Jurisdiction omhandler hovedsakelig jordmors bruk av makt på føderommet. Dette bygger på fire underkategorier. “Integrative power”, handler om å støtte kvinnen emosjonelt og fysisk for å følge instinktene sine. “Midwifery guardianship” er en type “integrative power” som

handler om å beskytte kvinnen og hennes fødemiljø. Dette innebærer å oppmuntre kvinnens opplevelse av trygghet gjennom å respektere hennes verdier, holdninger og tro. Her legges det fokus på å unngå “disintegrative power”, som er en selvstendig makt. Dersom kvinnen bruker denne makten handler det gjerne om at hun tar en selvstendig beslutning om å oppnå en spesiell erfaring eller resultat. Når den blir tatt i bruk av helsepersonell underminerer den kvinnen som beslutningstaker i egen omsorg og hennes selvtillit til å stole på egne instinkter og intuisjoner. “Midwifery domination” er også en type “disintegrative power” som baserer seg på jordmors bruk av disiplinær makt. Dette er en subtil og manipulerende form for makt, som vanligvis ikke oppdages før den møter motstand. Denne makten påvirker kvinnens fødselsprosess ved å gjøre kvinnen føyelig, i form av at hun prioriterer jordmors instruksjoner og råd over sin egen kunnskap om egen kropp (Fahy & Parratt, 2006).

2.7 Det offentlige fødetilbudet

Det offentlige fødetilbudet i Norge deles inn i tre nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk, som fordeles over Helse Vest, Helse Midt, Helse Nord og Helse Sør-Øst, som er de helseforetakene vi har i Norge (Helsenorge, 2019; omsorgsdepartementet, 2020)

Fødestue er et tilbud til friske gravide som har et normalt svangerskap og venter en normal fødsel. De er bemannet med jordmødre, og dersom det oppstår komplikasjoner under fødselen, blir kvinnen overflyttet til en kvinneklinikk eller en fødeavdeling. Fødeavdelinger er tilknyttet sykehus og har jordmødre og fødselshjelpsspesialister tilgjengelig hele døgnet. Noen fødeavdelinger holder til ved sykehus uten nyfødtavdeling. En kvinneklinikk er en spesialisert enhet for både friske kvinner, og kvinner med risikofødsler. Her er også gynekologer, barneleger og nyfødtavdeling tilgjengelig (Helsenorge, 2019).

3 Metode

3.1 Design

For besvarelse av problemstillingen er det valgt å ta i bruk kvantitativ metode med tverrsnittdesign, i form av spørreundersøkelse på nett. Dette designet vil være egnet da vi ønsker å kartlegge forekomster og sammenhenger uten å gå i dybden på individuelle meninger og erfaringer som ville forutsatt et kvalitativt design. Tverrsnittdesign tar ifølge Thrane (2018) for seg et definert utvalg av befolkningen innen en satt tidsakse. Det definerte utvalget i vår studie, jordmødre i fødselsomsorgen, ble undersøkt i øyeblikksbildet ved gjennomføring av spørreundersøkelsen.

Denne studien har et empirisk positivistisk perspektiv ettersom det legges vekt på erfaringer/preferanser som videre skal telles og måles. Thornquist (2018) viser til at dette vitenskapsteoretiske perspektivet retter seg mot kartlegging av sammenhenger. I vår studie kartlegger vi forekomster og eventuelle sammenhenger bruken av fødestillinger det siste året har med jordmors preferanse, grad av brukermedvirkning og rammefaktorer ved jordmors kliniske praksis.

3.2 Utvalget og rekruttering

Populasjonen vi ønsker å undersøke i denne studien er jordmødre i fødselsomsorgen. Utvalget vårt er autoriserte jordmødre i Norge som arbeider i fødselsomsorgen. Jordmødre som ikke arbeider direkte med fødsler, eksempelvis jordmødre på helsestasjon, poliklinikk, observasjonspost og barselavdeling, ekskluderes.

For å styrke resultatene fra studien vår, ønsket vi et høyest mulig antall deltakere. Ifølge statistikkbanken ved Statistisk sentralbyrå (2020) var det i 2019 totalt 2110 sysselsatte jordmødre innen de ulike helseforetakene. Ettersom det var vanskelig å systematisk nå ut til alle jordmødre eller å foreta et tilfeldig utvalg, ble det gjennomført en ikke-sannsynlighetsutvelgelse. Dette medfører ifølge Polit og Beck (2020) at det ikke er lik sannsynlighet for hele populasjonen å bli en del av utvalget. Dette ble gjort ved en selvutvelgelse hvor jordmødrene selv velger om de ønsker å delta.

Som ledd i rekruttering av informanter utarbeidet vi nettsiden www.surveyfodestillinger.com. Denne ble laget gjennom wordpress.com, som ble anbefalt av UiT for utvikling av nettsted med slike formål. Her ble studien og nettundersøkelsen presentert, slik at jordmødrene enkelt kunne finne nødvendig informasjon, og deres rettigheter som deltakere. De etiske vurderingene av studien, hvordan data ble håndtert, samt vår kontaktinformasjon var også presentert på nettsiden. Tilsvarende informasjon som var presentert på nettsiden var nedfelt i informasjonsskrivet som var tilgjengelig som egen nedlastbar fil (vedlegg 1), slik at deltakerne kunne ha tilgang til dette etter nettsiden blir lagt ned.

Vi valgte å invitere deltakere ved å sende invitasjon til deres personlige bedrifts-epost, gjennom avdelingsleder. I tillegg til dette, inviterte vi deltakere gjennom den lukkede facebook-gruppen “jordmødre i Norge”. Dette er en gruppe med rundt 2500 jordmødre og jordmorstudenter. Link til nettsiden vår ble publisert på gruppen, med tre påminnelser med ukentlig mellomrom.

For å få distribuert invitasjon på bedrifts-epost, tok vi kontakt med avdelingslederne tilhørende de 46 fødeenhetene vi har i Norge. Kontaktinformasjon ble funnet på nettstedet <https://helsenorge.no/fodsel/fodested>. Det ble i forkant utformet et skjema for egen oversikt over hvilke avdelinger som var kontaktet, hvem som ønsket å delta, samt kontaktinformasjonen til avdelingslederne/fagansvarlig. Avdelingslederne ble kontaktet per telefon hvor vi presenterte studien vår med anmodning om å gjøre studien kjent for avdelingens jordmødre ved å videresende mail fra oss med kort informasjon om studien og link til hjemmesiden. Avdelingslederne som ikke ble nådd per telefon, fikk tilsvarende informasjon på mail (Vedlegg 2). Avdelingsledere ved 43 av 46 fødeenheter svarte ja til å videresende vår e-post til sine jordmødre. Av de resterende fødeenhetene ble én ekskludert da de kun hadde barselavdeling og ikke fødeenhet, de to andre fikk vi ikke svar fra per telefon eller e-post.

Spørreundersøkelsen var åpen på nett i tre uker, perioden 12.11.20 – 04.12.20.

Svarfrist var oppgitt både på hjemmesiden, ved publiseringer på facebook-gruppen og i mail utsendt på jordmødrenes personlige bedrifts-epost.

3.3 Spørreskjema

Vi formaterte og publiserte spørreundersøkelsen i nettskjema.no, som er et verktøy for å utforme og gjennomføre spørreundersøkelser på nett (UiO, 2010). Ettersom vi ikke hadde tilgang til deltakernes personlige e-postadresse eller telefonnummer valgte vi at skjemaet ikke skulle kreve personlig invitasjon, men være åpent for alle som hadde tilgang til skjemaets nettadresse. Vi valgte også bort alternativet om å kreve innlogging gjennom ID-porten, noe som ifølge UiO (2014) ville medført autentisering av deltakerne med MinID (sikkerhetsnivå 3) eller BankID (sikkerhetsnivå 4). Digitaliseringsdirektoratet (2021) viser til at sikkerhetsnivå bestemmes ut fra eventuelle konsekvenser en uheldig hendelse vil få for deltaker og forsker. Digitalt signerte svar ved nivå 4 i nettskjema brukes kun for innhenting av samtykke for deltakelse i forskningsprosjekter hvor det samles inn sensitive opplysninger (UiO, 2014). Dette ble valgt bort ettersom denne undersøkelsen ikke etterspør sensitive opplysninger av den grad, og at dette ville krevd mer arbeid for deltakerne, noe som kunne øke sannsynligheten for at færre ønsket å delta.

Spørsmålene ble utformet med formål om å besvare studiens problemstilling. For å kvalitetssikre spørreskjemaet ble det testet av fire medstudenter før publisering. Som en innledning til spørsmålene ble det presisert følgende: *Spørsmålene er avgrenset til å omhandle normale fødsler. Herunder fødsler med et friskt, levende foster, med normal fosterlyd gjennom hele fødselen og en fødekvinne som er regnet som normalfødende, uten epidural. Det innebærer også en fødsel uten medisinske intervensjoner som bruk av sugekopp eller tang, samt andre medisinske komplikasjoner.*

Spørreskjemaet (vedlegg 3) inneholder fjorten spørsmål og er oppbygd slik at det først stilles spørsmål som bekrefter at deltakerne faller innenfor inklusjonskriteriene. På denne måten kunne vi tidlig avklare om deres deltakelse var aktuell å ta med videre i studien. Deretter blir det stilt spørsmål som omhandler karakteristika som alder, ansiennitet, og hvilket helseforetak og fødeenhet de er ansatt ved. Videre stilles det spørsmål som omhandler deres tilnærming til valg og bruk av fødestilling, som hvilke fødestillinger barnet er forløst i siste året, preferanse av fødestillinger, årsaker til liten preferanse, samt grad av informasjon og i hvor stor grad de lar kvinnen velge fødestilling.

Svaralternativene er oppgitt i grader på Likert skala fra en til fem, som ifølge (Thrane, 2018) er en skala hvor deltakerne kan svare på påstander ved bruk av graderte svaralternativer.

I spørsmål som omhandler spesifikke tidsrom (siste året, gjennom trykketiden, i forløsningsøyeblikket), ble tidsrommet markert med uthevet skrift for å unngå eventuelle misforståelser. Spørsmålet om årsak for å ha liten preferanse for en fødestilling ga mulighet til å velge flere svaralternativer. Dette ble skrevet tydelig sammen med spørsmålet. Tilhørende svaralternativer til aktuelt spørsmål har vi selv utformet på bakgrunn av det tidligere forskning har oppgitt som risikofaktorer og ulemper ved de ulike fødestillingene. Her hadde også jordmødrene mulighet til å selv oppgi egne svar i et fritekstområde. I slutten av undersøkelsen gis også jordmødrene mulighet til å komme med tilbakemelding til undersøkelsen.

3.4 Kodebok og koding

Det ble utarbeidet en kodebok ved hjelp av kodebokfunksjonen til nettskjema.no. I denne funksjonen omtolkes skjemaets skriftlige utforming til et format som kan anvendes ved dataanalyse (UiO, 2013). Her ga vi variabelnavn til spørsmålene og tallverdier til svaralternativene. Spørsmål med svaralternativer i form av en fem-punkts Likert skala som for eksempel “ikke i det hele tatt, liten grad, noen grad, stor grad, svært stor grad” ble nummerert med tallene fra 1 til 5. Til spørsmålene hvor det var mulig å oppgi flere svar, samt alder, ansiennitet og helseforetak, ga vi tallverdi 0 for “ikke valgt” og “1” for valgt til hvert svaralternativ. Kodeboken ble lastet ned som Excel fil og lagt inn i SPSS sammen med resultatdata hentet fra nettskjema som dannet en datamatrix. Dalland (2014) viser til en datamatrix som en systematisk oppstilling av data med enheter og variabler.

3.5 Variabler

Å konkretisere et generelt fenomen for å kunne måle det, defineres som operasjonalisering. Operasjonaliseringens spesifikke resultat beskrives som en variabel, som er et konkret kjennetegn eller egenskap ved enhetene (Johannesen, 2017). Bjørndal og Hofoss (2017) viser til at variabler henføres i målenivåer som avgjør hvilke statistiske teknikker som kan tas i bruk. Variabler på nominalt målenivå er kategorisert i navneverdier og er gjensidig utelukkende. Dette innebærer at en observasjon ikke kan ha tilhørighet i mer enn én kategori. Variabler på ordinale målenivå er både gjensidig utelukkende og rangordnet. Rangordningen vil ikke kunne si noe om avstand mellom plasseringene, kun at verdien er høyere enn den forrige i skalaen. Variabler på intervallnivå vil ha en konstant avstand mellom verdiene og

kan omgjøres til ordinalvariabler ved å flytte målenivået nedover (Bjørndal & Hofoss, 2017). Spørreskjemaet inneholder for øvrig ingen variabler på intervallnivå. Variabler på Likert skala blir i noen sammenhenger betraktet som et intervall-nivå, selv om dette er noe omdiskutert (Polit & Beck, 2020). En dikotom variabel har kun to verdier og kan være vanskelig å plassere i sammenheng med målenivå. De behandles vanligvis som nominale variabler ved krystabeller (Johannesen, 2017).

Variabler med nominalt målenivå

Variabelen *helseforetak* har et nominalt målenivå ved de ulike helseforetakene Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Variabler med ordinalt målenivå

Fødeenhet (privatpraktiserende, fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk) er en nominal variabel, men kan også betraktes som en ordinal variabel ettersom fødeenhetene kan rangeres i ulike nivå på bakgrunn av beredskap. Privatpraktiserende har lavest tilgjengelig beredskap, deretter fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk med høyest beredskap. Denne rangeringen tar utgangspunkt i beskrivelsen av de ulike fødeenhetenes krav til organisering og beredskap ved (Helsedirektoratet, 2010) kvalitetskrav til fødselsomsorgen.

Under bearbeidelsen av data ble kategoriene privatpraktiserende og fødestue slått sammen grunnet lavt antall jordmødre innenfor disse. Da det var mulig å oppgi tilhørighet ved mer enn én type fødeenhet, ble de som arbeidet ved mer enn én enhet klassifisert til laveste beredskapsnivå av type fødeenhet. Dette gjaldt femten observasjoner.

Ettersom variablene *alder* og *ansiennitet* er rapportert i grupper holder de ordinalt målenivå. Alder var delt inn i gruppene: ≤ 30 år, 31-40 år, 41-50 år, 51-60 år, > 60 år, og ansiennitet var delt inn i gruppene: 0-4 år, 5-9 år, 10-14 år, 15-19 år, 20-24 år, 25-29 år, ≥ 30 år. Aldersgruppene ble i videre analyser sammenslått til ≤ 30 år, 31-50 år og ≥ 51 år, og ansiennitetsgruppene til 0-9 år, 10-19 år og ≥ 20 år

Variablene for den grad jordmor *foretrekker*, og den grad jordmor har *forløst siste året* i de ulike fødestillingene har ordinalt målenivå. Variablene følger Likert skala. Kategoriene innen variabelen *forløst siste året* er: ingen ganger, sjelden, noen ganger, ofte, svært ofte.

Kategoriene innen variabelen *foretrekker* er: ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i høy grad, i svært høy grad. Tilsvarende svarkategorier gjelder variablene i hvilken grad jordmor gir informasjon i forkant av forløsningen og i hvilken grad jordmor lar fødekvinne velge fødestilling gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket.

Dikotome variabler

På bakgrunn av at jordmødrene hadde mulighet til å oppgi flere svar innen hver av fødestillingene til spørsmålet “dersom du ikke i det hele tatt/i liten grad foretrekker en fødestilling, hva er årsaken?” behandler vi disse variablene som dikotome variabler med verdiene: ikke valgt og valgt, for hver årsak innen alle fødestillingene.

3.6 Gjennomførte analyser

Statistiske analyser ble gjennomført i SPSS IBM versjon 26, 2019, ved hjelp av følgende litteratur: Introduksjon til SPSS (Johannesen, 2017) og SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using IBM SPSS (Pallant, 2020). «Statistikk for helse- og sosialfagene» (Bjørndal & Hofoss, 2017) ble tatt i bruk for egen forståelse av analysene.

Deskriptive analyser

Det ble gjennomført deskriptive (beskrivende) analyser med frekvens og prosent av jordmødrenes karakteristika fordelt etter helseforetak, som presenteres i en krysstabell. Fordelingen av fødeenheter presenteres samlet og ikke etter helseforetak for å forhindre persongjenkjenning. Det er også gjennomført deskriptive analyser med frekvens og prosent i tabell og/eller stablede søylediagram med prosentfordeling eller grupperte søylediagram for variabler som beskriver bruk og foretrukne fødestillinger, hvorvidt jordmor gir kvinnen informasjon om fødestillinger og gir kvinnen valg av fødestilling gjennom trykktid og forløsningsøyeblikket, samt årsaker til å ikke i det hele tatt/ i liten grad foretrekke en fødestilling.

Pearson kji-kvadrat test og Fishers eksakte test

Jordmødrenes karakteristika fordelt etter helseforetak presenteres i en krysstabell sammen med p-verdi for Pearson kji-kvadrat test. Her testes det ifølge Bjørndal og Hofoss (2017) om fordelingen i krysstabellen er identiske, men ikke hvor ulikheten ligger. I tilfeller hvor undersøkelsesenheter er få, eller fordeles særlig skjevt ved noen av variablene, vil ikke kji-

kvadrattesten gi et korrekt resultat. Der det er forventet at over en av fem ruter har færre enn fem verdier, anvendes Fishers eksakte test, som regner ut sannsynligheten for tilfeldig observasjon (p-verdien) i fordelingen en har funnet mer nøyaktig (Bjørndal & Hofoss, 2017). I SPSS kommer det opp varsel i de tilfeller det forventes under fem verdier i noen av rutene. Dette gjaldt fødeenhet opp mot helseforetak, og Fishers eksakte test ble derfor tatt i bruk.

Spearman's korrelasjonsanalyse

Spearman's korrelasjonsanalyse ble valgt for å undersøke hvorvidt det foreligger en lineær samvariasjon mellom å foretrekke fødestillinger og bruken av fødestillinger, samt sammenhengen mellom å gi informasjon til kvinnen om fødestillinger og i hvilken grad kvinnen har medbestemmelse i valg av fødestilling. På bakgrunn av variabelenes ordinale målenivå på en 5-punktskala og en ikke-normalfordeling ble metoden funnet egnet. Tilsvarende krysstabell med korrelasjon av jordmødrenes alder og ansiennitet er også gjennomført. Med unntak av bruk versus foretrukne fødestilling, fremstilles ikke analysene som tabeller, men beskrives i oppgavens resultatdel.

Analysen gir en korrelasjonskoeffisient (r) som et mål på styrken av forholdet mellom to variabler, samt om det er en negativ eller positiv korrelasjon. For vurdering av styrken anvender vi Cohens guideline, som referert til i (Pallant, 2020). Her vises det til at liten korrelasjon = 0,10-0,29, middels = 0,30-0,49 og stor $r = 0,50-1,00$. En positiv korrelasjon indikerer at dersom den ene variabelen øker, vil den andre også øke. En negativ korrelasjon indikerer at dersom den ene variabelen øker, vil den andre minske (Pallant, 2020).

