

Kandidatnummer: 6822 og 6853

Faktorer som kan påvirke jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel

- En systematisk litteraturstudie



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Postboks 4

3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2024 Kandidatnummer: 6822 og 6853

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng.

Sammendrag

Tittel: Faktorer som kan påvirke jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel.

Bakgrunn: Bruken av varmt vann under fødsel har økt i popularitet globalt. Hydroterapi og vannfødsel hevdes å ha en rekke positive effekter og kan gi kvinner en bedre fødselsopplevelse. Praksisen har blitt et omstridt tema i moderne svangerskapsomsorg, men er likevel et alternativ som blir stadig mer foretrukket av fødekvinne. Til tross for foreliggende forskning, som tilsier at hydroterapi og vannfødsel er like trygt som konvensjonell fødsel, ser det ut til at tilbudet til fødekvinne kan bli begrenset.

Hensikt: Identifisere og sammenfatte forskningsfunn omhandlende faktorer som kan påvirke jordmødres tilbud om hydroterapi og vannfødsel.

Metode: Studien er en systematisk litteraturstudie med blandede metoder og design. Søk ble gjort i databasene Cinahl, Medline, SveMed +, Maternity and infant care og SCOPUS, i tidsperioden mai 2023 til februar 2024. Resultatene fra artiklene som oppfylte inklusjonskriteriene ble inkludert. Faktorer relevant for jordmødres tilbud om hydroterapi og vannfødsel ble kodet og syntetisert til beskrivende temaer gjennom tematisk analyse.

Resultat: 14 artikler ble inkludert, hvor 6 var kvalitative, 5 var kvantitative og 3 med blandede metoder. Studiene inkluderte synspunktene til jordmødre og fødselsleger fra Australia, Storbritannia, Sverige, Georgia og Malta. Fem temaer ble generert, ett beskrivende hovedtema og fire undertemaer: Tilbud om hydroterapi og vannfødsel er knyttet til hvorvidt fødeenheten er jordmorstyrt eller obstetrisk ledet, mangel på utdanning og trening, retningslinjers innvirkning, kollegial og institusjonell støtte samt utstyr og infrastruktur. Temaene avslørte et samspill mellom faktorene, hvor jordmødrenes tilbud ble påvirket både positivt og negativt. Dersom faktorer ble rettet mot å støtte hydroterapi og vannfødsel, forelå det også et reelt tilbud, mens det på den andre siden ble vanskeligere å tilby desto flere barrierer jordmødrene og fødekvinnene møtte på.

Konklusjon: Det fremkommer en rekke faktorer som kan begrense jordmødres tilbud om hydroterapi og vannfødsel. Et støttende miljø, opplæring på tvers av profesjoner, fremmede retningslinjer, tilstrekkelig bemanning og et godt samarbeid mellom ulike profesjoner kreves

for å kunne tilby praksisen. Trygghet er essensielt, og hydroterapi og vannfødsel bør derfor være forankret i avdelingen for at det skal kunne foreligge et tilbud.

Nøkkelord: Jordmor, hydroterapi, vannfødsel, fødsel i vann, nedsenkning i vann, arbeid i vann, sykehus.

Abstract

Title: Factors that can influence the midwives' offer of hydrotherapy and water birth.

Background: The use of warm water during childbirth has increased in popularity globally. Hydrotherapy and water birth is claimed to have a number of positive effects and can give the woman a better birth experience. The practice has become a controversial topic in modern pregnancy care, but is nevertheless an alternative that is increasingly preferred by women in labor. Despite the available research, which indicates that hydrotherapy and water birth are as safe as conventional birth, it appears that the offer for women in labor may be limited.

Purpose: Identify and summarize research findings concerning factors that can influence midwives' offer of hydrotherapy and water birth.

Method: The study is a systematic literature review with mixed methods and designs. Searches were made in the databases Cinahl, Medline, SveMed +, Maternity and infant care and SCOPUS, in the time period May 2023 to February 2024. The results from the articles that met the inclusion criteria were included. Factors relevant to midwives' offer of hydrotherapy and water birth were coded and synthesized into descriptive themes through thematic analysis.

Results: 14 articles were included, of which 6 were qualitative, 5 were quantitative and 3 with mixed methods. The studies included the views of midwives and obstetricians from Australia, the UK, Sweden, Georgia and Malta. Five themes were generated, one descriptive main theme and four sub-themes: Offer of hydrotherapy and water birth is linked to whether the delivery unit is midwife-led or obstetric-led, lack of education and training, impact of guidelines, collegial and institutional support as well as equipment and infrastructure. The themes revealed an interaction between the factors, where the midwives' offer was influenced both positively and negatively. If factors were aimed at supporting hydrotherapy and water birth, there was also a real offer, while on the other hand it became more difficult to offer the more barriers the midwives and birth women encountered.

Conclusion: There are a number of factors that can limit midwives' offer of hydrotherapy and water birth. A supportive environment, training across professions, promoting guidelines,

sufficient staffing and good cooperation between different professions are required to be able to offer the practice. Safety is essential, and hydrotherapy and water birth should therefore be anchored in the department so that there can be an offer.

Key words: Midwife, hydrotherapy, waterbirth, birth in water, water immersion, labour in water, labor in water, hospital.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Forord	8
1 Innledning	9
2 Bakgrunn	10
2.1 <i>Fødselsomsorgen i Norge</i>	10
2.2 <i>Jordmors funksjon og rolle</i>	12
2.3 <i>Hydroterapi og vannfødsel</i>	14
3 Hensikt og formål	18
4 Metode	19
4.1 <i>Studiedesign</i>	19
4.2 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	19
4.3 <i>Søkestrategi</i>	20
4.4 <i>Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler</i>	23
4.5 <i>Forforståelse</i>	23
4.6 <i>Analyse</i>	24
4.7 <i>Etiske overveielser</i>	24
4.8 <i>Metodiske overveielser</i>	25
5 Resultater	27
5.1 <i>Tilbud om hydroterapi og vannfødsel er knyttet til hvorvidt fødeenheten er jordmorstyrt eller obstetrisk ledet</i>	27
5.2 <i>Mangel på utdanning og trening</i>	28
5.3 <i>Retningslinjers innvirkning</i>	29
5.4 <i>Kollegial og institusjonell støtte</i>	30
5.5 <i>Utstyr og infrastruktur</i>	31
6 Diskusjon	33

6.1 Diskusjon av resultater	33
7 Konklusjon	40
Litteraturliste	41
Vedlegg.....	48
<i>Vedlegg 1: Eksempel på prosedyre for bruk av vann under fødsel, fra Oslo Universitets Sykehus (OUS).</i>	<i>48</i>
<i>Vedlegg 2: Utdrag fra søkelogg</i>	<i>51</i>
<i>Vedlegg 3: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier</i>	<i>54</i>
<i>Vedlegg 4: Litteratormatrise</i>	<i>56</i>

Forord

Vi anser arbeidet med masteroppgaven som en spennende og lærerik prosess. Gjennom søk i vitenskapelige databaser og kvalitetsvurdering av artikler, kjenner vi at vi i større grad vil kunne klare å stille oss kritiske til forskning og derav også retningslinjer i vårt arbeid som jordmødre. Vi ser nytten av å være engasjerte innen forskningen og dens funn for å sikre at vi yter best mulig omsorg både som individuelle jordmødre, men også som kollegaer og ansatte. Ved å holde oss faglig oppdaterte, vil vi kunne bidra til å sikre en forskningsbasert kunnskap inn mot et mål om å sikre kvinnesentrert omsorg.

Vi opplever at prosessen med masterarbeidet har vært utfordrende og med en bratt læringskurve, men gjennom god veiledning og stå-på vilje har det resultert i dette ferdige produktet. Vi ønsker med det å takke vår veileder for den gode hjelpen og veiledningen hun har gitt oss underveis.

Vestvågøy, april 2024

Kandidatnummer 6822 og 6853.

1 Innledning

Bruken av varmt vann under fødsel har økt i popularitet globalt (Nutter et al., 2014) (Taylor et al., 2016) (Cluett et al., 2018). Nedsenkning i vann under fødsel hevdes å ha en rekke positive effekter og kan gi kvinnen en bedre fødselsopplevelse (Lathrop et al., 2018) (Ulfsdottir et al., 2020) (Cluett & Burns, 2009) (Carpenter et al., 2022) (Feeley et al., 2021) (Russell et al., 2014) (Cooper, Warland, et al., 2017) (Ulfsdottir, Saltvedt, & Georgsson, 2018). Gjennom oppgaven vil vi benytte tre begreper, hydroterapi, vannfødsel og konvensjonell fødsel. Hydroterapi er et begrep for nedsenkning i vann under den første fasen av fødselen, mens begrepet vannfødsel benyttes når kvinnen forblir i vannet og barnet fødes under vann. Konvensjonell fødsel benyttes om enhver form for fødsel bortsett fra vannfødsel (Lathrop et al., 2018).

Muligheten for hydroterapi og vannfødsel har blitt et omstridt tema i moderne svangerskapsomsorg (Cooper, Warland, et al., 2017) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019), og debatten omkring sikkerheten fortsetter til tross for mange år og faktisk århundrer med bruk av vann under fødsel (Cooper, McCutcheon, et al., 2019). Det er likevel et alternativ som blir stadig mer foretrukket av fødekvinne (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019). Gjennom jobb som sykepleiere ved en av landets få fødestuer har vi blitt introdusert for hydroterapi og vannfødsel. Erfaringsmessig ble bruken av vann promotert i stor grad, og ble derav ansett som et selvsagt tilbud og som normalt av fødekvinne selv. Gjennom godt samarbeid med kommunejordmor som selv innehar god og lang erfaring med hydroterapi og vannfødsel, samt ukentlige svangerskapsgrupper på fødestuen med tilbud om omvisning, blir vann fremmet. I løpet av studietiden og praksisperioder på avdelings- og klinikknivå erfarte vi derimot at det foreligger et skille mellom enheter. Vi opplevde at dette gjaldt både på avdelings- og individnivå, hvor bruken av vann var varierende og kunne bli begrenset. Inntrykket omkring forskjellene som foreligger på forskjellige fødeenheter er grunnlaget for at vår interesse for temaet er blitt vekket.

Til tross for foreliggende forskningsfunn, samt at det ved norske fødeenheter er normalt å ha badekar eller fødebasseng tilgjengelig (Reinar & Blix, 2017, s. 72-73), ser det ut til at tilbudet til fødekvinne er blitt begrenset i perioder. På bakgrunn av dette ønsker vi å kartlegge faktorer som kan påvirke jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel.

2 Bakgrunn

For å skape et kunnskapsgrunnlag vil det i bakgrunnen bli presentert teori som synes relevant for forståelse opp mot problemstillingen. I denne delen av oppgaven gis derfor en presentasjon av fødselsomsorgen i Norge, jordmors funksjon og rolle, samt informasjon om hydroterapi og vannfødsel som fenomen.

