

Kandidatnummer: 6002 og 6017

Håndtering av latensfasen

En systematisk litteraturstudie om jordmors håndtering av kvinner i latensfase



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialfag
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Christina Johnsen Heien og Kristina Wylie Strømmen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tittel: Håndtering av latensfasen.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse kunnskap om jordmors håndtering av fødselens latensfase.

Problemstilling: Hvordan er jordmors håndtering av fødselens latensfase beskrevet i forskningslitteratur?

Metode: Kvalitativ litteraturstudie. Systematiske søk i aktuelle databaser ble gjort for å finne kvalitative studier som omhandler jordmors håndtering av fødselens latensfase. Disse ble deretter syntetisert ved hjelp av tematisk analyse.

Resultat: Når en kvinne kontakter fødeavdelingen, forsøker jordmor å danne seg et helhetsbilde av situasjonen til kvinnen. Dette gjør hun gjennom å kartlegge kvinnens historie og mestringsnivå og det gjøres en vurdering av hvor i fødselsforløpet kvinnen befinner seg. Jordmødres håndtering av fødselens latensfase er også preget av forhandling og balansering. På den ene siden utgår de fra en samhandling med kvinnen, men de er også påvirket av avdelingens kultur og institusjonens retningslinjer. Det kom frem at jordmødre balanserer kvinners behov for trygghet opp mot fulle fødeavdelinger og mangel på personale. Dessuten fungerer jordmødre som «portvoktere» i avdelingen, hvorpå de ønsker å beskytte kvinnene fra intervensjoner dersom de legges inn på fødeavdelingen for tidlig.

Konklusjon: Slik helsesystemet er lagt opp i dag, handler håndteringen av kvinner i latensfasen om å gjøre en helhetsvurdering. Samt å balansere kvinners behov for trygghet opp mot fulle fødeavdelinger, mangel på personale og et ønske om å beskytte kvinner fra obstetriske intervensjoner dersom de blir innlagt på fødeavdeling i latensfasen.

Nøkkelord: Latensfase, tidlig fødsel, jordmors håndtering.

Antall ord: 14 603.

Abstract

Title: Managing the latent phase of birth.

Aim: The purpose of this study is to shed light on the research concerning midwives' management of the latent phase of birth.

Issue: How is the midwife's management of the latent phase of birth described in research literature?

Method: Qualitative literature study. Systematic searches in relevant databases were made to find qualitative studies that deal with midwives' management of the latent phase of childbirth. These were synthesized using thematic analysis.

Result: When a woman arrives at the maternity ward, the midwife seeks to form a complete picture of her situation. She does this by taking the woman's history, assessing her coping strategies and determining where in the birth process she currently is. How the midwives handle the latent phase is also characterized by negotiation and balancing the needs of the women with the needs of the staff. On one hand their strategy is based on the interaction with the woman, but they are also influenced by the maternity ward's culture and the guidelines of the hospital. The midwives took into account the women's need of security balanced against the busy maternity ward and lack of staff. In addition, midwives act as 'gatekeepers', seeking to protect the women from unnecessary interventions if admitted too early into the ward.

Conclusion: The way the health system is currently working, the care for women in the latent phase of birth is concerned with making an assessment of the overall situation. Also, balancing the women's need for reassurance in busy and understaffed maternity wards, and a wish to protect women from obstetric interventions if admitted to the labor ward during the latent phase.

Keywords: Latent phase, early labor, midwife management.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	5
Forord	7
5 Innledning	8
5.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
5.2 Hensikt og problemstilling.....	9
5.3 Oppgavens avgrensning	9
6 Teoretisk perspektiv	11
6.1 Fødselens faser.....	11
6.1.1 Emanuel A. Friedman	12
6.2 Ulike syn på fødsel.....	13
6.3 Helsefremmende arbeid	14
6.3.1 Empowerment	15
6.3.2 Kvinne-sentrert omsorg	16
7 Metode	17
7.1 Bakgrunn for valg av metode	17
7.2 Forforståelse	18
7.3 Søkestrategi og søkeprosess	18
7.3.1 Screeningprosess.....	21
7.4 Etske betraktninger	22
7.5 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler	23
7.6 Analyse	24
7.6.1 Tematisk syntese	24
8 Resultater	28
8.1 Presentasjon av inkluderte artikler	28
8.2 Presentasjon av deskriptive og analytiske tema.....	32
8.3 Danne seg et helhetsbilde.....	32
8.3.1 Kartlegge kvinnens historie og mestringsnivå	33
8.3.2 Vurdere fysiske tegn på fødsel	35

8.4	Forhandling og balansering	36
8.4.1	Samhandling med kvinnene	36
8.4.2	Håndtering av avdelingens kultur og institusjonens retningslinjer	38
9	Diskusjon	40
9.1	Danne seg et helhetsbilde	40
9.2	Forhandling og balansering	44
9.3	Metodediskusjon.....	50
10	Konklusjon	52
10.1	Implikasjoner for praksis	53
	Referanser	54
	Vedlegg.....	62

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært både spennende og utfordrende. Vi har fått en bredere kunnskap om latensfasen, noe vi tror vi vil få stor nytte for i arbeidet som jordmødre.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Anne Marit Lyberg for konstruktive tilbakemeldinger underveis i oppgaven. Takk for raske tilbakemeldinger, motivasjon og for at du har delt av din kunnskap.

Takk til familie, kollegaer og venner som har hjulpet oss med å holde motet oppe og som har støttet oss hele veien.

Hønefoss/Oslo, mars 2022

Christina Johnsen Heien og Kristina Wylie Strømmen

5 Innledning

Vi vil her presentere bakgrunn for valg av tema, mål for oppgaven og problemstilling, samt oppgavens avgrensning.

5.1 Bakgrunn for valg av tema

Det fødes på verdensbasis 140 millioner barn årlig (World Health Organization, 2018). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) defineres latensfasen som en periode karakterisert av vonde sammentrekkninger og varierende grad av modning av cervix, frem til kvinnen har regelmessige smertefulle kontraksjoner og tilnærmet avflatet cervix med dilatasjon 5 cm (World Health Organization, 2018). Norsk Gynekologisk Forenings (NGF) veileder i fødselshjelp definerer latensfasen fra kvinnen har smertefulle kontraksjoner frem til cervix er avflatet og dilatert 4 cm (Rossen mfl., 2020). Latensfasens varighet kan variere så mye fra kvinne til kvinne at en definisjon for hva som er normal varighet ikke har blitt fastslått (World Health Organization, 2018).

Mange kvinner tar kontakt med fødeavdelingen i latensfasen, og flere blir anbefalt å bli hjemme så lenge som mulig. Anbefalingen baserer seg på kunnskap om at innleggelse i latensfasen er forbundet med økt bruk av obstetriske intervensjoner (Rossen mfl., 2020; Miller mfl., 2020; Rota mfl., 2018). En svensk retrospektiv kohortstudie viste at førstegangsfødende som ble innlagt på fødeavdelingen i latensfasen hadde en lavere frekvens av spontane vaginale fødsler, flere akutte keisersnitt og flere babyer med lav Apgar-score sammenlignet med de som reiste hjem (Lundgren mfl., 2013). Imidlertid kan det virke som at det er en diskrepans mellom gjeldende anbefalinger og fødekvinnes ønsker. Å være hjemme så lenge som mulig i latensfasen kan være en god løsning for noen kvinner, mens andre kvinner kan ha behov for mer støtte i denne fasen. En metasyntese utført av Eri med flere (2015) indikerer at kvinners behov ikke blir møtt i fødselens latensfase. Førstegangsfødende beskriver denne fasen av fødselen som å være i et ukjent landskap hvor de må navigere enten på egenhånd eller sammen med en engstelig partner, og med utilstrekkelig kunnskap om veien videre. Videre peker studien på kvinners behov for å ikke bli avvist av jordmor i denne fasen. Flere kvinner var redde for at de ville bli sendt hjem igjen dersom de dro til fødeavdelingen for tidlig, noe de så på som et nederlag (Eri mfl., 2015). Vår erfaring er at mange kvinner henvender seg til fødeavdelingene i latensfasen, og mange søker en bekreftelse på at det de opplever er normalt. Som

jordmorstudenter har vi snakket med flere kvinner som opplevde frustrasjon da de fikk beskjed om at de ikke er i aktiv fødsel, til tross for at de hadde opplevd å ha smertefulle kontraksjoner over lengre tid. Samtidig som latensfasen kan oppleves frustrerende for fødekvinnen, er det også vanskelig for jordmødre å vite hva som er det riktige å gjøre. Vår erfaring er at det ikke er konsensus blant jordmødre om hva som er mest hensiktsmessig håndtering av latensfasen. Noen ønsker å hjelpe kvinnen videre i fødsel slik at hun har krefter til selve fødselen, for eksempel ved å indusere henne. Andre mener at det beste er å la være å gjøre medisinske intervensjoner i en ellers normal fødsel, og mener at kvinnen bør bli værende hjemme til aktiv fødsel. Et viktig moment i denne sammenheng er medikaliseringen som skjer på fødeavdelingene. Helsedirektoratet (2010) påpeker at et essensielt prinsipp for fødselsomsorgen er at omsorgen for normale svangerskap bør være demedikalisert, det vil si at omsorgen skal gis med kun helt nødvendige inngrep. Mangel på standardiserte prosedyrer og god behandling for disse kvinnene har gjort at vi ønsker å fordype oss i forskningslitteraturen.

«Latent labour is currently very poorly understood and a challenge that midwives face daily in the context of busy maternity units» (Hundley mfl., 2017).

5.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse jordmors håndtering av fødselens latensfase. Oppgavens funn er basert på jordmødres og fødekvinners perspektiv, dette for å få en bredde i datamaterialet.

Problemstilling: Hvordan er jordmors håndtering av fødselens latensfase beskrevet i forskningslitteratur?

5.3 Oppgavens avgrensning

Med jordmors håndtering innbefattes alt jordmor utfører av vurderinger og tiltak rettet mot kvinner i latensfasen. Med latensfase mener vi fra kvinnen får smertefulle kontraksjoner, til kvinnen har regelmessige kontraksjoner og cervix er dilatert 4 cm og avflatet (Rossen mfl., 2020). Oppgaven omhandler hovedsakelig friske kvinner som har et normalt svangerskap og bærer et foster i hodeleie. Videre skal kvinnene ha spontan fødselsstart til termin, og hun skal ikke ha kjente sykdommer som

kan medføre komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2010). Årsaken til at det i oppgaven fokuseres på disse kvinnene er at høyrisiko-fødende kan bli behandlet etter andre retningslinjer når de tar kontakt med fødeavdelingen i latensfasen.

6 Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet presenteres sentrale teorier, begreper og øvrig litteratur som vi mener er relevant for oppgaven vår.

6.1 Fødselens faser

Det finnes flere ulike definisjoner på latensfasen. Vi ønsker her å presentere flere av de forskjellige definisjonene som kommer fram av teorien og som blir brukt i retningslinjer og anbefalinger innen jordmorfaget. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sin definisjon på latensfasen er hvor kvinnen opplever å ha smertefulle kontraksjoner frem til cervix er dilatert 5 eller 6 cm, dette er i motsetning til tidligere anbefalinger som var til cervix var dilatert til 4 cm (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019). WHO (2018) definerer latensfasen som en tidsperiode karakterisert av smertefulle kontraksjoner, frem til cervix er avflatet og dilatert 5 cm. National institute for Health and Care Excellence (NICE) har definert latensfasen som en periode hvor det foreligger smertefulle kontraksjoner og det er endringer i cervix, frem til livmorhalsen er avflatet og dilatert opp til 4 cm (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). NGF definerer latensfasen fra kvinnen har smertefulle kontraksjoner frem til cervix er avflatet og dilatert 4 cm (Rossen mfl., 2020).

Evidens fra store internasjonale retrospektive kohortstudier viser at 10,2 % - 58,5 % av kvinner er innlagt i fødeavdelinger i latensfasen (Miller mfl., 2020). Internasjonale retningslinjer og anbefalinger hevder at kvinner bør avvente innleggelse i fødeavdeling og bør få støtte til å være hjemme (Miller mfl., 2020). Studier gjort i en rekke land viser alle sammenheng mellom tidlig innleggelse i sykehus og bruk av obstetriske intervensjoner, som bruk av oxytocin og epidural, akutt keisersnitt og instrumentell vaginal forløsning (Miller mfl., 2020; Rota mfl., 2018). Det er imidlertid uklart om intervensjonene skyldes selve latensfasen eller om det er fødselshjelperens håndtering av kvinner i latensfasen som er årsaken (Blix, Kumle, og Øian, 2008). Hvis man skal se dette i en sammenheng er det ikke brukt en konsekvent definisjon av start aktiv fødsel i forskningen. Forskningen som er gjort på om innleggelse i fødselens latensfase kan føre til økt bruk av intervensjoner inneholder mulige bias da dataen er basert på ulike definisjoner. I studiene er det blitt definert aktiv fødsel fra henholdsvis 3, 4 eller 5 cm dilatasjon av cervix (Miller mfl., 2020). Definisjonen for latensfasen

varierer ut fra hvilken retningslinje eller forskningsartikkel man bruker, og usikkerhet rundt definisjonen av latensfasen kan føre til økt bruk av intervensjoner (Zhang mfl., 2010).

Det er i retningslinjene heller ikke konsensus om hvor lenge en normal latensfase varer, og når en latensfase er definert som langvarig. WHO har angitt latensfasen for førstegangsfødende som langvarig når den har vart i 11,5 timer eller mer (World Health Organization, 2018). Hos flergangsfødende angir de langvarig latensfase når den har en varighet på mer enn 8,7 timer. NICE skriver derimot i sine anbefalinger at latensfasen defineres som langvarig fra 18 timer for førstegangsfødende og 12 timer for flergangsfødende (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). I en oversiktsartikkel av Blix med flere (2008) står det at latensfasens varighet varierer fra 1,7 timer – 20 timer hos førstegangsfødende, og det var stor variasjon mellom de ulike artiklene og anbefalingene. Ifølge ACOG (2019) er definisjonen på langvarig latensfase når den overstiger 20 timer for førstegangsfødende, og 14 timer for flergangsfødende. ACOG nevner i sine retningslinjer at definisjonen på langvarig latensfase fortsatt er basert på data av Emanuel A. Friedman og at senere forskning ikke har fokusert på fødselens latensfase (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

6.1.1 Emanuel A. Friedman

Dagens forståelse av fødselsprogresjon stammer først og fremst fra det banebrytende arbeidet til Emanuel Friedman (Cohen, Summersille, og Friedman, 2018). Friedman's observasjoner, som startet på 1950-tallet, klargjorde sammenhengen mellom cervikal dilatasjon, fosterets posisjon og nivå og tidsaspektet i fødsel. Dette førte til en forståelse av hva som er normal fremgang i de ulike fødselsfasene, som dermed kunne brukes til å lage en kurve hvor man ser forventet fremgang i fødsel (Cohen mfl., 2018). Denne kurven er fortsatt den dag i dag et viktig hjelpemiddel for å følge progresjon i fødsel og for å vurdere om det dreier seg om et protrahert fødselsforløp og om det er behov for obstetriske intervensjoner (Lavender, Hart, og Smyth, 2008).

I Friedman dilatasjonskurve har det vært antatt at overgangen fra latens til aktiv fase skjer ved en dilatasjon på 4 centimeter (Cohen mfl., 2018). Dette stemmer imidlertid ikke. Friedman-systemet fraråder faktisk mot å diagnostisere aktiv fødsel ved en bestemt grad av dilatasjon. Ifølge Friedman begynner aktiv fase vanligvis mellom 3 og 6 centimeters dilatasjon, men fasen kan også starte tidligere eller senere. Det som er viktig er at start av aktiv fødsel kun kan diagnostiseres ved å tolke

påfølgende vaginalundersøkelser. Det er når dilatasjonskurven endrer seg fra den sakte utviklende latensfasen til den raskere og mer fremadskridende aktive fasen, at man skal diagnostisere start av aktiv fødsel. Det er altså den oppadgående bøyningen av dilatasjonskurven, uavhengig av hvilken centimeter dilatasjon det oppstår ved, som markerer begynnelsen på den aktive fasen av fødselen (Cohen mfl., 2018).

6.2 Ulike syn på fødsel

WHO sin definisjon av en normal fødsel er at den er «*spontan i sin start, lavrisiko ved ristart og fortsatt lavrisiko til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodeinnstilling mellom 37 og 42 fullgatte svangerskapsuker. Etter fødselen er både moren og barnets tilstand god*» (World Health Organization, 1997). Blix (2017, s. 52-53) beskriver at jordmødre har et selvstendig ansvar for normale fødselsforløp, og en av jordmors oppgaver er å fremme den normale fødselen. Det er derfor viktig at jordmødre har kunnskap om hva en normal fødsel er, hvor grensene går for hva som er patologi, og når ansvaret for kvinnen skal overføres til gynekologen.