Kruskal-Wallis test og Mann-Whitney U som post-hoc test med Bonferronis korreksjon

For å besvare problemstillingen undersøkte vi sammenhengen mellom jordmors bruk av de ulike fødestillingene siste året (avhengig variabel) og jordmors preferanse, brukermedvirkning og kliniske rammefaktorer (uavhengige variabler). Rammefaktorer er jordmors alder, ansiennitet, type fødeenhet og helseforetak hun har tilhørighet til. Brukermedvirkning inkluderer hvilken grad jordmor gir kvinnen informasjon om ulike fødestillinger i forkant av forløsningen, i hvilken grad hun lar kvinnen velge fødestilling under trykktiden og i forløsningsøyeblikket.

Vi valgte å gjennomføre en Kruskal-Wallis (KW) test som er en ikke-parametrisk test. Dette innebærer ifølge (Bjørndal & Hofoss, 2017) at den ikke lar seg karakterisere av forutsetninger

om populasjonen. Ikke-parametriske tester stiller mildere krav enn parametriske tester, og er ideelle å bruke ved små datautvalg, og egnet når variabler som skal undersøkes er på ordinale målenivå (Pallant, 2020). KW gir, som i vårt tilfelle, mulighet for sammenligning av en avhengig variabel på ordinale målenivå opp mot en uavhengig variabel med tre eller flere grupper hvor det er forskjellige deltakere i hver gruppe. Den er også velegnet ved ikke-normalfordelte data (Pallant, 2020), som gjelder for våre avhengige variabler, ved valg om å betrakte data på intervall-nivå.

Testen fremstiller for hver kategori i gruppene, en rang sum (eng. mean rank) tilhørende den avhengige variabelen. Mean rank er gjennomsnittet av rangeringene for alle observasjonene i hvert utvalg. Kategorien med høyest mean rank har størst korrespondanse til høyest skår av den avhengige variabelen (Pallant, 2020). Kji-kvadrat (χ^2) verdien forteller oss om størrelsen på avvikene mellom gruppene. Høy verdi viser større avvik, mens lav verdi viser mindre avvik (Johannesen, 2017). For vurdering av signifikans valgte vi asymp. p-verdi da den ikke skilte seg ut fra Exact p-verdi, trolig som følge av et relativt stort utvalg.

Der det var signifikante sammenhenger i KW-testen, ønsket vi å undersøke hvor forskjellen i gruppene lå ved å teste gruppe mot gruppe. Det er derav gjennomført en Mann-Whitney U test med Bonferroni korreksjon (se neste avsnitt for beskrivelse) som post-hoc test. Mann-Whitney U test tar utgangspunkt i medianen og konverterer skårene til den avhengige variabelen til rangsummer over de to gruppene (Pallant, 2020). I denne testen velger man en referansegruppe som de andre gruppene testes opp mot en og en (Pallant, 2020). For de fleste gruppevariablene ble høyeste kategoriske nivå valgt som referansegruppe. Helse Nord ble valgt som referansepunkt innen helseforetak, og fødestue/privatpraktiserende (som også kan betraktes som en ordinal variabel) innen fødeenhet på bakgrunn av at mean rank i disse gruppene skiller seg noe ut innen flere av fødestillingene. Ettersom flere av gruppene i analysen hadde få enheter, gjennomførte vi en sensitivitetsanalyse, som ifølge Stavseth (2020) innebærer å undersøke hvor følsom en konklusjon er for forandringer innen ulike faktorer. Vi gjennomførte da flere post-hoc tester med og uten sammenslåing av gruppene, og vurderte at å slå sammen grupper med fem eller færre enheter med gruppen over eller under i Likerts skala, ga et sikrere resultat.

Ved post-hoc tester, der en utfører flere tester, settes det ofte strengere kriterier for signifikans. Dette for å unngå type 1 feil, som innebærer å forkaste nullhypotesen når den

egentlig er korrekt. Det er med andre ord en risiko for å tro at et funn er signifikant når det faktisk har oppstått av tilfeldighet (Pallant, 2020). For å redusere denne risikoen valgte vi å regulere forkastningsområdet i post-hoc testen etter Bonferronis korreksjon, som ifølge Bjørndal og Hofoss (2017) innebærer at en dividerer p-verdien med like mange sammenligninger (tester) som blir gjennomført. Dersom en for eksempel gjennomfører fire sammenligninger, deles det originale forkastningsnivået som er 0,05 på fire. P-verdi vil i dette tilfellet ha et forkastningsområde ved $< 0,013$.

P-verdi

En p-verdi vil vise sannsynligheten for at et resultat er av tilfeldig variasjon. P-verdien bygger på spørsmålet om en skal beholde eller forkaste en nullhypotese, som er en antakelse om at tallmessig observasjon er tilfeldig (Bjørndal & Hofoss, 2017). Hypotesetesting tester den statistiske sannsynligheten for hvilken antakelse som stemmer (Johannesen, 2017). Ved liten p vil tilfeldigheter være en utilstrekkelig forklaring da tilfeldighetene vil oppstå like sjeldent som p uttrykker. Johannesen (2017) viser til konvensjon innen forskning om at det er aksept for forkastelse av riktig nullhypotese ved sannsynlighet på 5 %. Denne sannsynligheten er signifikansnivået og blir uttrykt i p-verdier. For å omgjøre prosent til p-verdi divideres prosenten med 100. 5 % tilsvarer da en p-verdi på 0,05. En p-verdi på $< 0,001$ betyr at det er < 1 ‰ sannsynlighet at nullhypotesen er korrekt (Johannesen, 2017). Dersom p-verdien oppfyller kravet om signifikansnivå på 5% ($p < 0,05$) vurderes den som statistisk signifikant. Dette innebærer at det er lite sannsynlig at resultatet er oppstått ved tilfeldigheter (Bjørndal & Hofoss, 2017). Videre i studien vil begrepet statistisk signifikans, gjerne omtales som bare signifikans. P-verdi $< 0,05$ er satt som forkastningsområde utenom ved Bonferronis korreksjon som tidligere beskrevet.

3.7 Ethiske overveielser

Datasikkerhet

På bakgrunn av at utvalget i denne studien består av jordmødre og ikke pasienter, havner den utenfor helseforskningslovens virkningsområde og blir derav ikke bli meldt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, 2008). Gjennomføringen av prosjektet vurderes som godkjent per 19.10.20 av Norsk senter for dataforskning (NSD, referansekode 762413) (Vedlegg 4). Det ble ikke etterspurt direkte personidentifiserende eller sensitive personopplysninger i denne

undersøkelsen. Fordi det i noen sjeldne tilfeller potensielt kan være mulig å indirekte identifisere deltakerne ble studien meldt til NSD. Bakgrunnsopplysninger som ble etterspurt i denne undersøkelsen (alder, år i fødselsomsorgen, fødeenhet og helseforetak) er vurdert til å ikke direkte være av den art som kan føre til persongjenkjenning, men indirekte kan noen få deltakere som er svært yngre eller eldre og samtidig er ansatt eksempelvis ved fødestue, være gjenkjennelig gjennom sammenstilling av data. For å redusere risiko for gjenkjennelse, er spørsmål i spørreskjema for alder og ansiennitet i fødselsomsorgen derfor delt inn i kategorier og ikke i eksakte verdier. Ved å ta i bruk nettskjema fra UiO (nettskjema.no), vil vi ikke kunne motta direkte personidentifiserte opplysninger som navn, IP-adresse o.l. Undersøkelsen er frivillig, noe som presiseres ved undersøkelsens nettside og informasjonsskriv. Samtykke til undersøkelsen skjer ved at deltakeren velger å gjennomføre spørreundersøkelsen og sende inn skjema på nettet. Ved publisering vil all data som er innsamlet bli anonymisert, og sletting av materialet utsettes. Uten publisering slettes materialet innen november 2021 og med publisering innen november 2023.

Oppbevaring av data

Nettstedet www.nettskjema.no er underlagt UiOs ledelsessystem for informasjonssikkerhet (UiO, 2017). Nettskjema UiO ivaretar sikkerhet rundt IP-adresse sporing. Innlogging i nettskjema for administrering av spørreskjemaet og innhenting av resultater krever innlogging med Feide. Microsoft Office 365 som er et lagringsområde på UiTs (behandlingsansvarlig institusjon) server ble tatt i bruk til oppbevaring og bearbeidelse av data. Tilgang til dette krever personlig innlogging med passord gjennom UiT IT-brukerkonto (en-faktor autentisering). På dette lagringsområdet ble det opprettet et fellesområde (sharepoint) hvor kun prosjektansvarlig (veileder) og de to jordmorstudentene som utarbeider oppgaven hadde tilgang. Konfidensialitet og sikkerhet ble ivaretatt ved at datafil med resultatene ble lastet ned fra nettskjema til OneDrive/Sharepoint - UiT. Filer med data som Excel og SPSS ble lagret som krypterte 7-zip filer for å ivareta datasikkerhet. To-faktor autentisering ble kun tatt i bruk av veileder ettersom studentene ikke hadde tilgang til dette.

Nytte og risiko

Studien vil gi nytte til deltakerne i form av at de deltar til utvikling av eget fagfelt. Deltakerne må gi av sin tid for å gjennomføre spørreundersøkelsen, men utsettes ikke for noen form for personlig risiko eller negative utfall. Spørsmål innen brukervedvirkning og informasjon kan mulig ses opp mot retningslinjer og lovverk som omtaler brukervedvirkning.

Dette kan medføre at spørsmålene oppleves som sårbare i form av konfrontasjon om å ikke innfri eventuelle forventninger. Dette kan følgelig oppleves som krenkende på jordmors profesjonelle integritet.

Til tross for at undersøkelser utført i utdanningsøyemed oftest gir mest til de som gjennomfører studien, skal det ikke ses bort i fra at også utdanningsfeltet kan ha nytte av arbeidet (Dalland, 2014). Studien kan medføre ny kunnskap innenfor aktuelt fagfelt og økt bevissthet på egen utøvelse av praksis blant jordmødre. Den kan også oppmuntre til videre forskning på aktuelt tema.

Økt fokus og kunnskap om fødestillinger blant jordmødre kan være med på å gi kvinnen flere valgmuligheter, samt i høyere grad ta informerte valg og delta i avgjørelser som omhandler egen helse (i dette tilfellet valg av fødestilling), noe som potensielt vil kunne bidra til en bedre fødselsopplevelse.

4 Resultat

4.1 Beskrivelse av utvalget

Tabell 2 beskriver hvordan utvalget av jordmødre fordeler seg i de ulike helseforetakene ut fra alder, ansiennitet og fødeenhet (presenteres kun som total av hensyn til personvern). Totalt 247 jordmødre deltok i undersøkelsen. Fordelingen av jordmødre i de ulike helseforetakene er relativt jevn, men med flest i Helse Sør-Øst (31 %), og færrest i Helse Midt-Norge (20 %). Det var flest jordmødre i aldersgruppen 31-50 år (55 %), og minst i gruppen ≤ 30 år (15 %). I alle helseforetakene var det flest jordmødre i aldersgruppen 31-50 år, og minst i gruppen ≤ 30 år, foruten om Helse Sør-Øst som hadde lik fordeling av aldersgruppene ≤ 30 år (19 %) og ≥ 51 år (19 %). Det var ingen signifikant forskjell i aldersfordelingen mellom helseforetakene ($p = 0,071$).

Tabell 2. Jordmødrenes karakteristika fordelt samlet etter helseforetak

Helseforetak ^a	Total N=247		Helse Nord		Helse Midt-Norge		Helse Vest		Helse Sør-Øst		p-verdi ^b
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Variabel	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	
Alder^a											
≤ 30 år	38	15,4	8	13,8	4	8,2	12	19,4	14	18,9	
31-50 år	135	54,7	27	46,6	25	51,0	34	54,8	46	62,2	
≥ 51 år	73	26,6	23	39,7	20	40,8	16	25,8	14	18,9	0,071
Ansiennitet											
0-9 år	124	50,2	26	44,8	17	34,7	33	53,2	46	62,2	
10-19 år	60	24,3	16	27,6	13	26,5	12	19,4	17	23,0	
≥ 20 år	63	25,5	16	27,6	19	38,8	17	27,4	11	14,9	0,049
Fødeenhet											
Fødestue/privatpraksis	21	8,5									
Fødeavdeling	119	48,1									
Kvinneklinikk	124	50,2									0,001 ^c

^aUbesvart (men medregnes i total); Helseforetak 4, Alder 1. ^bPearson krysstabell kjikvadrattest; p-verdi-asymp.sign.,2-sidig. ^cFishers exact test.

Innen fordelingen av jordmødre i de ulike ansiennitetsgruppene hadde halvparten 0-9 års ansiennitet, og resten var jevnt fordelt på gruppene 10-19 år og ≥ 20 år. Stratifisert på helseforetak, fremkom en signifikant forskjell i ansiennitet ($p = 0,049$). Det var flest jordmødre med 0-9 års ansiennitet i Helse Nord (45 %), Helse Vest (53 %), og Helse Sør-Øst (62 %). Helse Midt-Norge hadde en jevnere fordeling, men med flest jordmødre med ≥ 20 års arbeidserfaring (39 %).

Spearman's korrelasjonsanalyse viste en signifikant ($p < 0,001$) sammenheng med stor korrelasjonsstyrke ($r = 0,771$) mellom jordmødrenes alder og ansiennitet. Data er ikke presentert i tabell.

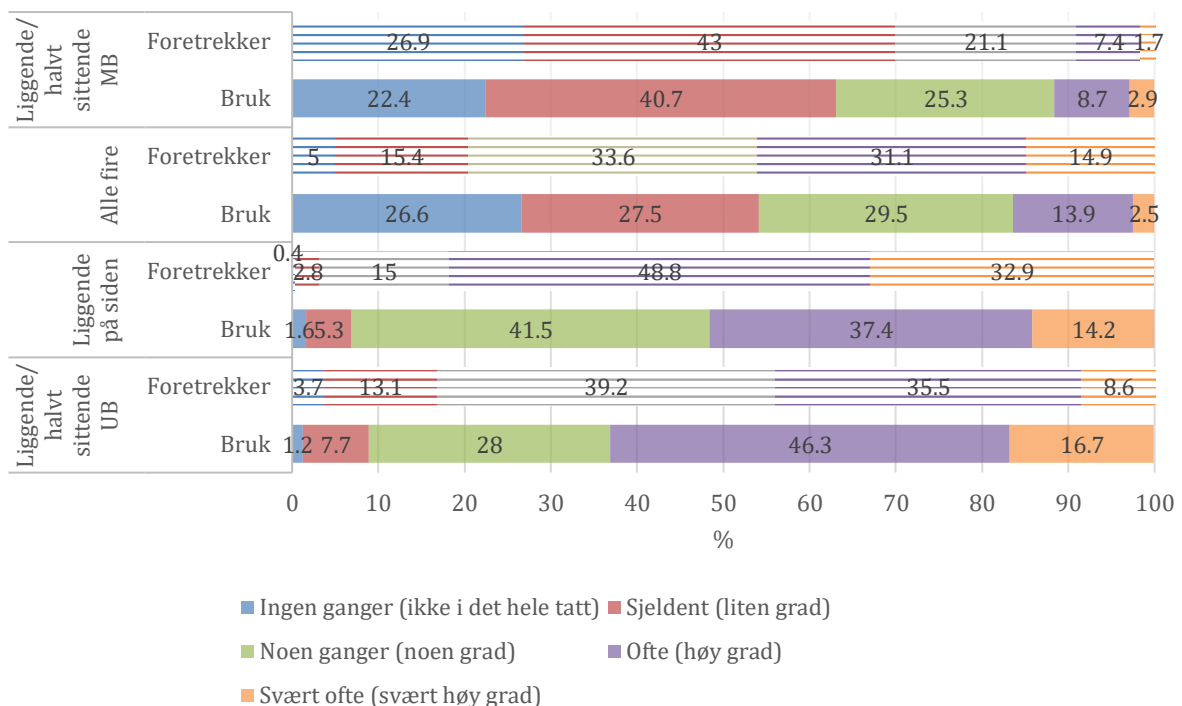
Det var flest jordmødre ansatt ved kvinneklinikk (50 %), etterfulgt av fødeavdeling (48 %), og færrest ved fødestue/privatpraktiserende (9 %). 15 jordmødre var ansatt ved mer enn én fødeenhet og disse ble da plassert i laveste beredskapsgruppe. Stratifisert på helseforetak fremkom en signifikant forskjell i fordelingen av fødeenhet ($p = 0,001$).

4.2 Bruk og preferanse av fødestillingene

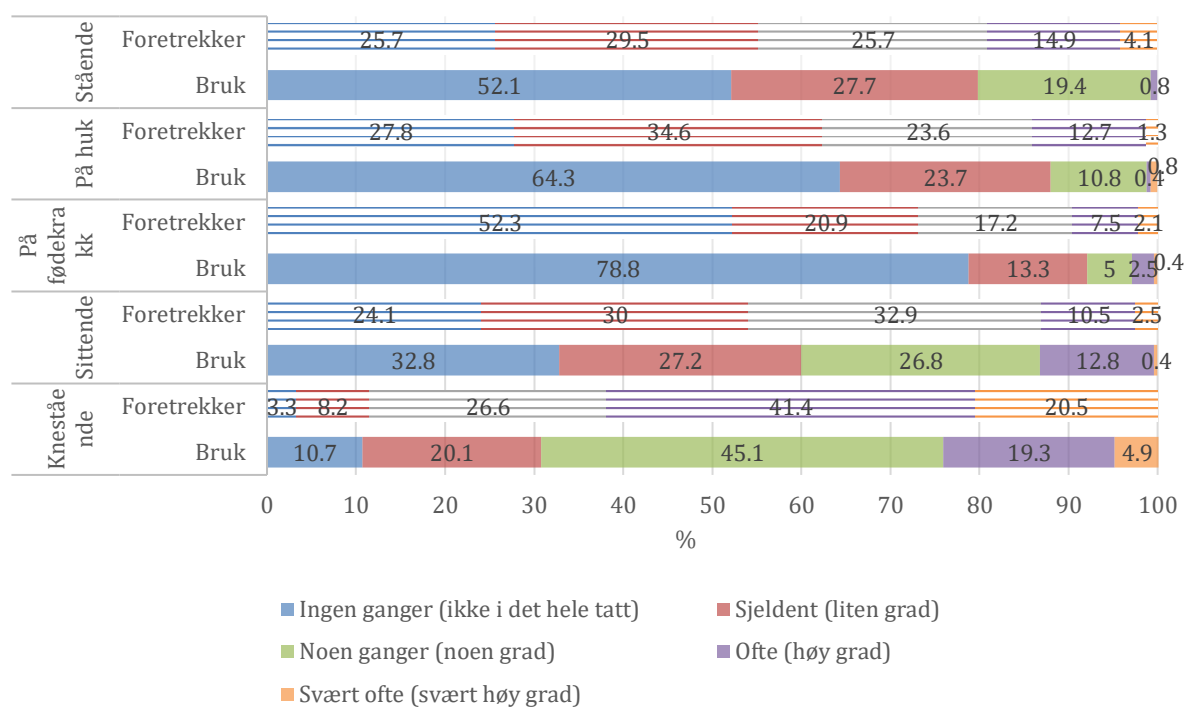
Figur 1a og 1b presenterer hvilke fødestillinger jordmødrene har tatt i bruk det siste året og hvilke fødestillinger de foretrekker å bruke. Rådata er presentert i tabell i vedlegg 5.