2.1 Fødselsomsorgen i Norge

Det var for 100 år siden mest vanlig med hjemmefødsler, men på 1800-tallet ble de første fødeinstitusjonene opprettet. Disse var midlertidige og lokalisert i dårlige lokaler. Tidlig på 1900-tallet ble det derimot opprettet mange nye helseinstitusjoner, som gjorde det mer vanlig å føde på institusjoner enn hjemme. Det har etter dette skjedd en betydelig sentralisering av fødeenheter de siste 35 årene. Dette på bakgrunn av troen om at det er sikrere for mor og barn å føde på sykehus fremfor fødestuer, i tilfelle komplikasjoner. Et resultat av dette er en kraftig reduksjon i antall fødeinstitusjoner i landet (Omsorgsdepartementet, 2009). Det var i 1972 131 fødesteder i Norge, mens det i 2009 bare var 53 igjen. Derav 12 fødestuer og 41 kvinneklinikker eller fødeavdelinger. På kvinneklinikker er det minst 1500 fødsler, tilstedevakt av fødselslege og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning samt barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte og vaktberedskap av barnelege. På fødeavdelinger skal det være mins 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødselslege og anestesilege, nødvendig bemanning av jordmor og operasjonsteam samt en barnelege tilknyttet fødeavdelingen. På fødestuer er det minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre, men ikke gynekolog, samt at det er avklarte medisinske forhold (Omsorgsdepartementet, 2009).

På tross av det svært synkende antallet fødeenheter i Norge, er det på landsbasis et prinsipp om at fødselsomsorgen skal være desentralisert og differensiert. Differensiert innebærer at kvinnen kan ha mulighet til å velge fødested, samt å bli selektert til det fødestedet som er best egnet (Blix, 2017, s. 418). Fødeinstitusjonene er delt inn i tre nivåer etter risikoen til de fødende. Kvinner med lav risiko kan føde på fødestuer, kvinner med middels risiko anbefales å føde på fødeavdelinger eller kvinneklinikker, mens kvinner med høy risiko henvises til kvinneklinikker (Helsedirektoratet, 2024).

Det har vært bekymring omkring det at fødende med lav risiko for komplikasjoner utsettes for unødig intervensjoner når de føder på spesialiserte fødeavdelinger. Det er kommet frem at fødsler på fødestuer og hjemmefødsler har en mindre risiko for operative forløsninger samt en lavere andel riftskader, sammenlignet med kvinner med lav risiko som føder på sykehus. Det er likevel ikke en betydelig forekomst av komplikasjoner av alvorlig grad verken for mor eller barn (Omsorgsdepartementet, 2009). Fødsel med komplikasjoner og større inngrep innebærer fødsel med tang eller vakuump, keisersnitt, bløding >1500 ml eller transfusjon, dersom fødselsrifer grad 3 eller 4, eller dersom Apgar-skår etter 5 min er lik 7 eller mindre. Det er en enighet om at større inngrep som operative vaginale forløsninger og keisersnitt kun skal utføres med god grunn, samt at komplikasjoner som nevnt ovenfor skal unngås, så godt det lar seg gjøre. Både internasjonale og norske studier finner at seleksjon fører til færre unødvendige inngrep og bedre nytte av ressursene (Helsedirektoratet, 2024).

Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2024) nevner noen viktige prinsipper innenfor moderne fødselsomsorg. Disse går ut på at fødekvinne får en god fødselsopplevelse, samt å unngå unødvendige inngrep i det normale fødselsforløpet. Videre introduserte Verdens Helseorganisasjon's (WHO's) Europakontor i 2001 ti prinsipper for perinatal omsorg som eksempelvis går ut på å unngå unødvendig inngripen og uhensiktsmessig bruk av teknologi i normale fødselsforløp, samt å fremme kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2024). Prinsippene angir at omsorgen som gis bør være evidensbasert, hvilket betyr å støtte oppunder de best tilgjengelige forskningene, inkludert randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) der det er mulig og hensiktsmessig. Videre bør omsorg involvere kvinners beslutningstaking og respektere kvinners personvern, verdighet og konfidensialitet (Chalmers et al., 2001). WHO's retningslinjer konsoliderer med allerede eksisterende og nye anbefalinger. Kvinnesentrert omsorg fremheves og kan gjennom en helhetlig og menneskerettsbasert tilnærming optimalisere kvaliteten på fødselsomsorgen (WHO, 2018).

Ved fødselsinstitusjonene i Norge jobbes det ut fra retningslinjer og prosedyrer. Retningslinjer er anbefalinger for praksis som skal fungere som en støtte for beslutninger. De skal være basert på den best tilgjengelige kunnskapen, og det skal fremkomme hvor denne er hentet inn samt hvordan den er vurdert (Reinar & Blix, 2017, s. 72-73). De har som hensikt å optimalisere pasientbehandling og bygger på en systematisk kunnskapsoversikt, samt en vurdering av fordeler og ulemper ved ulike alternativer for omsorg og behandling. De skal gjøre standarden for praksis tydelig og tilgjengelig. Det kan være manglende forskning

omkring emner det skal skrives retningslinjer om, og i slike tilfeller legges fagfolks og eksperTERS erfaringsbaserte kunnskap som grunnlag for disse. Retningslinjene bør utarbeides av tverrfaglige yrkesgrupper, hvor også pasienter eller brukere kan være involvert.

Retningslinjer kan sette standarder for hvordan den gravide og fødende skal få best mulig omsorg og behandling. Publisering av retningslinjer er derimot ikke nok til å alene kunne endre en praksis. Som helsepersonell i Norge jobber man også ut fra prosedyre som er en type retningslinjer, bare mer spesifikke (Reinar & Blix, 2017, s. 72-73).

2.2 Jordmors funksjon og rolle

WHO fremhever gjennom sine retningslinjer at kvinnene skal ha en positiv fødselsopplevelse uavhengig av om fødselen regnes som normal eller som en risikofødsel (WHO, 2018). Det å fremme den normale fødselen er en av jordmødrenes hovedfunksjoner (Kennedy, 2011) (Blix, 2017b, s. 424). En jordmor har ansvar for det normale fødselsforløpet og er en selvstendig profesjon (ICM, 2014) (Blix, 2017b, s. 424). Man kan tenke på jordmorstøtten som et filosofisk fundament, som fremmer svangerskapet og fødsel som en normal livshendelse der kvinnen er frisk og trenger støtte og styrke, og ikke en pasient som trenger behandling. En jordmor skal gi av sin kunnskap, samt støtte kvinnen til å være autonom og til å ta egne valg og beslutninger (Cooper, McCutcheon, et al., 2017).

Det er lovverk og retningslinjer for fødselsomsorgen som regulerer norske jordmødre, både nasjonalt gjennom spesialisthelsetjenesteloven og internasjonalt gjennom Nationale Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Omsorgsdepartementet, 2009). NICE publiserte i 2007 nasjonale retningslinjer for friske kvinner og deres barn i fødselsomsorgen. Deler av retningslinjene omhandler seleksjonskriterier, kommunikasjon med den fødende kvinnen og smertelindring (Omsorgsdepartementet, 2009). Norske jordmødre slutter seg til International Confederation of Midwives (ICM) (Helsebiblioteket, 2021a). ICM representerer jordmødre fra 119 land (ICM, 2024), og har laget retningslinjer som gjelder internasjonalt. ICM arbeider mot et mål, som er å forbedre standarden som gis til den gravide kvinnen og den kommende familien over hele verden gjennom utdanning, utvikling og hensiktsmessig bruk av jordmoren som profesjon. Retningslinjene er basert på relasjoner som er gjensidige, og er preget av tillitt, respekt og verdighet for alle (ICM, 2014).

En kan si at jordmorkunsten er å observere, kommunisere, lytte, ha intuisjon og tålmodighet, samt være dynamisk og våken for endringer som kan oppstå under fødsel. Dette er ferdigheter som ofte kan bli undervurdert i lys av teknologiens fremskritt. Som med vanlig kunst, krever altså jordmorkunsten kunnskap og dyktighet med oppmerksomhet på detaljnivå (Cooper, Warland, et al., 2017). En kan beskrive jordmorsomsorgen som kunsten å gjøre "ingenting" før det faktisk er behov for det (Kennedy, 2011). I denne sammenheng menes et fravær av inntrenging, inngrep og tvang. Jordmor fokuserer på kvinnen som et individ som er unike og komplekse med ulike behov, ønsker og forventninger, og skreddersyr omsorgen ut fra dette (Cooper, Warland, et al., 2017).

Bruk av vann under fødsel er med på å tilrettelegge i et skifte fra høyrisiko obstetrisk ledet omsorg til lavrisiko jordmorstyrt omsorg. Kvinnesentrert omsorg og drivkraften til å normalisere fødselen omhandler i stor grad om empowerment, altså graden av autonomi og medbestemmelse (Lewis, Hauck, Crichton, et al., 2018). Jordmors grunnlag for å være sammen med kvinnen og legge til rette i størst grad, kan være en utfordring oppunder idealene om kvinnesentrert omsorg, klinisk praksis, retningslinjer, samt arbeid og valg innenfor politikk. Det å finne en balanse mellom forpliktelser som kvinners talsmann og begrensninger gjennom regelverk og politikk kan være vanskelig. Jordmødre kan bli tvunget til å inngå kompromisser ved å måtte jobbe ut ifra retningslinjer, hvilket kan resultere i påvirkning av den viktige kvinne-jordmor-relasjonen (Cooper, McCutcheon, et al., 2017).

En del av jordmors funksjon og rolle inkluderer bruk av alternative smertelindringsmetoder, som for eksempel bruken av varmt vann under fødsel (Cooper, McCutcheon, et al., 2017). Fødselssmerte er en subjektiv opplevelse mediert av flere faktorer slik som kvinners verdier og erfaringer, tilgjengelighet av støttepersoner, tidligere oppfatninger, fødselsmiljøet og tilgjengeligheten av smertelindring. Det å gi tilstrekkelig smertelindring for å imøtekomme kvinners behov, er et kjennetegn på respektfull fødselsomsorg. Mangel på støtte fra jordmor og mangelfull smertelindring er forbundet med negative fødselsopplevelser. Hydroterapi og vannfødsel er assosiert med jordmors relasjonelle omsorgsmodeller samtidig som det er et verktøy for smertelindring (Feeley et al., 2021).