Det er flere synspunkter på hva en normal fødsel er (Blix, 2017, s. 52-53). For å kunne forstå hvorfor ikke alle fødsler med likt utgangspunkt blir behandlet likt må man ha en forståelse for at det finnes ulike fødselsparadigmer. To av de vanligste ytterpunktene er kalt for «det biomedisinske paradigme» og det andre for «det humanistiske eller kvinnesentrerte». Det beskrives også at jordmødrene ofte kan deles i to (Blix, 2017, s. 52-53). Noen ser på fødsel som en naturlig fysiologisk prosess som enhver frisk kvinne skal kunne beherske, og at det kun skal gripes inn i fødselen dersom det er nødvendig. Den andre oppfatningen av fødsel går ut på at jordmødre ser på fødsel som en medisinsk tilstand som er forbundet med høy risiko og hvor risikoen bør reduseres ved overvåkning og kontroll (Blix, 2017, s. 52-53). Blåka har drøftet det hun kalte for den jordmorfaglige diskursen og den fødselsvitenskapelige diskursen. I den fødselsvitenskapelige diskursen er fødselshjelperens oppmerksomhet rettet mot mulige uheldige utfall som fødselen kan tenkes å få, og man er oppmerksom på at fødekvinnens kropp på et hvert tidspunkt kan feile (Blix, 2017, s. 52-53). Den jordmorfaglige diskursen tar derimot utgangspunkt i at fødselen er en naturlig hendelse som alle friske kvinner kan gjennomgå. Her er man avventende, oppmerksom og i forkant, og vet at man aldri kan ha full kontroll. I Norge er det biomedisinske paradigmet dominerende. I Norge finnes det flere jordmorstyrte fødestuer og lavrisikoenheter i sykehus (Blix, 2017, s. 52-53). Ofte har kvinnene og

jordmødrene ved disse fødestedene en felles oppfatning av at fødselen er en fysiologisk prosess, at kvinnene skal klare fødselsarbeidet og at jordmoren skal støtte og oppmuntre heller enn å styre og kontrollere (Blix, 2017, s. 52-53). Fødselsomsorgen har blitt stadig mer medikalisert de siste årene. Dette er ikke utelukkende negativt, men ifølge Blix (2017, s. 53-54) krever det imidlertid årvåkenhet at det stadig intervenseres mer i den fysiologiske fødselsprosessen; ved å igangsette, stimulere, regulere, overvåke og gripe inn i fødselen.

Ifølge Helsedirektoratet (2010) er målsettingen færrest mulig unødige inngrep under normal graviditet og fødsel, og med riktig intervensjon der det er nødvendig. Dette er i tråd med WHO sine verdier og prinsipper, som blant annet fokuserer på demedikalisering av normale fødsler (Helsedirektoratet, 2010). I dette ligger det at fødselsomsorgen skal gis med kun de helt nødvendige inngrep, og med minst mulig bruk av teknologi. Omsorgen bør også omfatte hele mennesket; de intellektuelle, følelsesmessige, sosiale og kulturelle behov kvinnene og familien har, ikke bare deres fysiske behov.

6.3 Helsefremmende arbeid

Fahy (2012) skriver at ordet jordmor betyr «med-kvinne» og denne betydningen er med på å forme jordmorfilosofien og jordmors arbeid og relasjoner. Jordmor er basert på respekt for kvinner og på en sterk tro på verdien av kvinners arbeid med å bære og oppdra generasjoner. Helsefremmende arbeid er definert som «*prosesser som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse*» (World Health Organization, 1986). Helse har en bredere betydning og omhandler vår evne til å fungere fysisk, psykisk og sosialt. Disse tre elementene er essensielle for vår autonomi (World Health Organization, 1988). Jordmødrenes rolle innenfor helsefremmende arbeid er viktig både på individ- og samfunnsnivå. I de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre står det at man skal opptre som rollemodeller i helsefremmende arbeid for kvinner gjennom hele livets syklus, for familier og for annet helsepersonell (International Confederation of Midwives, 2005). Jordmødre jobber tett på kvinner og er en viktig del av arbeidet med å styrke kvinners helse i en sårbar situasjon i alle faser av livet.

I de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre står det at «*Jordmødre jobber med den enkelte kvinne i et partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen mellom jordmor og kvinne vektlegger*

brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke. Jordmødre respekterer en kvinnes rett til informert valg» (Den norske jordmorforening, 2016, s. 2). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2009) må helsepersonell sikre seg at kvinnen forstår informasjonen som blir gitt. Det er viktig for at den gravide skal kunne ta informerte valg og være med å påvirke sin egen svangerskaps- og fødselsomsorg. Det legges dessuten vekt på at det er viktig med brukermedvirkning. Vi setter brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke i sammenheng med empowerment. Ved at kvinnen får informasjon og mulighet til å medvirke til sin egen behandling, får hun mer makt og kontroll over egen situasjon, noe vi mener er viktig.

6.3.1 Empowerment

Begrepet empowerment er ofte omtalt i forbindelse med svangerskap og fødsel, og har flere definisjoner. Oversatt til norsk finnes begreper som myndiggjøring, medvirkning, egenmakt eller å ha handlingsrom i eget liv (Tveiten, 2018, s. 240). Vi har valgt å ikke bruke norsk oversettelse og bruker ordet i sin engelske form. Gibson definerer empowerment som *«en sosial prosess som gjenkjenner, promoterer og gir mennesker muligheter til å møte sine behov, løse sine problemer og mobilisere de nødvendige ressurser for å kunne føle kontroll over sitt liv»* (Gibson 1991).

Begrepet er relevant innenfor svangerskaps- og fødselsomsorgen fordi det handler om å støtte opp om mennesker i en sårbar situasjon. Empowerment handler om å styrke opp om kvinners selvtillit, sosiale støtte, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, rettigheter, samarbeid og deltakelse (Tveiten, 2012, s. 176). Ifølge en studie av Menage, Bailey, Lees & Coad (2020) kan jordmor hjelpe kvinner til å oppleve empowerment ved hjelp av kommunikasjon, informasjon, veiledning og å møte kvinnene der de er. Ved å anvende empowerment gir man kvinnene gode forutsetninger for å møte utfordringer knyttet til fødsel. Empowerment kan sees på som en måte å løfte frem og styrke den enkeltes ressurser, slik at denne personen vil få mer kontroll over egen situasjon (Menage mfl., 2020).

Ifølge jordmor-teoretikeren Leap er det et essensielt prinsipp som går igjen i arbeidet som jordmor: *«Jo mindre vi gjør, jo mer gir vi»* (Leap, 2010, s. 1). Dette ordtaket er direkte relatert til den feministiske forestillingen om empowerment. Man hører ofte jordmødre snakke om hvordan *«vi trenger å styrke kvinnen»* (Leap, 2010, s. 1). Det er imidlertid en iboende motsetning i en slik uttalelse. Ingen av oss kan «empower» eller gi en kvinne styrke. *«Power is not given but taken»* (Leap

2010). I samhandlingen med fødende kvinner bør jordmødre arbeide på en måte som maksimerer potensialet for kvinnen til å ta opp styrken som vil gjøre dem i stand til å leve tilfredsstillende liv som individer og som mødre. For at jordmødre skal kunne legge til rette for å styrke kvinner gjennom deres opplevelse av fødsel, avhenger det av at jordmoren er selvbevisst og i kontakt med seg selv. Dessuten er det viktig at jordmoren selv er «empowered» for at hun skal føre dette videre (Leap, 2010, s. 3-4). Jordmødre kan hjelpe en kvinne til å bli «empowered» ved en tilnærming hvor man fokuserer på å uttrykke ovenfor kvinnen at man har tro på henne og hennes evne til å føde. Videre kan man minimere autoritet og flytte makten man har som jordmor over til kvinnen. Dessuten er det essensielt at man lar være å ta avgjørelser for kvinnen uten å inkludere henne i beslutningen (Leap, 2010, s. 3).

6.3.2 Kvinne-sentrert omsorg

«Women-centered care» er en filosofi innen fødselsomsorgen hvor jordmor fremmer en holistisk tilnærming til kvinnen, og hvor jordmor fokuserer på å danne et miljø med delt makt og ansvar mellom en kvinne og hennes jordmor (Fontein-Kuipers, Boele, og Stuij, 2016). Videre er et mellommenneskelig forhold mellom kvinnen og jordmor essensielt. Kvinne-sentrert omsorg handler om å gi informasjon, vurdere kvinnens behov og å ha en fysiologisk tilnærming til graviditet og fødsel. For å utøve kvinne-sentrert omsorg innebærer det at jordmoren er fleksibel, engasjert, genuint interessert i kvinnen, empatisk, forståelsesfull og god på å kommunisere. Videre må jordmoren ikke være dømmende eller fordomsfull (Fontein-Kuipers mfl., 2016).

7 Metode

I metodekapittelet beskrives valg av metode og søkeprosessen. Det redegjøres for hvordan vi kritisk har vurdert kvalitet i de inkluderte artiklene, samt at vi presenterer flytskjema og vår tematiske analyse.

7.1 Bakgrunn for valg av metode

Hensikten med denne oppgaven er å belyse jordmors håndtering av fødselens latensfase. Ved valg av metode falt det seg naturlig å velge et kvalitativt design, og det ble anbefalt av programansvarlig for emnet å gjøre en litteraturstudie. Oppgaven ble dermed en systematisk litteraturstudie med kvalitativt design der artikler basert på jordmødres og fødekvinnens perspektiv er inkludert.

Kvalitativ metode egner seg til å belyse erfaringer og er hensiktsmessig når man ønsker å tolke og skape forståelse i menneskes subjektive opplevelse (Forsberg og Wengström, 2015, s. 44). Da studien skal undersøke jordmødres håndtering av latensfasen belyst fra begge sider av samhandlingen mellom jordmor og kvinnen, vil det være naturlig å bruke kvalitativ metode for å analysere og presentere resultatene. Kvalitativ metode fanger opp resultater som ikke kan måles med tall (Dalland, 2012, s. 112), noe som er sentralt når man ønsker tankene bak de valgene jordmødrene gjør i møtet med kvinner i latensfasen. Kvalitative data blir ofte presentert gjennom intervjuer, og bruker deltakernes egne beskrivelser og ord (Aveyard, 2019, s. 46).

I en systematisk litteraturstudie er det litteraturen man studerer og tolker. Materialet i en litteraturstudie er den allerede eksisterende kunnskapen som er presentert i artikler, som hentes frem og samles inn gjennom systematiske søk (Aveyard, 2018, s. 9). En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk vurdere og deretter sette sammen litteraturen innen et valgt emne eller problemstilling (Forsberg og Wengström, 2015, s. 30-31). Fordi det er søket som er selve metoden, dokumenteres det i sin helhet (Aveyard, 2018, s. 13). Den systematiske litteraturstudiens mål er å oppnå en syntese av data fra tidligere gjennomførte empiriske studier. Å se funnene i inkluderte artikler sammen i et større bilde, kan gi en ny innsikt i temaet, hvilket kan ligge til grunn for videre arbeid (Forsberg og Wengström, 2015, s. 30-31). Resultatene ble analysert ved å ta i bruk tematisk syntese av Thomas og Harden (2008).

7.2 Forforståelse

Forforståelse er forutsetninger og erfaringer en har med seg som er med på å farge ens oppfatning og tolkning (Malterud, 2017a, s. 44-45). I arbeidet med denne litteraturstudien har vi vært oppmerksomme på vår egen forforståelse som jordmorstudenter, og vår motivasjon for å studere temaet. Som studenter på jordmorutdanningen har vi gjennom vår tid i praksis deltatt i flere fødsler og polikliniske konsultasjoner, hvor kvinnene har varierende grad av behov for støtte av jordmor i den tidlige fasen av fødselen. Noen kvinner er godt forberedt og har god forforståelse av hva som skjer med kroppen, andre har lite forkunnskap. Vi har også vært under veiledning av flere forskjellige jordmødre som alle har hver sin måte å tilnærme seg kvinnene.

Gjennom erfaring i denne perioden og litteratur fra pensumliste har vi opparbeidet oss kunnskap om fødselsprosessen, noe som har gitt oss en ny forståelse av fødselen som en naturlig prosess. Under blant annet fødsel produserer kroppen oksytocin, som er essensielt for produksjon av rier (Blix, 2017, s. 436). Frykt, redsel og usikkerhet kan føre til frigjøring av stresshormoner, som igjen kan hemme utskillelsen av oksytocin. Stresshormoner fører til vasokonstriksjon som gir nedsatt blodsirkulasjon til livmoren, dårligere rier og lengre fødselsforløp (Blix, 2017, s. 440). Vi anser det derfor som viktig å forberede kvinnene til fødsel og å møte dem med forståelse og en støttende holdning. Dette mener vi er essensielt for å føle seg trygg i fødselens tidlige fase, noe som blant annet kan ha implikasjoner for produksjon av rier og videre fødselsforløp.

7.3 Søkestrategi og søkeprosess

Før vi startet litteratursøket benyttet vi oss av PICO-skjema for å dele opp problemstillingen slik at den ble strukturert på en hensiktsmessig måte, se vedlegg 1. Søkeprosessen startet initialt med et usystematisk søk høsten 2021, hvor vi fikk mange treff. Deretter startet lesing av mangfoldige artikler om latensfasen for å bli kjent med tematikken. I denne anledning så vi også på hvilke søkeord som var brukt i de artikkelene som virket relevante for oppgaven. I desember 2021 kontaktet vi en bibliotekar på USN for å få hjelp til å finne relevante søkeord og til å gjøre et systematisk litteratursøk. Vi ønsket studier som utforsket jordmors perspektiv på håndtering av latensfasen. Det systematiske søket startet med søkeordene «midwives» OR «midwives assessment» OR «midwives perspective» AND «early labour», OR «latent phase» OR «labour stage first» OR «latent labour» OR «labour onset». Vi inkluderte kun artikler som var publisert de siste ti år, dette for å få den mest

oppdaterte litteraturen på området. Med dette søket fant vi kun tre artikler som var relevante for vår oppgave, og bestemte oss derfor for å utvide søket ved å fjerne tidsbegrensningen, og leste alle abstrakt som virket aktuelle, uavhengig av når de var publisert. Ved å gjøre dette, i tillegg til å gå gjennom referanselistene til flere titalls artikler, og ved å bruke funksjonen «find similar results» i databasene ved relevante artikler, endte vi opp med fire artikler som var innenfor våre inklusjonskriterier. Det ble tilstrebet å ha artikler publisert etter 2010, men grunnet begrenset tilgang på relevante artikler valgte vi å inkludere artikler publisert tidligere, fordi vi mener at innholdet fortsatt er relevant. Ifølge Aveyard (2018, s. 134) kan man, dersom man ikke har nok studier som er direkte relevante, vurdere å inkludere studier som er mindre relevante. Vi bestemte oss derfor for å inkludere artikler som omhandler kvinnens perspektiv av jordmors håndtering av latensfasen. Til tross for at vi i utgangspunktet ønsket studier hvor jordmødre var informanter, valgte vi å inkludere studier som tok for seg kvinners perspektiv av jordmors håndtering. Dette for å få en bredde i datamaterialet og for at oppgaven skulle bli mer nyansert. Dette gjorde at vi endret problemstillingen vår fra å omhandle jordmors erfaring og håndtering av latensfase, til å utforske hvordan jordmors håndtering av latensfasen er beskrevet i forskningslitteratur. Ved å inkludere kvinners perspektiv av jordmors håndtering fant vi fire nye artikler. Artikkene ble funnet ved gjennomlesing av artikkene i søket vårt, hvor vi fant at noen av artikkene var basert på intervju av kvinner, men som likevel svarer på problemstillingen vår. Dermed endte vi opp med åtte artikler totalt.

Vi utførte vårt endelige systematiske søk i Medline, Cinahl, Maternity and Infant Care og Embase. Vi gjorde et bredt litteratursøk med få avgrensninger for å få mange treff. Vi brukte søkeordene som omhandler latensfase og kombinerte de ved å bruke «OR». Det samme gjorde vi med søkeordene som omhandler jordmors håndtering. Til slutt koblet vi de sammen ved å bruke «AND». Med andre ord ble synonymer koblet med OR, mens de ulike elementene ble koblet sammen med AND. Eksempel: Latent phase OR Early labour OR Latent labour OR Labour stage first OR Labour onset koblet med: AND Midwives assessment OR Midwives perspective OR Midwi*. Det ble benyttet trunkering for å få flere variasjoner av ordet. Vi valgte å ikke ha søkeord på metode, fordi vår utfordring var å få nok treff.