Liggende/halvt sittende uten benholdere (63%) og liggende på siden (52%) er de to stillingene som hyppigst var oppgitt å bli brukt ofte eller svært ofte. Fødestillingene på fødekrakk (92%), på huk (88%), stående (80%) og liggende/halvt sittende med benholdere (63%) var hyppigst oppgitt å bli brukt sjeldent eller aldri det siste året av jordmødrene.

Liggende på siden (82%) og knestående (62%) er fødestillingene som flest ganger ble oppgitt å foretrekke i høy eller svært høy grad. Fødestillingene jordmødrene oppga hyppigst at de ikke i det hele tatt eller i liten grad foretrekker var liggende/halvt sittende med benholdere (70%) og på fødekrakk (73%), sittende (54%), på huk (62%) og stående (55%).



Figur 1a. Fordelingen i prosent av liggende fødestillinger jordmor foretrekker og har brukt siste året ved forløsning av barnet. Heldekket farge viser brukte stillinger og med tilsvarende foretrukne stillinger plassert over i stiplet mønsterfarge og gradering i parentes. Frekvenstabell presenteres i vedlegg 5. UB, uten benholdere; MB, med benholdere



Figur 1b. Fordelingen i prosent av oppreiste fødestillinger jordmor foretrekker og har brukt siste året ved forløsning av barnet. Heldekket farge viser brukte stillinger og med tilsvarende foretrukne stillinger plassert over i stiplet mønsterfarge og gradering i parentes. Frekvenstabell presenteres i vedlegg 5. UB, uten benholdere; MB, med benholdere

Korrelasjon mellom bruk og preferanse av fødestillingene

Tabell 3 viser korrelasjonen mellom hvilken grad jordmor foretrekker de ulike fødestillingen, og i hvilken grad hun det siste året har tatt de i bruk. Hvilke fødestillinger jordmor foretrekker har sterk signifikant sammenheng med at denne fødestillingen tas i bruk. Eksempelvis har det å foretrekke liggende/halvt sittende uten benholdere sterk sammenheng med å ha brukt denne fødestillingen siste året ($r = 0,616$). På huk er den eneste fødestillingen som viser medium styrke ($r = 0,417$) i korrelasjon mellom å foretrekke denne fødestillingen og å bruke den.

I korrelasjonsmatrisen fremkommer det også noen mønster. Det å foretrekke fødestillingen *liggende/halvt sittende uten benholdere* er innbyrdes korrelert med på alle fire, og de oppreiste fødestillingene forutenom sittende. Tilsvarende positiv korrelasjon observeres mellom å foretrekke oppreiste fødestillinger og bruk av flere andre oppreiste fødestillinger. En kan også se svak eller moderat negativ korrelasjon med det å foretrekke liggende fødestillinger og bruken av de fleste oppreiste fødestillinger. På samme måte hadde det å foretrekke oppreiste fødestillinger en svak negativ korrelasjon med å bruke *liggende/halvt sittende* fødestillinger, men svakt positivt korrelert med *på alle fire*. Den liggende fødestillingen *på alle fire* har derimot en svak korrelasjon med flere oppreiste fødestillinger, og svak negativ korrelasjon med *liggende/halvt sittende uten benholdere*

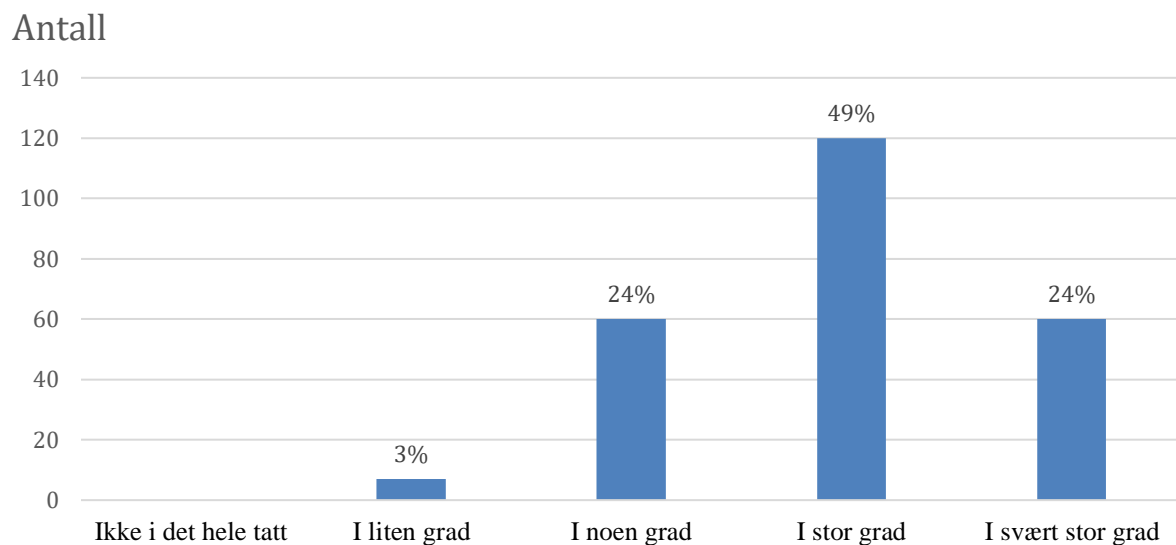
Tabell 3. Spearman`s korrelasjon mellom jordmødres foretrukne fødestillinger og fødestillinger hun har forløst barnet i det siste året

		Foretrukne fødestillinger					Oppresite fødestillinger				
		Liggende/halvt sittende uten benholdere	Liggende/halvt sittende med benholdere	Liggende på siden	På alle fire	Sittende	Knestående	På huk	På fødekrakk	Stående	
Fødestillinger forløst siste året											
<i>Liggende fødestillinger</i>											
Liggende/halvt sittende uten benholdere	Korrelasjonskoeffisient	0,616	0,300	0,060	-0,236	-0,076	-0,384	-0,370	-0,262	-0,332	
	p verdi	< 0,001	< 0,001	0,351	< 0,001	0,241	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	
Liggende/halvt sittende med benholdere	Korrelasjonskoeffisient	0,181	0,590	0,021	0,009	-0,146	-0,166	-0,128	-0,136	-0,134	
	p verdi	0,005	< 0,001	0,743	0,894	0,026	0,010	0,051	0,037	0,040	
Liggende på siden	Korrelasjonskoeffisient	-0,122	-0,082	0,544	0,054	0,084	0,087	0,037	0,022	0,126	
	p verdi	0,057	0,203	< 0,001	0,402	0,197	0,175	0,571	0,732	0,051	
På alle fire	Korrelasjonskoeffisient	-0,311	-0,084	-0,086	0,598	0,076	0,248	0,251	0,187	0,238	
	p verdi	< 0,001	0,194	0,183	< 0,001	0,248	< 0,001	< 0,001	0,004	< 0,001	
<i>Oppreiste fødestillinger</i>											
Sittende	Korrelasjonskoeffisient	0,046	-0,076	-0,044	0,058	0,629	0,083	0,181	0,128	0,147	
	p verdi	0,488	0,246	0,499	0,378	< 0,001	0,209	0,006	0,054	0,025	
Knestående	Korrelasjonskoeffisient	-0,376	-0,152	-0,212	0,194	0,087	0,627	0,171	0,149	0,369	
	p verdi	< 0,001	0,019	0,001	0,003	0,186	< 0,001	0,009	0,022	< 0,001	
På huk	Korrelasjonskoeffisient	-0,347	-0,128	-0,176	0,214	0,086	0,256	0,417	0,328	0,292	
	p verdi	< 0,001	0,048	0,006	0,001	0,191	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	
På fødekrakk	Korrelasjonskoeffisient	-0,161	-0,147	-0,133	0,074	0,090	0,036	0,245	0,548	0,219	
	p verdi	0,013	0,023	0,039	0,259	0,171	0,575	< 0,001	< 0,001	0,001	
Stående	Korrelasjonskoeffisient	-0,310	-0,199	-0,182	0,153	0,086	0,318	0,362	0,342	0,669	
	p verdi	< 0,001	0,002	0,004	0,018	0,191	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	

^aSpearman correlation; ^bvariabler på likert skala 1-5 (ikke i det hele tatt, i lav grad, i noen grad, i høy grad, i svært høy grad) Korrelasjonskoeffisient (*r*) styrke;Cohen guidelines (Pallant, 2020) liten:0,10-0,29(rød, lysrød-negativ korrelasjon) medium:0,30-0,49(gul, lys gul-negativ korrelasjon) stor:0,50-1,00(grønn). ^cP-verdi signifikant ved < 0,05.

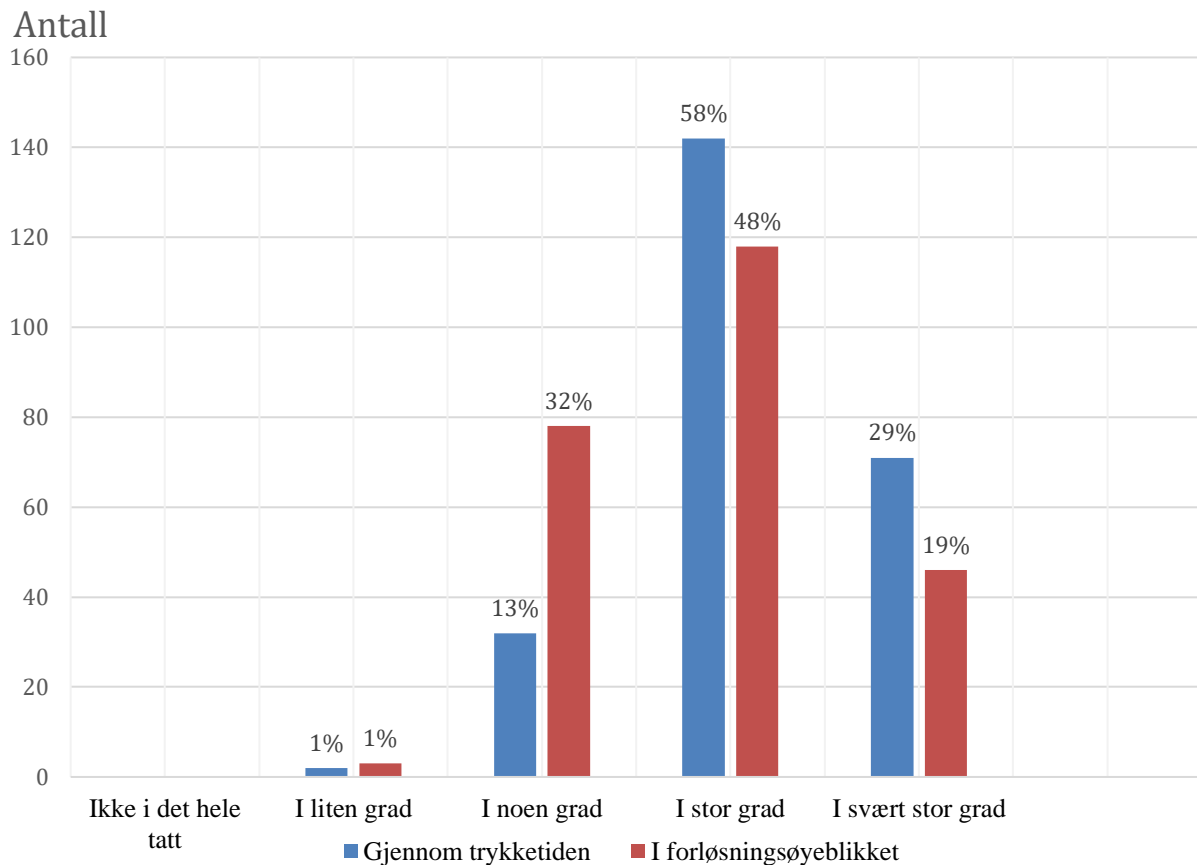
4.3 Brukermedvirkning i valg av fødestilling

Figur 2 viser at de fleste (73%) av jordmødrene, i forkant av forløsningen, i stor eller svært stor grad informerer fødekvinnen om ulike fødestillinger som kan brukes i forløsningsøyeblikket. En fjerdedel av jordmødrene gir informasjon i noen grad, mens svært få (3 %) informerer i liten grad. Ingen rapporterte at de aldri gir denne informasjonen i forkant av forløsningen.



Figur 2. Hvilken grad jordmor bruker i forkant av forløsningen å informere fødekvinnen om ulike fødestillinger i forløsningsøyeblikket.

Figur 3 viser at jordmødrene lar kvinnen velge stilling gjennom trykktiden i stor eller svært stor grad (87 %). En litt mindre andel (67 %) oppgir at de i stor eller svært stor grad lar kvinnen velge stilling i forløsningsøyeblikket, sammenlignet med gjennom trykktiden. Ingen har oppgitt at de ikke lar kvinnen velge stilling, mens svært få (1%) har oppgitt at de lar kvinnen velge stilling i liten grad gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket.



Figur 3. Hvilken grad jordmor lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket

Det ble gjennomført en Spearmans korrelasjon med tilhørende p-verdi for sammenhengen mellom informasjon jordmor gir til kvinnen og valg av fødestilling. Data vises ikke i tabell. Det var signifikant sammenheng ($p < 0,001$) med stor styrke ($r = 0,540$) mellom hvilken grad jordmor lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykktiden og i hvilken grad hun lar kvinnen velge fødestilling i forløsningsøyeblikket. Sammenhengen var også signifikant ($p \leq 0,04$), men med liten styrke mellom hvilken grad jordmor gir informasjon i forkant av forløsningen og hvilken grad jordmor lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykktiden ($r = 0,209$) og i forløsningsøyeblikket ($r = 0,184$).

4.4 Utforskning av sammenhenger knyttet til jordmors bruk av fødestilling siste året

Tabell 4a og 4b viser sammenhengen mellom bruk av de ulike fødestillingene siste året opp mot jordmors preferanser, brukervedvirkning og rammefaktorer testet gjennom Kruskal-Wallis (KW) test. Mann-Whitney U post-hoc med Bonferronis korreksjon har testet hvor forskjellen opptrer innad mellom gruppene. Under redegjøres det for hver faktor testet opp mot de ulike fødestillingene. Ikke-signifikante gruppeforskjeller spesifiseres ikke i teksten, men fremkommer i tabellene.

Påvirkning av jordmors preferanse

For samtlige fødestillinger ble det avdekket signifikant sammenheng ($p < 0,001$) mellom det å ta den i bruk det siste året og det å foretrekke tilsvarende fødestilling. For fødestillingen *liggende på siden, på alle fire, sittende, knestående, på huk, på fødekrakk og stående* viste post-hoc testen at de som foretrekker stillingen i de lavere gradene, hadde signifikant lavere bruk av stillingen enn de som i høy/svært høy grad foretrekker den ($p \leq 0,008$). For fødestillingen *liggende/halvt sittende uten benholdere* var det signifikant lavere bruk blant jordmødrene som ikke i det hele tatt/i liten og noen grad foretrekker denne fødestillingen sammenlignet med de som i svært høy grad foretrekker den ($p < 0,001$). For fødestillingen *liggende/halvt sittende med benholdere* var det en signifikant lavere bruk hos jordmødrene som ikke foretrekker stillingen i det hele tatt og i liten grad sammenlignet med de som foretrekker den i høy/svært høy grad ($p < 0,001$).

Påvirkning av i hvilken grad jordmor gir informasjon i forkant av forløsningen

KW-test viste at i hvilken grad jordmor informerer fødekvinnen i forkant av forløsningen har en signifikant sammenheng med bruk av fødestillingene *liggende/halvt sittende uten benholdere* ($\chi^2 = 8,121, p = 0,017$) og *på alle fire* ($\chi^2 = 10,889, p = 0,004$). Post-hoc testen viste for øvrig ingen signifikante forskjeller mellom å i svært høy grad gi informasjon og de lavere gradene sett opp mot bruken av fødestillingen *liggende/halvt sittende uten benholdere*. For fødestillingen *på alle fire* var det en lavere bruk av denne stillingen hos jordmødre som gir informasjon i liten/noen grad ($p = 0,001$) og i stor grad ($p = 0,008$) i forhold til jordmødrene som gir informasjon i svært høy grad.