2.3 Hydroterapi og vannfødsel

Bruken av varmt vann under fødsel for å oppnå avspenning og smertelindring har en lang historie. Vannfødsel som fenomen vokste frem i Europa i 1970- og 1980 årene. På 1970-tallet i Sovjet-Russland la en russisk båtbygger, Igor Tjarkovsky, grunnlaget for en bevegelse for å fremme vannfødsel. Dette da han var overbevist over fordelene med hydroterapi som middel for å optimalisere kvinners fysiologiske potensial under fødsel. Hydroterapi ble deretter popularisert i andre europeiske land av den franske fødselslegen og spesialisten Michel Odent (Cluett & Burns, 2009). Ved Norske fødestuer og fødeavdelinger er det vanlig og ha badekar eller fødebasseng tilgjengelig, men det finnes i dag ingen nasjonal statistikk over hvor mange som føder i vann i Norge. Det er heller ikke utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer om vannfødsler i Norge så vidt en kjenner til (Reinar & Blix, 2017, s. 72-73). Det foreligger derimot prosedyrer for vannfødsel i sykehusavdelinger, som vil kunne variere mellom ulike foretak. Slike prosedyrer vil være styrende for jordmødres utførelse ved bruk av vann under fødsel. Et eksempel på en slik prosedyre ligger som vedlegg 1. Det foreligger i tillegg kriterier og kontraindikasjoner å ta hensyn til. Et representativt eksempel for å beskrive slike kriterier og kontraindikasjoner hentet fra Oslo universitetssykehus (OUS) kan ses i tabell 1. I tillegg til nevnte punkter i tabell 1 må fødekvinne være i stand til å kunne komme seg raskt opp av badekaret ved en eventuell akutt situasjon (eHåndbok OUS, 2023).

Tabell 1: Kriterier og kontraindikasjoner for bruk av vann under fødsel

Kriterier for bruk av badekar under fødsel	Kontraindikasjoner for bruk av badekaret som smertelindring
Spontan fødselstart	Tegn på infeksjon (feber osv.). Oppstår det infeksjonstegn underveis i fødsel skal kvinnen ut av badekaret.
Normalt svangerskap	Behov for kontinuerlig fosterovervåkning
Ett barn som er i hodeleie	Andre grunner hos mor eller barn (for eksempel åpne sår hos mor)
Svangerskapslengde: 37+0 til 12 dager over ultralydbestemt termin	Bruk av systemiske opiater i fødsel (for eksempel petidin/morfin)
Riene skal ha startet innen 18 timer etter spontan vannavgang	Bruk av oxytocin til ristimulering
Fostervannet skal være normalt	
Kvinnen har temperatur under 38 grader og pulsen skal være normal	
Kvinner med GBS i urin kan bruke badekar som smertelindring <u>før</u> vannet har gått	

(eHåndbok OUS, 2023)

Hydroterapi og vannfødsel tilbyr kvinner ikke-farmakologisk smertelindring, støtter de fysiologiske prosessene ved fødsel og kan redusere lengden på fødselen og sannsynligheten for bruk av epidural analgesi (Carpenter et al., 2022) (Feeley et al., 2021) (Lathrop et al., 2018) (Cluett & Burns, 2009) (Taylor et al., 2016) (Russell et al., 2014) (Ulfsdottir, Saltvedt, & Georgsson, 2018) (Plint & Davis, 2016) (Cooper et al., 2018). Metoden assosieres med økt avslapning og smertelindring, samt at det kan gi kvinnen en følelse av styrke og kontroll (Cluett & Burns, 2009) (Carpenter et al., 2022) (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018) (Seed et al., 2023) (Cooper, McCutcheon, et al., 2017) (Cooper, Warland, et al., 2017) (Ulfsdottir et al., 2020). Det er også vist en reduksjon av stresshormoner som bidrar positivt inn mot produksjon av oksytocin og derav fremgang i fødsel. Ved at mor er avslappet kan oksygenperfusjonen i morkaken maksimeres, som er bra for fosteret. Bruken av varmt vann kan også senke fødekvinnens blodtrykk (Cluett & Burns, 2009) og redusere angst (Carpenter et al., 2022). Kvinnenes mobilitet kan fremmes, som igjen kan optimalisere fosteret stilling ved å oppmuntre til fleksjon (Cluett & Burns, 2009) (Carpenter et al., 2022). Bruk av vann under fødsel er med andre ord et verktøy som møter fødekvinnens behov og kan redusere unødvendige intervensjoner (Feeley et al., 2021) (Cluett & Burns, 2009) (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018) (Carpenter et al., 2022). Hydroterapi og vannfødsel appellerer både til kvinner og fødselshjelpere, spesielt dem som streber etter en intervensjonsfri og normal opplevelse (Cluett & Burns, 2009).

Hydroterapi og vannfødsel assosieres som nevnt med en positiv fødselsopplevelse (Lathrop et al., 2018) (Ulfsdottir et al., 2020) (Cluett & Burns, 2009) (Carpenter et al., 2022) (Cooper, Warland, et al., 2017). Kvinners fødselsopplevelse blir beskrevet som en betydelig livshendelse og noe som kan ha innvirkning på deres selvfølelse, tilknytning til barnet, amming samt planlegging av eventuelle fremtidige graviditeter. En relevant indikator for kvaliteten på fødselsomsorgen er omfanget av tilfredshet med fødselen (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018). Bruken av vann under fødsel har vist seg å gi en kvinnesentrert, lavteknologisk opplevelse som kan redusere smerte. Videre viser studier høye nivåer av spontan vaginal fødsel for friske gravide kvinner, spesielt i jordmorstyrte enheter (Carpenter et al., 2022). Hydroterapi og vannfødsel fortsetter likevel å bli utfordret med bekymringer omkring sikkerhet og potensielle tilknyttede risikoer, som delvis kan være relatert til mangel på kvalitetsforskning (Cooper, McCutcheon, et al., 2017) (Taylor et al., 2016). Dette har resultert i aversjon og til og med motvilje mot å gi alternativet enkelte steder (Cooper, Warland, et al., 2017). Risikoer som nevnes er eksempelvis neonatal aspirasjon, ruptur av

navlesnor, potensielt økt forekomst av infeksjon hos mor og den nyfødte (Cooper, McCutcheon, et al., 2017) (Taylor et al., 2016), samt postpartumblødning og økt forekomst av perineale rifter (Ulfsdottir, Saltvedt, & Georgsson, 2018). Bekymringer omkring risikoer ved navlesnoren kan ses i sammenheng med unødig trekraft som utøves på snoren når den nyfødte løftes opp av vannet (Cluett & Burns, 2009), hvilket kan forekomme hyppigere ved vannfødsel enn ved konvensjonell fødsel (Ulfsdottir, Saltvedt, & Georgsson, 2018). For å minimere denne risikoen, bør jordmor vurdere lengden på snoren, unngå spenning og ha snorklemmer lett tilgjengelig (Nutter et al., 2014). Oversiktsstudier bemerker ingen økt risiko for infeksjon eller postpartumblødning hos fødekvinne (Ulfsdottir, Saltvedt, & Georgsson, 2018). På den andre siden er rapporter om forekomsten av rifter motstridende (Lathrop et al., 2018) (Ulfsdottir, Saltvedt, & Georgsson, 2018). Tross bekymringer reist, har forskning ikke definitivt vist at uønskede hendelser øker betydelig ved bruk av vann under fødsel sammenlignet med konvensjonell fødsel (Cooper, McCutcheon, et al., 2017) (Lathrop et al., 2018) (Cluett & Burns, 2009) (Nutter et al., 2014).

Sikkerheten til den nyfødte er et omstridt tema, selv om forskjeller i Apgar-skår, infeksjoner eller andre neonatale komplikasjoner ikke er rapportert (Ulfsdottir, Saltvedt, & Georgsson, 2018). Jordmødre som gir omsorg til fødekvinne som ønsker å benytte vann, må forstå den grunnleggende fysiologiske teorien om fosterets pustebevegelse og fosterdykkerefleksen som hevdes å beskytte den nyfødte (Nutter et al., 2014) (Taylor et al., 2016). Fosterets strupehode består av et større antall kjemoreseptorer i luftveiene som hindrer væskeaspirasjon (Cluett & Burns, 2009). Ved hypoksi kan derimot dykkerefleksen overstyres, hvilket krever adekvat fosterovervåking for å minimere risikoen for vannaspirasjon (Nutter et al., 2014). Eventuell risiko for nyfødte som er forløst i vann, avhenger av fravær eller tilstedeværelse av andre faktorer som regulerer det første åndedraget som eksempelvis lys, lav temperatur eller smerte. Friske nyfødte forløst i varmt vann vil ikke utsettes for slike stimuli (Taylor et al., 2016). Systemiske opioider har potensial til å undertrykke fosterdykkerefleksen, og bruk av dette frarådes derfor ved vannfødsel.

Vanntemperaturen bør ikke overstige mors kroppstemperatur, da det kan føre til hypertermi hos fosteret samt kardiovaskulære og metabolske forstyrrelser. Takykardi, en økning i hjertefrekvensen, kan ses som en reaksjon hos fosteret og det kan oppstå redusert motstand i navlesnoren (Cluett & Burns, 2009). Temperaturen må heller ikke være for lav med tanke på tidlig respirasjonsstimulering og hypotermi, og anbefales å ligge mellom 37-38 grader under andre stadiet av fødselen. Barnet må fødes under vann uten eksponering for luft og kjølig temperatur, og deretter ledes forsiktig og direkte til overflaten innen 5 til 10 sekunder. Ansiktet

må ikke senkes under vann igjen etter at det er brakt til overflaten, og etter forløsningen må barnets kroppstemperatur opprettholdes (Nutter et al., 2014).

3 Hensikt og formål

Flere studier angir en økt forespørsel om bruk av vann under fødsel, og et flertall studier understøtter også tryggheten av å føde i vann for lavrisikokvinner så vel som positive effekter (Cooper et al., 2018). Hensikten med studien er å finne ut mer om årsaker som kan ligge til grunn for jordmødres varierende bruk av hydroterapi og vannfødsel. Dette på bakgrunn av at det i dag er mye fokus på å tilrettelegge for et mest mulig likt fødetilbud til alle (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2024, § 1-1). En ønsker å imøtekomme fødekvinne, legge til rette for medbestemmelse og mulighet for å ta del i valg som omhandler egen fødsel (Chalmers et al., 2001). Det foreligger som nevnt en økt interesse for en mest mulig normal og naturlig fødsel hos flere fødekvinne, og derfor blir hydroterapi og vannfødsel stadig mer etterspurt og ønsket (Cooper, McCutcheon, et al., 2019).

Målet med studien er å gjennom eksisterende forskning gjøre en kartlegging av hvilke faktorer som kan påvirke jordmors tilbud om bruk av vann under fødsel. Ut ifra dette har vi formulert følgende problemstilling **“Hvilke faktorer kan påvirke jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel?”**.

4 Metode

Systematisk litteraturstudie ble benyttet som metode for å besvare problemstillingen. Det vil først redegjøres for hva en systematisk litteraturstudie er, før de ulike leddene i søkeprosessen blir presentert. Avslutningsvis vil kritisk kvalitetsvurdering av inkluderte artikler, forforståelse og analyseprosessen legges frem.