Tabell 1: Våre søkeord:

Latensfase:	Jordmors håndtering:
Latent phase	Midwives assessment
Early labour	Midwives perspective
Latent labour	Midwi*
Labour stage first	
Labour onset	

Tabell 2: Eksempel på søk i Cinahl via Ebscohos:

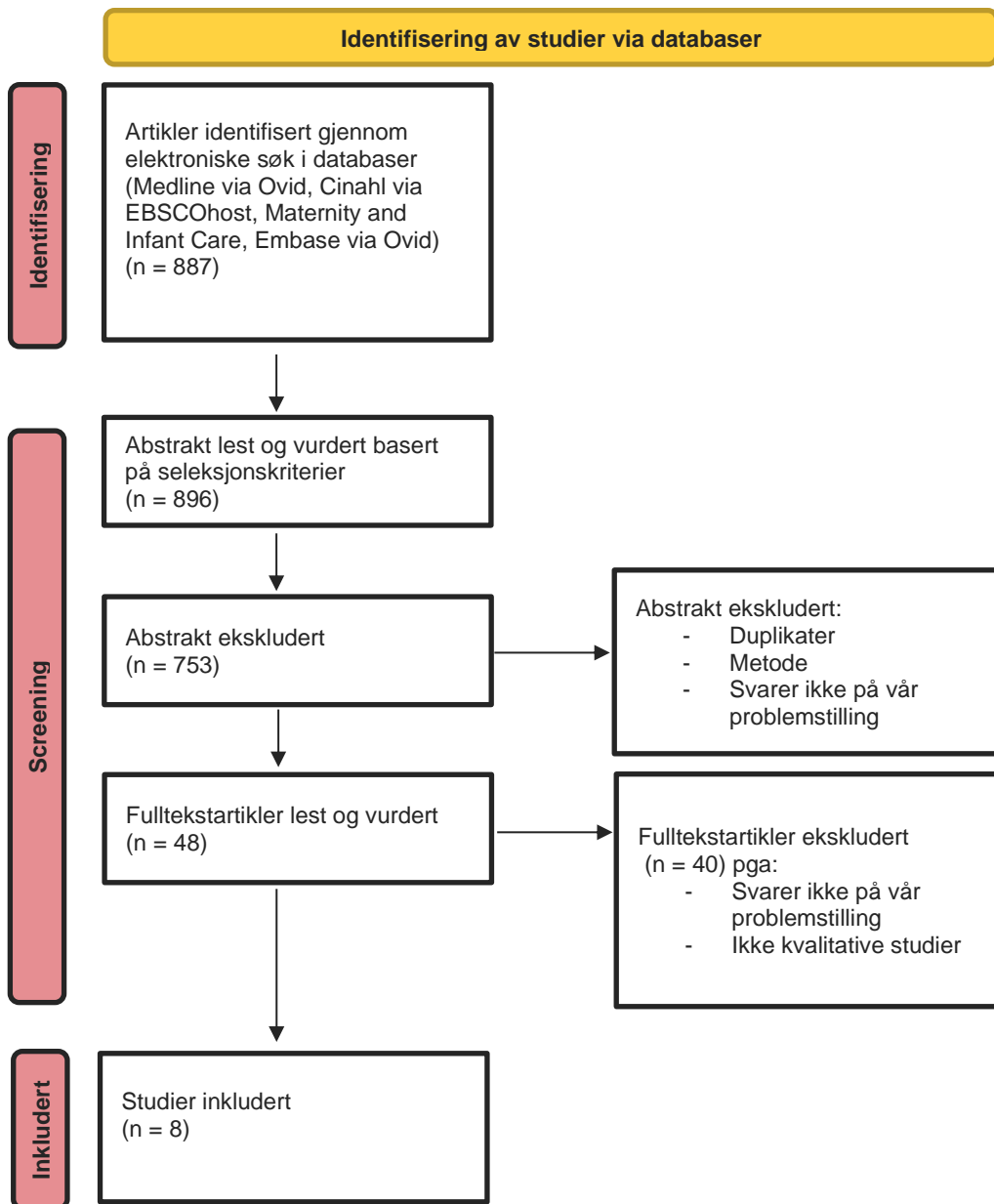
#	Søkeord:	Antall treff:
1	"early labour"	136
2	"latent phase"	183
3	"latent labour"	3
4	"labour onset"	63
5	"labour stage first"	336
6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	682
7	"midwi*"	67,578
8	"midwives assessment"	11
9	"midwives perspectives"	55
10	S7 OR S8 OR S9	67,578
11	S6 AND S10	139

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Studier som utforsker jordmors håndtering eller erfaring med latensfase eller kvinners erfaring med jordmors håndtering av latensfasen	Ikke overførbart til fødselsomsorgen i Norge
Tilstrebe artikler publisert etter 2010	Partners/ledsagers opplevelser
Artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk	Studier som tar for seg aktiv fødsel
Fagfelleverderte artikler	U-land, lavinntektsland
	Kvinner med sykdom eller alvorlige komplikasjoner i svangerskapet

7.3.1 Screeningprosess

Etter å ha fått hjelp av bibliotekar og veileder og dermed utvidet antall søkeord endte vi opp med totalt 887 treff. 463 treff i Embase via Ovid, 139 treff i Cinahl via Ebscohost, 95 treff i Medline via Ovid og 190 treff i Maternity and Infant Care database. Etter gjennomgang av tittel og abstrakt av samtlige studier ble det besluttet å lese 48 artikler. Totalt ble 40 av 48 artikler ekskludert, da disse ble vurdert til å ikke møte våre inklusjonskriterier, ikke være av god nok kvalitet eller at de ikke hadde nok relevant materiale for å besvare oppgavens problemstilling. Flere av artiklene her gikk på kvinnens opplevelse av latensfasen og ble derfor ekskludert på bakgrunn av at det manglet informasjon om jordmorens håndtering av kvinnen. Det var ikke ønskelig å inkludere artikler som kun beskrev kvinnens egen opplevelse av den tidlige fasen av fødselen. Til slutt endte vi opp med å inkludere 8 artikler. For nærmere beskrivelse av screeningprosessen viser vi til figur 1. Vi gikk gjennom litteraturlisten til disse 8 artiklene i tillegg til annen litteratur på emnet, men vi fant ingen studier som vi ikke allerede hadde funnet gjennom litteratursøket. Når vi satt igjen med det totale antallet artikler, så vi at majoriteten av artiklene var publisert i tidsskriftet Midwifery. Dette har ikke vært vår intensjon, men resultatet av det systematiske litteratursøket med inklusjon- og eksklusjonskriterier samt kvalitetsvurdering. Dermed var det disse artiklene som var mest aktuelle for å besvare vår problemstilling.



Figur 1: PRISMA flytdiagram (Page mfl. 2021)

7.4 Etiske betraktninger

Før arbeidet med å gjennomføre en systematisk litteraturstudie begynner, skal det gjøres etiske vurderinger. Dette er et krav til alle vitenskapelige studier (Forsberg og Wengström, 2015, s. 59-60). I utførelsen av denne studien har det ikke vært behov for å søke om etisk godkjenning, da det ikke er nødvendig ved litteraturstudier. Dette er fordi man samler inn data i form av allerede publiserte studier (Aveyard, 2018, s. 20). Imidlertid er det viktig å kun inkludere studier som har fått godkjenning fra en etisk komité. Årsaken til at studiene må søke om godkjenning fra en etisk komité

er for å fremme sikkerheten til deltagerne i studiene (Aveyard, 2018, s. 20). Videre bør studiene ha gjort rede for etiske overveininger (Forsberg og Wengström, 2015, s. 59-60). Alle artiklene som er inkludert i denne litteraturstudien er blitt vurdert med tanke på kvalitet og etikk, samt har fått godkjenning fra en etisk komité.

Det kommer frem av Forsberg og Wengström (2015, s. 59-60) at det er forskningsetisk uforsvarlig å gi feil eller misvisende tolkninger av funn, eller å unnlate å presentere publikasjoner som viser motstridende resultater. Videre er det uetisk å kun presentere de funnene som støtter forskerens egen hypotese. Å stjele, plagiere og fabrikere data er ikke tillatt. Dessuten må man vise til alle artikler som inngår i studien (Forsberg og Wengström, 2015, s. 59-60).

7.5 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

Inkluderte studier i denne oppgaven har blitt gjennomgått og har blitt vurdert til å være relevante for å svare på problemstillingen. Artiklene har blitt vurdert til å være av høy kvalitet. I vurderingen av artiklene har vi kritisk gjennomgått artiklene hver for oss gjentatte ganger før vi sammen har diskutert vurderingene våre. Til tross for at majoriteten av våre inkluderte studier er publisert i anerkjente tidsskrift, har det vært viktig å kritisk vurdere artiklene (Aveyard, 2018, s. 104). Det poengteres imidlertid av Aveyard (2018, s. 104) at man skal være kritisk, men ikke for kritisk. Det finnes ikke perfekt forskning, og man risikerer å gå glipp av essensielle funn og at oppgaven blir preget av bias dersom man kun baserer seg på forskning av svært høy standard (Aveyard, 2018, s. 104). Ved kritisk granskning av artikler anbefales det å bruke en sjekkliste som pedagogisk verktøy, og vi har i denne sammenheng valgt å bruke sjekkliste for «Kvalitativ studie» fra Helsebiblioteket (2016). Sjekklisten er inspirert av Critical Appraisal Skills Programme (CASP), som ifølge Aveyard (2018, s. 125) er et hyppig brukt analyseverktøy. Ifølge Helsebiblioteket (2016) er det to overordnede spørsmål som bør ligge til grunn når man starter vurderingen av en artikkel: «Har artikkelen en klart formulert problemstilling?» og «Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?». Dersom svaret er nei bør artikkelen ekskluderes. Videre anbefales det at man stiller følgende spørsmål, i tillegg til å bruke egnede sjekklister for aktuell forskningsmetode: «Kan du stole på resultatene?», «Hva er resultatene?» og «Kan resultatene brukes i min praksis?» (Helsebiblioteket 2016). For kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene, «Vedlegg 2».

7.6 Analyse

Etter å ha identifisert og organisert primærstudiene, er det deres resultat som legger grunnlaget for analysen og ny kunnskap (Malterud, 2017b, s. 71).

7.6.1 Tematisk syntese

Analysearbeid tar sikte på at det innhente materialet fra det systematiske litteratursøket skal tolkes og analyseres. I denne studien har vi valgt å bruke tematisk analyse, slik den er beskrevet av Thomas og Harden (2008) for å gjøre en syntese av datamaterialet. Tematisk analyse beskrives som en sammenligning av ideer eller temaer som er fremstilt i studiene ved å kategorisere felles temaer, nøkkelord, metaforer og ideer som er felles for inkluderte studier. Målet er å sammenfatte ulike studier i sin helt fremfor å fokusere kun på enkeltstudier (Aveyard, 2018). Vi fulgte Thomas og Harden's tre trinn i analyseprosessen:

I trinn 1 gjøres koding «linje for linje» fra resultatavsnittene i primærstudiene; i trinn 2 går man videre og utvikler de deskriptive temaene; i trinn 3 utvikler man de analytiske teamene, det er her selve fortolkningen vil foregå (Thomas og Harden, 2008). Før vi startet på trinn 1 leste vi resultatdelen i alle de inkluderte artiklene grundig og gjorde notater om hva vi mente var hovedfunnene i hver enkelt artikkel. Deretter diskuterte vi oss imellom hva vi hadde kommet frem til. I det første trinnet av tematisk syntese skal man lage koder av resultatene i primærstudiene (Thomas og Harden, 2008). Her skal man lete etter mening i innholdet ved å lese gjennom teksten, linje for linje. Å kode linje for linje var avgjørende for å gjennomføre det som er sett på som en nøkkeloppgave i analyse av kvalitativ forskning; nemlig oversettelse av begreper fra en studie til en annen (Thomas og Harden, 2008). Her valgte vi å lese gjennom resultatdelene til alle primærstudiene hver for oss, for så å gjennomgå de sammen. Linje-for-linje kodingen ble gjennomført ved å bruke dataprogrammet Word, og det ble brukt «klipp og lim» metoden. Alt materiale som var relevant for problemstillingen ble hentet ut fra resultatavsnittene i primærstudiene, både forfatterens fortolkning og sitater. Et eksempel på en meningsbærende enhet i teksten: «The environment in which a midwife works often dictates how she diagnoses labour onset» (Burvill, 2002). Denne teksten fikk koden «Jordmor påvirkes av avdelingens kultur». Vi diskuterte innholdet i de meningsbærende enhetene i fellesskap og ble enige om dens betydning. Linje-for-linje kodingen gjorde det mulig å gå dypere inn i studiene og hente ut meningsinnholdet i setningene (Thomas og

Harden, 2008). Vi gjennomgikk alle kodene for å sikre oss om at de ga den rette mening, og noen av kodene ble sammenslått. Kodene fra trinn 1 i analysen er vist i tabell 5.

I trinn 2 skal man ifølge Thomas og Harden (2008) finne likheter og ulikheter mellom kodene. Videre skal man gruppere kodene i en hierarkisk struktur. Dermed dannes det beskrivende temaer ut ifra essensen i de meningsbærende enhetene. Her ble det benyttet «klipp og lim» metoden, men i dette trinnet i papirform. For å kunne danne oss et bilde av hva som var gjennomgående i datamaterialet registrerte vi hvilke koder som gikk igjen mange ganger. De mest brukte kodene var «Vurdering av kvinnens mestringsnivå», «Rådgivning til kvinner i latens», «Normalisere situasjonen», «Vurdering av fysiske tegn på fødsel», «Jordmors påvirkning av institusjonens retningslinjer, travel avdeling og jordmormangel», og «Individuell vurdering av kvinnen». Etter å ha plassert kodene sammen under ulike temaer ble de deskriptive temaene identifisert. Denne prosessen resulterte i totalt fire deskriptive tema.

Det tredje trinnet går ut på å generere de deskriptive temaene om til analytiske temaer, og fasen beskrives som den mest utfordrende og kontroversielle i en kvalitativ syntese fordi den krever at forskeren er innsiktsfull og gjør egne vurderinger (Thomas og Harden, 2008). I dette trinnet ble funnene gjennomgått først selvstendig og deretter samlet. Videre førte diskusjon frem til flere abstrakte og analytiske temaer. Denne prosessen ble gjentatt frem til de deskriptive temaene var tilstrekkelig abstrakte til å kunne utvikles til endelige analytiske temaer som svarte på problemstillingen (Thomas og Harden, 2008). Avslutningsvis endte vi opp med to overordnede analytiske tema, som er presentert i tabell 6. Temaene bidrar til en dypere forståelse og gir svar på problemstillingen vår.

Tabell 5: Koder som ble identifisert i primærstudiene.

Forfatter:	Koder
Cheyne mfl. (2006)	Vurdere fysiske tegn på fødsel/Vurdere vannavgang/Vurdering av rier/Jordmors vurdering av cervix/Differensialdiagnose/ Vurdere kvinnens historie/ Latens eller aktiv fødsel?/Vurdering av kvinnens mestringsnivå/ Kvinnenes forventninger til fødsel og behov for informasjon/Konflikt mellom jordmors og kvinnens vurdering/Vurdere støtten fra partner/Geografisk beliggenhet i forhold til fødested/Jordmor påvirkes av institusjonens retningslinjer, travel avdeling og jordmormangel/Manglende retningslinjer/Jordmor som portvakt/Mangel på kontinuitet innenfor jordmormodellen på sykehus/Forsvare sine handlinger for andre kollegaer
Spiby mfl. (2014)	Telefonvurdering/Erfaringsbasert intuisjon/Vennlighet gir trygghet/Kommunikasjonsteknikk/Informasjon/Geografi/Vurdering av fødsel/Informasjon direkte fra kvinnen/Latensfasen ikke viktig/Normalisere alle/Hjemme i latens/Jordmor påvirkes av travel avdeling og jordmormangel/Mangel på fødselsforberedelse hos kvinnene/Rådgivning til kvinnen i latensfasen/Vurdering av kvinnens mestringsstrategi
Eri mfl. (2011)	Individuell vurdering av kvinnene/Få ett overblikk over situasjonen/Jordmors vurdering av fødselens faser/Normalisere situasjonen og gi trygghet til kvinnene/Jordmor som portvakt/Å være ydmyk overfor kvinnene når man kommuniserer/Rådgivning til kvinnene i latens/Fremme empowerment hos kvinnen
Carlsson mfl. (2011)	Fødselsforberedende kurs forberedte kvinnene/Styrke til å være hjemme/Normalisere situasjonen for kvinnen/Takle latensfasen hjemme/ Distrahere seg selv/Mestringsstrategi hos kvinnen
Cheyne (2007)	Kvinnens forventninger til fødsel/Rådgivning til kvinnene i latens/Takle latensfasen hjemme/Forklare hensikten med å være hjemme i latens
Ängeby mfl. (2015)	Jordmor normaliserer situasjonen og gir trygghet for kvinnene/Mangel på fødselsforberedelse hos kvinnene/Telefonkommunikasjon/Å bli

	avvist av jordmor/Jordmor påvirkes av institusjonens retningslinjer/Rådgivning til kvinnen i latens/Farmakologisk smertelindring og induksjon
Burvill (2002)	Diagnostisering av fødsel/Jobbe intuitivt/Individuell vurdering av kvinnene/ Kvinnens mestringsstrategi/Ikke forstyrre naturlige prosesser/Jordmor påvirkes av avdelingens kultur
Eri mfl. (2010)	Vurdering av jordmor/Rådgivning til kvinnen i latens/Kommunikasjon mellom jordmor og kvinnen/Vurdering av fysiske tegn på fødsel

8 Resultater

Initialt presenteres de totalt åtte inkluderte primærstudier og deres bidrag til resultatene, i tabell 6. Videre presenteres de fire beskrivende temaene som først framkom gjennom analyse i tillegg til de to analytiske temaene, i tabell 7.