Tabell 4a. Sammenheng mellom jordmors bruk av liggende fødestillinger siste året og jordmors preferanse, ansiennitet, fødekvinners valgmulighet og andre faktorer relatert til klinisk praksis

Forløst siste året	Liggende/halvt sittende uten benholdere					Liggende/halvt sittende med benholdere					Liggende på siden					På alle fire					
Gruppevariabel	Antall (%) ^a	Mean rank ^b	χ^2 ^c	p-verdi ^d	Post hoc p-verdi ^e	Antall (%) ^a	Mean rank ^b	χ^2 ^c	p-verdi ^d	Post hoc p-verdi ^e	Antall (%) ^a	Mean rank ^b	χ^2 ^c	p-verdi ^d	Post hoc p-verdi ^e	Antall (%) ^a	Mean rank ^b	χ^2 ^c	p-verdi ^d	Post hoc p-verdi ^e	
Jordmors alder																					
≤ 30 år	38 (15,5)	138,74			0,007^f	37 (15,4)	146,51			0,001^f	38 (15,5)	138,66				37 (15,2)	123,07				
31-50 år	135 (55,1)	129,10			0,008^f	133 (55,4)	123,18			0,024^f	134 (54,7)	121,7				134 (55,1)	119,49				
≥ 51 år	72 (29,4)	103,26	9,671	0,008	Ref.	70 (29,2)	101,65	11,681	0,003	Ref.	73 (29,8)	117,23	2,728	0,256		72 (29,6)	126,13	0,459	0,795		
Ansiennitet som jordmor																					
0-9 år	124 (50,4)	133,96			0,016^f	121 (50,2)	127,54			0,010^f	123 (50,0)	119,26				122 (50,0)	120,11				
10-19 år	60 (24,4)	117,43			0,417 ^f	60 (24,9)	127,59			0,040 ^f	60 (24,4)	131,09				59 (24,2)	117,74				
≥ 20 år	62 (25,2)	108,46	6,736	0,034	Ref.	60 (24,9)	101,23	7,106	0,029	Ref.	63 (25,6)	124,54	1,296	0,523		63 (25,8)	131,58	1,556	0,459		
Fødeenhet																					
Fødestue/privatpraksis	19 (7,7)	93,84			Ref.	19 (7,9)	72,05			Ref.	20 (8,1)	112,63			Ref.	20 (8,2)	163,9			Ref.	
Fødeavdeling	118 (48,0)	122,96				114 (47,3)	120,27			0,002^f	117 (47,6)	113,69			0,895 ^f	116 (47,5)	121,89			0,010^f	
Kvinneklinikk	109 (44,3)	129,25	4,603	0,100		108 (44,8)	130,38	12,528	0,002	0,001^f	109 (44,3)	136,03	6,950	0,031	0,171 ^f	108 (44,3)	115,49	8,535	0,014	0,004^f	
Helseforetak																					
Helse Nord	58 (24,0)	106,16			Ref.	55 (23,2)	107,67			Ref.	58 (24,0)	94,97			Ref.	57 (23,8)	131,82				
Helse Midt-Norge	49 (20,2)	133,84			0,020 ^g	49 (20,7)	120,46			0,333 ^g	49 (20,2)	129,4			0,007^g	49 (20,4)	106,96				
Helse Vest	62 (25,6)	113,13			0,660 ^g	61 (25,7)	102,43			0,719 ^g	62 (25,6)	137,58			< 0,001^g	61 (25,4)	108,28				
Helse Sør-Øst	73 (30,2)	132,52	8,029	0,045	0,020 ^g	72 (30,4)	140,69	13,611	0,003	0,006^g	73 (30,2)	123,62	14,120	0,003	0,009^g	73 (30,4)	130,96	7,434	0,059		
Gir kvinnen informasjon om fødestilling i forkant av forløsningen																					
I liten/noen grad	67 (27,2)	142,03			0,122 ^f	67 (27,8)	122,23				67 (27,2)	119,57				67 (27,5)	109,10			0,001^f	
I stor grad	120 (48,8)	113,13			0,333 ^f	115 (47,7)	123,38				119 (48,4)	121,30				117 (48,0)	117,65			0,008^f	
I svært stor grad	59 (24,0)	123,55	8,121	0,017	Ref.	59 (24,5)	114,96	0,662	0,718		60 (24,4)	132,25	1,403	0,496		60 (24,6)	146,92	10,889	0,004	Ref.	
Lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykktiden																					
I liten/noen grad	34 (13,8)	143,91				33 (13,7)	138,56				34 (13,8)	128,76				34 (13,9)	121,72			0,001^f	
I høy grad	142 (57,7)	121,01				139 (57,7)	116,23				141 (57,3)	121,04				140 (57,4)	111,79			0,008^f	
I svært høy grad	70 (28,5)	118,64	3,776	0,151		69 (28,6)	122,21	3,057	0,217		71 (28,9)	125,87	0,496	0,780		70 (28,7)	144,31	10,636	0,005	Ref.	
Lar kvinnen velge fødestilling i forløsningsøyeblikket																					
I liten/noen grad	81 (33,2)	144,88			< 0,001^f	79 (33,1)	141,37			0,009^f	80 (32,8)	116,99				79 (32,6)	105,82			< 0,001^f	
I høy grad	118 (48,4)	115,47			0,187 ^f	115 (48,1)	109,80			0,891 ^f	118 (48,4)	122,71				117 (48,3)	120,28			0,009^f	
I svært høy grad	45 (18,4)	100,64	15,570	< 0,001	Ref.	45 (18,8)	108,54	12,482	0,002	Ref.	46 (18,9)	131,54	1,422	0,491		46 (19,0)	151,54	13,383	0,001	Ref.	
Foretrukket fødestilling mot samme fødestilling																					
Ikke i det hele tatt	.					63 (26,5)	66,77			< 0,001^g	.				.	12 (5,0)	48,00			< 0,001^h	
I liten grad	41 (16,8) ⁱ	54,49			< 0,001^g	103 (43,3)	117,77			< 0,001^g	.				.	37 (15,4)	70,66			< 0,001^h	
I noen grad	96 (39,2)	104,85			< 0,001^g	50 (21,0)	162,05			0,130 ^g	44 (18) ^k	67,03			< 0,001^f	81 (33,8)	98,75			< 0,001^h	
I høy grad	87 (35,5)	163,91			0,463 ^g	.					120 (49,0)	112,90			< 0,001^f	74 (30,8)	153,63			0,008^h	
I svært høy grad	21 (8,6)	170,24	94,84	< 0,001	Ref.	22 (9,3) ^j	181,91	82,208	< 0,001	Ref.	81 (33,1)	168,36	72,163	< 0,001	Ref.	36 (15,0)	176,72	86,417	< 0,001	Ref.	

^aProsentuering av total pr gruppevariabel. ^bKruskal Wallis test, MeanRank ^c χ^2 KW test statistikk. ^dP-verdi (KW), asymt. sign., 2-sidig, signifikant ved < 0,05. ^eMann-Whitney U med Bonferroni korreksjon med asymt. sign., 2-sidig. ^fsignifikant ved p < 0,025 (0,05/2) ^gsignifikant ved p < 0,017 (0,05/3). ^hsignifikant ved p < 0,013 (0,05/4). Fet skrift markerer statistisk signifikans. ⁱslått sammen variablene ikke i det hele tatt/i liten grad. ^jhøy/svært høy grad. ^kIkke i det hele tatt/i liten/noen grad

Tabell 4b. Sammenheng mellom jordmors bruk av oppreiste fødestillinger siste året og jordmors preferanse, ansiennitet, fødekvinner valgmulighet og andre faktorer relatert til klinisk praksis

Forløst siste året	Sittende				Knestående				På huk			På fødekrakk			Stående							
	Antall (%) ^a	Mean rank ^b	χ^2 ^c	p-verdi ^d	Post hoc p-verdi ^e	Antall (%) ^a	Mean rank ^b	χ^2 ^c	p-ve rd	Post hoc p-ve rd	Antall (%) ^a	χ^2 ^c	Post hoc p-verdi ^e	Antall (%) ^a	Mean rank ^b	χ^2 ^c	p-verdi ^d	Post hoc p-verdi ^e				
Jordmors alder																						
≤ 30 år	36 (15,4)	86,53			< 0,001 ^f	38 (15,6)	109,79			0,032 ^f	37 (15,4)			37 (15,4)	114,11			37 (15,4)	105,00			
31-50 år	128 (54,7)	110,77			< 0,001 ^f	133 (54,7)	116,33			0,019 ^f	131 (54,6)			132 (55,0)	115,65			133 (55,2)	121,65			
≥ 51 år	70 (29,9)	145,79	22,82	< 0,001	Ref.	72 (29,6)	138,92	6,938	0	Ref.	72 (30,0)	2,395		71 (29,6)	132,85	6,290	0	71 (29,5)	128,12	3,248	0,197	
Ansiennitet som jordmor																						
0-9 år	116 (49,4)	98,88			< 0,001 ^f	122 (50,0)	116,83				119 (49,4)			120 (49,8)	115,99			121 (50,1)	114,60			
10-19 år	59 (25,1)	118,38			0,001 ^f	60 (24,6)	115,98				60 (24,9)			59 (24,5)	114,14			60 (24,8)	130,46			
≥ 20 år	60 (25,5)	154,6	28,78	< 0,001	Ref.	62 (25,4)	139,96	5,710	0		62	3,117		62 (25,7)	137,23	8,965	0	61 (25,2)	126,39	2,959	0,228	
Fødeenhet																						
Fødestue/privatpraksis	19 (8,1)	110,55				20 (8,2)	162,82			Ref.	18 (7,5)			19 (7,9)	115,82			19 (7,9)	137,37			
Fødeavdeling	109 (46,4)	122,85				115 (47,1)	123,24			0,010 ^f	115 (47,7)			114 (47,3)	125,62			117 (48,3)	119,94			
Kvinneklinikk	107 (45,5)	114,38	1,177	0,555		109 (44,7)	114,32	8,976	0	0,004 ^f	108 (44,8)	1,168		108 (44,8)	117,04	1,880	0	106 (43,8)	120,38	1,279	0,528	
Helseforetak																						
Helse Nord	56 (24,2)	110,2			Ref.	57 (23,8)	125,71				57 (24,1)		Ref.	57 (24,1)	156,35			57 (23,9)	149,2		Ref.	
Helse Midt-Norge	47 (20,3)	128,78			0,157 ^g	48 (20,0)	117,93				48 (20,3)		0,002 ^g	48 (20,3)	98,04			49 (20,6)	109,91		0,002 ^g	
Helse Vest	59 (25,5)	135,92			0,037 ^g	62 (25,8)	129,28				60 (25,3)		0,076 ^g	61 (25,7)	119,19			59 (24,8)	113,01		0,002 ^g	
Helse Sør-Øst	69 (29,9)	94,97	15,39	0,002	0,208 ^g	73 (30,4)	110,66	3,195	0		72 (30,4)	10,024	0,249 ^g	71 (30,0)	103,02	49,142	<	73 (30,7)	107,99	17,076	0,001	< 0,001 ^g
Gir kvinnen informasjon om fødestilling i forkant av forløsningen																						
I liten/noen grad	65 (27,7)	111,92				67 (27,5)	110,09				66 (27,4)			67 (27,8)	120,01			67 (27,7)	114,63			
I stor grad	114 (48,5)	118,52				117 (48,0)	126,41				116 (48,1)			116 (48,1)	118,88			116 (47,9)	123,81			
I svært stor grad	56 (23,8)	123,99	1,041	0,594		60 (24,6)	128,73	3,250	0		59 (24,5)	2,834		58 (24,1)	126,39	0,921	1	59 (24,4)	124,75	1,084	0,582	
Lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykketiden																						
I liten/noen grad	34 (14,5)	122,91			0,304 ^f	34 (13,9)	112,69				34 (14,1)			34 (14,1)	108,56			33 (13,6)	103,77			
I høy grad	134 (57,0)	108,58			0,616 ^f	140 (57,4)	121,51				138 (57,3)			139 (57,7)	122,50			140 (57,9)	122,30			
I svært høy grad	67 (28,5)	134,35	7,177	0,028	Ref.	70 (28,7)	129,24	1,482	0		69 (28,6)	5,461		68 (28,2)	124,15	2,534	0	69 (28,5)	128,35	3,366	0,186	
Lar kvinnen velge fødestilling i forløsningsøyeblikket																						
I liten/noen grad	76 (32,5)	104,15				79 (32,6)	102,30			0,001 ^f	78 (32,8)		0,001 ^f	77 (32,3)	103,47			78 (32,6)	99,45		0,003 ^f	
I høy grad	114 (48,7)	124,67				117 (48,3)	126,67			0,220 ^f	116 (48,5)		0,131 ^f	117 (49,0)	127,74			117 (48,8)	129,56		0,736 ^f	
I svært høy grad	44 (18,8)	121,98	4,795	0,091		46 (19,0)	141,33	11,509	0	Ref.	45 (18,8)	11,961	Ref.	45 (18,8)	128,14	12,710	0	45 (18,8)	133,42	12,877	0,002	Ref.
Foretrukket fødestilling mot samme fødestilling																						
Ikke i det hele tatt	54 (23,7)	60,44			< 0,001 ^g						66 (28,3)		< 0,001 ^g	123 (52,3)	98,27			60 (25,3)	65,65		< 0,001 ^g	
I liten grad	66 (28,9)	98,09			< 0,001 ^g	27 (11,2) ⁱ	47,50			< 0,001 ^g	79 (33,9)		< 0,001 ^g	48 (20,4)	106,50			71 (30,0)	100,55		< 0,001 ^g	
I noen grad	77 (33,8)	139,44			< 0,001 ^g	64 (26,4)	85,48			< 0,001 ^g	56 (24,0)		0,006 ^g	41 (17,4)	154,32			60 (25,3)	147,80		0,002 ^g	
I høy grad						101 (41,7)	136,04			< 0,001 ^g												
I svært høy grad	31 (13,6) ^j	181,65	90,44	< 0,001	Ref.	50 (20,7)	178,20	94,693	< 0	Ref.	32 (13,7) ^j	42,200	Ref.	23 (9,8) ^j	182,78	86,958	<	46 (19,4)	179,50	106,027	< 0,001	Ref.

^aProsentuering av total pr gruppevariabel. ^bKruskal Wallis test, MeanRank ^c χ^2 KW test statistikk. ^dP-verdi (KW), asympt. sign., 2-sidig, signifikant ved < 0,05. ^eMann-Whitney U med Bonferroni korreksjon med asympt. sign., 2-sidig. ^fsignifikant ved p < 0,025 (0,05/2)

^gsignifikant ved p < 0,017 (0,05/3). ^hsignifikant ved p < 0,013 (0,05/4). Fet skrift markerer statistisk signifikans. ⁱslått sammen variablene ikke i det hele tatt/i liten grad. ^jhøy/svært høy grad. ^kIkke i det hele tatt/i liten/noen grad

Påvirkning av i hvilken grad jordmor lar fødekvinne velge fødestilling gjennom trykktiden
KW-test avdekket en signifikant sammenheng mellom i hvilken grad jordmor lar fødekvinne velge fødestilling gjennom trykktiden og jordmors bruk av fødestillingene *på alle fire* ($\chi=10,636$, $p=0,005$) og *sittende* ($\chi=7,177$, $p=0,028$). Jordmødrene som i liten/noen grad og i høy grad lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykktiden hadde en lavere bruk av stillingen *på alle fire* enn jordmødrene som i svært høy grad lar kvinnen velge ($p=0,001$ og $0,008$). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ved bruk av fødestillingen *sittende*.

I hvilken grad jordmor lar fødekvinne velge fødestilling i forløsningsøyeblikket

I hvilken grad jordmor lar fødekvinne velge fødestilling i forløsningsøyeblikket hadde signifikant sammenheng med bruk av fødestillingene *liggende/halvt sittende uten benholder* ($\chi=15,570$, $p<0,001$), *liggende/halvt sittende med benholdere* ($\chi=12,482$, $p=0,002$), *på alle fire* ($\chi=13,383$, $p=0,001$), *knestående* ($\chi=11,509$, $p=0,003$), *på huk* ($\chi=11,961$, $p=0,003$), *på fødekrakk* ($\chi=12,710$, $p=0,002$) og *stående* ($\chi=12,877$, $p=0,002$). Jordmødrene som i liten/noen grad lar kvinnen velge fødestilling i forløsningsøyeblikket, har en høyere bruk av fødestillingene *liggende/halvt sittende uten og med benholdere* enn jordmødrene som i svært stor grad lar kvinnen velge ($p<0,001$ og $0,009$). Mens det på fødestillingene *knestående*, *på huk*, *på fødekrakk* og *stående* er lavere bruk av fødestillingene blant jordmødrene som i liten/noen grad lar kvinnen velge sammenlignet med i svært høy grad ($p\leq 0,003$). Fødestillingen *på alle fire* ble i lavere grad brukt hos jordmødrene som i liten/noen grad og i høy grad lar kvinnen velge sammenlignet med å la de velge i svært høy grad ($p<0,001$ og $0,009$).

Påvirkning av jordmors alder

KW-test avdekket en signifikant forskjell i hvilken grad jordmødrene har brukt fødestillingen *liggende/halvt sittende uten benholdere* ($\chi=9,671$, $p=0,008$), *liggende/halvt sittende med benholdere* ($\chi=11,681$, $p=0,003$), *sittende* ($\chi=22,822$, $p<0,001$), *knestående* ($\chi=6,938$, $p=0,031$) og *på fødekrakk* ($\chi=6,290$, $p=0,042$) siste året på tvers av tre ulike aldersgrupper. Både den yngste ≤ 30 år ($p\leq 0,07$) og mellomste aldersgruppen 31-50 år ($p\leq 0,024$) hadde høyere bruk av *liggende/halvt sittende med og uten benholdere* sammenlignet med den eldste aldersgruppen over 50 år. Fødestillingen *sittende* var i lavere bruk hos både de yngste og mellomste sammenlignet med den eldste aldersgruppen ($p<0,001$). For både *knestående* og

på fødekrakk hadde de mellomste jordmødrene lavere bruk av fødestillingene enn de eldste ($p \leq 0,021$).

Påvirkning av jordmors erfaring

KW-test avdekket en signifikant sammenheng mellom ansiennitet og hvilken grad jordmødrene har brukt fødestillingen *liggende/halvt sittende uten benholdere* ($\chi^2 = 6,736$, $p = 0,034$), *liggende/halvt sittende med benholdere* ($\chi^2 = 7,106$, $p = 0,029$), *sittende* ($\chi^2 = 28,781$, $p < 0,001$) og *på fødekrakk* ($\chi^2 = 8,965$, $p = 0,011$). Sammenlignet med jordmødre med høyest erfaring (≥ 20 år), hadde de med minst (0-9 år) og mellomst (10-19 år) erfaring en lavere bruk av både *sittende* stilling ($p \leq 0,001$) og *på fødekrakk* ($p \leq 0,018$), mens kun de med minst erfaring hadde en høyere bruk av *liggende/halvt sittende uten* ($p = 0,016$) og *med benholdere* ($p = 0,010$).

Påvirkning av type fødeenhet jordmor arbeider ved

KW-test viste en signifikant sammenheng mellom type fødeenhet jordmor arbeider ved og i hvilken grad jordmor har brukt fødestillingen *liggende/halvt sittende med benholdere* ($\chi^2 = 12,528$, $p = 0,002$), *liggende på siden* ($\chi^2 = 6,95$, $p = 0,031$), *på alle fire* ($\chi^2 = 8,535$, $p = 0,014$), og *knestående* ($\chi^2 = 8,976$, $p = 0,011$). Både jordmødre ved fødeavdeling og kvinneklinikk hadde en høyere bruk av fødestillingen *liggende/halvt sittende med benholdere* ($p \leq 0,002$), og lavere bruk av *på alle fire* og *knestående* ($p \leq 0,01$) enn jordmødre ved privatpraktiserende/fødestue. *Liggende på siden* hadde ingen signifikant forskjell mellom de ulike fødeenhetene mot referansegruppen.

Påvirkning av hvilket helseforetak jordmor er tilknyttet til

KW-test avdekket signifikant sammenheng mellom hvilket helseforetak jordmor var tilknyttet og bruk av fødestillingen *liggende/halvt sittende uten benholdere* ($\chi^2 = 8,029$, $p = 0,045$), *sittende* ($\chi^2 = 15,386$, $p = 0,002$), *liggende/halvt sittende med benholdere* ($\chi^2 = 13,611$, $p = 0,003$), *liggende på siden* ($\chi^2 = 14,12$, $p = 0,003$), *på huk* ($\chi^2 = 10,024$, $p = 0,018$), *på fødekrakk* ($\chi^2 = 49,142$, $p < 0,001$) og *stående* ($\chi^2 = 17,076$, $p = 0,001$). Det var en høyere bruk av *liggende/halvt sittende med benholdere* hos jordmødre ved Helse Sør-Øst sammenlignet med referansegruppa jordmødre ved Helse Nord ($p = 0,006$). *Liggende på siden* var brukt i en høyere grad ($p \leq 0,009$), mens både *på fødekrakk* og *stående* fødestilling ($p \leq 0,002$) var brukt i lavere grad ved Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst enn ved Helse Nord. *På huk*

hadde en lavere bruk ved Helse Midt-Norge enn ved Helse Nord ($p = 0,002$). For *liggende/halvt sittende uten benholdere* viste post hoc testen ingen signifikant forskjell mellom de ulike helseforetakene opp mot Helse Nord.