4.1 Studiedesign

Litteraturstudie er en omfattende studie og tolkning av litteratur, med et klart definert forskningsspørsmål (Aveyard, 2023, s. 2-4). Det er mange ulike tilnærminger til litteraturstudie og her benyttes Aveyard's (Aveyard, 2023) fremgangsmåte. Aveyard's fremgangsmåte tar sikte på å identifisere alle tilgjengelige forskningsfunn om et emne, foreta en grundig vurdering av kvaliteten og deretter foreta en reanalyse av resultatene i studien (Aveyard, 2023, s. 2-4). For å unngå at viktige forskningsfunn blir oversett vil denne studien inkludere ulike forskningsmetoder, både kvalitativ, kvantitativ og blandede metoder og design. Dette vil kombinere styrken til tall, effekt og forekomst, med erfaringer (Pluye & Hong, 2014). Tilnærmingen blir stadig mer populær å bruke innenfor helse og omsorg, da den kan gi en dypere forståelse for temaet og problemstillingen enn ved separate tilnærminger (Aveyard, 2023, s. 64).

En analyse og sammenstilling av litteraturen fører til ny innsikt som belyser forskningsspørsmålet og identifiserer hull i dagens kunnskapsgrunnlag. Helsepersonell har en faglig plikt til å holde seg oppdatert på nyere forskning, og gjennom en systematisk litteraturstudie vil forskningen bli lettere tilgjengelig. Dersom helsepersonell kun leser en enkelt forskningsartikkel om et emne, kan helheten innenfor det gitte emnet forsvinne og viktig kunnskap kan bli oversett (Aveyard, 2023, s. 2-4).

4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons og eksklusjonskriteriene er blitt endret underveis. Eksempelvis ble søket utvidet fra 2005 til 1995 for et mer historisk perspektiv og bredere søk. Problemstillingen har også endret seg fra å omhandle jordmors erfaringer og holdninger til bruk av vann under fødsel, til

å omhandle faktorer som kan påvirke jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel. Gjennom bedre kjennskap til tematikken i den eksisterende forskningen, ble denne ytterligere spesifiserte problemstillingen til. En begrensning gjort er at kun hydroterapi og vannfødsel på sykehus er inkludert. Alle nivåer av fødeenheter er inkludert, da faktorer kan fremtre og variere mellom disse. En mer detaljert oversikt over våre inklusjons- og eksklusjonskriterier kan ses i tabell 2.

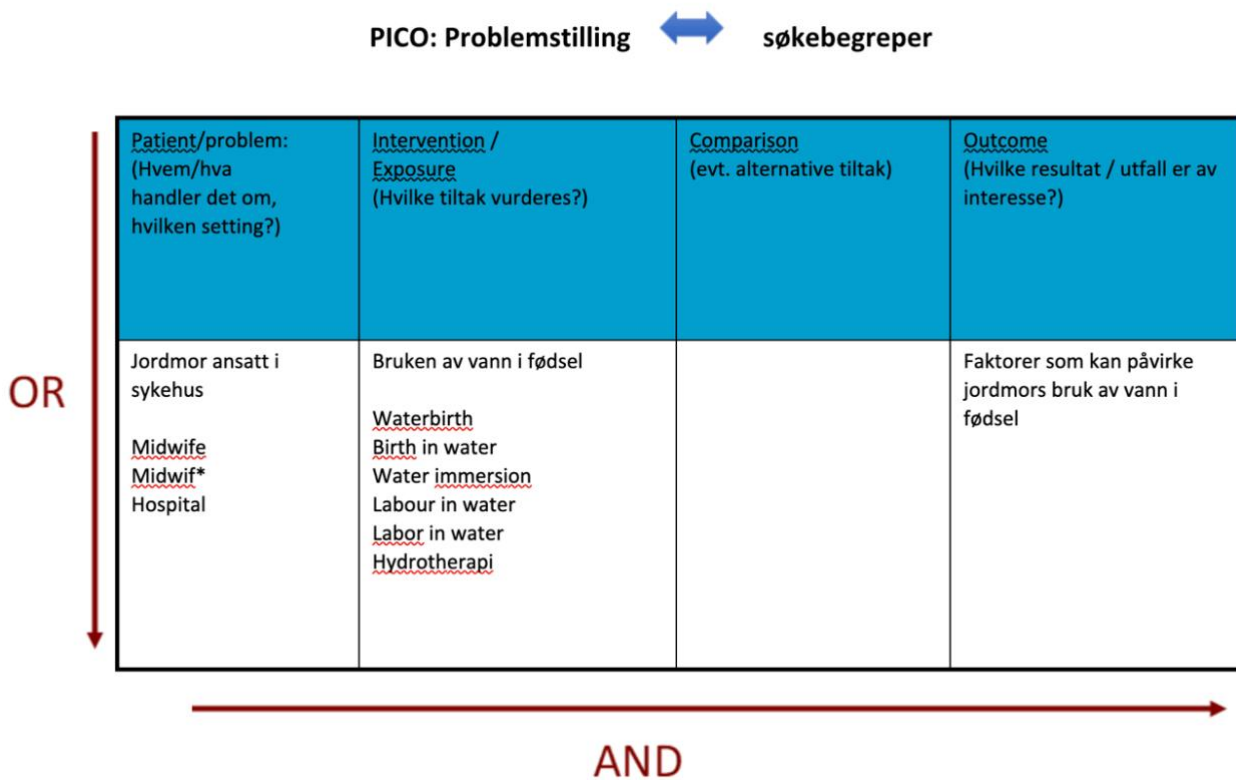
Tabell 2: Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Vitenskapelig primærstudier fra 1995-2024	Hjemmefødsler
Abstrakt tilgjengelig	Fødekvinners perspektiv
Jordmors perspektiv	Artikler med annet språk enn engelsk og skandinavisk
Land som er sammenlignbare med vestlige land	
Hydroterapi og vannfødsel på sykehus	
Engelsk- og skandinavisk språklige	
Både hydroterapi og vannfødsel	

4.3 Søkestrategi

Søkeprosessen i vitenskapelige databaser ble påbegynt i mai 2023 og endelig avsluttet i februar 2024. Søk ble gjort i databasene Cinahl, Medline, SveMed +, Maternity and infant care og SCOPUS. Ved søk i Medline var de fleste gjennom OVID og ett gjennom EBSCO. Valget av databaser er basert på relevans opp mot jordmorfaget. Målet var å finne 10-15 relevante forskningsartikler. Det ble foretatt en identifikasjon av søkeord som fanget essensen av i problemstillingen (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 65-66), hvor søkeordene benyttet er: waterbirth, midwif*, water, bath, water immersion, hydrotherapy, hospital, labour, labor og attitudes. PICO – skjema (USN, 2017) er benyttet som hjelpemiddel, og kan ses i figur 1.

Figur 1: PICO – skjema.



(USN, 2017)

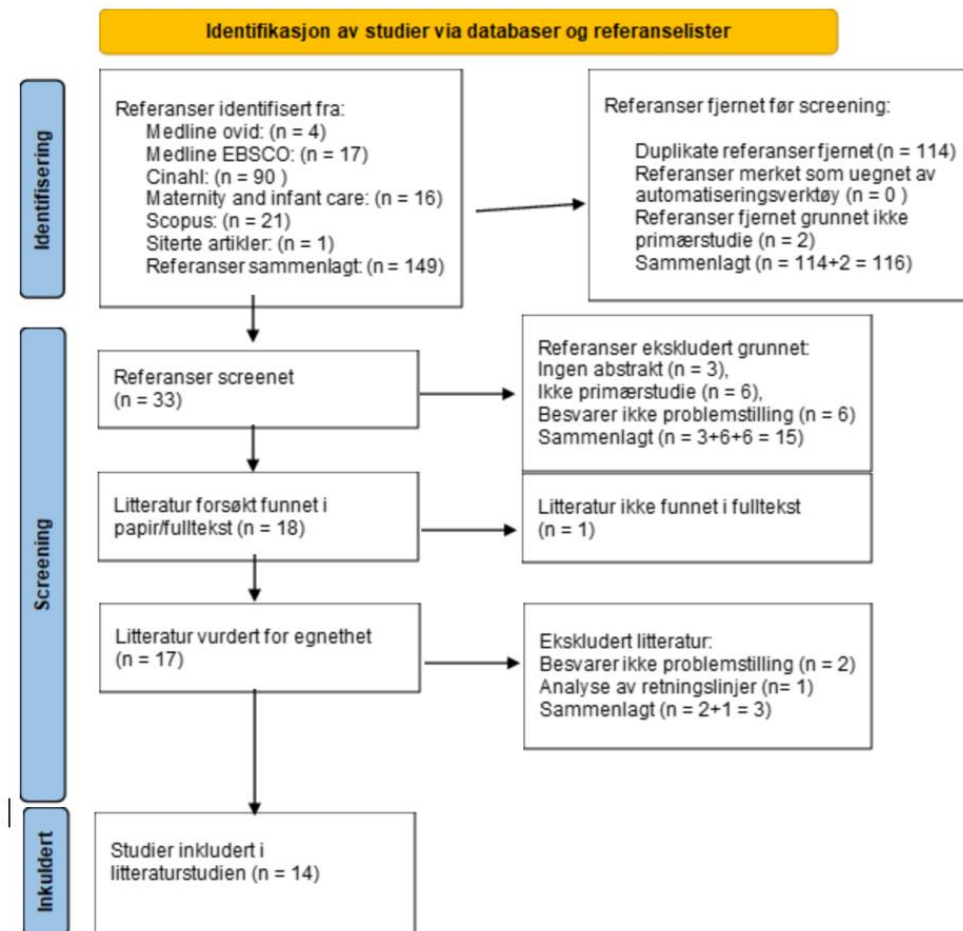
Emneord og søkeord er benyttet ved søk i databaser. Gjennom å benytte søkeord, har ordet kunnet forekomme hvor som helst i forskningsartikkelen. På denne måten har søkene blitt bredere, hvilket har generert et større antall funn. Emneord er ord som representerer artikkelens hovedbudskap, og databasene kan være indeksert med ulike emneord. Ved bruk av emneord har søkene blitt mer presise og med færre funn (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 67-68). Ulike databasene er utstyrt med tesaurus, som er et verktøy bestående av et sett kontrollerte emneord. Et eksempel på tesaurus er Medical Subject Heading (MeSH) i Medline (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 67-68).

Underveis i søkeprosessen ble trunkering (*) benyttet. De fleste databaser har *-funksjonen, hvilket identifiserer alle mulige endinger på søkeordet benyttet. Som eksempel har ordet midwif* identifisert artikler hvilket inneholder ord som: midwife, midwives og midwifery. Dette har sikret tilgang til alle mulige avslutninger på søkeordet (Aveyard, 2023, s. 85). Det har vært bevissthet rundt bruken av AND og/eller OR, hvor AND i størst grad er blitt benyttet.