Temaene blir presentert med sitater fra primærkildene. Disse er ikke oversatt fra originalspråket, som er engelsk i alle artiklene.

8.1 Presentasjon av inkluderte artikler

Det er åtte artikler inkludert i denne tematiske syntesen. De inkluderte artiklene er kvalitative primærstudier, som presenteres i tabell 6. Det er til sammen 137 deltagere i studiene og alle er utført i vestlige land.

Tabell 6: Presentasjon av inkluderte artikler.

<i>Forfatter (e), årstall, land</i>	<i>Formålet med studien</i>	<i>Studiens design, datainnsamling, deltakere og analysemetode</i>	<i>Hovedfunn</i>	<i>Kvalitets vurdering</i>
Burvill, 2002, Storbritannia.	Formålet med studien var å finne ut hvordan jordmødre diagnostiserer fødselens start, og lage en modell ut ifra dette.	En kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju og dybdeintervju. 8 jordmorstudentene og en undervisningsjordmor deltok i fokusgruppeintervjuet. Det ble i tillegg utført dybdeintervju med en erfaren jordmor.	Jordmødrene indikerer at vurdering av cervix alene ikke er nok for å diagnostisere fødsel. Jordmødrene brukte andre sanser for vurdering av fødsel, og de poengterer viktigheten av å ikke bryte inn i kvinnens fødselsprosess uten indikasjon. Jordmødrene mener avdelingens kultur er med på å avgjøre hvordan jordmor diagnostiserer fødsel	Høy kvalitet, 8/10

		Dataen ble analysert ved hjelp av en tematisk analyse.	og håndterer latensfasen. Studien beskriver faren for en høyere intervensjonsrate dersom aktiv fødsel diagnostiseres for tidlig.	
Carlsson mfl., 2011, Sverige.	Målet med studien var å få en dypere forståelse for hvordan kvinner som blir hjemme til den aktive fasen av fødselen, opplever perioden fra fødselsstart til innleggelse på fødeavdeling.	Kvalitativ studie basert på dybdeintervju. 19 kvinner som hadde født sitt første barn deltok i studien. Dataen er analysert ved hjelp av tematisk analyse.	Kvinnene tok kontakt med jordmødre for å få en bekreftelse på at det de opplevde var normalt. At jordmor hjalp kvinnene til å få tro på seg selv var med på å styrke kvinnens evne til å mestre riarbeidet i latensfasen hjemme. De beskrev også at fødselsforberedende kurs forberedte dem og gav dem styrke til å takle latensfasen.	Høy kvalitet, 8/10
Cheyne mfl., 2006, Storbritannia.	Målet med denne studien var å undersøke jordmødres oppfatning av måten de diagnostiserer fødsel på.	Kvalitativ studie som benyttet bekvemmelighetsutvalg og fokusgrupper. 13 jordmødre deltok i studien. Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse.	Jordmødrene vurderer fysiske tegn på fødsel og muligheten for differensialdiagnoser. Kvinnens historie, mestringsnivå og støtte fra partner er også essensielle aspekter som jordmødrene kartla.	Høy kvalitet, 8/10
Cheyne, 2007,	Studiens formål var å undersøke kvinners	Kvalitativ studie med bruk av individuelle	Kvinnene opplevde at jordmødrene kommuniserte at de måtte være hjemme	Høy kvalitet, 9/10

Storbritannia.	erfaringer med latensfasen.	semi-strukturerte intervjuer. 21 kvinner deltok i studien. Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse.	helt til de hadde behov for smertelindring. Kvinnene ønsket at jordmødrene forklarte hvorfor det er hensiktsmessig å være hjemme i latensfasen, og at de fikk råd om hvordan håndtere fasen.	
Eri mfl., 2010, Norge.	Å utforske norske førstegangsfødende kvinners erfaring med kommunikasjon og kontakt med jordmor på fødeavdelingen i den tidlige fasen av fødselen.	En kvalitativ studie basert på dybdeintervju. Det er inkludert 17 kvinner som ventet sitt første barn. Analysen er gjort ved hjelp av en tematisk analyse.	Jordmødrene signaliserer at kvinnene bør være hjemme så lenge som mulig. Kvinnene opplevde at jordmødrene var mest opptatt av rienes intervall og styrke. Kvinnene var redde for å komme til fødeavdelingen for tidlig.	Høy kvalitet, 8/10
Eri mfl., 2011, Norge.	Å utforske hvilke prioriteringer og strategier jordmødre bruker i møte med førstegangsfødende kvinner som søker kontakt i den tidlige fasen av fødselen.	Kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju. 18 jordmødre var inkludert i studien. Analysemetode er ikke beskrevet i studien.	Jordmødrene prøvde å få et overblikk over kvinnens situasjon. Deretter prøvde de å normalisere situasjonen for kvinnen og gi trygghet. Jordmødrene fungerer som portvakter i avdelingene, for å beskytte kvinnene fra medisinske intervensjoner.	Høy kvalitet, 8/10

<p>Spiby mfl., 2014, Storbritannia.</p>	<p>Å utforske jordmødres bekymringer, erfaringer og oppfatninger av hensikten med telefonkontakter med kvinner i tidlig fødsel.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på fenomenologisk forskningsdesign. Det ble utført tre gruppeintervjuer med jordmødre og ni dybdeintervjuer av jordmødre/obstetrikere/resepsjonister. Det ble brukt en fortolkende fenomenologisk analyse som analysemetode.</p>	<p>Studien beskriver en rekke vurderinger jordmødre gjør i møte med kvinner i latensfasen. Travel avdeling og mangel på jordmødre gjør at kvinner i latens blir nedprioritert. Jordmødrene mener det burde være mer fokus på latensfasen i fødselsforberedende kurs.</p>	<p>Høy kvalitet, 8/10</p>
<p>Ängeby mfl., 2015, Sverige.</p>	<p>Å undersøke førstegangsfødende kvinners preferanser for omsorg under en langvarig latensfase.</p>	<p>En kvalitativ studie basert på fokusgrupper og individuelle intervjuer. 16 kvinner som hadde født deltok i studien. Studien er analysert med innholdsanalyse.</p>	<p>Jordmødrene fulgte sykehusets retningslinjer og prosedyrer, mens kvinnene ønsket å bli sett på som et selvstendig individ som hadde egne behov. At jordmødrene gav uttrykk for at de var velkomne til å komme inn på avdelingen gav kvinnene trygghet. At jordmødrene gav kvinnene personlig omsorg og brukte tid på å kartlegge kvinnens situasjon var av stor betydning for kvinnene.</p>	<p>Høy kvalitet, 10/10</p>

8.2 Presentasjon av deskriptive og analytiske tema

I tabell 7 vises våre 4 deskriptive temaer i kolonne 1, mens kolonne 2 viser de studiene hvor de deskriptive temaene ble identifisert. Kolonne 3 er de analytiske temaene som er dannet på bakgrunn av de deskriptive temaene.

Tabell 7: Oversikt over deskriptive og analytiske tema.

Deskriptive tema:	Referanse primærstudier:	Analytiske tema:
Kartlegge kvinnens historie og mestringsnivå	(Cheyne, Dowding, og Hundley, 2006), (Spiby mfl., 2014), (Eri mfl., 2011), (Carlsson mfl., 2012), (Ängeby mfl., 2015).	Danne seg et helhetsbilde
Vurdering av fysiske tegn	(Cheyne mfl., 2006), (Spiby mfl., 2014), (Eri mfl., 2011), (Burvill, 2002), (Eri mfl., 2010).	Danne seg et helhetsbilde
Samhandling med kvinnene	(Cheyne mfl., 2006), (Spiby mfl., 2014), (Eri mfl., 2011), (Carlsson mfl., 2012), (Cheyne mfl., 2007), (Ängeby mfl., 2015), (Burvill, 2002), (Eri mfl., 2010).	Forhandling og balansering
Håndtering av avdelingens kultur og institusjonens retningslinjer	(Cheyne mfl., 2006), (Spiby mfl., 2014), (Eri mfl., 2011), (Ängeby mfl., 2015), (Burvill, 2002).	Forhandling og balansering

8.3 Danne seg et helhetsbilde

Når kvinner i latensfase kontakter jordmor per telefon eller oppsøker fødeavdeling arbeider jordmødrene med å danne seg et helhetsbilde. Dette gjør hun gjennom å kartlegge kvinnens historie og mestringsnivå og det gjøres en vurdering av hvor i fødselsforløpet kvinnen befinner seg.

8.3.1 Kartlegge kvinnens historie og mestringsnivå

Dette kapitlet omhandler hvordan jordmor vurderer kvinnens historie og mestringsnivå når hun kontakter jordmor ved fødselsstart. Det kommer fram av studiene at mange kvinner ringer inn til fødeavdelingen når de starter med rier, spesielt førstegangsfødende. Det første jordmor ønsker når en kvinne ringer inn er å få ett overblikk over situasjonen. *«Sometimes you have to ask really concrete questions, and sometimes what they're saying is just a confused mess»* (Spiby mfl., 2014).

Jordmor gjør en rekke vurderinger over telefon, som blant annet hvor kvinnen bor, hvordan hun håndterer riene, hvor ofte riene kommer. Det ble sagt at det var viktig for jordmødrene å få informasjonen direkte fra kvinnen selv og ikke fra kvinnens partner. *«In assessing labour pain, midwives wanted to speak directly to the woman and not to anybody else and wanted to hear a woman experience a contraction whilst on the phone»* (Spiby mfl., 2014). Jordmødrene beskrev at mye kan vurderes ut fra kvinnens stemme og at de ikke nødvendigvis trengte å komme inn til fødeavdelingen for en vurdering. Hvis en kvinne fremstår veldig påvirket av riene i telefonen kan det indikere at hun er i aktiv fødsel og derfor bør komme til fødeavdelingen. Det er noen ganger nødvendig å føre en lengre samtale med kvinnen for å kunne høre henne gjennomgå en ri: *«Actually i just had a fake conversation with you to see if I think you are in labour»* (Spiby mfl., 2014).

Generelt spurte ikke jordmødrene kvinnen direkte om hennes mestringsstrategi hjemme når hun ringte inn, og det var uklart om det var fordi de ikke hadde tid, at de ikke så på det som sin rolle eller ikke følte seg i en posisjon til å gi råd (Spiby mfl., 2014). Jordmødrene kommenterte at kvinnene manglet informasjon om latensfasen og mener at hvis de hadde hatt bedre fødselsforberedende kurs som innbefattet latensfasen ville de ikke følt seg så bekymret. Det samme kom frem av deltagerne i studien til Cheyne med flere (2006) hvor de følte at mange av kvinnene hadde urealistiske forventninger og misvisende beskrivelser av fødsel fra media, spesielt fra såpeoperaer. De mente at undervisningen i svangerskapsomsorgen ikke forberedte kvinnene tilstrekkelig på hva de kunne forvente i tidlig fødsel med tanke på smertene som oppstår ved dilatasjon av cervix. Kvinnene i studien til Ängeby med flere (2015) følte at de ikke var godt nok forberedt på latensfasen og at de hadde behov for informasjon. Stress og hvor godt eller dårlig kvinnene taklet situasjonen var sterkt i samsvar med hvor godt forberedt hun var for fødsel: *«You realise that they have not a clue of what to expect and therefore they are scared»* (Ängeby mfl., 2015).

Jordmødrene kommenterte at hvor kvinnen befinner seg geografisk i forhold til fødeavdelingen har noe å si for vurdering vedrørende om kvinnen kan komme til fødeavdelingen når hun fremdeles er i latens (Spiby mfl. 2014; Cheyne mfl. 2006). Lang kjørevei og bruk av ambulanse var også medvirkende til om de ble beholdt i fødeavdelingen selv om kvinnen var i latens. Jordmødrene måtte også innrømme at av og til blir det vurdert feil over telefonen: «*You get it wrong and there is a baby born before arrival at the hospital*» (Spiby mfl., 2014).

Noen ganger handler ikke jordmorens vurdering av kvinner i latensfasen om hvorvidt hun er i aktiv fødsel eller ei, det er like viktig med en helhetsvurdering av hver enkelt kvinne (Cheyne mfl., 2006). Kvinnens stressnivå, bakgrunn, hvor godt hun mestrer smertene og hvorvidt hun har behov for å bli trygget.

«Sometimes you'll have a lady who comes in, cervix only 50 % effaced, maybe one cm, quite posterior, but she's so distressed you just couldn't possibly send her home. So you keep her in, not because she's in labour but she's not coping, she needs reassurance» (Cheyne mfl., 2006).

Når kvinner ble lagt inn på fødeavdelingen når de fortsatt var i latensfasen, ble valg av oppfølging basert på en rekke momenter; hvordan kvinnen mestret situasjonen, hennes forventninger, i tillegg til institusjonens retningslinjer (Cheyne mfl., 2006). For noen kvinner var det viktig å bli lagt inn på fødeavdelingen i latensfasen fordi de hadde behov for enten farmakologisk smertelindring eller ikke-farmakologisk smertelindring (Ängeby mfl., 2015). Kvinnene syntes at morfin-injeksjon hjalp på smertene og hjalp dem til å sove. Noen av kvinnene beskrev det som å «bryte en vond sirkel». Etter dette ble noen av kvinnene tilbydd induksjon av fødsel og amniotomi og dette ble positivt mottatt (Ängeby mfl., 2015).

Jordmødrene i studien til Cheyne med flere (2006) beskrev at de vurderte kvinnens partner og hvorvidt det ser ut som om han eller hun er en god støtte for kvinnen. Spesielt dersom kvinnen skal bli sendt hjem igjen, vil hun da få tilstrekkelig støtte fra partneren sin? Flere av jordmødrene var dessuten bekymret for de kvinnene som hadde gjentakende innleggelser med falske rier:

«Sometimes they've been in and out thinking they're in labour, and you're thinking, "is there something wrong?" Or, should we be sending her home? Because obviously she's not dealing well

with what's going on» (Cheyne mfl., 2006). Noen jordmødre beskrev også at de noen ganger hadde en intuisjon om at noe var galt (Spiby mfl., 2014).

8.3.2 Vurdere fysiske tegn på fødsel

Å vurdere om fødselen er i gang og hvor i fødselsforløpet en kvinne befinner seg er en essensiell oppgave for jordmor (Cheyne mfl., 2006). Hun ser, lytter og føler for å gjøre en vurdering av kvinnen. Jordmor vurderer flere fysiske tegn på hvor i fødselsforløpet kvinnen er. Det er en individuell vurdering av hver kvinne som ikke alltid er like lett å vurdere i nåtid, men som er lettere å se i retrospekt. *«It's when her contractions are becoming more regular, they're becoming more painful, they're becoming stronger – that's when she's in labour»* (Cheyne mfl., 2006).

Den vanligste årsaken for at en kvinne kommer inn til en undersøkelse på fødeavdelingen er for å vurdere om kvinnen er i aktiv fødsel eller ikke (Eri mfl., 2011). *«The check-up was characterised by objective investigations carried out by the midwife. These might involve CTG and a vaginal examination of the cervix»* (Eri mfl., 2011). Kvinnens framtoning når de kom til fødeavdelingen ga jordmoren mye informasjon og det var ofte det første de vurderte, men jordmødrene var enige om at det var dilatasjonen av cervix som var den viktigste indikatoren på om hun var i fødsel eller ikke. *«I look at her first, you think, what does she look like and what is her state? Is she actually uncomfortable, has she walked up crying or smiling?»* (Cheyne mfl., 2006). Jordmoren må først gjøre en diagnostisk vurdering om hvorvidt kvinnen er i fødsel eller ikke, basert på de fysiske tegnene på fødsel. Deretter gjøres en ny vurdering av hva som er riktig oppfølging for kvinnen, basert på en helhetsvurdering av kvinnen (Cheyne mfl., 2006).