4.5 Årsaker til å ikke foretrekke en fødestilling

Tabell 5 viser frekvens og prosent over årsaker for å ikke i det hele tatt eller i liten grad foretrekke en fødestilling. *Redd for rift/vanskelig å støtte* er hyppig oppgitt som årsak for å ikke i det hele tatt/i liten grad foretrekke fødestillingene på krakk (71 %), på huk (64 %) og stående (58 %). *Lite erfaring* ble oppgitt som årsak hos rundt halvparten av de med liten eller ingen preferanse av fødestillingene sittende og på alle fire, og om lag 40 % ved huk og fødekrakk. Den fødestillingen flest oppga at de var *redd for å få dårlig grep på barnet* var ved stående stilling (35 %). *Hensyn egen helse/komfort* var også rapportert som årsak for å ikke foretrekke fødestillingene på huk og fødekrakk hos 33 jordmødre og hos 25 jordmødre ved stående fødestilling. *Redd for skulderdystoci og blødning* var i nesten ingen grad oppgitt som årsak for å ikke foretrekke en fødestilling.

Tabell 5. Årsaker jordmødrene oppgir for å ikke foretrekker en fødestilling

Variabel			Antall (n prosent)						
Årsak til at stillingen ikke foretrekkes	N ^a	n ^b	Redd for rift/vanskelig å støtte	Lite erfaring med stillingen	Redd for skulderdystoci	Redd for blødning	Redd for å få dårlig grep på barnet	Hensyn egen helse/komfort	Annet
Liggende/halvt sittende uten benholdere	41	55	14 (25,5)	4 (7,3)	1 (1,8)	0	2 (3,6)	7 (12,7)	35 (63,6)
Liggende/halvt sittende med benholdere	169	121	12 (9,9)	2 (1,7)	3 (2,5)	0	6 (5,0)	5 (4,1)	98 (81,0)
Sittende	128	132	55 (41,7)	64 (48,5)	3 (2,3)	0	3 (2,3)	8 (6,1)	23 (17,4)
Liggende på siden	8	16	2 (12,5)	2 (12,5)	1 (6,3)	0	1 (6,3)	3 (18,8)	9 (56,3)
Knestående	28	48	22 (45,8)	14 (29,2)	0	0	3 (6,3)	5 (10,4)	12 (25,0)
På alle fire	49	65	16 (24,6)	35 (53,8)	0	0	5 (7,7)	2 (3,1)	14 (23,1)
På huk	148	170	109 (64,1)	74 (43,5)	0	1 (0,6)	9 (5,3)	33 (19,4)	12 (7,1)
På fødekrakk	175	189	134 (70,9)	77 (40,7)	2 (1,1)	4 (2,1)	10 (5,3)	33 (17,5)	14 (7,4)
Stående	133	156	97 (58,3)	51 (32,7)	0	1 (0,6)	55 (35,3)	25 (16,0)	10 (6,4)

^aantall som har oppgitt at de foretrekker stillingen "ikke i det hele tatt" eller "i lav grad" ^bantall som har avgitt svar på årsak.

Over halvparten av jordmødrene som ikke i det hele tatt/i liten grad foretrakk fødestillingene liggende/halvt sittende med og uten benholdere oppgitt *annet* som årsak. I fritekstfeltet har de beskrevet årsaker som at slike fødestillinger er ugunstige, lite komfortabelt for kvinnen, kan gi et lenger fødselsforløp, og er lite optimalt for den fysiologiske prosessen, motvirker tyngdekraften og begrenser bevegelse og bekkenromslighet. Fødestillingen liggende/halvt sittende med benholdere er “unaturlig” og “låser kvinnen til sengen”. Flere forbinder fødestillingen med legestyrt fødsel hvor vakuump eller annen instrumentell forløsning praktiseres.

Årsaker for sittende fødestilling var at den er lite optimal for den fysiologiske prosessen, at den gir press på halebeinet, samt redusert bevegelse og bekkenromslighet. I sammenheng med fødestillingen på fødekrakk oppgir flere jordmødre at de ikke har fødekrakk der de er ansatt. Det nevnes hyppig at jordmødrene ofte har erfart at fødekvinne ikke har noe preferanse til fødestilling, og at de legger seg spontant på rygg. Flere jordmødre oppga også interne prosedyrer ved sitt arbeidssted som hinder til å forløse barnet i noen fødestillinger, blant annet grunnet økt risiko for fødselsrifter, men det ble ikke oppgitt hvilke fødestillinger dette gjaldt.

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med studien var gjennom å kartlegge jordmors selvrapporterte bruk av fødestilling siste året, å undersøke hvordan ulike faktorer påvirker bruk av fødestilling. Herunder ønsket vi å undersøke jordmors preferanse, brukermedvirkning og utvalgte rammefaktorer knyttet til klinisk praksis. Faktorene er vurdert enkeltvis opp mot bruk av fødestilling.

I studien vår fremkom det en variert bruk av de ni ulike fødestillingene klassifisert etter registrering i fødeprogram brukt i klinikken. Jordmødrene forløste i høyere grad i de liggende fødestillingene sammenlignet med de oppreiste. Resultatene våre viser en sterk sammenheng mellom bruk av fødestilling og jordmødrenes preferanser. Det ble også funnet en høy grad av brukermedvirkning blant jordmødrene på bakgrunn av at de både informerer fødekvinnene og lar fødekvinnen velge fødestilling i høy grad. Med et unntak, fant vi ingen sammenheng med bruk av de spesifikke fødestillingene og hvorvidt jordmor gir informasjon om ulike fødestillinger. Bruk av noen fødestillinger viste både en positiv (oppreiste) og negativ (liggende) sammenheng med å gi kvinnen mulighet til selv å velge fødestilling. Alder, ansiennitet, fødeenhet og helseforetak viste en viss sammenheng med bruk av enkelte fødestillinger.

Bruk og preferanse av fødestillingene

Basert på jordmødrenes selvrapporterte bruk av fødestillinger, viser våre resultater en hyppigere bruk av liggende fødestillinger sammenlignet med oppreiste fødestillinger, noe som samsvarer med funn fra tidligere internasjonal forskning (Green, 2015; Hanson, 1998a; Priddis et al., 2012).

Vi har ikke noe kjennskap til nasjonale oversikter eller tilgang på data på bruk av fødestillinger, til tross for at det rapporteres til MFR, men en fagartikkel fra sykepleien (Fjeldberg, 2017) presenterer en kartlegging av fødestillinger som ble gjort på Rikshospitalet. Her kom det fram at 68 % av de vaginale fødsleene var i liggende fødestillinger og 26 % var i oppreiste fødestillinger (etter vår klassifisering), mens 3,5 % av fødsleene var i badekar. Det var 31 % som fødte med benholdere (Fjeldberg, 2017), mens det bare var 12 % som ofte eller svært ofte tok i bruk denne stillingen i vår studie. Denne forskjellen kan skyldes at

kartleggingen på Rikshospitalet var systematisk gjennomført, mens vår var selvrapporert på en Likert skala av jordmødrene. Vår studie tok dessuten for seg alle helseforetakene og fødenivåene i Norge, mens Fjeldberg (2017) sin kartlegging var utført ved ett sykehus. Kartleggingen på Rikshospitalet var heller ikke avgrenset til normale fødsler slik som vår studie, noe som også kan ha bidratt til denne forskjellen.

I masteroppgaven til Thuen og Øvreseth (2018) ble bruk av ulike fødestillinger kartlagt ved et universitetssykehus i Norge. De finner en jevnere fordeling innen bruk av liggende (51,5 %) og oppreiste (48,5 %) fødestillinger. Det skal påpekes at deres studie ikke skiller mellom liggende/halvt sittende uten benholdere, og med benholdere. De har også inkludert vannfødsler og ekskludert fødekrakk. For utenom dette er inndelingen av liggende og oppreiste fødestillinger ellers tilsvarende vår klassifisering. De finner at fødestillingen sittende var mye brukt (40 %), noe som var overraskende da det bare var 13 % av jordmødrene i vår studie som tok i bruk denne fødestillingen ofte eller svært ofte. I kartleggingen utført på Rikshospitalet (Fjeldberg, 2017) ble sittende fødestilling tatt i bruk ved 21% av de vaginale fødslene. Forskjellene i bruken av denne fødestillingen kan skyldes tidligere nevnte faktorer som ulikhetene mellom kartlegging og selvrapporering, utvalget og hvilke fødsler som er inkludert. Det kan også tenkes at skillet mellom fødestillingen liggende/halvt sittende og sittende fødestilling er uklar og vanskelig å skille mellom, noe som kan bidra til ulik rapportering av bruk.

Nieuwenhuijze et al. (2012) hevder at liggende fødestillinger er blitt den nye standarden som følge av at det er mer praktisk for fødselshjelperen. Økt bruk av liggende fødestillinger kan komme som følge av flere faktorer. I studien til Green (2015) finner hun at jordmødre ofte ber kvinner innta liggende fødestillinger for å få oversikt over perineum. En faktor kan altså være økt fokus på forebygging av fødselsrifter. Som vi har sett fremkommer det i forskning at oppreiste fødestillinger gir en liten økning av grad 2 rifter (Gupta et al., 2017). Mange av jordmødrene i vår undersøkelse oppga dessuten redd for rift/vanskelig å støtte som en årsak til at de ikke foretrekker flere av de oppreiste fødestillingene.

Liggende fødestillinger er forbundet med økt bruk av instrumentelle forløsninger (WHO, 2018), noe som imidlertid ikke skulle ha innvirkning på våre resultater ettersom vår studie avgrenses til normale fødsler, uten risikofaktorer og komplikasjoner. Det kan likevel ikke

utelukkes at jordmødrene som har mange risikofødsler og fødsler med komplikasjoner oppga økt bruk av liggende fødestilling til tross for avklaringer om undersøkelsens avgrensninger.

Jordmødrene i studien vår hadde størst preferanse for fødestillingene liggende på siden og knestående. Det var også høy preferanse for liggende/halvt sittende uten benholdere og på alle fire, som ifølge WHO (2018) er fødestillinger som er praktiske i sammenheng med perineal støtte og forebygging av fødselsrifter, noe som kan være medvirkende grunnlag for preferansen. I den systematiske oversikten av Green (2015) antydes det at jordmødre foretrekker liggende fødestillinger, noe som delvis bekreftes av våre resultater selv om jordmødrene også foretrakk den oppreiste fødestillingen knestående i høy grad. Ulikheter eller svakheter vedrørende forskningsmetoder, herunder design og analytisk tilnærming kan, i likhet med bruk av fødestilling potensielt være medvirkende i grunnlaget til forskjellige funn innen jordmødres preferanser. Utførelse av studiene i forskjellige land med ulike kulturer kan også være en årsak til denne forskjellen.

I studien til Jonge et al. (2008) var ingen av jordmødrene motstandere av oppreiste stillinger, men likevel påpekte de at flere av deres jordmorkolleger var det. Dette kan også tyde på at jordmødrene ønsker å møte normer og forventninger de tror stilles. Det kan stilles spørsmål om det er vanskelig å innrømme at en favoriserer liggende fødestillinger eller om motstand av oppreiste fødestillinger kan medføre frykt for stigmatisering. Til tross for at dette mulig kan relateres til at Jonge et al. (2008) tok i bruk fokusgrupper som krever at en stiller i person, skal det ikke ses bort i fra at deltakerne også i vår studie kjenner på et press i forhold til hvilke svar som forventes i sammenheng med å være objektiv til bruk av fødestillinger, dog muligheten for å “gjemme seg” bak en pc skjerm.

Jordmors preferanse for fødestilling er en faktor som i vår studie viste tydelig sammenheng med hvilke fødestillinger som ble tatt i bruk det siste året. Jo større grad jordmødrene hadde av preferanse, jo mer økte bruken av aktuell fødestilling. De som i høyere grad foretrekker stillingen har altså høyere bruk av stillingen. Våre funn samsvarer med Priddis et al. (2012) som viser til at jordmors preferanser har stor innvirkning på hvilken fødestilling kvinnen føder i. Sammenhengen kan kanskje tyde på at jordmødrene påvirker til bruk av de stillingene de foretrekker å forløse i og unngår stillingene de selv ikke foretrekker. På den andre siden vet vi ikke om fødekvinnens preferanser tilsvarer jordmors preferanse, eller om dette kommer av

at fødekvinne ikke har uttalt preferanse for fødestilling og dermed bruker den fødestillingen jordmor foreslår. Dette vil bli diskutert nærmere under diskusjon av brukervedvirkning.

Vi har ikke undersøkt hvordan preferansen eller bruken av fødestillinger fordeler seg og varierer hos hver enkelt jordmor. Vi vet derav ikke om de jordmødrene som eksempelvis rapporterer høy bruk av liggende fødestillinger eksklusivt bruker liggende fødestillinger, eller om de som i høy grad foretrekker oppreiste fødestillinger kun foretrekker oppreiste fødestillinger, eller om de varierer i preferanse og bruk av de ulike fødestillingene.

Korrelasjonsanalysen signaliserer sterk sammenheng mellom preferanse og bruk for hver enkelt fødestilling, men litt svakere for på huk. Til tross for lineær stor korrelasjon rundt 0,5-0,6 vil en komplett perfekt korrelasjon ifølge Pallant (2020) være 1. I Asuero, Sayago og González (2006) sin systematiske oversikt om korrelasjonskoeffisiens, vurderes r mellom 0,50 til 0,69 som medium styrke. Dersom vi hadde valgt å ta i bruk denne disiplinen til tolkning, ville ikke respektive resultater vist en stor, men medium styrke. Utforskning av deskriptivt materiale innen bruk og preferanse av fødestilling, viste at noen av fødestillingene fordelte seg ulikt mellom bruk og preferanse. Det fremkommer at liggende/halvt sittende uten benholdere er betydelig mer brukt enn den er foretrukket, mens på alle fire og knestående er mindre brukt enn foretrukket. Det er også en forskyvning mot lavere bruk i forhold til preferansen for liggende på siden og øvrige oppreiste fødestillinger. Dette kan tyde på at andre faktorer over preferanse også påvirker bruk av fødestilling.

Brukermedvirkning og bruk av fødestilling

I studien vår ble det kartlagt i hvilken grad jordmor ga informasjon om fødestillingene til fødekvinne i forkant av forløsningen og i hvor stor grad jordmor lar fødekvinne velge stilling gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket. Dette er momenter som kan knyttes opp mot begrepet brukervedvirkning. Vi undersøkte også sammenhengen mellom jordmors overordnede involvering av brukervedvirkning og bruk av fødestilling.

Overordnet rapporterte jordmødrene i studien en praksis preget av brukervedvirkning. En høy andel av jordmødrene opplyste at de i stor grad gir informasjon om ulike fødestillinger i forkant av forløsningen. Videre rapporterte de at de lar kvinnen i høy grad velge fødestilling både gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket. Selv om dette er jordmors subjektive opplevelse av egen praksis, gir det inntrykk av høy grad av brukervedvirkning og god praksis

i tråd med fødekvinnens rettigheter. Dette gjelder både Pasient og brukerrettighetsloven (2001) §3-1 om pasientens eller brukerens rett til medvirkning og §3-2 om pasientens og brukerens rett til informasjon, og yrkesetiske retningslinjer for jordmødre 1a og 1b som blant annet omhandler respekt og støtte innen brukermedvirkning, informert samtykke og informert valg (Den norske jordmorforeningen, 2016) Det skal likevel påpekes at korrelasjon som ble funnet mellom grad jordmor gir informasjon i forkant av forløsningen og grad jordmor lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket var av liten styrke. Liten sammenheng mellom informasjon og valg åpner opp for spørsmål om praktiseringen av informert valg. Dersom grad av informasjon har lite å si for grad jordmor lar kvinnen velge fødestilling, kan man med forsiktighet spørre i hvilken grad valget er informert. En betydelig svakhet er at det ble ikke undersøkt hvilken informasjon jordmødrene i studien vår gir fødekvinnene, og vi vet derfor ikke om de er selektive i hvilke fødestillinger de ga informasjon om eller hvordan de legger frem informasjonen for kvinnene, for eksempel at de vektlegger foretrukne stillinger.

I studien vår fant vi heller ingen sammenheng mellom å i hvilken grad jordmor gir informasjon om fødestillinger og konkret bruk av de ulike fødestillinger. Med ett unntak fant vi at grad av informasjon til fødekvinnene i forkant av forløsningen var forbundet med en hyppigere bruk av fødestillingen på alle fire, noe som i seg selv ytterligere forsterker at det å gi informasjon ikke har sammenheng med hvilken stilling som blir tatt i bruk. Green (2015) gjorde et lignende funn hvor kvinnene hyppigere inntok fødestillingen på alle fire dersom jordmor ga informasjon om fordeler med denne stillingen. Dette kan tyde på at informasjon fører til hyppigere bruk av aktuell fødestilling. Mulige årsaker kan være at fødekvinnen ønsker å bruke fødestillingen etter å ha mottatt informasjon, at jordmor er selektiv i hvilken fødestilling hun informerer om eller at jordmødrene har en positiv innstilling til fødestillingen som gjenspeiles i den informasjonen hun gir. Manglende signifikans mellom informasjon og bruk av de resterende fødestillingene i vår studie gjør derimot at det kan stilles spørsmål om signifikant sammenheng med fødestillingen på alle fire var et tilfeldig funn. Det samme gjelder fødestillingens sammenheng med å la fødekvinnen velge stilling gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket. Dersom dette ikke er et tilfeldig funn, kan korrelasjonen gi inntrykk av fødekvinnens preferanse for fødestilling dersom hun får velge. Vår studie viser at den aktuelle fødestillingen blir tatt i bruk av halvparten av jordmødrene i noen og høy grad.

Studien vår viser at jordmødrene hyppigere tar i bruk liggende fødestillinger, men vi fant ingen sammenheng mellom dette og i hvilken grad jordmødrene gir informasjon om de ulike fødestillingene. Green (2015) viser til at fødekvinnene har best kjennskap til liggende fødestillinger. Dette kan komme av at tradisjonen ved å føde i liggende fødestillinger er forsterket gjennom film og tv (Green, 2015) og/eller at fødekvinnen får lite informasjon om andre fødestillinger. Nieuwenhuijze et al. (2012) fant at fødekvinne ofte foretrekker liggende stillinger. Vår studie inkluderer ikke fødekvinnens preferanser, men vi anser dette til å være en faktor som også kan medvirke til vårt funn av hyppig bruk innen liggende fødestillinger. Det fremkommer i vår studie at jordmødrene opplever at kvinnene ofte spontant legger seg på ryggen i fødsel. I studien av Green (2015) var bruk av liggende fødestillinger assosiert med det å få lite informasjon om fødestillinger, og bruk av oppreiste fødestillinger var assosiert med informert valg. Dette belyser behovet for økt fokus innen brukermedvirkning, og forskjellen mellom et informert valg og et informert samtykke.