Søkene har på denne måten blitt begrenset ved at alle søkeordene må være representert i artiklene. OR derimot, har gitt et bredere søk da bare ett av søkeordene kan være representert (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 70).

Gjennom søkeprosessen er det blitt ført en søkelogg. Loggen visualiserer hvilke søkemetoder som er benyttet, hvilke databaser som er søkt i, hvilke søkeord som ble brukt samt kombinasjoner og begrensninger. Det fremkommer også når hvert enkelt søk ble gjort og hvor mange treff søkene resulterte i (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 74-75). Et utdrag av søkeloggen ligger som vedlegg 2, og utvalgsprosessen er visualisert i et PRISMA-flytdiagram (Page et al., 2021) som sees i figur 2.

Figur 2: PRISMA-flytdiagram



(Page et al., 2021)

4.4 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

Ved første gjennomlesing av utvalgte artikler ble det foretatt en vurdering gjennom en overordnet sjekklister, hvilket inneholdt generelle spørsmål som kan benyttes uavhengig av artiklenes metode og design (USN, 2017). Denne første vurderingen av artiklene bidro til å kunne vurdere relevans opp mot problemstillingen. Gjennom videre gjennomlesing har flere artikler blitt ekskludert i prosessen, og når utvalget av de inkluderte artiklene forelå ble egnet vurderingsverktøy for evalueringen av forskningen valgt (Aveyard, 2023, s. 107-108).

Sjekklistene fra kunnskapssenteret for tverrsnittstudier og kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2021b) ble benyttet, og i forskningsartiklene med blandet metode ble begge sjekklister anvendt. Den kritiske vurderingen ble gjort for å styrke oppgavens troverdighet og resultater (Aveyard, 2023, s. 107). Prosessen ble gjennomført ved at begge forfattere gikk gjennom sjekklister sammen, artikkel for artikkel og drøftet hvert enkelt spørsmål. En oversikt over kvalitetsvurderingen kan ses i vedlegg 3.

Da søkeprosessen og kvalitetsvurderingen av de utvalgte artikler ble ansett som ferdig, ble det endelige antallet 14 inkluderte artikler. Artiklene hadde benyttet forskjellige metoder og design, hvor 6 var kvalitative, 5 var kvantitative og 3 bestod av blandede metoder. Det ble så foretatt et søk i de utvalgte artiklenes referanseliste som en videre forsikring om at ikke relevant litteratur ble oversett.

4.5 Forforståelse

Motivasjonen bak valg av problemstilling kommer av erfaringer fra jobb på fødestue samt praksisperioder gjennom studiet på avdelings- og klinikknivå. Gjennom erfaringene ble det dannet perspektiver, antakelser og tanker omkring temaet før prosjektets start, hvilket vi har vært bevisste på i forkant av og underveis i arbeidet. Tanker omkring årsaksfaktorer til hvorfor tilbudet om hydroterapi og vannfødsel kan bli begrenset var altså til stede, men gjennom denne bevisstheten ble de forsøkt lagt bort.

4.6 Analyse

Thomas og Harden's (Thomas & Harden, 2008) fremgangsmåte for tematisk analyse er blitt fulgt. Tematisk analyse er blitt identifisert som en av flere potensielle metoder for forskningssyntese. Thomas og Harden's (Thomas & Harden, 2008) tematiske syntese består av tre stadier: koding av tekst linje-for-linje, utvikling av beskrivende temaer og deretter generering av analytiske temaer. Ved analyseprosessens start ble det gjort flere gjennomlesinger av hver enkelt resultatdel i de inkluderte forskningsartiklene. Resultatene fra hver enkelt artikkel ble så kodet, hvor koder ansett som viktige opp mot problemstillingen ble nøye valgt ut. Kodene ble deretter sortert og satt sammen ut fra lik tematikk og videre kombinert til en helhet. I denne delen av prosessen ble de beskrivende temaene utviklet. Disse forble nær primærstudiene (Thomas & Harden, 2008), og det forelå bevissthet omkring forforståelse. Ved den første utarbeidelsen av temaer ble resultatet ti beskrivende temaer. Etter videre arbeid med flere gjennomganger av stoffet, ble det oppdaget nye sammenhenger som resulterte i nye sammensetninger. Som svar på problemstillingen endte sluttresultatet med ett beskrivende hovedtema og fire undertemaer. Bakgrunnen for valget om å ha ett beskrivende hovedtema og fire undertemaer er at samtlige av undertemaene kan knyttes opp mot- og ses i sammenheng med hovedtemaet. En presentasjon av temaene vil ses innledningsvis i resultatdelen. Ut fra Thomas og Harden's (Thomas & Harden, 2008) fremgangsmåte, kan analyseprosessens fortsette med utvikling av analytiske temaer hvor egne tolkninger skaper nye forklaringer og hypoteser. Her ble derimot analyseprosessens avsluttet før utviklingen av analytiske temaer, da det i følge Thomas og Harden er fullt akseptert å avslutte med beskrivende tema (Thomas & Harden, 2008).

4.7 Etiske overveielser

Forskningsetiske retningslinjer har blitt fulgt i de inkluderte studiene. Vi har vært tro mot resultatene som fremkommer i studiene, og inkludert alt som svarer på problemstillingen.

4.8 Metodiske overveielser

Datainnsamlingen i denne studien ble gjort gjennom søk i fem databaser som ble funnet relevante for jordmorfaget. Søkeprosessen er synliggjort for leserne gjennom en detaljert fremgangsmåte beskrevet i metodedelen, deler av søkeloggen ligger som vedlegg, samt at utvalgsprosessen visualiseres gjennom PRISMA-flytskjema. Som en kvalitetssikring, ble samtlige søk foretatt om igjen mot søkeprosessens slutt for å påse at ingen artikler ble oversett, samt for å tilse at søkene kunne gjentas. Det ble i tillegg foretatt en gjennomgang av de inkluderte artiklenes referanselister, som heller ikke ga nye funn av relevans. Dette ble ansett som positivt, og at søkene som var gjort gav oss de aktuelle artiklene som foreligger inn mot problemstillingen. Ut fra dette anses studien å kunne etterprøves, samt at graden av pålitelighet er høy.

Det foreligger et samsvar mellom arbeidets problemformulering, hensikt, metode, analyse, resultater, diskusjon og konklusjon. Problemformuleringen kunne blitt undersøkt gjennom kvalitativ metode med intervjuer av jordmødre for mer dybdeforståelse. Vi anså likevel ved arbeidets start at en systematisk litteraturstudie også var aktuelt. Dette på bakgrunn av at vi gjennom studietiden og interessen for hydroterapi og vannfødsel allerede hadde benyttet søk i databaser, og gjennom dette blitt bevisste på eksisterende forskning. Det å gjøre en sammenfatning av denne forskningen kunne gi oss en ny oversikt og innsikt. Mot slutten av søkeprosessen kom det frem at Cooper i oktober 2023 (Cooper et al., 2023) publiserte en systematisk oversikt hvor problemstillingen var tilnærmet lik vår egen. For ikke å bli påvirket av denne, ble det gjort et bevisst valg om å legge artikkelen til side etter lest abstrakt. Artikkelen ble derimot lest i etterkant av at egne resultater var ferdigstilt, for å sammenligne resultatene. Dette kunne fortelle oss noe om styrken av egne resultater. Ved gjennomgang av studien fant vi at resultatene i stor grad var sammenlignbare med egne funn, hvilket validerer disse.

Opprinnelig plan var å benytte ren kvalitativ forskning, men underveis i søkeprosessen viste funnene flere artikler som syntes relevante av både kvalitativ, kvantitativ eller blandede metoder og design. Valget om å inkludere flere metoder og design anses som en styrke i denne litteraturstudien. I utgangspunktet inkluderte studien kun jordmødres synspunkter, da problemstillingen først var rettet mot jordmødres erfaringer og holdninger omkring bruken av vann under fødsel. Ved endring av problemstillingen ble enkelte studier med andre informanter og respondenter enn jordmødre inkludert, eksempelvis fødselsleger. Dette da

fødselsleger som informanter også ble ansett som verdifullt ved å gi et bredere bilde av hvilke faktorer som kan påvirke jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel.

Ved kvalitetsvurderingen av utvalgte artikler fant vi både styrker og svakheter ved å inkludere Russells studie (Russell et al., 2014). Gjennom flere gjennomlesinger av artikkelen ble det konkludert med at artikkelen fremstod som noe uklart formulert, hvilket ble ansett som en svakhet. Det ble likevel besluttet å inkludere artikkelen, da den inneholdt resultater som ikke fremkom i de andre inkluderte studiene. På tross av artikkelens grad av kvalitet, ble det altså likevel vurdert å være av verdi for de samlede resultatene. Cooper`s studier har i stor grad vært representert gjennom arbeidet. Det har foreligget en bevissthet omkring at Cooper har benyttet selvsitering i sine artikler, noe som kan anses som en svakhet. Det kan derimot også anses som en styrke å inkludere flere artikler av samme forfatter, da forfatteren virker til å ha en stor interesse for hydroterapi og vannfødsel. Cooper undersøker flere ulike aspekter ved praksisen sammen med flere forskjellige medforfattere. Det kan derfor tenkes at forfatteren sitter med mye kunnskap omkring fenomenet, som også vil styrke forskningen som er gjort.

De inkluderte artiklene representerer forskjellige land, hvor det er tatt stilling til hvorvidt resultatene er generaliserbare til Norge. Mange av funnene anses som generaliserbare, men vi er bevisste på at spesielt Australia kan ha et noe strengere system som kan skape større barrierer for jordmødres tilbud om hydroterapi og vannfødsel der, sammenlignet med Norge. Utvalget av artiklene anses som representative for gruppen studien omhandler, basert på valgene og endringene gjort underveis i prosessen. Under kvalitetsvurderingen av de inkluderte artiklene og syntesen av resultatene ble vurderingene gjort gjennom et samarbeid mellom forfatterne. Dette kan anses som en svakhet i oppgaven. Dersom kvalitetsvurderingen hadde blitt gjort separat, kunne risikoen for skjevheter i større grad vært unngått. Samtidig anses det å være to forfattere som en styrke i andre deler av arbeidet, gjennom at artikler og beslutninger drøftes, bedømmes og tolkes først separat og deretter sammen som en kvalitetssikring. Det vil alltid kunne foreligge en risiko for at man ikke har tolket eller forstått innholdet i de inkluderte studiene riktig, og resultatene kan bli påvirket av dette. Andre forfattere kunne tolket innholdet på en annen måte, noe vi er bevisste på. Alle resultater som kan bidra til å svare på problemstillingen er inkludert.