Det var noe uenighet om det riktige tidspunktet for å gjøre en vaginalundersøkelse. Det ble rapportert i studien til Eri med flere (2011) at noen jordmødre ventet veldig lenge med å undersøke kvinnene. Andre jordmødre i samme studie mente derimot at både kvinnen og avdelingen trengte å vite om kvinnen var i fødsel for ikke å kaste bort tiden. *«Because it's not necessary for them to stay longer than needed if they're not in labour, if everything else is normal»* (Eri mfl., 2011).

Burvill (2002) mente derimot at jordmors primære rolle er å se, høre og tolke signalene som gis uten å fysisk forstyrre kvinnens kropp og fødselsprosessen. Hun mener at det ikke er nødvendig å gjøre en vaginalundersøkelse for å diagnostisere fødselsstart hos de fleste kvinner. Alle jordmødrene i denne

studien følte at medisinsk diagnostisering av fødsel, basert på cervix dilatasjon og kontraksjoner alene, ikke representerte realiteten hos alle kvinner. Derimot mente de i studien til Cheyne med flere (2006) at vaginalundersøkelse av kvinnen var viktig for å vurdere hvor i fødselsforløpet kvinnen var, spesielt hvis man vurderte å sende kvinnen hjem. De spesifiserte at det ikke bare var dilatasjonen av cervix som var av betydning, men også dens konsistens, posisjon og lengde.

Jordmødrene ønsket at kvinnene skulle vite at det var hvilket stadium i fødselen de var i som var av størst betydning når de skulle avgjøre videre oppfølging (Spiby mfl., 2014). Når jordmødrene snakket med kvinnene på telefon var det hyppigheten og lengden på riene som var av størst betydning i vurderingen av om kvinnen var i latens eller aktiv fødsel. Et annet viktige moment var om vannet hadde gått. Dersom kvinnen hadde vannavgang uten oppstart av rier, hadde dette også implikasjoner for hvordan jordmor vurderte den videre oppfølgingen (Spiby mfl., 2014). «*If they're not contracting (and have ruptured membranes) it impacts on your management, but it doesn't impact on what you're saying about labour*» (Cheyne mfl., 2006). Det er viktig å ha med i vurderingen at noen kvinner går nærmest direkte i aktiv fødsel uten mange fysiske tegn i forkant. Andre forblir i latensfasen i flere dager. Det å diagnostisere aktiv fødsel på feil tidspunkt, kan føre til uheldige utfall på videre oppfølging av fødselen og på fødselsutfallet. Det er derfor viktig å diagnostisere fødselens aktive fase på korrekt tidspunkt (Burvill, 2002).

8.4 Forhandling og balansering

Jordmødres håndtering av fødselens latensfase er også preget av forhandling og balansering. På den ene siden utgår de fra en samhandling med kvinnen, men de er også påvirket av avdelingens kultur og institusjonens retningslinjer.

8.4.1 Samhandling med kvinnene

Under dette punktet beskrives samhandling mellom jordmødre og kvinner, noe som er en essensiell del av arbeidet når kvinner tar kontakt med fødeavdelingen i latensfasen. Ved telefonkontakt med kvinner i latensfasen brukte jordmødrene ulike kommunikasjonsteknikker, blant annet var det viktig å kartlegge kvinnens forventninger for telefonsamtalen og å få en bekreftelse på at kvinnen følte seg trygg med utfallet av samtalen. Det var viktig for jordmødrene å poengtere ovenfor kvinnene at de er

der for dem, at de alltid kan komme til avdelingen om de har behov for det (Spiby mfl., 2014). Mange av jordmødrene gav konkrete råd til kvinnene:

«Then I might give concrete advice: I think you should have something to eat, and then have a shower, and try to get some rest. Some women need specific advice, not just «try this or that». Some of them haven't slept in ages, they're so exited» (Eri mfl., 2011).

Jordmødrene poengterte at det ikke er nå de skal gå i trapper og mobiliseres, de må spare energien til de er i aktiv fødsel. Jordmødrene ønsket også å informere kvinnens partner om hva han eller hun kunne gjøre, i tillegg til å repetere at alt er normalt. Ved kontroller hvor det viste seg at kvinnen var i latensfasen syntes jordmødrene at det beste var om kvinnen tok en selvstendig avgjørelse om å reise hjem:

«I never say «you're going straight home». We'll keep you here for a time and see what happens, if things pick up or if they settle down again. I explain in a little more detail about how contractions are when you're in active labour» (Eri mfl., 2011).

Flere av jordmødrene poengterte betydningen av å være ydmyk ved telefonkommunikasjon: *«I think, normalize, of course, but at the same time, you have to be humble. We're sitting there on the phone and we don't have any information except what the women is telling us» (Eri mfl., 2011).*

Jordmødrene fortalte at de arbeidet intuitivt (Burvill, 2002), og innrømmet dessuten at de gjentatte ganger hadde gjort feil vurderinger av hvor fremskreden en kvinne var kommet i fødsel (Eri mfl., 2011). Imidlertid var det en utfordring at det ofte var en diskrepans mellom jordmors kliniske vurderinger og kvinnens forventninger (Cheyne mfl., 2006). *«I've often given woman sedation against my better judgement because her mother has insisted that that's what she wants, and I haven't felt that I was managing that the most effective way» (Cheyne mfl., 2006).*

Etter at jordmødrene hadde fått et inntrykk av situasjonen til kvinnen, var neste steg å normalisere (Eri mfl., 2011). Videre var det viktig å trygge kvinnen, slik at hun følte seg i stand til å håndtere latensfasen hjemme. *«It's all about getting them to be confident enough in themselves or confident in the situation so that they prefer to be home rather than at the hospital, otherwise labour seems so long» (Eri mfl., 2011).* Dersom kvinnene ikke følte seg trygge, var erfaringen at de ringte gjentatte ganger.

Årsaken til at kvinnene kontaktet fødeavdelingen var blant annet at latensfasen hadde pågått lenge, en redsel for at noe var galt, bekymring for babyen eller et generelt behov for bekreftelse på at det de opplevde var normalt (Ängeby mfl., 2015). Kvinnene opplevde tiden hjemme som preget av uro og smerte, men følte at det å «gå inn i sin egen fødeboble» hjalp dem å bevare en form for ro (Carlsson mfl., 2012). En stor andel av kvinnene ble oppfordret til å være hjemme så lenge som mulig (Cheyne mfl., 2007). Kvinnene mente at de ville vært mer motiverte for å være hjemme i latensfasen dersom de hadde blitt informert om fordelene ved å være hjemme og risikoen for intervensjoner dersom de ble innlagt på avdelingen for tidlig (Cheyne mfl., 2007). Flere følte at de ikke ble tatt på alvor av jordmor og de følte at de ble behandlet som hypokondere når de uttrykte bekymring. Kvinnene savnet også hjelp til mestringsstrategier (Carlsson mfl., 2012). Etter å ha vært på kontroll ble flere av kvinnene sendt hjem igjen, og dette ble opplevd som ydmykende. Det gjorde imidlertid situasjonen enklere dersom jordmoren hadde vært omsorgsfull og forståelsesfull (Eri mfl., 2010).

8.4.2 Håndtering av avdelingens kultur og institusjonens retningslinjer

En utfordring er at jordmødre må jobbe innenfor institusjonens rammeverk. Dette innebærer å balansere kvinnens behov opp mot fulle fødeavdelinger og mangel på personale: «*She want to stay for the reassurance, and you are desperately trying to shove her out the door because you are just heaving at the seams and you've got nowhere to put her or no midwife to look after her*» (Cheyne mfl., 2006). På travle vakter måtte jordmødrene i studien til Spiby med flere (2014) prioritere kvinnene i aktiv fødsel, og det førte til en konstant nedprioritering av kvinnene i latensfase. Dermed gjorde jordmødrene alt de kunne for å holde kvinnene i latensfase hjemme så lenge som mulig, når de ringte inn til avdelingen. Et annet moment var at jordmødrene måtte følge avdelingens retningslinjer, hvilket gav dem begrensede muligheter for å hjelpe kvinner i latensfasen (Spiby mfl., 2014). Flere av jordmødrene følte dessuten på et behov for å forsvare sine handlinger ovenfor kollegaer dersom de valgte å legge inn en kvinne i latensfasen (Cheyne mfl., 2006).

Jordmødrene fungerte som «portvakter» i avdelingen, hvor de ønsket å holde kvinnene hjemme så lenge som mulig for å beskytte dem mot en kaskade av intervensjoner dersom de ble innlagt på fødeavdelingen (Cheyne mfl., 2006; Eri mfl. 2011; Spiby mfl. 2014). Et essensielt prinsipp hos jordmødrene var at de oppmuntret førstegangsfødende til å være hjemme så lenge som mulig, for kvinnenes eget beste. Dersom de ble innlagt for tidlig så jordmødrene en forventning om handling

både hos kvinnene og hos jordmødrene. «*Something happens in the woman's mind, and something happens to us when we admit them. And then they (the institution) have to do something: they're inside a medical system, because they can't be in labour for days and days*» (Eri mfl., 2011). «*I don't know really, because it's like something happens inside people's heads. When you're admitted to hospital, you're sort of guaranteed to give birth, right. So it's then the trouble starts, when you have a preconceived notion about it*» (Eri mfl., 2011). Det var enighet blant jordmødrene om at det ideelle tidspunktet for å komme til fødeavdelingen var når kvinnene var godt etablert i aktiv fase av fødselen (Spiby mfl., 2014). En jordmor uttrykte bekymring over at mange kollegaer så på latensfasen som uviktig og at fasen burde foregå i hjemmet. Dette bidro til en mentalitet hvor man normaliserte situasjonen for alle kvinnene, også i de tilfellene hvor fasen hadde vart i flere døgn og det var tegn på at det dreide seg om patologi. «*I think the only trouble is that we normalize everybody and I don't think that is picked up on the advice sheet*» (Spiby mfl., 2014). Jordmoren uttrykte bekymring for at man kun ved å være i fødselens aktive fase ble garantert profesjonell observasjon og tilstrekkelig håndtering. Avdelingens kultur hadde dessuten implikasjoner for hvordan jordmødrene diagnostiserte om en kvinne var i latensfase eller aktiv fødsel (Burvill, 2002).

Jordmødrene savnet kontinuitet i svangerskap- og fødselsomsorgen, og bemerket at dersom de hadde fulgt kvinnen gjennom svangerskapet ville det vært enklere å gjøre en telefonvurdering (Cheyne mfl., 2006). Med dagens praksis må man gjøre en vurdering av en kvinne man ikke kjenner, og flere av jordmødrene innrømmet at vurderingen ofte var basert på stereotypier (Cheyne mfl., 2006). Jordmødrene poengterte også at det var tydelig at svangerskapsomsorgen burde hatt mer fokus på fødselsforberedelse, og spesielt med henblikk på latensfasen. «*Midwives commented on women's lack of knowledge and awareness of the latent phase of labour which was explained, in part, by there being less antenatal education in the community than was previously the case. There was a perception that the small number of women who accessed active birth workshops came in later*» (Spiby mfl., 2014).

9 Diskusjon

Her diskuteres resultatene fra litteraturstudien opp mot teoretisk perspektiv i oppgaven, forskning innenfor emnet og annen relevant litteratur.

9.1 Danne seg et helhetsbilde

Kartlegge kvinnens historie og mestringsnivå

Det kommer fram av våre resultater at jordmor ønsker å danne seg et helhetlig bilde av situasjonen til kvinnen som tar kontakt med fødeavdelingen. Denne vurderingen består av flere faktorer som totalt sett gir jordmor en mulighet for å danne seg en individuell vurdering av kvinnen. Det er behov for å spørre helt konkrete spørsmål, dette for å få tak på den informasjonen man er ute etter for å kunne gjøre en grundig vurdering av hver enkelt kvinne (Cheyne mfl., 2006). Det er jordmors oppgave å stille spørsmålene i telefonen slik at viktig informasjon blir hentet frem. Vår opplevelse er at kvinner som ringer inn til avdelingen ikke alltid selv vet hvilken informasjon som er nyttig å formidle. Jordmor må gjøre seg opp flere vurderinger av kvinnen før en eventuell innleggelse i latensfasen, flere enkeltstående vurderinger som til slutt danner ett bilde av den helhetlige situasjonen. Vurderinger som må gjøres er om kvinnen mestrer smertene? Hvilken bakgrunn har kvinnen fra før og hva er hennes ønsker og forventninger? Hvilken støtte får hun av partner? I tillegg må det tas hensyn til avdelingens retningslinjer og kapasitet (Cheyne mfl., 2006; Eri mfl., 2011). Vi har også opplevd at det er stor individuell variasjon på hvor godt kvinner håndterer å ha rier. Enkelte har behov for mye støtte allerede tidlig i latensfasen, mens andre kvinner håndterer denne fasen godt alene, hjemme sammen med sin partner.

Resultat i flere av våre primærstudier peker på at jordmødrene mente at kvinnene hadde for lite kunnskap om fødselens tidlige fase. De ringte derfor ofte inn til fødeavdelingene for å få bekreftelse på at det de opplevde var normalt samt for å få veiledning (Spiby mfl., 2014; Cheyne mfl., 2006). Det kommer derimot fram i en norsk kvalitativ studie av Myhre med flere (2021) at uansett hvor godt forberedt kvinnene var, skjedde det uforutsette hendelser tidlig i fødselsforløpet. Kvinnene hadde behov for støtte fra jordmor eller partner, samt tidlig tilgang til relevant og konkret informasjon (Myhre mfl., 2021). Samtidig beskrives det av samme studie at det er vanskelig å individualisere informasjonen og forberedelsen av en fødsel, da fødselsforløpene er uforutsigbare. Uansett hvor godt forberedt kvinnen er, hender det ofte noe uforutsett (Myhre mfl., 2021). Spesielt

førstegangsfødende opplever dette, at uansett hvor mye de har forberedt seg til fødsel, blir ikke deres opplevelse av latensfasen slik de hadde sett for seg. Jordmødrene må derfor ta seg tid til å gi konkrete råd og normalisere situasjonen når kvinnene ringer inn og opplever at latensfasen er alt annet enn forventet. Det kommer også frem av to studier at førstegangsfødende kvinner har økt risiko for å bli innlagt i fødselens latensfase (Miller mfl., 2020; Rota mfl., 2018). Noe som kan tyde på at førstegangsfødende har et spesielt stort behov for ivaretagelse og trygghet både i svangerskapet og under fødsel. NGF nevner at oppfølgingen til kvinner i latensfasen må tilpasses den enkeltes behov (Rossen mfl., 2020). Etter vår erfaring har jordmødre begrenset tilgang på retningslinjer for hvordan håndtere og hjelpe kvinner i latensfasen. Kanskje en økt anerkjennelse av latensfasen som en del av fødsel, kan bidra til at kvinnene opplever en helhetlig måte å bli møtt på? Og at jordmødre ikke trenger føle at de må forsvare sine handlinger overfor avdelingen dersom det var klarere retningslinjer? Noe som kom frem av resultatet i en av våre primærstudier at jordmødrene følte på (Cheyne mfl., 2006).

Forløpet og lengden av latensfasen varierer mye og det er ikke konsensus for når man kan kalle fasen forlenget. Ifølge Friedman kan man kalle latensfasen hos en førstegangsfødende for forlenget dersom den varer mer enn 20 timer fra oppstart av regelmessige smertefulle kontraksjoner til hun går i aktiv fødsel (Dencker mfl., 2010). Rienes intensitet, regelmessighet og hyppighet sier ikke alt om i hvilken grad kvinnen er smertepåvirket, smerte er en individuell, subjektiv opplevelse, det er derfor flere faktorer som spiller inn på kvinners opplevelse av smerte og behovet for innleggelse i fødeavdeling er individuelt. Derfor kan jordmores håndtering av kvinnen basere seg på andre faktorer enn rent fysisk om hun er i latens eller aktiv fødsel, basert på om kvinnen mestrer situasjonen (Cheyne mfl., 2006). Det er som oftest jordmor som gjør vurderingen om kvinnen skal innlegges på fødeavdeling eller ikke, og det er ikke bare de fysiske aspektene som skal tas hensyn til når jordmor gjør denne vurderingen. Ved å gjøre en vurdering av riene og cervixdilatasjon kan det gi en indikator på hvor i fødselsforløpet kvinnen er, men det gir ikke et bilde av den totale situasjonen til kvinnen. Resultat i flere av våre inkluderte studier viser at jordmødre gjør seg opp en mening basert på fysiske tegn, men også kvinnens mestring og håndtering av latensfasen, geografi, forventninger og avdelingens kapasitet (Beake mfl., 2018; Cheyne mfl., 2006; Eri mfl., 2011).