Fødekvinnens perspektiv er som ikke undersøkt i denne studien, men det fremkommer at jordmødrene opplever at fødekvinnen ofte ikke har noe preferanse for fødestilling. At fødekvinnen ikke har noen spesiell preferanse for fødestilling eller eventuelt bare stoler på at jordmor vet best, kan bidra til at jordmors bruk av disiplinær makt ved «midwifery domination» ikke blir oppdaget grunnet mangelen på motstand hos fødekvinnen. Kan det tenkes at jordmødrene oppga at de i høy grad lar fødekvinnen velge fødestilling fordi de ikke opplever at fødekvinnen har spesifikke ønsker og preferanser? Hadde bildet da vært annerledes dersom fødekvinnene hadde sterkere preferanser? Det motsatt av bruk av disiplinær makt er det Fahy og Parrat (2006) kaller for «midwifery guardianship». Dette er ikke en selvstendig makt, men handler om å støtte fødekvinnen i å troen på seg selv og hennes kropp. I en slik makt støtter jordmor henne i å gjøre som kroppen hennes forteller henne. I sammenheng med vårt tema ville jordmor støttet henne i å velge den stillingen hun finner komfortabel. Dette støttes av WHO (2018) sine anbefalinger om å gi fødekvinnen hjelp til å finne en komfortabel fødestilling. På den andre siden kan det være nødvendig for jordmor å støtte perineum, noe som kan gjøre det nødvendig å endre fødestilling.

I våre resultater kom det frem at det å la kvinnene velge fødestilling i forløsningsøyeblikket hadde sammenheng med bruk av flere av de ulike fødestillingene. Jordmødrene i studien som i lavere grad lar kvinnene velge fødestilling i forløsningsøyeblikket bruker hyppigere fødestillingene liggende/halvt sittende uten og med benholdere, og sjeldnere bruk av på alle fire, knestående, på huk, fødekrakk, stående. Dette kan tyde på at de som lar kvinnen velge i forløsningsøyeblikket hyppigere tar i bruk oppreiste fødestillinger og de som i lavere grad lar kvinnen velge har høyere bruk av liggende fødestillinger. Det gir også antydning om at fødekvinne ønsker å bruke oppreiste fødestillinger dersom de blir involvert i valget. Dette står i samsvar med funn fra en systematisk oversikt (Green, 2015), hvor det ble funnet at jordmødre som prioriterte kvinners preferanser fremfor sine egne, oftere legger til rette for oppreiste fødestillinger. Ifølge Gizzo et al. (2014) var kvinnens fødestilling tidligere basert på spontanitet og instinkter, noe som medførte at en normalisering av oppreiste fødestillinger. Flere av jordmødrene i vår studie hevdet også at flere liggende fødestillinger var “unaturlige”. Eventuell sammenheng mellom bruk av flere oppreiste fødestillinger og økt grad av brukermedvirkning i form av valg kan også ses opp mot “integrative power” i Fahy og Parratt (2006) sin Birth Territory teori, da jordmor støtter kvinnens emosjonelle og fysiske instinkter.

En litt lavere andel jordmødre i studien vår lar kvinnene velge i høy grad i forløsningsøyeblikket sammenlignet med gjennom trykktiden. Ettersom forløsningsøyeblikket tidvis medfører et behov for økt oppmerksomhet og tiltak fra jordmor, er ikke dette overraskende. Wright et al. (2021) viser til at en kvalifisert og dyktig fødselshjelper er det mest kritiske for å sikre et trygt utfall i denne fasen. Hun hevder også at stillingsendring støttes for å forbedre maternell komfort, så lenge fødestillingen muliggjør nødvendig maternell og fetal overvåkning og behandling, og ikke er kontraindikert grunnet maternell medisinsk eller obstetrisk komplikasjon. Flere studier finner også at de fleste jordmødre støtter kvinnens valg av fødestilling, men at de vil gripe inn dersom det er obstetrisk nødvendig (Jonge et al., 2008; Mselle & Eustace, 2020; Priddis et al., 2012). Disse obstetriske nødvendighetene kan mulig assosieres med normale tiltak i forløsningsøyeblikket, men dette er ikke undersøkt i vår studie. Blant annet oppgir noen av jordmødrene i studien til Jonge et al. (2008) at de ba kvinnene legge seg på ryggen for selve forløsningen til tross for at de hadde tatt i bruk andre fødestillinger underveis i trykktiden, noe som ble begrunnet med behovet for å få en bedre oversikt over perineum, eller fordi det var enklere å manøvrere fødselen i den fødestillingen.

Dette kan også være delaktig i å forklare våre funn på at jordmødrene i større grad lar kvinnen velge fødestilling gjennom trykktiden enn i forløsningsøyeblikket.

Rammefaktorer og bruk av fødestilling

Vi fant at både jordmors alder og lengde på arbeidserfaring innenfor fødselsomsorgen hadde en sammenheng med bruken av noen fødestillinger. Assosiasjoner mellom alder og ansiennitet kan forklares med den høye korrelasjonen mellom alder og ansiennitet. De yngste jordmødrene og/eller de med lite erfaring hadde en økt bruk av liggende fødestillinger sammenlignet med de eldste med mer erfaring. De eldste og mer erfarne jordmødrene hadde også en økt bruk av oppreiste fødestillinger sammenlignet med de yngste med mindre erfaring.

Lite erfaring kan tenkes å begrense jordmor i utøvelse av de oppreiste fødestillingene, som vi fant at ble brukt sjeldnere enn de liggende fødestillingene. Jordmødrene i studien vår oppga dessuten lite erfaring som en årsak til å ikke foretrekke flere av de oppreiste fødestillingene. Gupta et al. (2017) viser til at jordmødre er komfortable med liggende/halvt sittende fødestilling ettersom det er den de er blitt opplært i å forløse i, samt at lærebøker ofte bruker denne stillingen som referansestilling ved vaginal fødsel. Utdanningen legger grunnlaget for jordmor og hennes videre utøvelse av faget. De eldste og mer erfarne jordmødrene kan tenkes å ha hatt en annen retning under utdanningen enn de som er utdannet i de senere år, samt være formet av en annen kultur om hva som gjelder innen bruk av fødestilling. Noe som også tenkelig kan være med i å påvirke deres bruk og preferanse.

Når den nasjonale handlingsplanen for å få ned antall sfinkterskader ved fødsler i Norge kom, ble det foreslått et støtte fokus på støtteteknikker ved jordmorutdanningene (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Dette kan potensielt ha medført en hyppigere bruk av fødestillingene som medfører lettere tilgang til å støtte perineum, og et større fokus på disse fødestillingene i utdanningen. På den andre siden kan det tenkes at eldre jordmødre tar hensyn til egen helse/komfort i større grad enn de yngre jordmødrene. Flere oppreiste fødestillinger kan, basert på våre egne erfaringer, oppleves mer fysisk utfordrende enn liggende fødestillinger. Både på huk, på fødekrakk og stående ble dessuten lite foretrukket av noen av jordmødrene i studien vår grunnet hensyn egen helse/komfort. Til tross for dette var det en høyere bruk av enkelte oppreiste fødestillingene, spesielt på fødekrakk, blant de eldste jordmødrene. Dette

kan tenkes å ha en sammenheng med at fødekrakken hadde sin populære tid på 90-tallet med en bruk på 23 % (Eberhard & Geissbühler, 2000).

I en eldre amerikansk studie av Hanson (1998b) ble det ikke funnet signifikant forskjell innen bruk av de ulike fødestillingene i forhold til arbeidsstedets plassering eller type fødeenhet jordmor hadde tilhørighet til. Green (2015) viser derimot til signifikant sammenheng mellom fødestuer og økt bruk av oppreiste fødestillinger. En studie gjort i Norge, Sverige, Danmark og Island blant 2992 hjemmefødsler fant høyest bruk av knestående og halvt sittende fødestilling, og lavest bruk av liggende på rygg og stående fødestilling (Edqvist et al., 2016). I vår studie hadde over halvparten av jordmødrene ved privatpraktiserende/fødestue også tilhørighet til enten fødeavdeling eller kvinneklinikk. Dette kan reflektere deres tilnærming til valg av fødestilling. Vi fant at jordmødre ved fødestue/privatpraktiserende tenderte til hyppigere bruk av de oppreiste fødestillingene knestående og på alle fire sammenlignet med fødeavdeling og kvinneklinikk. I Fahy og Parratt (2006) teori om Birth Territory vises det til “sanctum” hvor miljøet i hjemmet og på en fødestue kan være med på å gi fødekvinnen større bevegelsesfrihet. Det skal ikke ses bort i fra at dette miljøet kan bidra til den hyppige bruken av oppreiste fødestillinger ved disse settingene.

Privatpraktiserende/fødestue hadde også en lavere bruk av fødestillingen liggende/halvt sittende med benholdere sammenlignet med jordmødre ved fødeavdeling og kvinneklinikk. Flere studier hevder at denne fødestillingen er forbundet med legestyrte og instrumentelle fødsler (Gupta et al., 2017; Priddis et al., 2012), noe som flere av jordmødrene i vår studie også nevner som årsak til redusert preferanse for stillingen. Det vil være naturlig at det er færre legestyrte og instrumentelle fødsler ved privatpraktiserende/fødestuer på bakgrunn av beredskaps grad og seleksjonskriterier. Ettersom vår studie avgrenses til normale fødsler, vil vi likevel ikke kunne begrunne funnet av høyere bruk av fødestillingen liggende/halvt sittende med benholdere, med en økt grad av legestyrte og instrumentelle forløsninger. “Surveillance room” innen Birth territory teorien av Fahy og Parratt (2006) viser derimot til et rom hvor tilgjengelighet på utstyr og det at sengen dominerer rommet, kan føre til økt bruk av seng og en liggende fødestilling. I sammenheng med vår studie kan dette rommet muligens forbindes med fødeenheter med høyere beredskapsgrad (fødeavdeling og kvinneklinikk). Det kan også tenkes at denne forskjellen mellom fødeenhetene er kulturelt påvirket.

Flere jordmødre skrev i fritekst ved undersøkelsen vår at prosedyrene på avdelingen hindret de i å forløse i visse fødestillinger. I tillegg oppga flere at de ikke hadde fødekrakk på avdelingen deres, noe som også kan tyde på eventuelle forskjeller i interne prosedyrer. I den nasjonale handlingsplanen av Sosial- og helsedirektoratet (2006) ble det forslått at bruk av fødestillinger bør vurderes ved den enkelte avdeling. Vurderinger som er gjort kan på den måten ha påvirket jordmødrene gjennom avdelingens prosedyrer slik flere jordmødre antydte i studien. Det tyder altså på at interne prosedyrer påvirker bruk av fødestilling.

Vi undersøkte også hvordan bruken av fødestilling var innad de ulike helseforetakene og fant at fødestillingen liggende/halvt sittende med benholdere ble tatt i bruk i høyere grad av jordmødre ved tilhørighet til helseforetaket Helse Sør-Øst sammenlignet med Helse Nord. Dette kan mulig relateres til at det i denne studien var rundt dobbelt så mange jordmødre ansatt ved kvinneklinikk og færre ved privatpraktiserende/fødestue i Helse Sør-Øst sammenlignet med Helse Nord. I tillegg til dette hadde Helse Nord en høy andel jordmødre i alderen ≥ 51 år, som tidligere nevnt kan assosieres til redusert bruk av denne fødestillingen. Helse Sør-Øst hadde derimot en høyere andel jordmødre med lav ansiennitet som vi har sett har sammenheng med høy bruk av aktuell fødestilling. Flere jordmødre i denne studien mener også at denne fødestillingen motvirker tyngdekraften og er lite optimal for den fysiologiske prosessen. Forskning viser til at “fysiologiske fødsler” oftere tar sted ved fødestuer sammenlignet med sykehus, og at det medikaliserte sykehussystemet negativt manipulerer det fysiologiske samspillet mellom mor og barn i fødsel (Priddis et al., 2012). Utover ulik fordeling av type fødeenheter i helseforetakene, kan overnevnte resultater også være farget av kulturelle variasjoner og interne prosedyrer innen fødeenheter og helseforetak.

I resultatene av studien vår kommer det også frem at Helse Nord brukte fødestillingene på fødekrakk og stående hyppigere, og fødestillingen liggende på siden sjeldnere enn de andre helseforetakene. Ved å velge Helse-Nord som referansegruppe innen helseforetak, utelates eventuelle forskjeller mellom de resterende helseforetakene. Redusert preferanse for fødekrakk og stående fødestilling ble i vår studie hyppig begrunnet med at jordmødrene var redd for rift/vanskelig å støtte og at de hadde lite erfaring med respektive fødestillinger. Disse årsakene kan eventuelt kobles opp mot hverandre; har jordmødrene lite erfaring med aktuelle fødestillinger fordi det er vanskelig å støtte? Lite erfaring samsvarer også med resultatene våre som viser en generell lav bruk av både på fødekrakk og stående fødestilling. Redd for blødning er i svært liten grad oppgitt som årsak for å ikke foretrekke en fødestilling.

De få som har oppgitt dette har vært i sammenheng med fødestillingene på fødekrakk, stående og huk. Noen studier i en systematisk gjennomgang viser til at bruk av fødekrakk øker risikoen for blødning (Priddis et al., 2012). Fødestillinger som assosieres med økt risiko for blødning er ifølge forskning hovedsakelig forbundet med perineal traume (Priddis et al., 2012), noe som kan være med på å forklare våre funn. Forskning viser også til at liggende på siden er den fødestillingen som gir størst sannsynlighet for å opprettholde et intakt perineum (Priddis et al., 2012).

5.2 Styrker og svakheter med metoden

Studiens kvalitet vurderes på bakgrunn av dens validitet, reliabilitet og generalisering. Validitet er ifølge Polit og Beck (2020) et kvalitetskriterium som refererer til hvilken grad slutninger i en studie er upartiske og velbegrunnede. Det skilles mellom indre og ytre validitet. Indre validitet angir gyldigheten for studiens funn i sammenheng med utvalget, mens den ytre validiteten angir overføringsverdi og har praktisk relevans for generalisering (Bjørndal & Hofoss, 2017). Svekket intern validitet er til hinder for ekstern validiteten. Indre validiteten trues av ulike målefeil gjennom hele forskningsprosessen, som innebærer enhver innflytelse som kan forvrengte studiens resultater. Målefeil kan deles i tilfeldig og systematisk feil og konfundering. Reliabilitet bygger på hvor pålitelig studien er i form av nøyaktighet og konsistens i det som måles og trues av usystematisk eller såkalt tilfeldig feil. Systematiske feil omtales som bias eller skjevhet på norsk, hvor de mest sentrale er seleksjons- og informasjonsbias og gjelder henholdsvis skjevhet i utvalget og hvordan informasjonen kommer til. Videre kan det oppstå bias i analyseprosessen (rapportering) og i publiseringen av resultater. Målefeil kan oppstå både under påvirkning av forsker og informanter (Polit & Beck, 2020).

Statistiske analyser

Data er kontrollert hyppig av begge studentene gjennom utførelsen av studien. Dette er en styrke for resultatenes reliabilitet, da dette reduserer risikoen for uoppdagede tastefeil ved innkoding og omkoding av variabler og resultater. Likeledes er alle resultater, både signifikante og ikke signifikante, i KW-analysen rapportert, som styrker rapporteringen.

Ubesvarte spørsmål i undersøkelsen, også omtalt som missing (Polit & Beck, 2020), var av svært liten frekvens, og vurderes derav som lite betydelig i forhold til de statistiske analysene og resultatenes reliabilitet.

Preferanser, holdninger og rangeringer er hovedmålene ved målingene fra ordinalskalaer. De er kun tilsynelatende og uttrykker egentlig bare kvalitative forskjeller. Det er enklere å bearbeide data i form av tall statistisk, og ordinalskalaen kan av pragmatiske grunner være forsvarlig å ta i bruk ved flere formål, men de kan lede oss bort fra rett forståelse. Aktuelle skaleringer bør tolkes varsomt da subjektive oppfatninger omgjøres til tall. Skalaen sier heller ikke noe om avstanden mellom plasseringene (Thornquist, 2018). Det kan blant annet stilles spørsmål om det er like langt mellom liten grad og noen grad, og noen grad og stor grad.

Vi vurderer KW med Mann-Whitney U som post-hoc som godt egnet til å undersøke gruppeforskjellene vi ønsket å kartlegge, da dette ga muligheten for å først undersøke om der forelå en forskjell hos variabler med flere grupper, og deretter hvor i gruppen forskjellen lå. I henhold til Pallant (2020) tilfredsstilte dataens målenivå forutsetninger for å gjøre en Kruskal Wallis test. I tilfeller med få deltakere i en gruppe nedjusterte vi antall grupper gjennom sammenslåing, noe som er en styrke for resultatene ettersom små grupper i dette tilfellet ville svekket resultatenes reliabilitet. Ved å velge referansegruppe og dermed ikke teste alle kategoriene en og en mot hverandre vil det alltid være en risiko for å ha utelatt signifikante funn. Flere tester ville dog medført strengere krav for statistisk signifikans i sammenheng med lavere forkastningsområde ved Bonferronis korreksjon, noe som derimot øker risikoen for å få en falsk negativ konklusjon, som ifølge Bjørndal og Hofoss (2017) defineres som en type 2 feil.

I de statistiske analysene gjennomført i denne studien, er det kun studert sammenheng mellom to variabler, såkalt binære analyser, hvor bruk av fødestilling er vurdert opp mot enkeltfaktorer. Resultatet bør derfor tolkes med varsomhet. Vi har ikke analysert hvordan de ulike faktorene påvirker hverandre i en regresjonsmodell og har dermed ikke kunne tatt hensyn til konfundering eller såkalt andre forklaringsvariabler. Dette vil være en svakhet innen indre validitet, hvor Polit og Beck (2020) også viser til spørsmål om andre faktorer enn en undersøkt variabel kan forårsake et utfall. Det kunne også ha vært aktuelt å utforske sammenhenger i en regresjonsmodell tilpasset ordinalt eller dikotomt målenivå for den avhengige utfallsvariabelen *bruk av fødestillinger*. På bakgrunn av Polit og Beck (2020) sin

beskrivelse av ordinal logistisk regresjon og binær logistisk regresjon ville valget falt på en av disse. Grunnet studiens begrensninger innen tidsramme, samt våre kunnskaper innen metode ble dette valgt bort.

Design

Kvalitativ og kvantitativ metode innen helsefag gransker ofte like problemstillinger og fenomener, likevel knyttes forskning relatert til erfaringer ofte til kvalitative studier (Thrane, 2018). Til tross for at studien i stor grad tar for seg jordmors erfaringer og preferanser, fant vi kvantitativ metode som mest egnet til vår studie på bakgrunn av formål om å undersøke sammenlignbar og målbar data innen et visst tidsrom. En tverrsnittstudie fører også med en svakhet med at en ikke kan trekke konklusjoner om hvordan ting utvikler seg over tid (Polit & Beck, 2020). Vår studie kan eksempelvis ikke si noe om bruken av fødestillinger på andre tidspunkter enn det siste året, eller hvilken preferanse jordmor har på andre tidspunkter utenom undersøkelsestidspunktet.