5 Resultater

Gjennom arbeidet med oppgaven er det blitt utarbeidet en litteraturmatrikse med oversikt over de 14 inkluderte studiene. På bakgrunn av antall studier og derav litteraturmatriksens omfang, ligger den som vedlegg 4. Gjennom tematisk analyse av de inkluderte studiene, kom det frem ett hovedtema og fire beskrivende undertemaer, som alle er faktorer som påvirker jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel. Disse ses i tabell 3.

Tabell 3: Oversikt over beskrivende temaer.

Hovedtema			
Tilbud om hydroterapi og vannfødsel er knyttet til hvorvidt fødeenheten er jordmorstyrt eller obstetrisk ledet			
Undertemaer			
Mangel på utdanning og trening	Retningslinjers innvirkning	Kollegial og institusjonell støtte	Utstyr og infrastruktur

5.1 Tilbud om hydroterapi og vannfødsel er knyttet til hvorvidt fødeenheten er jordmorstyrt eller obstetrisk ledet

Gjennomgående i resultatene fremkom det et skille mellom jordmorstyrte og obstetrisk ledede enheter. Temaet ble fremtredende som faktoren med størst innvirkning på jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel. Milosevic (Milosevic et al., 2019) oppga at fødsel som fenomen ble overmedisinert, hvilket begrenset jordmødrenes tilbud om hydroterapi og vannfødsel, da det ble ansett som noe unormalt. Nicholls (Nicholls et al., 2016) anga at et medikalisert sykehusmiljø kunne hemme jordmors selvillit til å benytte vann under fødsel, mens en avdelingskultur som fremmet en naturlig fødselsfilosofi kunne ha positiv innvirkning. Ifølge Milosevic (Milosevic et al., 2020) ble vannfødsel aktivt fremmet på jordmorstyrte enheter, hvor jordmødre var enstemmig positive til tilbudet. Ved obstetriske enheter derimot ble det i større grad forespurt av fødekvinne enn at tilbudet ble gitt av personalet (Milosevic et al., 2019). Jordmødre ved obstetriske enheter hadde mindre autonomi og kunne oppleve skyld dersom det oppstod problemer, mens de ved jordmorstyrte enheter hadde full

autonomi til å tilby hydroterapi og vannfødsel (Milosevic et al., 2020). Ved obstetriske enheter forelå det varierende holdninger og en manglende interesse for vannbruk (Milosevic et al., 2020), og det fremkom at jordmødrene i dette miljøet ble ansett som oppgaveorientert mer enn kvinnesentrert (Russel, 2011). Metoden ble ikke ansett som et alternativ til smertelindring eller som en del av rutinemessig omsorg ved disse enhetene, som påvirket jordmødrenes mulighet til å tilby praksisen (Cooper et al., 2021).

Fødselsleger og seniorjordmødre på obstetriske enheter hadde større motstand mot endring og fremmet en medisinsk tilnærming, fremfor å anerkjenne fordelene ved hydroterapi og vannfødsel. Dette gjorde det vanskelig for jordmødre og endre den vanlige praksisen og tilby noe annerledes (Milosevic et al., 2019). Milosevic (Milosevic et al., 2019) fant at fødselslegene mente badekar hørte til på en jordmorenhet. På jordmorenhetene var det fysiske miljøet støttende til vannbruk, hvor fødestuene hadde badekar midt i rommet som virket oppmuntrende (Milosevic et al., 2019). Dette i tillegg til at jordmødrene aktivt fremmet bruken av vann kunne resultere i at de som i utgangspunktet ikke hadde tenkt på alternativet likevel vurderte det (Milosevic et al., 2020).

5.2 Mangel på utdanning og trening

Mangel på utdanning og trening kom frem som en faktor av betydning inn mot jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel. Et stort antall av jordmødrene hadde ikke bruken av vann som en del av jordmorutdannelsen (Imbroll & Attard, 2022) (Cooper et al., 2018). Ulfsdottir (Ulfsdottir et al., 2020) og Imbroll og Attard (Imbroll & Attard, 2022) oppga at jordmødre ikke følte seg oppdatert på området, og at kun en liten andel hadde erfaring og kunnskap om bruk av vann under fødsel. Lewis (Lewis, Hauck, Butt, et al., 2018) og Meyer (Meyer et al., 2010) derimot fant at jordmødre følte seg trygge på bruken av vann i alle stadier av fødselen. Flertallet av fødselslegene anga mangel på erfaring og kunnskap, og følte seg lite oppdatert på området (Ulfsdottir et al., 2020) (Plint & Davis, 2016). Det kom frem i artikkelen til Ulfsdottir (Ulfsdottir et al., 2020) at mangelen på erfaring og kunnskap blant jordmødre og fødselsleger kom av manglende tilbud om bruk av vann ved enkelte avdelinger. Milosevic (Milosevic et al., 2019) og Russel (Russel, 2011) derimot fant at mangelen kunne ses i sammenheng med manglende tillitt til metoden. Ut ifra det oppgitte fraværet av kunnskap, erfaring og tillitt til metoden påvirkes jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel.

Respondentene i Nicholl's artikkel (Nicholls et al., 2016) anså opplæring før første møte med vannfødsel som positivt, samt at mengdetrening resulterte i økt selvtillit og interesse.

Utøverne opplevde gjennomføring av felles trening med samme utgangspunkt som et godt tiltak (Nicholls et al., 2016). Jordmødre uttrykte uklarhet omkring hyppigheten av trening, og ansvaret med å sikre utvikling og det å holde seg oppdatert lå på enkeltpersoner (Lewis, Hauck, Butt, et al., 2018). Russel (Russell et al., 2014) fastslo at intervensjoner og tiltak med mål om økt vannfødselsrate viste positive og varige endringer på avdelingsnivå, hvilket bidro til at jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel økte.

Cooper (Cooper et al., 2018) fremhevet mangelen på sertifisert personale, og at fraværet av nødvendig kompetanse kom i veien for at jordmødre kunne tilby praksisen. Det var høye krav til tilleggsutdanning og opplæring utover jordmorutdanningen. Ved enkelte avdelinger var kravene så strenge at ingen jordmødre ble sertifiserte (Cooper, Warland, et al., 2019), og kravene ble opplevd som uopnåelige (Cooper et al., 2021). Selv godt erfarne jordmødre innenfor metoden opplevde å ikke oppfylle kravene, hvilket skapte en barriere for å kunne tilby bruken av vann under fødsel. Mangelen på sertifiserte jordmødre gjorde det samtidig vanskelig for andre å bli sertifisert (Cooper, Warland, et al., 2019).

5.3 Retningslinjers innvirkning

Gjennom Milosevic's (Milosevic et al., 2020) studie fremkom det at retningslinjer ble ansett som en fordel, men også en barriere inn mot jordmors mulighet til å tilby hydroterapi og vannfødsel. Retningslinjene var til stede for å minimere risiko (Cooper et al., 2021), samt som et sikkerhetsnett ved eventuelle ugunstige utfall (Nicholls et al., 2016) (Cooper, Warland, et al., 2019). Cooper (Cooper et al., 2018) oppga at retningslinjene var basert på oppdatert forskning og tilrettela for tilbud om hydroterapi og vannfødsel, samt var støttende til kvinners autonomi. På den andre siden mente Milosevic (Milosevic et al., 2019), Lewis (Lewis, Hauck, Butt, et al., 2018) og Cooper (Cooper et al., 2021) at retningslinjene var lite oppdaterte og ikke basert på forskning. Motstands nivået fra fødselslegene var en barriere for utvikling og implementering av retningslinjer (Cooper et al., 2021) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019). Fødselslegene etterspurte forskning av høy kvalitet (Ulfsdottir et al., 2020), basert på mangelen av Randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) (Cooper et al., 2021) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019).

Retningslinjene ble beskrevet som rigide og lite støttende, hvilket begrenset jordmødres tilbud om hydroterapi og vannfødsel (Milosevic et al., 2019). Milosevic (Milosevic et al., 2020) og Cooper (Cooper, McCutcheon, et al., 2019) fant at det var strenge kriterier for å kunne tilby bruk av vann under fødsel, og retningslinjene hadde negativ innvirkning på fødekvinners autonomi. Cooper (Cooper et al., 2021) belyste at det i en retningslinje ble innledet med at barnet kunne drukne, hvilket ble opplevd som en måte å skremme kvinnene fra å velge hydroterapi og vannfødsel. Retningslinjer kunne føre til barrierer både hos jordmor og fødekvinne (Cooper et al., 2021). Det var et ønske om tydelige og lett tilgjengelige retningslinjer (Plint & Davis, 2016), samt at jordmødre eller andre kompetente og trygge aktører burde inkluderes i utformingen av dem (Cooper et al., 2021) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019). Ved å ha en utviklingskomite med større erfaring innenfor hydroterapi og vannfødsel, ble retningslinjene tilretteleggende fremfor begrensende, hvilket ga jordmødre større mulighet til å tilby praksisen (Cooper, McCutcheon, et al., 2019) (Cooper et al., 2018).

5.4 Kollegial og institusjonell støtte

Det kom frem mangel på kollegial og institusjonell støtte samt fravær av tillitt til hydroterapi og vannfødsel som metode (Milosevic et al., 2019) (Milosevic et al., 2020) (Cooper et al., 2021). Milosevic (Milosevic et al., 2019) oppga at jordmødre på obstetrisk enhet følte seg alene, samt at det var på deres skuldre dersom noe gikk galt. Enkelte seniorjordmødre hadde negative holdninger til bruken av vann under fødsel (Russel, 2011), og det forelå sterk uvilje fra fødselsleger (Cooper et al., 2018). Autoritære individer var innflytelsesrike og ble ansett som snublesteiner på bakgrunn av bekymringer omkring sikkerheten til mor og barn, hvilket hadde innvirkning på jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel (Cooper et al., 2021) (Imbroil & Attard, 2022) (Plint & Davis, 2016). Redselen for negative utfall og rettsaker førte til et system bygget på det å holde ryggen fri, og jordmødre opplevde at de kunne bli straffet ved en utilsiktet vannfødsel, uavhengig av utfall (Cooper et al., 2021). Jordmødre ville følt seg mer støttet i sin praksis dersom fødselslegene hadde mer bevissthet om fordelene rundt bruken av vann under fødsel (Milosevic et al., 2020). Negative holdninger kunne ses hos koordinatorene, og jordmødre var ikke i posisjon til å overstyre koordinerende jordmors beslutninger. Det kom frem at koordinerende jordmor i enkelte tilfeller kunne blokkere føderom med badekar, hvor et eksempel var at det ble skrevet falske pasientnavn på oversiktstavlen slik at rommet så opptatt ut (Russel, 2011). Ved noen enheter opplevde derimot jordmødre stor støtte til bruk av vann, men med signifikante forskjeller mellom tilbud

om hydroterapi som smertelindring eller vannfødsel (Cooper et al., 2018). Som eksempel kunne fødekvinne ved noen enheter bli informert før fødsel om at de måtte opp av badekaret før barnet ble født (Cooper et al., 2021).