I et samfunn hvor fødselsomsorgen blir mer og mer sentralisert til tross for at myndighetene fremmer kontinuitet som et kvalitetskrav i fødselsomsorgen (Skogheim og Lundgren, 2021), er blant

annet geografi en viktig faktor for å vurdere kvinnens behov for å komme inn til fødeavdelingen. Har hun lang reisevei er det et viktig element i vurderingen om kvinnen skal komme til avdelingen eller om hun skal fortsette å være hjemme (Spiby mfl., 2014; Cheyne mfl., 2006). Resultatene i vår studie peker i den retning at det er jordmorens egen individuelle vurdering, i påvirkning av kvinnen og avdelingens kultur og kapasitet som bestemmer hvilken behandling kvinnen tilbys av jordmor. Det trengs mer kunnskap omkring hvilke tiltak som kan være nyttig for kvinner i latensfasen, slik at jordmor kan være med på å håndtere dette på en god måte.

Vurdering av fysiske tegn på fødsel

Det å definere start av aktiv fødsel har blitt beskrevet som en av de viktigste avgjørelsene man gjør innen fødselsomsorgen (Hanley mfl., 2016). Det er evidens for at varigheten av både latens- og aktiv fase er av klinisk betydning. For å diagnostisere fødselsfasene systematisk, trenger vi standarddefinisjoner for fasenes begynnelse (Hanley mfl., 2016). Det er imidlertid interessant at det finnes flere ulike retningslinjer og definisjoner på overgangen mellom latensfase og aktiv fødsel. I Norge følger vi NGF's veileder som anbefaler start av aktiv fødsel når kvinnen har regelmessige rier, cervix er avflatet og dilatert 4 cm (Rossen mfl., 2020). Derimot har ACOG definert aktiv fødsel først når cervix er dilatert 5-6 cm (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019). Når det beskrives som så viktig å definere tidspunktet for aktiv fødsel, hvordan kan man da ha forskjellige definisjoner på når dette er? Og utgjør det en forskjell for hvordan fødslene blir behandlet og for fødselsforløpets utfall? Zhang med flere (2010) mener at usikkerheten rundt definisjonen av latensfasen kan føre til økt bruk av intervensjoner. Dette bekreftes av resultat i en av våre inkluderte studier som mener at det å diagnostisere aktiv fødsel på feil tidspunkt, kan føre til uheldige utfall på den videre oppfølgingen av fødselen og på fødselsutfallet. Det er derfor viktig å diagnostisere fødselens aktive fase på korrekt tidspunkt (Burvill, 2002). Det påpekes i en annen av våre inkluderte primærstudier at å vurdere overgangen mellom latens til aktiv fase ikke alltid er lett å vurdere i nåtid, men er lettere å se i retrospekt (Cheyne mfl., 2006). Dette bekreftes av Friedman, som mener at start av aktiv fødsel kun kan diagnostiseres ved å tolke påfølgende vaginalundersøkelser (Cohen mfl., 2018). Det er når dilatasjonskurven endrer seg fra den sakte utviklende latensfasen til den raskere og mer fremadskridende aktive fasen, at man skal diagnostisere start av aktiv fødsel (Cohen mfl., 2018). Dette mener vi er interessante funn, som kanskje indikerer at vi må tenke nytt når man skal diagnostisere start av aktiv fødsel. Kanskje er det ikke en standardisert definisjon av start av aktiv

fødsel som er løsningen, men at man gjør individualiserte vurderinger basert på blant annet denne kunnskapen? En økt oppmerksomhet rundt tematikken kan muligens også bidra i en positiv retning.

Kvinnens vurdering av fødselsstart kan avvike fra jordmors faglige vurdering, noe som kan være utfordrende i klinisk praksis. Det kommer frem av resultat i flere av våre inkluderte studier at kvinner ofte ser på latensfasen som «å være i fødsel», da det er smerter som hovedsakelig kjennetegner kvinnens definisjon av fødselsstart, mens jordmødre ikke ser på latensfasen som en del av fødselen (Beake mfl., 2018; Cheyne mfl., 2006). Det beskrives at jordmødrene stolte mer på vaginalfunnene enn på kvinnens subjektive opplevelse og vurdering av om hun var i fødsel (Beake mfl., 2018). WHO (2018) oppfordrer til at kvinner som ankommer fødeavdelinger blir undersøkt grundig. Det er derimot interessant at NICE (2017) skriver at man ikke nødvendigvis trenger å inkludere vaginalundersøkelse for å bekrefte oppstart av aktiv fødsel. Dette kom også fram av resultatene i en av våre inkluderte primærstudier hvor Burvill (2002) hevder at jordmors primære rolle er å se, lytte og tolke signalene som gis uten å fysisk forstyrre kvinnens kropp og fødselsprosess. Hun mener det ikke er nødvendig å gjøre en vaginalundersøkelse for å diagnostisere fødselsstart hos de fleste kvinner. Det støttes derimot ikke av Beake (2018), Cheyne (2006) og Eri (2011) hvor jordmødrene mener det er viktig å gjøre en vaginalundersøkelse av kvinnen for å kunne avgjøre den videre hjelpen som skal tilbys. Kvinnene i våre inkluderte studier ønsket selv å bli vaginalundersøkt for å få bekreftelse på hvor i fødselsforløpet de befant seg. Jordmødrene ønsket også denne informasjonen for å kunne ta en helhetlig beslutning om kvinnen var i latens eller aktiv fødsel (Spiby mfl., 2014).

Manglende enighet omkring når kvinnen anses å være i aktiv fase av fødselen og når kvinnen har en forlenget latensfase kan gjøre det utfordrende å lage retningslinjer. WHO (2018) skriver at latensfasen er langvarig fra den har vart i 11,5 time hos førstegangsfødende og 8,7 timer hos flergangsfødende. Derimot viser en oversiktsartikkel skrevet av Blix med flere (2008) at definisjonen av latensfasens varighet var alt fra 1,7 timer til 20 timer hos førstegangsfødende. På norske fødeavdelinger har vi opplevd at jordmødre gir kvinner informasjon om at denne fasen kan normalt vare i flere dager. Og en studie av Ängeby med flere (2018) viser at 23 % av kvinnene med spontan fødselsstart opplevde en forlenget latensfase. Der var definisjonen på langvarig latensfase varighet over 18 timer. Samme studie hevder at forlenget latensfase er forbundet med negativ fødselsopplevelse. Kan dårlig fødselsopplevelse ved langvarig latensfase grunne i at vi som jordmødre forsøker å holde kvinnen hjemme, slik at hun står i situasjonen uten støtte fra jordmor?

Det kommer frem av studien til Ängeby med flere (2015) at behovet for støtte av jordmor økte jo lengre latensfasen varte. Kvinnene uttrykket at de ønsket kvinne-sentrert behandling, noe som studien beskriver som utfordrende i moderne fødselsomsorg. Kvinne-sentrert omsorg er en filosofi innen fødselsomsorgen hvor jordmor fremmer en holistisk tilnærming til kvinnen, og hvor jordmor fokuserer på å danne et miljø med delt makt og ansvar mellom en kvinne og hennes jordmor. Videre handler det om å gi informasjon, vurdere kvinnens behov og å ha en fysiologisk tilnærming til graviditet og fødsel (Fontein-Kuipers mfl., 2016). Vi mener det er behov for individualiserte retningslinjer, spesielt med tanke på kvinner som opplever langvarige latensfaser. I en studie gjort av Hundley med flere (2017) konkluderes det med at det er viktig å definere latensfasens start og slutt. Samtidig uttrykkes det i studien at latensfasen er lite forstått og en utfordring som jordmødre står med hver eneste dag.

9.2 Forhandling og balansering

Veiledning og styrke til å håndtere latensfasen hjemme

Resultat i en av våre primærstudier fant at jordmødrene mente det var viktig å trygge kvinnen, slik at hun følte seg i stand til å takle latensfasen hjemme (Eri mfl., 2011). Jordmødrene pekte på betydningen av å hjelpe kvinnen til å bli trygg nok i seg selv og trygge nok på situasjonen slik at de ønsket å være hjemme heller enn på sykehuset. Dette kan sees i sammenheng med empowerment, som omhandler å støtte opp om mennesker i en sårbar situasjon, blant annet ved å bidra til å styrke kvinners selvtillit, delaktighet, egenkontroll og kompetanse (Tveiten, 2012, s. 176). Vi mener at det er en del av jordmors jobb å tilrettelegge for at kvinnen kan finne styrke i seg selv.. Empowerment kan sees på som en måte å løfte frem og styrke den enkeltes ressurser, slik at denne personen vil få mer kontroll over egen situasjon (Menage mfl., 2020). Dette setter vi i sammenheng med at jordmor fokuserer på kvinnens ressurser og gjør henne bevisst på dem. Det fremkom av en studie av Menage, Bailey, Lees & Coad (2020) at jordmor kan legge til rette for at kvinnene kan oppleve empowerment ved hjelp av kommunikasjon, informasjon, veiledning og å møte kvinnene der de er. Ved å anvende empowerment gir man kvinnene gode forutsetninger for å møte utfordringer knyttet til fødsel (Menage mfl., 2020). Vi mener at begrepet empowerment er vesentlig i den omsorgen jordmor utøver for gravide og fødende kvinner. I denne sammenheng er empowerment rettet mot hvordan jordmor kan tilrettelegge for at kvinnen henter frem styrke som bidrar til å øke deres forutsetninger for å takle latensfasen. Dette gjelder både jordmor i svangerskapsomsorgen så vel som jordmor som

møter kvinnen tidlig i fødselsforløpet. Derimot mener Leap (2010) at ingen jordmødre kan «empower» eller gi en kvinne styrke. Hun mener imidlertid at jordmødre kan hjelpe en kvinne til å bli «empowered» ved en tilnærming hvor man fokuserer på å uttrykke ovenfor kvinnen at man har tro på henne og hennes evne til å føde. Dette setter vi i sammenheng med funn fra en av våre inkluderte primærstudier, som beskriver betydningen av å trygge kvinnene og å veilede dem slik at de blir trygge nok på seg selv og situasjonen og dermed mestrer å være hjemme i latensfasen (Eri mfl., 2011). Videre kan jordmor minimere sin autoritet og flytte makten man har som jordmor over til kvinnen. Dessuten er det essensielt at man lar være å ta avgjørelser for kvinnen uten å inkludere henne i beslutningen (Leap, 2010).

Jordmor som portvokter

Flere av våre inkluderte primærstudier skriver at kvinnene ble oppfordret til å være hjemme så lenge som mulig, og at jordmødrene fungerte som «portvoktere» i avdelingen hvorpå de ønsket å beskytte kvinnene mot en kaskade av intervensjoner dersom de ble innlagt for tidlig (Cheyne mfl., 2006; Eri mfl. 2011; Spiby mfl. 2014). I en studie hvor man så på utfallene av å legges inn i fødselens latensfase versus aktiv fødsel, konkluderte de med at kvinner lagt inn i latensfasen hadde en høyere risiko for å bli stimulert med oxytocin og for å føde med keisersnitt (Neal mfl., 2014). Denne studien konkluderer med at dersom man ikke med sikkerhet kan si at kvinnen er i aktiv fødsel, bør hun heller ikke legges inn i avdelingen. Disse funnene bekreftes av en studie utført av Lundgren med flere (2013), som viste at førstegangsfødende som ble innlagt på fødeavdelingen i latensfasen hadde en lavere frekvens av spontane vaginale fødsler, flere akutte keisersnitt og flere babyer med lav Apgar-score sammenlignet med de som reiste hjem. En motvekt til dette er at WHO (2018) anbefaler at kvinner som oppsøker fødeavdeling legges inn og gis tilpasset støtte og omsorg selv om de er i latensfase, med mindre de selv ønsker å avvente situasjonen hjemme. Bakgrunnen for dette er manglende forskning på konsekvensene av en anbefaling om å utsette innleggelse til kvinnen er i aktiv fødsel. For kvinner som innlegges i latensfasen anbefales det å unngå medisinske intervensjoner for å stimulere eller fremskynde fødselen så lenge mor og barn har det bra (World Health Organization, 2018). Det er imidlertid interessant at NGF skriver at oppfølgingen til kvinnene må tilpasses den enkeltes behov, og at epiduralanalgesi kan startes i fødselens latensfase uten å øke risikoen for sectio (Rossen mfl., 2020). Vår opplevelse er derimot at dette gjøres ytterst sjelden i praksis, noe vi tenker kan ha en sammenheng med travle fødeavdelinger og at mange jordmødre er ukomfortable med å påføre kvinner obstetriske intervensjoner i frykt for at det kan føre til negativt

fødselsutfall. Vi opplever at jordmødre arbeider for å holde kvinnene til grønn seleksjon og derfor muligens ønsker å avvente intervensjoner i latensfasen. Til tross for at resultat i flere av våre inkluderte studier peker på «jordmor som portvokter» som forklaring på hvorfor jordmødre ønsker å avvente innleggelse i fødeavdeling til aktiv fødsel, fremkommer det av en av våre inkluderte artikler at jordmødrene uttrykte bekymring over at mange kollegaer så på latensfasen som uviktig og at de mente at fasen burde foregå i hjemmet (Spiby mfl., 2014). Dette bidro til en mentalitet hvor man normaliserte situasjonen for alle kvinnene, også i de tilfellene hvor fasen hadde vart i flere døgn og det var tegn på at det dreide seg om patologi. Jordmoren uttrykte bekymring for at man kun ved å være i fødselens aktive fase ble garantert profesjonell observasjon og tilstrekkelig håndtering (Spiby mfl., 2014).

Innleggelse i latensfasen

Ifølge NGF har noen kvinner så mye smerter at de har behov for innleggelse og eventuelt smertelindring (Rossen mfl., 2020). Oppfølgingen må tilpasses individuelt. Retningslinjene skriver videre at man kan starte epiduralanalgesi i latensfasen uten å øke risikoen for sectio. Erfaringsmessig skjer dette imidlertid sjelden. Hva kan være årsaken til dette? En av våre primærstudier uttrykte bekymring over at mange jordmødre så på latensfasen som uviktig og at fasen burde foregå i hjemmet (Spiby mfl., 2014). Dette bidro til en mentalitet hvor man normaliserte situasjonen for alle kvinnene, også i de tilfellene hvor fasen hadde vart i flere døgn og det var tegn på at det dreide seg om patologi. Det ble dessuten uttrykt bekymring for at man kun ved å være i fødselens aktive fase ble garantert profesjonell observasjon og tilstrekkelig håndtering (Spiby mfl., 2014). Vi tror at en annen årsak til at kvinner ikke blir lagt inn på fødeavdeling og tilbudt smertelindring, er underbemanning på fødeavdelingene. Dette bekreftes av studien til Spiby med flere (2014) som skriver at jordmødrene måtte prioritere kvinnene i aktiv fødsel på travle vakter. Dermed gjorde jordmødrene alt de kunne for å holde kvinnene i latensfase hjemme så lenge som mulig. Et annet moment var at jordmødrene måtte følge avdelingen retningslinjer, hvilket gav dem begrensede muligheter for å hjelpe kvinner i latensfasen (Spiby mfl., 2014). Våre erfaringer tilsier dessuten at noen jordmødre er redde for å gi kvinner epidural i latensfasen, fordi man er bekymret for at det kan føre til at fødselen stagnerer og at man dermed må gjøre intervensjoner.