Spørreskjema og informasjonsbias

I forkant av utformingen av spørreskjemaet gjennomførte vi selv flere undersøkelser på nett for å få et generelt innblikk i oppbygging av spørreskjemaer. Vi fant ingen tidligere validerte spørreskjemaer som kunne være behjelpelig i å besvare vår problemstilling. Et validert spørreskjema er ifølge Folkehelseinstituttet (2019) et forskningsmessig kvalitetssikret spørreskjema, som anbefales å brukes forutsatt at det er hensiktsmessig for studiens formål. Da dette ikke var tilgjengelig utformet vi et eget spørreskjema med egne spørsmål. Spørsmålene ble omformet flere ganger for å hindre misforståelser og mistolkning blant deltakerne, samt for å sikre at innholdet i spørsmålene dekket det vi ønsket å undersøke. Dette styrker innholdsvaliditeten, som defineres av Polit og Beck (2020) som i hvilken grad måleinstrumentet har de riktige gjenstandene til å dekke det en ønsker å måle.

Før publisering av undersøkelsen ble skjema testet av fire medstudenter. I etterkant ser vi at det ville vært hensiktsmessig å også la jordmødre teste undersøkelsen ettersom det er de som er populasjonen som skulle utforskes. Til tross for dette valgte vi medstudenter på bakgrunn av at tilgjengelighet. Å teste skjemaet på jordmødre ville muligens gitt ett bedre grunnlag i vurderingen, utformingen og hensikten med spørsmålene. Dersom en fokusgruppe hadde blitt

tatt i bruk, kunne aktuelt tema vært diskutert. Dette ville potensielt gitt en bedre oversikt over relevante elementer for det vi ønsket å undersøke. Oppgavens rammer og tidsfrister gjorde at dette ikke var gjennomførbart.

Innen spørsmål om årsaker til å ikke foretrekke en fødestilling var det noen av jordmødrene som ikke oppga årsak, til tross for lav preferanse for en fødestilling. Det er også flere jordmødre som har oppgitt årsak til tross for høyere preferanse (i noen-, høy, svært høy grad) av en fødestilling. Dette kan tyde på at spørsmålet var uklart, eller at noen jordmødre har oppgitt forhold de forbinder med de ulike fødestillingene. Svaralternativer tilhørende dette spørsmålet ble utformet på bakgrunn av WHO (2018) sine internasjonale retningslinjer, samt funn fra blant annet studien til Gizzo et al. (2014), og systematiske oversikter av Green (2015) og Priddis et al. (2012). Dette viser at forskning gjennomført i denne studien er kumulativ, som ifølge Dalland (2014) innebærer at den er bygget videre på allerede eksisterende forskning. I frykt for å utelate sentrale svaralternativer til dette spørsmålet inkluderte vi fritekstområdet hvor jordmødrene selv fylte inn årsaker. Dette vil være med på å sikre indre validitet ved å øke funnenes gyldighet til jordmødrene. Ut fra det som ble oppgitt ved fritekst ser vi at blant annet *hensyn til fødekvinnens komfort, anatomiske og fysiologiske ulemper med fødestillingen* var årsaker som gikk igjen blant jordmødrene og mulig burde vært inkludert i de satte svaralternativene.

Informasjon til fødekvinnen måles i denne studien i grader ved likerts skala. Denne måleenheten åpner for subjektive oppfatninger av hva de ulike gradene innebærer. Liten grad kan oppfattes som i at jordmor sjeldent gir informasjon om fødestillinger, bare gir informasjon dersom kvinnen spør eller at en hyppig gir informasjon, men kun av liten grad – eksempelvis at jordmor kun gir informasjon om noen få fødestillinger, alternativt de fødestillingene hun selv foretrekker. Spørsmålet sier heller ingenting om kvinnens informasjonsbehov. Dersom fødekvinnen allerede er kjent med de ulike fødestillingene, eller ikke ønsker denne informasjonen, har jordmor da gitt informasjon i liten grad?

Det kommer fram i studien vår at jordmødrene gir informasjon om ulike fødestillinger i relativt stor grad, noe som kan vurderes opp mot Nieuwenhuijze et al. (2012) sin studie, hvor en lavere andel kvinner hadde fått informasjon. Et viktig moment som skiller vår og Nieuwenhuijze et al. (2012) sin studie er både målenivå, perspektiv og kilden til informasjon. Lovverk, retningslinjer og mulig interne prosedyrer viser tydelig til hva som

forventes av jordmor i samhandling med pasienter/fødekvinne. Det kan tenkes at jordmødre ønsker å oppfylle forventningen om hva som er “korrekt” svar å oppgi med tanke på kjente krav og anbefalinger. Eksempelvis at jordmor egentlig gir liten grad av informasjon, men oppgir at hun i svært høy grad gir informasjon da hun vet at lovverket stiller krav til brukermedvirkning og informerte valg. Dette kan knyttes til responsbias som Polit og Beck (2020) viser til som en påvirkning som fører til at en person velger et svaralternativ som ikke korresponderer med sannheten. Dette vil potensielt svekke både validitet og reliabilitet.

I sammenheng med bruk av fødestillinger siste året kunne det alternativt også blitt tatt i bruk data fra klinikk gjennom Partus/Natus, noe som potensielt kunne løftet studiens kriterievaliditet. Dette begrepet omfatter ifølge Polit og Beck (2020) testresultatenes gyldighetsgrad sammenlignet med et kriterium. Da dette imidlertid ville vært en mer komplisert prosess, som også fordrer tilganger, var dette ikke aktuelt å gjennomføre innen studiens rammer. Vi ser likevel verdien en kombinasjon av spørreskjemaet sammen med data fra disse journalsystemene også ville hatt i sammenheng med representativiteten for dagens praksis. Dette ville også vært heldig i sammenheng med eventuell recall-bias som dermed svekker den indre validiteten i studien. Recall-bias er ifølge Thrane (2018) en svakhet ved tverrsnittstudiers bruk av øyeblikksbilde, hvor deltakerne har problemer med å huske tilbake i tid. I vår studie blir deltakerne bedt om å gi informasjon om bruk av fødestillinger siste året.

I fortsettelsen av piloten estimerte vi at undersøkelsen ville ta i underkant av ti minutter å gjennomføre. I nettskjema.no ble det også registrert hvor lang tid hver deltaker hadde brukt på å gjennomføre undersøkelsen. Svartid varierte fra rundt to minutter til ett minutt og tre og en halv time. Dette gir et gjennomsnitt på cirka ti minutter, men en median på seks og et halvt minutt. Både svært korte og svært lange svartider vil være en svakhet. Til tross for at svært korte svartider raskt kan forbindes med slury, gir ikke de aktuelle besvarelsene uttrykk av tilfeldige svar eller det som Polit og Beck (2020) omtaler som respons set bias, hvor noen av deltakerne responderer på karakteristiske måter eksempelvis ved å velge svaralternativ “i liten grad” ved alle spørsmål. Lang svartid kan også medføre at deltaker underveis i undersøkelsen blir lei, noe som kan gi et negativt uttrykk til resultatene. Vi vurderer likevel at det er stor sannsynlighet for at de lengste svartidene heller relateres til muligheten for at et høyt antall av deltakerne potensielt gjennomførte undersøkelsen i arbeidstiden, noe som kan medføre naturlige forstyrrelser med pauser i undersøkelsen.

Rekruttering av utvalg og utvalgsbias

For å rekruttere deltakere til undersøkelsen gjorde vi en tilnærmet ikke-sannsynlighets utvelgelse ut fra hva som var tilgjengelig gjennom en åpen invitasjon på facebook og via e-postliste. Respektiv utvelgelse medfører en risiko for utvalgsbias som kan true studiens ytre validitet. Utvalgsbias innebærer ifølge Polit og Beck (2020) skjevheter som oppstår når et utvalg ikke er representativt for populasjonen det ble hentet fra.

Vi rekrutterte deltakerne til studien gjennom mail på bedrifts e-post og gjennom å publisere invitasjon på den lukkede facebook-gruppen. Rekruttering gjennom den lukkede gruppen ga mulighet til å nå ut til mange deltakere innenfor inklusjonskriteriene på en enkel måte. I rekrutteringsperioden var det i facebook-gruppen ingen andre nettundersøkelser som ble publisert. Til tross for at dette eliminerer noe av risikoen for konkurranse om deltakere, har vi likevel observert tidligere at gruppen hyppig blir tatt i bruk for dette formålet. Dette kan innebære at jordmødrene var mettet på deltakelse av nettundersøkelser. Det kan anses som en svakhet at undersøkelsen var åpen for alle, da dette også ga medlemmer i den lukkede gruppen som faller utenfor inklusjonskriteriene mulighet for deltakelse. Det ble likevel presisert både på nettsiden og i invitasjonen at undersøkelsen var for jordmødre i fødselsomsorgen. På bakgrunn av at disse medlemmene også er knyttet til jordmorfaget (eksempelvis jordmor-studenter, jordmødre i kommunehelsetjenesten og pensjonerte jordmødre), tenkes det at de har forståelse for at studiens pålitelighet er avhengig av at eksklusivt jordmødre innenfor inklusjonskriteriene deltar. Vi anser derav denne svakheten til å være av liten betydning for studiens reliabilitet.

Bruk av mail til jordmødrenes bedrifts-e-post gjennom avdelingsleder ga større sikkerhet innen gyldighet blant deltakerne ettersom denne metoden i høyere grad utelukket de som falt utenfor satte inklusjonskriterier. Denne rekrutteringsmetoden gir et mer profesjonelt og valid uttrykk. Ettersom vi ikke hadde direkte kontakt med deltakerne, og heller ikke etterspurte bekreftelse fra avdelingslederne om gjennomført videresendelse vil vi heller ikke vite hvor mange som har mottatt og lest invitasjon. Dette gjør det også umulig å fastsette svarprosent, noe som er en svakhet i seg selv. En svakhet vil være muligheten for at deltakerne ikke har tilgang til personlig bedrifts-e-post utenom arbeidstedet, noe som eventuelt vil kreve at de gjennomfører undersøkelsen på et vaktrom i arbeidstiden. På den ene siden kan dette være en styrke dersom det skaper engasjement og diskusjon om temaet mellom kollegaer, men det kan også være en svakhet med tanke på tidspress i arbeidstiden.

Utvalget besto av 247 jordmødre som representerte alle helseforetakene i Norge. Dette gir studien stor relevans, med særlig verdi til jordmorpopulasjonen. Sett mot at disse helseforetakene hadde 2110 sysselsatte jordmødre i 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2020) som potensielt kunne falt under våre inklusjonskriterier, var utvalget vårt relativt smalt. Dette er en svakhet ettersom det vil svekke representativiteten for populasjonen. Et tilfeldig utvalg i en mindre populasjon, eksempelvis innen helse Nord, med systematisk utrekning fra en medlemsliste i ulike fagforbund for jordmødre, eller en kontrollert og direkte invitasjon til alle jordmødre via medlemslister kunne potensielt vært et bedre alternativ for rekruttering til studien. Da dette fordrer tilgang til forbundenes medlemslister, var ikke dette gjennomførbart.

I denne studien kan det tenkes at jordmødre med stor interesse, kunnskap og variert bruk innen fødestillinger, i høyere grad deltok i undersøkelsen, i motsetning til de jordmødrene med lavere interesse for temaet. Dette vil kunne medføre at resultatene er mindre representative for populasjonen.

Nettsiden vår var et godt og enkelt verktøy for å gi deltakerne informasjon, samtidig som det gir inntrykk av at det er en seriøs studie. Det var likevel et ekstra trinn jordmødrene må igjennom for å komme til undersøkelsen, noe som medfører at nettsiden i sin helhet kan være både en styrke og en svakhet i sammenheng målet om å rekruttere flest mulig deltakere.

Samarbeid i utarbeidelse av oppgaven

Studien er utarbeidet av to masterstudenter ved jordmorutdanningen som har gjort en likeverdig innsats. Begge studentene har samarbeidet med alle delene i studien, inkludert gjennomføringen av de statistiske analysene, noe vi vurderer som en styrke av høy grad da dette ikke bare reduserer risikoen for å overse eller utelate viktige elementer, men også gir et godt grunnlag for læringsutbyttet og studiens helhet i seg selv.

5.3 Forslag til videre forskning

Etter å ha gjennomført en studie som baserer seg på jordmødres selvrapporterte bruk av fødestillinger, ser vi som tidligere nevnt at det ville vært heldig å kartlegge bruk av fødestillinger fra data fra klinikk gjennom journalsystem for å få et mer korrekt bilde av

hvilke fødestillinger som er blitt tatt i bruk. Dette ville også vært interessant å sammenligne med våre funn.

Vår studie tar for seg jordmors tilnærming til fødestillinger. Vi ser også behovet for en studie som belyser fødekvinnens preferanser og hva som ligger til grunn for eventuelle preferanser. Dette eksempelvis gjennom semi-strukturerte dybdeintervjuer, som ifølge Christoffersen, Johannessen, Tuft og Utne (2015) tar utgangspunkt i en overordnet intervjuguide mens temaer, spørsmål og rekkefølger varierer og tilpasses situasjonen. Vi anbefaler også tilsvarende metode for å ytterligere undersøke jordmødrenes preferanser og bruk av fødestillinger.

På bakgrunn av funn av liten korrelasjon mellom valg og informasjon, foreslår vi også mer forskning innen brukermedvirkning. Herunder en undersøkelse som tar for seg i hvilken grad fødekvinnens rett til informerte valg blir ivaretatt i sammenheng med bruk av fødestilling. Vi anser i dette tilfellet at det vil være heldig om utvalget inkluderer fødekvinne. Vi kan da anbefale kvalitative intervjuer for å belyse kvinnens opplevelse. I sammenheng med brukermedvirkning ser vi også behovet for videre forskning innen hvor mye og hvilken informasjon jordmødrene gir fødekvinnene om de ulike fødestillingene.

Vår studie tar kun for seg normale fødsler, men vi foreslår også forskning på bruk av fødestilling som også inkluderer risikofødsler, samt ulikheter innen bruk av fødestillinger ved normale fødsler versus risikofødsler. Her anbefales systematisk kartlegging fra klinikk gjennom journalsystem.

5.4 Implikasjoner for praksis

Studien tar for seg temaet bruk av fødestillinger, som vi anser til å ha en høy relevans til dagens praksis. Vi fant relativt lite forskning innen dette området som også tar for seg dagens praksis i Norge. Til tross for at studiens funn skal tolkes med varsomhet vil studien forhåpentligvis inspirere til diskusjon mellom jordmødre.

Utdanningen vil legge grunnlag for jordmor og hennes videre utvikling og utøvelse av jordmorfaget. Som jordmorstudenter vil temaet kanskje være spesielt nært å se opp mot i utdanningssammenheng. Flere jordmødre i vår studie begrunnet sin reduserte preferanse for

flere stillinger med at de hadde liten erfaring med fødestillingen. Bakgrunn for manglende erfaring belyses ikke, men forskning (Gupta et al., 2017) viser til at jordmødre er mer komfortable i å ta i bruk fødestillinger de er blitt opplært å forløse i. Dette viser til behovet for økt fokus på undervisning og opplæring av studenter og nyutdannede jordmødre i bruk av ulike fødestillinger. Det kan også tenkes studien oppmuntrer respektiv gruppe jordmødre til å utvikle et godt repertoar innen bruk av fødestillinger, slik at manglende erfaring ikke kommer på bekostning av fødekvinnens preferanser og ønsker.

Sammenhengen med jordmors preferanse og hvilken fødestilling som blir tatt i bruk setter igjen fokus og spørsmål rundt kvinnens preferanse og om den står i samsvar med jordmors. I studiens resultater oppgir også flere jordmødre at kvinnen ofte ikke har noe preferanse for fødestilling. Det kan videre stilles spørsmål om hvem som har mest å si i valget av fødestilling. Med dette vil det ikke være unaturlig å påpeke kvinnens tillit til jordmor og hennes kunnskaper, som også Mselle og Eustace (2020) belyser i sin studie. Tillitsforhold og skjev maktbalanse i føderommet underbygges også i Fahy og Parratt (2006) teori om Birth Territory. Dette forsterker ikke bare behovet for å utforske kvinners preferanser for fødestilling i sammenheng med videre forskning, men også på føderommet i møte med den individuelle fødekvinne.

6 Konklusjon

Studien har belyst forekomsten av bruk av de ulike fødestillingene det siste året og hvilke faktorer som kan sees i sammenheng med bruk.

Jordmødrene i studien vår hadde en variert bruk av de ni ulike fødestillingene. De forløste i høyere grad i de liggende fødestillingene sammenlignet med de oppreiste fødestillingene. Vi fant en sterk sammenheng mellom bruk av fødestilling og jordmødrenes preferanser, men kan ikke konkludere med at jordmors preferanse er direkte årsak til hvilken fødestilling som blir brukt.

Sammenhengen mellom jordmors overordnede involvering av brukermedvirkning og bruk av fødestilling ble også utforsket. Til tross for at jordmødrene oppga at de i høy grad informerte fødekvinne og lot henne velge fødestilling gjennom trykktiden og i forløsningsøyeblikket,

noe som tyder på god klinisk praksis, var det ingen sammenheng mellom det å gi informasjon og det å la kvinnen velge fødestilling. Med dette kan det stilles spørsmål om hvilken informasjon jordmor gir, og om kvinnen gis muligheten til å ta et informert valg. Informasjon i høy grad assosieres med lavere bruk av liggende/halvt sittende fødestillinger og økende bruk av flere oppreiste fødestillinger.

Flere jordmødre lot kvinnen velge fødestilling i trykktiden enn i forløsningsøyeblikket. Dette kan kanskje relateres til at forløsningsøyeblikket ofte medfører et økt behov for oppmerksomhet og tiltak fra jordmor. Inkludering av kvinnen i valg av fødestilling i forløsningsøyeblikket ble assosiert med høyere bruk av liggende/halvt sittende fødestillinger, og lavere bruk av flere oppreiste fødestillinger. Dette kan gi antydning om at fødekvinne ønsker å bruke oppreiste fødestillinger dersom de blir involvert i valget. Fødekvinnes perspektiv er imidlertid ikke undersøkt i denne studien.

Den høye bruken av de liggende fødestillingene hos de yngste og minst erfarne jordmødrene, og økt bruk av fødekrakk hos de eldste og mer erfarne jordmødrene, kan kanskje sees i lys av utdanningsfokus, krav til støtte, erfaring og kultur tillagt et historisk perspektiv. Jordmødrene ved fødeavdeling og kvinneklinikk hadde høyere bruk av fødestillingen liggende/halvt sittende med benholdere enn jordmødre ved privatpraktiserende/fødestue, som kan sees i lys av en biomedisinsk kultur.

Resultatene må sees i lys av metodens svakheter og med hensyn til dens begrensninger.