Milosevic (Milosevic et al., 2019) fant at hyppigheten av vannfødsler kunne avhenge av hvilke ansatte som var på jobb, og at dette kunne ses i sammenheng med manglende selvtillit til- eller en dårlig opplevelse med bruk av vann under fødsel. Kollegial støtte kunne også knyttes opp mot samarbeidet mellom 1.- og 2.-linjetjenesten, og hvorvidt informasjon om hydroterapi og vannfødsel ble gitt gjennom svangerskapet (Milosevic et al., 2020).

Milosevic (Milosevic et al., 2019) oppga at tilbudet ble promotert i for liten grad, noe som kan minske kvinnenenes kunnskap omkring metoden og derav også etterspørselen. Cooper (Cooper et al., 2021) oppga at jordmødrene som hadde opplevd fordelene bruken av vann under fødsel kan gi fødekvinnene, var de som gikk inn for å benytte praksisen på tross av motstand. Det ble i Cooper`s studie (Cooper, McCutcheon, et al., 2019) poengtert av en deltaker at forskningen ikke angir noen økt risiko ved hydroterapi og vannfødsel, og at man bør se og lytte til dette. Det fremkom et behov for trygge jordmødre for å komme videre i diskusjonen omkring hydroterapi og vannfødsel, slik at jordmødre i større grad kan tilby metoden (Cooper et al., 2021).

5.5 Utstyr og infrastruktur

For at jordmødre skulle kunne tilby hydroterapi og vannfødsel var det viktig med tilgjengelig og riktig utstyr (Milosevic et al., 2020) (Imbroll & Attard, 2022). Dette innebar eksempelvis vanntett kardiokografi (CTG) (Milosevic et al., 2019), egnede badekar og løfteutstyr for eventuell evakuering, hvilket ikke alle fødeenheter hadde (Cooper et al., 2018) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019). Uegnede, dype badekar hvor jordmor gjennomførte gjentatte auskultasjoner medførte dårlig arbeidsstilling, hvilket kunne føre til slitasjeskader (Milosevic et al., 2020) (Plint & Davis, 2016) (Russel, 2011). Jordmødre uttrykte bekymring for helsen i sammenheng med dette (Cooper et al., 2021).

Utfordringer omkring utilstrekkelig infrastruktur (Imbroll & Attard, 2022), samt uhensiktsmessig lokasjon av fødestuer med badekar gjorde at stuene ofte ble brukt til risikokvinner for umiddelbar nærhet til vaktrom og bistand (Cooper et al., 2018)(Russel,

2011). Milosevic (Milosevic et al., 2019) oppga at kvinner som ønsket vann på obstetriske enheter kunne få tildelt fødestuer uten badekar, og omvendt. Sett i lys av dette ble dårlig fordeling av fødestuer og ufordelaktig organisering sett som begrensende faktor for jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel (Milosevic et al., 2020) (Milosevic et al., 2019). Jordmødre opplevde at det ble første mann til mølla-prinsippet, hvilket påvirket deres evne til å imøtekomme kvinners valg. Dette kunne skape en motvilje mot å tilby praksisen. En jordmor uttrykte at hun ikke ville oppmuntre til bruk av noe som kanskje likevel ikke var tilgjengelig (Milosevic et al., 2020) (Milosevic et al., 2019). Tilgjengeligheten av badekar ble altså ofte sett på som en barriere med innvirkning på muligheten til å kunne tilby kvinnene bruk av vann (Milosevic et al., 2019), og på enkelte sykehus ble det også nektet å gå til anskaffelse badekar (Cooper et al., 2021). Bassengtilgjengelighet var et spesielt problem i obstetriske enheter, hvor noen hadde et eller ingen badekar på avdelingen (Milosevic et al., 2019). Forskjellene som foreligger mellom enheter ble ansett som urettferdig, hvor noen hadde tilbudet og andre ikke (Lewis, Hauck, Butt, et al., 2018).

Høyt arbeids- og tidspress samt utfordringer med lav bemanning gjorde det utfordrende å kunne tilby en-til-en omsorg (Milosevic et al., 2019) (Plint & Davis, 2016) (Russel, 2011). Kravet om en-til-en omsorg, samt to tilstedeværende jordmødre ved forløsning i vann (Plint & Davis, 2016) kunne føre til at jordmor som tilbød metoden kunne anses som egoistisk overfor sine kolleger på en travel vakt (Russel, 2011).

6 Diskusjon

Formålet med studien er å kartlegge faktorer som kan påvirke jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel. I denne delen av oppgaven vil resultatene drøftes opp mot aktuell forskning og teori.

6.1 Diskusjon av resultater

Denne systematiske litteraturstudien inkluderer 14 artikler som undersøker faktorer som påvirker jordmors tilbud om hydroterapi og vannfødsel. Ut fra resultatene kom det frem et samspill mellom flere faktorer, og resultatene avdekket utfordringene som jordmødrene står ovenfor når det kommer til å implementere og tilby vann i forbindelse med fødsel. Det fremkommer at fødselsomsorgen i det tjuende århundret i stor grad blir styrt av en medisinsk modell (Dado et al., 2022), hvilket betyr at teknologi og medisinsk kunnskap kan påvirke jordmor og hennes omsorg til den fødende kvinnen (Cooper, McCutcheon, et al., 2019). Ikke-medisinske problemer kan bli definert og behandlet som medisinske problemer, hvor jordmødre som et resultat av dette gradvis har mistet noe av den autonomien som tidligere kjennetegnet hennes yrkesutøvelse. Det er derimot både fordeler og ulemper med denne typen omsorg. Jordmødre og fødselsleger oppfatter det som en innblanding i en naturlig prosess, som øker muligheten for at flere medisinske prosedyrer brukes under fødselen (Prosen & Krajnc, 2019). Prosen og Krajnc (Prosen & Krajnc, 2019), uttaler at slike medisinske prosedyrer ikke alltid er nødvendige eller gjennomtenkt, og at slike forstyrrelser noen ganger kan gjøre en frisk fødekvinne til en syk fødekvinne. Her poengteres det at problemet med fødsel er at man aldri vet hvordan ting hadde vært hvis ikke helsepersonell hadde grepet inn eller reagert (Prosen & Krajnc, 2019), for på samme tid som omsorgen kan føre til komplikasjoner, kan den også bidra til å redusere risiko for komplikasjoner. Et fokus for jordmor under enhver fødsel bør derfor innebære opprettholdelse av en balanse mellom å tilby en naturlig tilnærming, samtidig med å ivareta tilgjengeligheten av medisinsk støtte.

Fødsel og fødselssmerter kan ses som en naturlig hendelse hvor fødselshjelpere kun skal gripe inn dersom nødvendig, eller som en medisinsk tilstand forbundet med risiko. En risikooppfatning kan forbinde god fødselsomsorg med overvåkning, kontroll og gjennom å fjerne smerte (Helsedirektoratet, 2024). Medikamentell smertelindring og stimulering av rier

samt induksjon av fødsel er i dag så vanlig, at noen anser det som del av en normal fødsel. Disse ytterpunktene kan beskrives som et motstridende fødselsparadigme fra patologidominert til en forventning om normalitet (Helsedirektoratet, 2024) (Cluett & Burns, 2009). Gjennom dette paradigmet har det vokst frem en global interesse med økt oppmerksomhet rundt- og oppmuntring til evidensbasert omsorg basert på fødselsfysiologi. Dette gjennom reduksjon av intervensjoner under svangerskap og fødsel, samt å styrke fødekvinne til å kunne ta informerte valg (Carpenter et al., 2022) (Reviriego-Rodrigo et al., 2023). Sett i lys av de positive effektene av hydroterapi og vannfødsel kan metoden anses som et godt tiltak inn mot dette, og det er derfor nødvendig å anerkjenne at en normal fysiologisk fødsel ofte vil være den beste tilnærmingen. Prosen og Krajnc (Prosen & Krajnc, 2019) påpeker her viktigheten av å vurdere hver enkelt fødekvinn individuell, fremfor å se på statistisk beregnede risikoer.

Samtidig med fødselsomsorgens utvikling, har det de siste årene vært en økende jordmormangel i Norge (Helsedirektoratet, 2022). Det finnes flere årsaker til denne økende mangelen på jordmødre, hvor en av dem er høyt arbeidspress som kan bidra til at noen jordmødre ikke klarer å stå i jobben over tid. Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2021) gjennomførte i samarbeid med Den norske jordmorforeningen (DNJ) og Jordmorforbundet NSF i 2021 en spørreundersøkelse, som viste at over 50 prosent av jordmødrene hadde vurdert å slutte i jobben på grunn av arbeidspresset. I tillegg oppga over 90 prosent at de ikke klarte kravet om én-til-én-omsorg av kvinner i aktiv fødsel, som er kvalitetskravet for trygg fødsel. Samtidig fant Lukasse og Henriksen (Lukasse & Henriksen, 2019) at jordmødre har et ønske om å gi kvinnesentrert omsorg, gjennom fokus på normal fødsel og mer tid med fødekvinne. Mangelfull bemanning fører derimot til en redsel for uønskede hendelser, og jordmødrene kan komme i situasjoner hvor de føler seg alene uten å få den hjelpen de trenger når det er behov for det. Krevende arbeidsbelastning og mangelfull bemanning knyttes til det å ikke kunne yte tilstrekkelig omsorg, og fører til engstelse når jordmødrene er på vakt (Lukasse & Henriksen, 2019). Sett i lys av nedskjæringen av fødeenheter i Norge, fører dette til et økt arbeidspress på de gjenværende sykehusavdelingene. Det høye arbeidspresset begrenser som nevnt mulighetene for en-til-en omsorg, samt at det kan føre til mangel på tid til å trene og holde seg oppdatert på hydroterapi og vannfødsel, hvilket påvirker jordmors tilbud. Det foreligger altså et samspill mellom flere begrensende faktorer, som jordmødre må forholde seg til i sin arbeidshverdag.