Kontinuitet i svangerskap- og fødselsomsorgen

Det kommer frem av en av våre inkluderte primærstudier at jordmødrene savnet kontinuitet i svangerskap- og fødselsomsorgen, og bemerket at dersom de hadde fulgt kvinnen gjennom svangerskapet ville det vært enklere å gjøre en telefonvurdering (Cheyne mfl., 2006). Dagens organisering hvor svangerskaps- og delvis barselomsorg er i kommunen og fødsels- og barselomsorg er i spesialisthelsetjenesten, er karakterisert som en utfordring. Dette kan medføre fragmentering av forløp og ansvarsfordeling (Helsedirektoratet, 2010). Samhandlingsreformen ønsker å understøtte en bedre utvikling med helhetlige forløp, med et omsorgstilbud som er mest mulig sammenhengende. Gode eksempler i dagens system er fødeinstitusjoner og kommuner som har gått sammen om organisering av for eksempel jordmortjenester (Helsedirektoratet, 2010). Slike ordninger kan bidra til bedre helhet og kontinuitet, noe som vil kunne føre til større trygghet hos kvinnene. Større trygghet hos gravide og fødende har vist seg å ha innvirkning på både utfall og opplevelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler at kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Generelt er kontinuitet og helhetlige tjenester viktig for alle kvinner, for å få et så godt utfall som mulig (Helsedirektoratet, 2010). Det er derimot interessant at parallelt med denne anbefalingen blir det besluttet å legge ned den eneste fødeavdelingen i Norge som tilbyr en slik modell, ABC-avdelingen på Ullevål (Sykepleien, 2022). Resultat i en av våre inkluderte studier peker på utfordringer ved dagens praksis hvor man må gjøre en vurdering av en kvinne man ikke kjenner, og flere av jordmødrene innrømmet at vurderingen ofte var basert på stereotypier (Cheyne mfl., 2006). Utfordringen ved å gjøre en vurdering av en kvinne man ikke kjenner er noe vi kan kjenne oss igjen i, og spesielt ved telefonvurderinger mener vi at det kan være vanskelig å få et inntrykk av hvordan kvinnen håndterer situasjonen. I en stor norsk studie utført av Vedeler med flere (Vedeler mfl., 2021) ønsket de å utforske hva kvinner anser som viktige aspekter under fødselen. Kvinnene hadde behov for å føle seg trygge, og mange vektla den følelsesmessige tryggheten, at det er en kjent jordmor, at de har vært i avdelingen før eller er i kjente omgivelser. Studien beskriver betydningen av omsorgsmodellen 'Continuity of care', og mener at det kan være verdt å se på om man kan ha den samme jordmoren under svangerskapet og fødselen og i tiden etter (Vedeler mfl., 2021). Kan det imidlertid tenkes at det også er negative sider ved kontinuitetsmodellen? En aktuell problemstilling kan være at det er dårlig kjemi mellom kvinnen og jordmoren hun blir tildelt. En løsning på dette kan være at terskelen for å bytte jordmor er lav, dersom kvinnen ikke kjenner på en tilfredsstillende kjemi.

Fødselsforberedelse

Spiby med flere (2014) pekte på at mangel på fødselsforberedelse hos kvinnene var en utfordring. Jordmødrene poengterte at svangerskapsomsorgen burde hatt mer fokus på fødselsforberedelse, og spesielt med henblikk på latensfasen. Dessuten problematiserte de at det er et redusert tilbud om fødselsforberedende kurs i forhold til hva det var tidligere. Jordmødrene poengterte også at de kvinnene som hadde gjennomgått fødselsforberedende kurs, var mer fremskreden i fødsel enn gjennomsnittet (Spiby mfl., 2014). Dette støttes av en artikkel skrevet av Janssen med flere (2009), hvor det kom frem at førstegangsfødende kvinner som har deltatt på fødselsforberedende kurs oppsøkte fødeavdelingen senere i fødselsforløpet. Svangerskapsomsorgen har en fundamental rolle når det kommer til forberedelse av fødsel. Helsedirektoratet (2018) anbefaler at helsepersonell skal snakke med den gravide om fødsel i svangerskapet. Imidlertid er det opp til hver enkelt hva man har fokus på i samtalen. I en systematisk oversiktsartikkel utført av Beake med flere (2018), kom det frem at fødselsforberedende veiledning i svangerskapet som innbefattet realistisk informasjon om hva kvinnene kunne forvente seg, var verdsatt både av kvinnene og jordmødrene. I en av våre primærstudier poengterte kvinnene at de ville vært mer motiverte for å være hjemme i latensfasen dersom jordmor hadde informert om fordelene ved å være hjemme og risikoen for intervensjoner dersom de ble innlagt på avdelingen i latensfasen (Cheyne mfl., 2007). Resultat i flere av våre primærstudier og erfaring vi har fra fødeavdelinger om at så mange kvinner har behov for veiledning og informasjon i latensfasen (Ängeby mfl., 2015; Cheyne mfl., 2006; Spiby mfl., 2014), kan tale for at dagens fødselsforberedelse ikke i tilstrekkelig grad dekker kvinnenenes behov for informasjon, trygghet og mestringsstrategier i møte med tidlig fødsel.

Medikalisering i fødselsomsorgen

I dette avsnittet drøftes jordmor som portvokter opp mot medikalisering i fødselsomsorgen. Resultat i en av våre inkluderte primærstudier viser at når en kvinne blir innlagt i latensfasen, skjer det noe med mentaliteten til både fødekvinnen og jordmor (Eri mfl., 2011). Begge parter blir utålmodige og får en forventning om at det snart blir fødsel. Dette er utgangspunktet for at jordmødrene fungerer som «portvoktere» i avdelingen, og ønsker å holde kvinnene hjemme så lenge som mulig for å beskytte dem mot en kaskade av obstetriske intervensjoner dersom de blir innlagt på fødeavdelingen i latensfasen (Cheyne mfl., 2006; Eri mfl., 2011; Spiby mfl., 2014). Ifølge Helsedirektoratet (2010) er målsettingen minst mulig unødige inngrep under normal fødsel, og med

riktig intervensjon der det er nødvendig. Dette er i tråd med WHO sine verdier og prinsipper, som blant annet fokuserer på demedikalisering av normale fødsler (Helsedirektoratet, 2010). I dette ligger det at den grunnleggende fødselsomsorgen skal gis med kun de helt nødvendige inngrep, og med minst mulig bruk av teknologi (Helsedirektoratet, 2010). Som en motpart til dette viser resultat i en av våre inkluderte primærstudier at noen kvinner ble tilbudt induksjon av fødsel, dersom latensfasen hadde vart mer enn 8 timer. Kvinnene hadde opplevd dette som positivt (Ängeby mfl., 2015). Dette strider imot flere av de nevnte prinsippene om demedikalisering av normale fødsler, men vi ser at det er en sterkt økende trend å igangsette fødsler i Norge. I 2000 var andel igangsatte fødsler 8.8%, mens det i 2019 var 26.1% (Folkehelseinstituttet, u.å.). I en randomisert kontrollert studie med 318 førstegangsfødende kvinner i latensfase med varighet over 8 timer, sammenlignet de induksjon med å ikke indusere. Resultatene var at fødselen gikk raskere i gruppen som ble indusert. Kvinnene var like tilfredse med fødselsopplevelsen i begge gruppene, og det var heller ingen signifikant forskjell i forekomst av keisersnitt, blødninger, utfall hos barnet eller bruk av epidural (Sargunam mfl., 2019). Dette peker i retning av at det kan være en mulighet å indusere førstegangsfødende med en latensfase som har vart i over åtte timer, dersom kvinnene ønsker det. Dette er interessante funn, da vår opplevelse fra praksis er at flere kvinner blir indusert dersom de har vært i latensfasen over noe tid og selv ønsker igangsettelse. Derimot har Miller med flere (2016) en motstridende oppfatning, og mener at alle intervensjoner man utfører i fødselshjelpen bør være hensiktsmessig og evidensbasert. Å gjøre intervensjoner uten medisinsk indikasjon er noen ganger verken hensiktsmessig eller evidensbasert, og kan i verste fall føre til negative utfall for pasienten. Miller med flere (2016) introduserte begrepet «Too much too soon», som er en beskrivelse av rutinemessig overintervenering i normale fødsler. «Too much too soon» inkluderer unødvendig bruk av ikke-evidensbaserte inngrep, samt bruk av inngrep som kan være livreddende når de brukes riktig, men skadelig når de brukes rutinemessig eller uten medisinsk indikasjon. Samme artikkel anbefaler at man ikke foreslår å gjøre intervensjoner så lenge fødselsforløpet forløper normalt (Miller mfl., 2016). En svensk retrospektiv kohortstudie viste at førstegangsfødende som ble innlagt på fødeavdelingen i latensfasen hadde en lavere frekvens av spontane vaginale fødsler, flere akutte keisersnitt og flere babyer med lav Apgar-score sammenlignet med de som reiste hjem (Lundgren mfl., 2013). Årsaken til dette var trolig at blant de som ble innlagt i latensfasen ble flere stimulert med oxytocin, flere fikk utført amniotomi og flere hadde epidural sammenlignet med kvinnene som reiste hjem (Lundgren mfl., 2013). Artikkelen til Marowitz (2014) mener derimot at det burde være mulig å gi pleie og støtte til kvinner i latensfasen ved å legge dem inn i avdelingen uten å gjøre

medisinske intervensjoner. En slik tilnærming kan være vanskelig i noen avdelinger på grunn av lav bemanning, få ledige rom og avdelingens kultur. Imidlertid peker studien på at det vil alltid være noen kvinner som har behov for innleggelse før aktiv fødsel, og at det dermed bør gjøres en innsats for å tillate denne typen pleie. Hva jordmødrene gjør er like viktig som hvor kvinnene befinner seg, når det gjelder å unngå intervensjon og fremme fysiologisk fødsel (Marowitz, 2014). I dagens praksis legger man vekt på å redusere unødvendige intervensjoner ved å utsette innleggelse til kvinnen er i aktiv fødsel. Å heller rette fokuset på å diagnostisere aktiv fødsel på riktig tidspunkt og å ikke utføre keisersnitt tidlig i fødselsforløpet kan vise seg å være mer vellykket for å redusere medisinske intervensjoner. Studien konkluderer med at kvinners individuelle opplevelse og preferanser må vurderes opp mot evidensen på hva som er riktig å gjøre. Ifølge Marowitz (2014) vil en “one-size-fits-all” tilnærming til håndtering av kvinner i latensfasen verken møte kvinners behov eller optimalisere utfall i fødsel.

9.3 Metodediskusjon

I denne delen av diskusjonskapittelet vil studiens styrker og svakheter bli diskutert. Dette er første gang vi beveger oss innenfor forskningsfeltet, og det har vært en lærerik prosess for oss begge. Imidlertid har det vært mye nytt å sette seg inn i, hvilket kan være en svakhet ved oppgaven. Vi har forsøkt å gjøre vår litteraturstudie så transparent og etterprøvbart som mulig. Vi har fått hjelp av en erfaren bibliotekar ved universitetet vårt til å gjennomføre grundige systematiske søk, og dette anser vi som en styrke. Bibliotekaren ble anbefalt av vår veileder, grunnet hennes mange års erfaring med å søke etter forskning innenfor helsefag. Søket ble utført i fire anerkjente databaser, som er viktige for kunnskap innenfor helseforskning. Valg av databaser ble gjort i samarbeid med bibliotekar. Vi anser det som en svakhet ved oppgaven at vi ikke har fått undersøkt antall duplikater gjennom vår søkeprosess. Vi ble ikke gjort oppmerksomme på dette før vi var ferdige med vårt systematiske søk, og vi kan derfor ikke vise til antall artikler som ble ekskludert på grunn av at samme artikkel fantes i flere databaser.

Det har vært en fordel at vi har vært to i arbeidet med denne litteraturstudien, og vi anser dette som en styrke ved oppgaven. Vi har hatt en kontinuerlig dialog i skriveprosessen, og det har vært til stor hjelp å kunne diskutere funn og meninger underveis. Vi har brukt mye digital kommunikasjon når vi

har arbeidet, noe vi er kjent med fra før ettersom store deler av vårt studium har vært preget av pandemi. Vi anser dette dermed som et like godt alternativ som å sitte fysisk sammen.

Våre inkluderte artikler er skrevet på engelsk, hvilket kan ha ført til at informasjon har gått tapt i prosessen med å oversette til norsk. Vi har vært nøye ved oversettelse av artiklene, og diskutert innholdet og meningen i de ulike artiklene og sitatene. Vi anser det som en styrke at vi har vært to i denne prosessen, samt at vi begge er vant til å lese engelske artikler. Det er fremdeles en mulighet for at det har forekommet misforståelser, og for å styrke oppgaven har vi derfor inkludert direkte sitater fra deltagerne i artiklene i vår presentasjon av resultater.

I inklusjonskriteriene våre står det at vi tilstrebet å ha artikler publisert etter 2010, men grunnet begrenset tilgang på relevante artikler valgte vi å inkludere tre artikler publisert i henholdsvis 2002, 2006 og 2007. Dette kan anses som en svakhet, i og med at forskning er ferskvare. Angående valg av metode så vi under søke- og screeningprosessen at vi med fordel kunne ha valgt å gjennomføre studien som en kvalitativ studie basert på intervjuer av jordmødre. Dette med tanke på at flere av artiklene våre er av eldre dato. Vi tenker at det i fremtiden med fordel kan gjennomføres kvalitative studier med dybdeintervjuer for å få forskning innen tematikken av nyere dato. Til tross for at tilgangen på artikler var noe begrenset, mener vi likevel at vi har endt opp med et tilstrekkelig antall primærstudier som var relevante for vår problemstilling. Dessuten mener vi at det kan anses som en styrke ved oppgaven at vi inkluderte artikler basert på både jordmødres og fødekvinnens perspektiv, da det har bidratt til at oppgaven er nyansert.

10 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å belyse jordmors håndtering av fødselens latensfase. Det fremkom av våre resultater at når en kvinne kontakter fødeavdelingen, forsøker jordmor å danne seg et helhetsbilde av situasjonen til kvinnen. Dette gjør hun gjennom å kartlegge kvinnens historie og mestringsnivå og det gjøres en vurdering av hvor i fødselsforløpet kvinnen befinner seg. Det å definere start av aktiv fødsel har blitt beskrevet som en av de viktigste avgjørelsene man gjør innen fødselsomsorgen, da det har implikasjoner for hvordan den videre håndteringen av fødselen blir. Videre er resultatene våre at en essensiell del av jordmors arbeid med kvinner i latensfasen dreier seg om kommunikasjon. Det kom frem at jordmødre balanserer kvinners behov for trygghet opp mot fulle fødeavdelinger og mangel på personale. Dessuten fungerer jordmødre som «portvoktere» i avdelingen, hvorpå de ønsker å beskytte kvinnene fra intervensjoner dersom de legges inn på fødeavdelingen for tidlig. Jordmødrene bemerket at de savnet kontinuitet i svangerskap- og fødselsomsorgen, og de mente at mangel på fødselsforberedelse hos kvinnene var en utfordring. Jordmødrene poengterte at svangerskapsomsorgen burde hatt mer fokus på fødselsforberedelse, og spesielt med henblikk på latensfasen.

Som jordmorstudenter har vi lært mye av arbeidet med denne oppgaven. Vi kommer til å ta med oss dette videre inn i jobben som jordmødre, og vi vil trolig møte kvinner i latensfasen på en annen måte enn vi hadde gjort dersom vi ikke hadde fordypet oss i tematikken. Tidligere studier som ser på kvinners erfaring med latensfasen viser at det er en diskrepans mellom kvinnens ønsker og behov og dagens praksis. Vi mener at latensfasen i større grad bør anerkjennes som en del av fødsel for å dekke kvinnenes behov for trygghet gjennom hele fødselsforløpet. Hvordan kvinner har det i latensfasen og hvordan de blir møtt av jordmødre enten ved telefonkontakt eller på fødeavdelingen, er med på å danne grunnlaget for kvinnens fødselsopplevelse. Vi mener at for de kvinnene som har behov for innleggelse på fødeavdeling i latensfasen bør dette være mulig å få til uten å gjøre obstetriske intervensjoner. Ved å fokusere på å diagnostisere aktiv fødsel på riktig tidspunkt kan man unngå at man starter tiltak mot langsom fremgang når kvinnen i realiteten fortsatt er i latensfasen. Dermed kan man fokusere på å unngå unødvendige intervensjoner samtidig som man ivaretar kvinnens behov for trygghet og eventuelt smertelindring.

10.1 Implikasjoner for praksis

Vi mener at denne oppgaven kan være med på å sette søkelys på hvor viktig jordmors håndtering av latensfasen er. Studier om kvinners opplevelse av latensfasen indikerer at kvinners behov ikke blir møtt i denne fasen, hvilket synliggjør et behov for endringer i hvordan jordmor håndterer latensfasen (Eri mfl., 2010; Ängeby mfl., 2015; Beake mfl., 2018). Det er ønskelig med mer fokus på latensfasen i den fødselsforberedende samtalen, dette for å gjøre kvinnen bedre forberedt på hvordan latensfasen kan oppleves, i tillegg til veiledning på hvordan hun kan håndtere fasen i hjemmet. Videre kan jordmor i svangerskapsomsorgen med fordel informere kvinnen og hennes partner om sikre kilder på internett hvor de kan finne informasjon om latensfasen, slik at informasjonen kan gjentas ved behov. Et eksempel på en slik kilde er nettsiden som er utviklet i forbindelse med det norske doktorgradsprosjektet The PreCare Project (latens.no, u.å.).