Referanser

- Asuero, A. G., Sayago, A. & González, A. G. (2006). The Correlation Coefficient: An Overview. *Critical Reviews in Analytical Chemistry*, 36(1), 41-59.
<https://doi.org/10.1080/10408340500526766>
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2017). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- CSAM. (2020). Hentet fra <https://www.csamhealth.com/solutions/womens-childrens-health/csam-partus/>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Dekker, R. (2012, 2018). The Evidence on: Birthing Positions. Hentet fra <https://evidencebasedbirth.com/evidence-birthing-positions/>
- Den norske jordmorforeningen. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. Hentet fra <https://www.nsf.no/fg/jordmorforbundet>
- Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P. & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 208, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>
- Digitaliseringsdirektoratet. (2021). Ulike sikkerhetsnivå. Hentet fra <http://eid.difi.no/nb/sikkerhet-og-informasjonskapsler/ulike-sikkerhetsniva?fbclid=IwAR3adSSUGzX6xfuTlroarwfm9FUCIDyuRHpSJqBrHwYYSsy3L3flh9B3q4>
- Eberhard, J. & Geissbühler, V. (2000). Influence of Alternative Birth Methods on Traditional Birth Management. *Fetal diagnosis and therapy*, 15, 283-290. <https://doi.org/10.1159/000021023>
- Edqvist, M., Blix, E., Hegaard, H. K., Ólafsdóttir, O. Á., Hildingsson, I., Ingversen, K., ... Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0990-0>
- Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S. & Stephansson, O. (2015). Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0689-7>
- Fahy, K. M. & Parratt, J. A. (2006). Birth Territory: a theory for midwifery practice. *Women Birth*, 19(2), 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.05.001>
- Fjeldberg, A. (2017). Vannfødsel – en naturlig tilnærming. *Jordmora*, 8-12.
- Folkehelseinstituttet. (2019). Sjekkliste: planlegging av lokale kvantitative brukerundersøkelser. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/kvalitet-og-kunnskap/sjekkliste_lokale_v1_2019.pdf
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, G. B. (2014). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. *BioMed Research International*, 2014, 638093. <https://doi.org/10.1155/2014/638093>
- Green, T. J. N. (2015). Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: A review of the literature. *Evidence Based Midwifery*, 13, 132-137.
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Hanson, L. (1998a). Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 1: Position use and preferences. *J Nurse Midwifery*, 43(5), 320-325. [https://doi.org/10.1016/s0091-2182\(98\)00033-0](https://doi.org/10.1016/s0091-2182(98)00033-0)
- Hanson, L. (1998b). Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 2: Factors affecting use. *J Nurse Midwifery*, 43(5), 326-330. [https://doi.org/10.1016/s0091-2182\(98\)00034-2](https://doi.org/10.1016/s0091-2182(98)00034-2)
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud- Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* Oslo.
- Helsenorge. (2019). Fødeplass og fødetilbud - slik får du det. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/fodsel/fodested/#kvinneklinnikk-fodeavdeling-eller-fodestue>
- Johannesen, A. (2017). *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt forlag.

- Jonge, A., Teunissen, D., Diem, M., Scheepers, P. & Lagro-Janssen, A. (2008). Women's positions during the second stage of labour: Views of primary care midwives. *Journal of advanced nursing*, 63, 347-356. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x>
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_5
- Mselle, L. T. & Eustace, L. (2020). Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4>
- Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I. & Lagro-Jansse, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 33(1), 25-31. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2011.642428>
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2020). Oversikt over landets helseforetak. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th. utg.) Open University Press.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research* (11th. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25(3), 100-106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Sfinkterskader ved fødselbør reduseres i Norge -Nasjonal handlingsplan*. Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Hentet fra http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Artikler_og_rapporter/Nasjonal_handlingspla_8094a1.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2020). 09549: Sykehus og øvrige somatiske institusjoner. Årsverk, etter region, statistikkvariabel, år og helseutdanning. I. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09549/tableViewLayout1/>
- Stavseth, M. R. (2020). Sensitivitetsanalyser – hvor robust er resultatet? Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2020/04/medisin-og-tall/sensitivitetsanalyser-hvor-robust-er-resultatet>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode- en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thuen, K. & Øvreseth, R. (2018). *Ulike posisjoner i fødselen – En kartleggingsstudie*. (Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet). Hentet fra <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2501761>
- Tunestveit, J. W., Baghestan, E., Natvig, G. K., Eide, G. E. & Nilsen, A. B. V. (2018). Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. *Midwifery*, 62, 264-272. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.012>
- UiO. (2010). Hva er nettskjema? Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/>

- UiO. (2013). Kodebok i nettskjema. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/kodebok.html>
- UiO. (2014). Tilgangsrettigheter til nettskjema. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/rettigheter-tilgang-til-skjema.html>
- UiO. (2017). Informasjonssikkerhet og risikovurdering for Nettskjema. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/informasjossikkerhet/>
- UiT. (2018). Eksempelsamling APA 6th norsk. Hentet fra https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=429864
- WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World health Organization.
- Wright, A., Nassar, A. H., Visser, G., Ramasauskaite, D., Theron, G., for the, F. S. M. & Newborn Health, C. (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(2), 172-181. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ijgo.13552>

Vedlegg 1. Informasjonsskriv



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG OMSORGSFAG
MASTER I JORDMORFAG

Jordmødres tilnærming til fødestillinger i forløsningsøyeblikket

Vi er to jordmorstudenter ved UiT Norges arktiske universitet som har utarbeidet en studie i forbindelse med vår masteroppgave. Sammen med deg som leser dette, ønsker vi å få en større forståelse og innblikk i et svært aktuelt jordmorfaglig område. Å være jordmor er et yrke å være stolt over, og de fleste kjenner kanskje også på en takknemlighet i den jobben vi får gjøre. Det å få lov til å være med på det øyeblikket en nybakt mor får se sitt barn for første gang, og et barn som for første gang trekker luft inn i lungene, etterfulgt av den fineste babygråten vi vet om, er fantastisk. Det er øyeblikket rett før dette store møtet mellom mor og barn vi skal ta for oss i denne studien, selve forløsningen. Her under i de tilfeller det er en normal fødsel med et helt normalt forløp for mor og barn.

Hensikten med studien

Hensikten med studien er å undersøke jordmødres tilnærming til fødestilling i forløsningsøyeblikket ved normale fødsler. Vi ønsker å kartlegge både jordmors preferanser, erfaring og bruk av fødestillinger, samt hvor mye jordmor involverer fødekvinnen i valget av fødestilling. I tillegg til dette ønsker vi å undersøke hvilke faktorer som kan ha innvirkning på jordmødres preferanser for fødestilling i forløsningsøyeblikket. Med dette håper vi å få et innblikk i dagens praksis, samt øke vår kunnskap og forståelse for dette jordmorfaglige området

Hvem kan delta?

Vi inviterer deg som er autorisert jordmor og med arbeidssted innen fødselsomsorgen i Norge til å delta i vår nettbaserte spørreundersøkelse. Alle jordmødre som tar imot barn i Norge kan dermed delta.

Hvordan delta?

For å delta i studien kan du klikke på nettløken og starte undersøkelsen. Undersøkelsen tar under 10 min å gjennomføre.

Frivillig å delta og automatisk samtykke

Det er frivillig å delta i denne undersøkelsen. Ved å svare på spørreskjema og sende inn nettskjema, gir du automatisk samtykke til å delta i studien. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du ønsker å trekke tilbake din deltakelse kan du når som helst ta kontakt for å få den slettet. Ettersom undersøkelsen er anonym vil du da måtte oppgi dine svar på undersøkelsen slik at vi kan identifisere deg i datamaterialet.

Opplysninger som samles inn

Vi samler ikke inn direkte personidentifiserende opplysninger som navn, personnummer, adresse eller personsensitive data om deg. Vi samler inn bakgrunnsopplysninger som alder, ansiennitet, type fødeinstitusjon og hvilket helseforetak du arbeider i. Alder og ansiennitet er delt inn i grupper for å redusere risikoen for indirekte persongjenkjenning. Indirekte kan noen få deltakere være gjenkjennelig gjennom sammenstilling av data. Bruk av Nettskjemaet fra UiO (www.nettskjema.no) ivaretar datasikkerheten og gjør at vi ikke kan spore din internettadresse (IP-adresse). Data fra undersøkelse blir registrert elektronisk hvor vi mottar en datafil uten sporing. Resultat av undersøkelsen presenteres anonymt og alltid samlet eller gruppevis for deltagerne. Resultater vil derfor ikke kunne spores tilbake til deg som enkeltperson.

Oppbevaring, behandling og sletting av datamaterialet

For å ivareta sikkerhet rundt opplysninger som samles inn, lagres og behandles datamaterialet alltid ut fra One Drive 365 med to-faktor autentisering som er tilhørende UiT. UiOs nettskjema og Microsoft 365 er databehandlere i prosjektet. Databehandlerne, behandlingsansvarlig, masterstudentene og veileder vil derav ha tilgang til personopplysningene.

Datamaterialet slettes innen november 2021 etter bestått masteroppgave eller innen november 2023 dersom det blir laget en vitenskapelig artikkel.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke og vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om her. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dersom du ønsker å trekke tilbake ditt samtykke kan du når som helst ta kontakt for å få slettet din deltakelse, så fremt vi kan identifisere deg i datamaterialet. Ettersom undersøkelsen er anonym innebærer dette at du vil måtte oppgi dine svar fra undersøkelsen.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til innsyn, retting, sletting, få utlevert kopi og rett til å klage til Datatilsynet.

Ønsker du å finne ut mer?

Om du har spørsmål angående studien, kan du kontakte:

- Karina Andersen (kan126@post.uit.no, +47 91858945) eller
- Susanne Westre (swe037@post.uit.no, +47 99100504)

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

- Jordmorstudentene Karina Andersen og Susanne Westre ved UiT Norges arktiske universitet gjennomfører studien knyttet til sin masteroppgave.
- Førsteamanuensis Solrunn Hansen ved UiT Norges arktiske universitet er veileder og daglig ansvarlig for prosjektet, telefon 776 44836, solrunn.hansen@uit.no:
- UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig.

Ved spørsmål om dine rettigheter

Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post:

personvernombud@uit.no

Med vennlig hilsen

Jordmorstudent Karina Andersen og jordmorstudent Susanne Westre

Vedlegg 2. Informasjonsmail til avdelingslederene

Jordmødres tilnærming til valg av fødestillinger - en masteroppgave

SW

susanne westre

to: 12.11.2020 19:48

Til: [REDACTED]



Hei! Takk for hyggelig samtale. Her er mail som du kan videresende til dine ansatte.

Hei! vi er to jordmorstudenter ved UiT Norges arktiske universitet. I sammenheng med vår masteroppgave: *Jordmødres tilnærming til valg av fødestilling*, har vi utarbeidet en anonym spørreundersøkelse på nett.

Vi inviterer deg som er autorisert jordmor og som arbeider innen fødselsomsorgen i Norge til å delta i denne undersøkelsen. Din deltakelse kan bidra til økt kunnskap og utvikling innen eget fagområde.

Link til undersøkelse og mer informasjon om studien finner du på vårt nettsted <https://www.surveyfodestillinger.com>.



Jordmødres tilnærming til valg av fødestilling

En masteroppgave av jordmorstudenter ved UiT

www.surveyfodestillinger.com

Undersøkelsen tar under 10 minutter å gjennomføre. Frist for å delta er 04.12.20 kl 15:00.

Vi håper du vil hjelpe oss med din deltakelse.

Med vennlig hilsen

Jordmorstudent Susanne Westre (swe037@uit.no)

Jordmorstudent Karina Andersen (kan126@uit.no)

[Svar](#) | [Videresend](#)

Vedlegg 3. Spørreskjema

Jordmødres tilnærming til valg av fødestilling

Spørsmålene er avgrenset til å omhandle normale fødsler. Herunder fødsler med et friskt, levende foster, med normal fosterlyd gjennom hele fødselen og en fødekvinne som er regnet som normalfødende, uten epidural. Det innebærer også en fødsel uten medisinske intervensjoner som bruk av sugekopp eller tang, samt andre medisinske komplikasjoner.

1. Er du autorisert jordmor? *

Ja

Nei

2. Arbeider du i fødselsomsorgen i Norge? *

Ja

Nei

3. Hvilket helseforetak er du ansatt ved i dag?

Helse Nord

Helse Midt-Norge

Helse Vest

Helse Sør-Øst

4. Hvilken type fødeinstitusjon er du ansatt ved i dag?

(sett eventuelt flere kryss)

Fødestue

Fødeavdeling

Kvinneklinikk

Privatpraktiserende

5. Hvilken aldersgruppe tilhører du?

≤ 30 år

31 - 40 år

41- 50 år

51 - 60 år

> 60 år

6. Hvor mange år har du arbeidet i fødselsomsorgen?

0 - 4 år

5 - 9 år

10 - 14 år

15 - 19 år

20 - 24 år

25 - 29 år

≥ 30 år

7. Hvor ofte har du gjennom **siste året** forløst barnet i følgende fødestillinger?

(Sett ett kryss per linje)

	Ingen ganger	Sjeldent	Noen ganger	Ofte	Svært ofte
Liggende på rygg/ halvt sittende uten beinholdere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liggende på rygg/ halvt sittende med beinholdere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sittende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liggende på siden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knestående	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På alle fire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På huk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På fødekrakk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stående	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. I hvilken grad foretrekker du å forløse barnet i de ulike fødestillingene?

(Sett ett kryss per linje)

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I svært høy grad
Liggende på rygg/ halvt sittende uten beinholdere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liggende på rygg/ halvt sittende med beinholdere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sittende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liggende på siden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knestående	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På alle fire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På huk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På fødekrakk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stående	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Dersom det er noen fødestillinger du ikke i det hele tatt eller i liten grad foretrekker å forløse barnet i, hva er årsaken?

(Velg alternativ "ikke aktuelt" ved de stillingene du har svart at du "i noen grad - svært høy grad" foretrekker)

	Redd for rift/ vanskelig å støtte	Lite erfaring med denne stillingen	Redd for skulderdystoci	Redd for blødning	Redd for å få dårlig grep på barnet	Hensyn egen helse/komfort	Annet	Ikke aktuelt
Liggende på rygg/ halvt sittende uten beinholdere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liggende på rygg/ halvt sittende med beinholdere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sittende

Liggende på siden

Knestående

På alle fire

På huk

På fødekrakk

Stående

Dersom du har svart "annet", vennligst spesifiser

10. I hvilken grad bruker du **i forkant** av forløsningen å informere fødekvinnen om ulike fødestillinger i forsløsningsøyeblikket?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

11. I hvilken grad lar du fødekvinne velge stilling som brukes **gjennom trykktiden** før forløsningen?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

12. I hvilken grad lar du kvinnen velge fødestilling **i forløsningsøyeblikket**?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

13. Dersom kvinnen ønsker en fødestilling for selve forløsningsøyeblikket som du ikke foretrekker, hva gjør du?

(sett eventuelt flere kryss)

Forløser barnet i den fødestillingen kvinnen ønsker

Ber kvinnen innta en stilling du selv foretrekker

Henter en annen jordmor

Annet

Dersom du har svart "annet", vennligst spesifiser dette

14. Her kan du legge igjen en kommentar til undersøkelsen dersom du ønsker

Tusen takk for din deltakelse!

Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD

15.3.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjektittel

Masteroppgave -en survey om fødestilinger i forløsningsøyeblikket

Referansenummer

762413

Registrert

21.09.2020 av Karina Andersen - kan126@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Solrunn Hansen, Solrunn.Hansen@uit.no, tlf: 4777644836

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Susanne Westre, Swe037@uit.no , tlf: 99100504

Prosjektperiode

15.10.2020 - 19.03.2021

Status

30.11.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

30.11.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 26.11.2020 og 30.11.2020.

Vi tar til orientering at veileder vil har tilgang og ansvar for videre behandling av personopplysninger etter at studeten har avsluttet masteroppgaven.

Når det gjelder nye/endrede sikringstiltak, legger vi til grunn at disse er avklart med behandlingsansvarlig institusjon - UIT.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f613385-ca05-4dc7-98d7-8d8f3c6eebb6>

1/3

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.11.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt prosjektslutt for å avklare om behandlingen av personopplysningene videreføres, slik det er planlagt iflg. meldeskjema.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

19.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med meldeskjemaet med vedlegg den 19.10.2020, meldingsdialogen og vurderingen her. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 19.03.2021. Etter dette vil datamaterialet lagres med personopplysninger i opptil 2,5 år for arbeid med en vitenskapelig artikkel. Personidentifiserende opplysninger slettes innen 23.11.2023.

Ingen deltagere skal kunne gjenkjennes i publikasjon.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha rett til 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.

Dersom personopplysninger rettes, slettes eller begrenses har behandlingsansvarlig plikt til å underrette mottakere (her: databehandlere) om dette (art. 19).

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

UIO (nettskjema) og Microsoft 365 benyttes som databehandlere i prosjektet. Behandlingen må derfor oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 5. Tabell med rådata tilhørende figur 1a og 1b

Tabell til figur 1a og 1b. Jordmødrenes bruk av de ulike fødestillingene og i hvilken grad de foretrekker dem

Variabel	Antall (prosent)					Ubesvart
	Ingen ganger	Sjeldent	Noen ganger	Ofte	Svært ofte	
Forløst siste året						
<i>Liggende fødestillinger</i>						
Liggende/halvt sittende uten benholdere	3 (1,2)	19 (7,7)	69 (28,0)	114 (46,3)	41 (16,7)	1
Liggende/halvt sittende med benholdere	54 (22,4)	98 (40,7)	61 (25,3)	21 (8,7)	7 (2,9)	6
På alle fire	65 (26,6)	67 (27,5)	72 (29,5)	34 (13,9)	6 (2,5)	3
Liggende på siden	4 (1,6)	13 (5,3)	102 (41,5)	92 (37,4)	35 (14,2)	1
<i>Oppreiste fødestillinger</i>						
Sittende	77 (32,8)	64 (27,2)	63 (26,8)	30 (12,8)	1 (0,4)	12
Knestående	26 (10,7)	49 (20,1)	110 (45,1)	47 (19,3)	12 (4,9)	3
På huk	155 (64,3)	57 (23,7)	26 (10,8)	1 (0,4)	2 (0,8)	6
På fødekrakk	190 (78,8)	32 (13,3)	12 (5,0)	6 (2,5)	1 (0,4)	6
Stående	126 (52,1)	67 (27,7)	47 (19,4)	2 (0,8)	0	5
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I høy grad	I svært høy grad	
Hvilken grad stillingen er foretrukket						
<i>Liggende fødestillinger</i>						
Liggende/halvt sittende uten benholdere	9 (3,7)	32 (13,1)	96 (39,2)	87 (35,5)	21 (8,6)	2
Liggende/halvt sittende med benholdere	65 (26,9)	104 (43,0)	51 (21,1)	18 (7,4)	4 (1,7)	5
På alle fire	12 (5,0)	37 (15,4)	81 (33,6)	75 (31,1)	36 (14,9)	6
Liggende på siden	1 (0,4)	7 (2,8)	37 (15,0)	120 (48,8)	81 (32,9)	1
<i>Oppreiste fødestillinger</i>						
Sittende	57 (24,1)	71 (30,0)	78 (32,9)	25 (10,5)	6 (2,5)	10
Knestående	8 (3,3)	20 (8,2)	65 (26,6)	101 (41,4)	50 (20,5)	3
På huk	66 (27,8)	82 (34,6)	56 (23,6)	30 (12,7)	3 (1,3)	10
På fødekrakk	125 (52,3)	50 (20,9)	41 (17,2)	18 (7,5)	5 (2,1)	8
Stående	62 (25,7)	71 (29,5)	62 (25,7)	36 (14,9)	10 (4,1)	6

% Prosentuering pr rad