Vårt litteratursøk viste at det er forsket på kvinners opplevelse av latensfasen, men det er begrenset tilgang på evidens om jordmors håndtering av kvinner i latensfasen. Det er behov for mer forskning på latensfasen og jordmors håndtering av kvinner i latens. Ytterligere forskning kan med fordel fokusere på diagnostisering av overgangen mellom latensfase og aktiv fødsel. Videre er det ønskelig med forskning på hva som er normal lengde av latensfasen, og når fasen er forlenget. Dette har implikasjoner for når jordmor skal vurdere å legge kvinnen inn på fødeavdeling. Vi mener at fødeavdelinger bør ha klarere retningslinjer på dette. I tillegg er det nødvendig å se på ulike omsorgsmodeller i svangerskap- og fødselsomsorgen, og vurdere utbygging av 'Continuity of care'. Det kan være verdt å se på om man kan ha den samme jordmoren under svangerskapet og fødselen og i tiden etter, slik som Helsedirektoratet (2010) anbefaler. Vi mener at dette kan gi grunnlag for trygghet både hos jordmor og kvinnen ved at jordmor opparbeider seg kjennskap til kvinnen gjennom svangerskapet. Hun har da en bedre forutsetning for å gjøre vurderinger av kvinnen når hun tar kontakt ved fødselsstart.

En problemstilling vi har valgt å ikke fokusere på i oppgaven er underbemanning på fødeavdelingene. Dette er en utfordring som flere av våre inkluderte primærstudier problematiserer og som vi selv har erfart. Underbemanning fører til at mange fødeavdelinger må nedprioritere kvinner i latensfasen fremfor kvinner i aktiv fødsel. Dette er en prioritering vi støtter, men som likevel ikke er optimal for kvinnene som opplever behov for støtte og veiledning i latensfasen.

Referanser

Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4. utg). UK: Open University Press.

Beake, S., Chang, Y., Cheyne, H., Spiby, H., Sandall, J. & Bick, D. (2018). «Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence». *Elsevier*, 57.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.11.002>.

Blix, E. (2017). «Ulike syn på svangerskap og fødsel». I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Blix, E., Kumle, M. & Øian, P. (2008). «Hvor lenge kan en normal fødsel vare?». *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra
<https://tidsskriftet.no/2008/03/oversiktsartikkel/hvor-lenge-kan-en-normal-fodsels-vare>

Burvill, S. (2002). «Midwifery diagnosis of labour onset». *British Journal of Midwifery*, 10(10).
<https://doi.org/10.12968/bjom.2002.10.10.10619>.

Carlsson, I., Ziegert, K., Sahlberg-Blom, E. & Nissen, E. (2012). «Maintaining Power: Women's Experiences from Labour Onset before Admittance to Maternity Ward». *Midwifery* 28(1), 86–92.
doi: 10.1016/j.midw.2010.11.011.

Cheyne, H., Dowding, D. & Hundley, V. (2006). «Making the Diagnosis of Labour: Midwives' Diagnostic Judgement and Management Decisions». *Journal of Advanced Nursing* 53(6).
doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03769.x.

Cheyne, H., Terry, R., Niven, C., Dowding, D., Hundley, V. & McNamme, P. (2007). «'Should I come in now?': a study of women's early labour experiences». *British Journal of Midwifery* 15(10).
doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2007.15.10.27341>.

Cohen, W., Summers, M. & Friedman, E. (2018). «Management of Labor: Are the New Guidelines Justified?». *Journal of Midwifery & Women's Health* 63(1), 10–13.

doi: 10.1111/jmwh.12712.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den norske jordmorforening (2016). «Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre». Hentet fra <https://www.jordmorforeningen.no/content/download/2138/19417/file/Yrkesetisker%20retningslinjer%20for%20jordm%C3%B8dre%202016.pdf>

Eri, T., Blystad, A., Gjengedal, E. & Blaaka, G. (2010). «Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation». *Elsevier* 26(6).

doi: 10.1016/j.midw.2008.11.005.

Eri, T., Blystad, A., Gjengedal, E. & Blaaka, G. (2011). «'Stay home for as long as possible': midwives' priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour». *Elsevier* 27(6).

doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.006>.

Eri, T., Bondas, T., Gross, M., Janssen, P. & Green, J. (2015). «A Balancing Act in an Unknown Territory: A Metasynthesis of First-Time Mothers' Experiences in Early Labour». *Midwifery* 31(3), 58–67. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.007.

Fahy, K. (2012). «What Is Woman-Centred Care and Why Does It Matter?». *Women and Birth* 25(4).

doi: 10.1016/j.wombi.2012.10.005.

Folkehelseinstituttet (U.å.). «Medisinsk fødselsregister - MFR». *Medisinsk fødselsregister - statistikkbank*. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

Fontein-Kuipers, Y., Boele, A. & Stuij, C. (2016). «Midwives' perceptions of influences on their behaviour of woman-centered care: a qualitative study». *Frontiers in Women's Health* 1(2).

doi: 10.15761/FWH.1000107.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

Gibson, C. (1991). «A concept analysis of empowerment». *J Adv Nurs* 16(3).
doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.

Hanley, G., Munro, S., Greyson, D., Gross, M., Hundley, V., Spiby, H. & Janssen, P. (2016). «Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature». *BMC Pregnancy and Childbirth* 16(1). doi: 10.1186/s12884-016-0857-4.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). «St.meld. nr. 12 (2008-2009)». Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1>

Helsebiblioteket (2016). «Sjekklistor». Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2010). «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen - veileder». *Helsedirektoratet*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/13edf7e-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf.

Helsedirektoratet (2018). «Konsultasjoner i svangerskapsomsorgen». *Helsedirektoratet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/konsultasjoner-i-svangerskapsomsorgen>

Hundley, V., Way, S., Cheyne, H., Janssen, P., Gross, M. & Spiby, H. (2017). «Defining the latent phase of labour: is it important?» *Evidence Based Midwifery* 15(3), 89–94.

International Confederation of Midwives (2005). «Philosophy and Model of Midwifery Care». Hentet fra https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf?fbclid=IwAR1UsoKQxojcNULGGx-KptTiOpxrcj2lQcnFaeFJISf1VXew84heZz-8B-4

Janssen, P., Nolan, M., Spiby, H., Green, J., Gross, M., Cheyne, H., Hundley, V., Rijnders, M., Ank, D. & Buitendijk, S. (2009). «Roundtable Discussion: Early Labor: What's the Problem?» *Birth* 36(4). doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00361.x.

latens.no (u.å.). «FØDSELENS FØRSTE FASE». Hentet fra <https://www.latens.no/>

Lavender, T., Hart, A. & Smyth, R. (2008). «Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term». *The Cochrane Library*. doi:10.1002/14651858.CD005461.pub2.

Leap, N. (2010). «The less we do the more we give». I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-Mother relationship*. Macmillan Education UK.

Lundgren, I., Andrén, K., Nissen, E. & Berg, M. (2013). «Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden». *Elsevier* (4). <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.09.001>.

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Marowitz, A. (2014). «Caring for Women in Early Labor: Can We Delay Admission and Meet Women's Needs?» *Journal of Midwifery & Women's Health* 59(6). doi: 10.1111/jmwh.12252.

Menage, D., Bailey, E., Lees, S. & Coad, J. (2020). «Women's Lived Experience of Compassionate Midwifery: Human and Professional». *Midwifery* 85. doi: 10.1016/j.midw.2020.102662.

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Pileggi, C., Nogueira, V., Robinson, N., Skaer, M., Paulo, J., Vogel, J. & Althabe, F. (2016). «Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide». *The Lancet* 388(10056). doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6.

Miller, Y., Armanasco, A., McCosker, L. & Thompson, R. (2020). «Variations in Outcomes for Women Admitted to Hospital in Early versus Active Labour: An Observational Study». *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1). doi: 10.1186/s12884-020-03149-7.

Myhre, E., Lukasse, M., Reigstad, M., Holmstedt, V. & Dahl, B. (2021). «A Qualitative Study of Norwegian First-Time Mothers' Information Needs in Pre-Admission Early Labour». *Midwifery* 100. doi: 10.1016/j.midw.2021.103016.

National Institute for Health and Care Excellence (2017). «Intrapartum care for healthy women and babies». *National institute for Health and Care Excellence*. Hentet fra (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>).

Neal, J., Lamp, J., Buck, J., Lowe, N., Gillespie, S. & Ryan, S. (2014). «Outcomes of Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset Admitted to Hospitals in Preactive Versus Active Labor». *Journal of Midwifery & Women's Health* 59(1). doi: 10.1111/jmwh.12160.

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T. & Mulrow, C. (2021). «The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews». *BMJ Best Practice* 372(71). doi: 10.1136/bmj.n71.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rossen, J., Eggebø, T., Ellingsen, L., Bernitz, S. & Røe, K. (2020). «Stimulering av rier». *Legeforeningen*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/stimulering-av-rier/>

Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. & Fumagalli, S. (2018). «Timing of Hospital Admission in Labour: Latent versus Active Phase, Mode of Birth and Intrapartum Interventions. A Correlational Study». *Women and Birth* 31(4). doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.001.

Sargunam, P., Bak, L., Tan, P., Vallikkannu, N., Noor Azmi, M., Zaidi, S., Win, S. & Omar, S. (2019). «Induction of labor compared to expectant management in term nulliparas with a latent phase of labor of more than 8 hours: a randomized trial». *BMC Pregnancy and Childbirth* 19(1). doi: 10.1186/s12884-019-2602-2.

Skogheim, G., og Lundgren, I. (2021). «Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen». *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 17(1). doi: <https://doi.org/10.7557/14.5444>.

Spiby, H., Walsh, D., Green, J., Crompton, A. & Bugg, G. (2014). «Midwives' beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour». *Elsevier* 30(9). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.025>.

Sykepleien. (2022). «Er naturlig fødsel et gufs fra fortiden?» *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/2022/03/er-naturlig-fodsel-et-gufs-fra-fortiden>

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). «Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth». *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Hentet fra <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>

Thomas, J. & Harden, A. (2008). «Methods for the Thematic Synthesis of Qualitative Research in Systematic Reviews». *BMC Medical Research Methodology* 8(1). doi: 10.1186/1471-2288-8-45.

Tveiten, S. (2018). «Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid.» I Gammersvik I. & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. (2012). *Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

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

World Health Organization. (1997). «Care in Normal Birth: a Practical Guide». 24(2). doi: 10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x.

World Health Organization. (1986). «Ottawa Charter for Health Promotion». Hentet fra https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

World Health Organization. (1988). «Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy». Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59559/WHO_HPR_HEP_95.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR0EXpZ2eheCmt-ywJvVHUmGRdBzo3A6WRdibqqiIMl5n3hoEY2VNZug6s0

World Health Organization. (2018). «WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience». *World Health Organization*. Hentet fra <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>


Zhang, J., Troendle, J., Mikolajczyk, R., Sundaram, R., Beaver, J. & Fraser, W. (2010). «The Natural History of the Normal First Stage of Labor». *Obstetrics & Gynecology* 115(4). doi: 10.1097/AOG.0b013e3181d55925.

Ängeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I. & Sandin-Bojö, A. (2015). «Primiparous women's preferences for care during a prolonged latent phase of labour». *Elsevier* (6).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.003>.

Ängeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I. & Sandin-Bojö, A. (2018). «Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Records in a Swedish Population». *Journal of Midwifery & Women's Health* 63(1), 33–44. doi: 10.1111/jmwh.12704.

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO skjema



P	• Fødekvinne i latensfase
I	• Jordmors håndtering av latensfase
C	• %
O	• God fødselsopplevelse

Vedlegg 2: Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

Artikkel (nr): 1			
Helen Cheyne, Dawn W. Dowding & Vanora Hundley (2006), UK.			
"Making the diagnosis of labour: midwives' diagnostic judgement and management decisions".			
DEL A: Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	UKLART	<u>NEI</u>
7) Er etiske forhold vurdert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL B: Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			

10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Funnene fra studien er nyttige. Studien indikerer at jordmødre synes det er vanskeligere å vurdere hvordan man skal håndtere kvinner i latensfase, enn å sette diagnosen latensfase versus aktiv fødsel. Et annet funn er at jordmødre føler seg presset til å gjøre avgjørelser basert på institusjonelle forhold og retningslinjer, og i mindre grad basert på kvinnens behov.
---	--

Artikkel (nr): 2 Helen Spiby, Denis Walsh, Josephine Green, Anne Crompton & George Bugg (2014), UK. “Midwives' beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour”.			
DEL A: Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
7) Er etiske forhold vurdert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er	<u>JA</u>	UKLART	NEI

fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?			
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL B: Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	<p>Nyttige. Jordmødrene beskriver to hovedprinsipp; å unngå for tidlig innleggelse på fødeavdeling og å gi kvinnene individuell støtte. Jordmødrene opplevde det vanskelig å forene disse to aspektene. Kvinner som opplever langvarig eller smertefull latensfase, forventer ofte å bli innlagt på fødeavdeling, mens jordmødre handler ut ifra en tro om at kvinner ikke burde innlegges før de er i aktiv fødsel. Dette baserer de på erfaring om at tidlig innleggelse bidrar til unødvendige medisinske intervensjoner.</p>		

Artikkel (nr): 3

Tine S. Eri, Astrid Blystad, Eva Gjengedal & Gunnhild Blaaka (2011), Norge.

“‘Stay home for as long as possible’: Midwives’ priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour”.

DEL A: Innledende vurdering

1) Er formålet med studien klart formulert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
---	-----------	--------	-----

2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	UKLART	<u>NEI</u>
7) Er etiske forhold vurdert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL B: Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Nyttige. Studien formidler at håndteringen av kvinner i latensfasen handler mye om informasjon og kommunikasjon. Jordmødrene i studien beskrev at de ønsket at kvinnene var hjemme så lenge som mulig i latensfasen for å unngå medisinske intervensjoner. Det ble stilt spørsmål om jordmødrene prøver å beskytte kvinnene for det medisinske paradigme som jordmødrene er underlagt. Imidlertid kan det		

	synes som at denne måten å møte kvinnene på ikke møter kvinnenes behov i tidlig fødsel.
--	---

Artikkel 4:

Ing-Marie Carlsson, Kristina Ziegert, Eva Sahlberg-Blom & Eva Nissen (2012), Sverige.

“Maintaining power: Woman’s experiences from labour onset before admittance to maternity ward”.

DEL A: Innledende vurdering

1) Er formålet med studien klart formulert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
7) Er etiske forhold vurdert?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	<u>JA</u>	UKLART	NEI

DEL B: Hva er resultatene?

9) Er funnene klart presentert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
---------------------------------	-----------	--------	-----

DEL C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?	
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Funnene i denne studien er nyttig og kan hjelpe helsepersonell til å ta i bruk og gjøre nytte av hvilke strategier kvinne bruker tidlig i fødselsforløpet. Det blir da mulig å kunne støtte og fremme kvinnens egen styrke og autonomi gjennom fødselsforløpet. Det er viktig med individuell støtte av kvinnen som er gjort med sensitivitet og respekt.

Artikkel 5:			
Helen Cheyne, Rohini Terry, Catherine Niven, Dawn Dowding, Vanora Hundley & Paul McNamme (2007), UK.			
“Should I come in now?': a study of women's early labour experiences”.			
DEL A: Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
7) Er etiske forhold vurdert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er	<u>JA</u>	UKLART	NEI

fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?			
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL B: Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Nyttige, og den indikerer at betydningen av jordmors håndtering av latensfasen og støtte til kvinnen ikke skal undervurderes.		

Artikkel 6:			
Karin Ängeby, Bodil Wilde-Larsson, Ingegerd Hildingsson & Ann-Kristin Sandin-Bojö (2015), Sverige.			
"Primiparous woman's preferences for care during a prolonged latent phase of labour".			
DEL A: Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	<u>JA</u>	UKLART	NEI

7) Er etiske forhold vurdert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL B: Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Studien gir nyttig og relevant informasjon, og viser blant annet at behovet for støtte fra jordmor øker med lengden av latensfasen.		

Artikkel 7:			
Susan Burvill (2002), UK.			
"Midwifery diagnosis of labour onset".			
DEL A: Innledende vurdering			
1) Er formålet med studien klart formulert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<u>JA</u>	UKLART	NEI

6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
7) Er etiske forhold vurdert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL B: Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Nyttige, hovedfunnene er at jordmødrene i studien bruker ulike parameter for å vurdere hvor kvinnen er i fødsel. Hvordan jordmødrene vurderer dette avhenger av retningslinjene og normen på avdelingen jordmoren jobber i. Funnene har dannet en modell som viser hvordan jordmødre kan jobbe med kvinner utenfor det biomedisinske paradigmet.		

Artikkel 8:

Tine Eri, Astrid Blystad, Eva Gjengedal & Gunnhild Blaaka (2010), Norge.

“Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation”.

DEL A: Innledende vurdering

1) Er formålet med studien klart formulert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
---	-----------	--------	-----

2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	JA	UKLART	<u>NEI</u>
7) Er etiske forhold vurdert?	JA	<u>UKLART</u>	NEI
8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL B: Hva er resultatene?			
9) Er funnene klart presentert?	<u>JA</u>	UKLART	NEI
DEL C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10) Hvor nyttig er funnene fra denne studien?	Funnene i denne studien viser blant annet at på hvilken måte vi spør kvinnene på har stor betydning for hvordan de føler seg tatt imot og det er viktig i jordmorpraksis uansett hvor man jobber.		