Når kvinners positive fødsels erfaringer blir diskutert opp mot begrensninger i fødselsomsorgen, er det viktig å anerkjenne både de individuelle opplevelsene og de

systematiske utfordringene. Kvaliteten på omsorgen kan påvirkes av tilgang til ressurser, mens kvinners fødselsopplevelse kan påvirkes av støtte fra helsepersonell. Kvinners fødselsopplevelse kan også relateres til faktorer som smerte og følelse av kontroll, hvilket inkluderer både personlig kontroll over situasjonen samt det å bli involvert i fødselsprosessen (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018). Følelsen av kontroll har en fremtredende rolle i kvinners opplevelse av å benytte vann under fødsel. Hydroterapi og vannfødsel assosieres med en positiv fødselsopplevelse som støtter kvinners autonomi, samt at det har en avslappende og smertelindrende effekt (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018) (Nutter et al., 2014) (Dado et al., 2022) (Fair et al., 2020) (Maude & Foureur, 2007). Det varme vannet hjelper fødekvinne til å følge kroppen sin bedre og kan gjøre riene lettere å håndtere (Lewis et al., 2018). Samtidig kan badekarets avgrensning føre til færre forstyrrelser og derav en følelse av privatliv i fødselssettingen (Maude & Foureur, 2007) (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018). Gjennom erfaring med vannfødsel uttalte en kvinne at hun føler det er den eneste måten kvinner bør føde barn på (Fair et al., 2020). En så sterk uttalelse basert på en positiv fødselsopplevelse får frem viktigheten av å støtte opp om fødekvinnes positive opplevelser med hydroterapi og vannfødsel.

Det å lytte til fødekvinners erfaringer, gir en verdifull innsikt i hva som oppleves viktig for dem, og kvinnes kunnskap bidrar med en viktig del av grunnlaget jordmødre baserer sin praksis på (Maude & Foureur, 2007). Fødselsopplevelsen er en livshendelse med følelsesmessig og fysisk påvirkning, som kan ha innvirkning på en kvinnes velvære, tilknytning til barnet, hennes selvfølelse, amming samt planlegging av fremtidige graviditeter (Dado et al., 2022) (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018) (Maimburg et al., 2016). Kvinners fødselsopplevelse er derfor anerkjent som en grunnleggende indikator på fødselsomsorgens kvalitet (Ulfsdottir, Saltvedt, Ekborn, et al., 2018) (Maimburg et al., 2016). Konseptet med å "tillate" hydroterapi og vannfødsel, uavhengig av om fødekvinne har kjente risikofaktorer eller ikke, tar ikke hensyn til det faktum at kvinner kan ta valg som kan være i strid med sykehuspolitikk (Cooper et al., 2021). Cooper (Cooper et al., 2021) påpeker de autoritære holdningene som foreligger, og at de kan resultere i en avvisning av retten til selvbestemmelse. Dette strider mot pasient- og brukerrettighetsloven, som gir pasienter rettigheter innenfor helse- og omsorgstjenesten (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2024, § 1-1). Loven omhandler pasienters rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, hvor pasienten har rett til valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2024, § 3-1). Loven har også som formål å bidra til lik tilgang på tjenester av god kvalitet, ivareta respekt for pasienten liv, integritet og menneskeverd samt fremme

tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2024, § 1-1).

Til tross for at Norge har ulike nivåer av fødeenheter, vil mange fødsler likevel foregå på obstetrisk ledede enheter. Dette kan ses i sammenheng med få fødestuer samt strenge seleksjonskriterier for fødekvinne. Et fokus i fødselsomsorgen bør på bakgrunn av dette omhandle hvordan vi kan jobbe mot et bedre samarbeid og en lik forståelse uavhengig av enhetsnivå og ulike profesjoner. Et potensial for endring kan utvikles gjennom en økt forståelse og forpliktelse til å adressere faktorer som foreligger på forskjellige nivåer. Et bedre samarbeid kan føre til at kvinners autonomi blir anerkjent med hensyn til bruk av vann under fødsel (Cooper et al., 2021). Helsepersonell kan gjennom et godt samarbeid spille bedre på lag med fødekvinnene, for å kunne yte best mulig omsorg. Cooper (Cooper et al., 2021) hevder at jordmødres tilbud om hydroterapi og vannfødsel kan bli begrenset av en rekke faktorer, hvor en av dem er autoritære holdninger som kan foreligge ved enkelte avdelinger. På bakgrunn av avdelingsmiljø, holdninger og retningslinjer basert på individuelle tolkninger og erfaringer, kan tilliten til normal fysiologisk fødsel ved enkelte sykehus svekkes (Cooper, McCutcheon, et al., 2019). Videre kan dette resultere i at enkeltstående jordmødre føler seg alene i vurderinger, og kan bli utrygge på å tilby praksisen. Nutter (Nutter et al., 2014) hevder at fødselshjelpere må utvide sine kunnskaper og ferdigheter utover konvensjonell fødsel for at man skal kunne ha et tilbud om hydroterapi og vannfødsel. Bruk av vann under fødsel kan være en del av jordmorutdanningen på lik linje med konvensjonell fødsel, og ut over dette kan det også arrangeres fagdager med hydroterapi og vannfødsel som tema. Gjennom at samtlige profesjoner innen fødselsomsorgen deltar, kan et sammenfallende kunnskapsgrunnlag skapes.

Mangel på tilgjengelighet av egnet badekar legges også frem som en hindrende faktor av betydning (Lewis, Hauck, Butt, et al., 2018) (Imbroll & Attard, 2022) (Cooper et al., 2018) (Plint & Davis, 2016) (Cooper et al., 2021), hvor enkelte avdelinger hadde ett eller ingen badekar (Milosevic et al., 2019). Hvordan kan en sikre at jordmødre innehar selvtillit og trygghet til å tilby hydroterapi og vannfødsel, når faktorer som dette kan utfordre opprettholdelse av kunnskap og erfaring. Dersom det ikke foreligger badekar på avdelingen foreligger det heller ingen tilbud til fødekvinnene, hvor jordmødre uttrykker at man ikke kan tilby noe man ikke har (Milosevic et al., 2020). Videre kan dette rettes inn mot pasientrettighetsloven og fødekvinners rett på likt tilbud (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2024, § 1-1), hvor noen vil få tilbudet og andre ikke. Det kommer altså frem flere momenter utenfor jordmors kontroll, men også faktorer som ligger i jordmødrene selv.

Milosevic (Milosevic et al., 2020) la eksempelvis frem at individuelle forskjeller kan føre til to kategorier av jordmødre. Dette innebærer at noen jordmødre er komfortable med det normale og andre med risikoarbeid. Det normale kan innebære mer hands-off jobbing, og risikoarbeid relateres til en setting med mer kontinuerlig forsterovervåkning og flere intervensjoner som for noen jordmødre kan føles tryggere. Det kan for enkelte jordmødre ta lengre tid å utvikle tillit til egen faglighet enn hos andre, samt at individuell selvtillit kan påvirke profesjonell selvtillit (Nicholls et al., 2016). Cooper (Cooper et al., 2021) angir at jordmødrene som hadde opplevd de positive effektene av hydroterapi og vannfødsel, var de som likevel benytter metoden tross motstand møtt. For å komme videre i diskusjonen omkring hydroterapi og vannfødsel, trengs faglig trygge jordmødre som tørr å ta avgjørelser gjennom kunnskap, erfaring og tillit til praksisen.

Hydroterapi og vannfødsel blir forbundet med en rekke fysiske og følelsesmessige fordeler for fødekvinne gjennom globale forskningsfunn (Cluett et al., 2018) (Dado et al., 2022) (Fair et al., 2020), og Clews (Clews et al., 2020) angir at praksisen blir fremmet av både jordmødre og fødselsleger i 90 land. Herunder Japan, Russland, Belgia, Tyskland, Østerrike, Malta og Sveits. Forskningsfunn peker på fordeler heller enn risiko for mor og nyfødt (Cluett et al., 2018) (Dado et al., 2022) (Fair et al., 2020), men til tross for dette, er det på verdensbasis fremdeles store variasjoner i tilbudet om hydroterapi og vannfødsel (Seed et al., 2023) (Fair et al., 2020) (Ulfsdottir et al., 2020) (Clews et al., 2020). Maude og Foureur (Maude & Foureur, 2007) angir at forskere kommenterer at tilfredshet ikke kan anses som en pålitelig indikator for graden av gode utfall, hvilket viser de varierte holdningene og synspunktene som foreligger.

Det går igjen i flere av studiene at fødselslegene mener det er mangel på forskning av høy kvalitet for å utvikle retningslinjer for hydroterapi og vannfødsel (Ulfsdottir et al., 2020) (Cooper et al., 2021) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019), hvilket baseres på mangelen av randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019). Ved nærmere undersøkelse fant vi en studie gjort av Allen (Allen et al., 2022), som undersøkte hvorvidt det er mulig å gjennomføre en RCT-studie inn mot hydroterapi og vannfødsel. I studien fremkom det som usannsynlig å være gjennomførbart. Likevel påpeker Cooper (Cooper, McCutcheon, et al., 2019) at observasjonsstudier, jordmødres- og fødekvinners erfaringer blir oversett, da fødselslegenes fokus er på mangelen av forskning av høy kvalitet. I NICE (NICE, 2023) fremkommer det at usikkerhet omkring risiko ved bruk av vann under fødsel fortsatt er dagsaktuell. På bakgrunn av dette ventes en ny studie (NICE, 2023) omhandlende etablering av sikkerhet ved vannfødsel til mor og barn, som vil bli publisert i

løpet av 2024. Uten å kunne si noe om utfallet av studien, kan resultatene påvirke retningslinjene innenfor hydroterapi og vannfødsel internasjonalt. Dette kan påvirke jordmødres tilbud enten i positiv eller negativ retning, ved at tilbudet vil kunne øke eller minske.

Retningslinjene helsepersonell jobber ut fra bør være evidensbaserte, samtidig med å ivareta best mulig praksis. Det er et viktig verktøy, som er til for å regulere og opprettholde utøveres ansvarlighet innenfor fødselsomsorgen. Retningslinjene bør sikre autonomi og trygghet til fødekvinne parallelt med å ta stilling til eventuelle begrensninger som foreligger, slik som tilgang til ressurser og forskjeller mellom enhetsnivåer. Forskningsgrunnlaget som ligger til grunn for retningslinjene kan i mange tilfeller være begrenset, herunder forskningsgrunnlaget gjeldende hydroterapi og vannfødsel som fremdeles er motstridende (Cooper, McCutcheon, et al., 2017). Som en konsekvens av manglende og motstridende forskningsbasert kunnskap kan både fødekvinne, jordmødre og fødselsleger få ulike oppfatninger om effektene av å benytte vann under fødsel, og hvor trygt det er (Lathrop et al., 2018). Cooper (Cooper et al., 2018) fant at ved enheter som anså retningslinjer som støttende til hydroterapi og vannfødsel, hadde jordmødre selv vært deltakende i utarbeidelsen. Dette førte til at retningslinjene ble vurdert som fremmede fremfor hemmende (Cooper et al., 2018). Gjennom å ha en utviklingskomite bestående av jordmødre og andre kompetente aktører med erfaring og kunnskap om bruk av vann under fødsel, kan jordmødrenes mulighet til å tilby praksisen påvirkes positivt (Cooper et al., 2021) (Cooper, McCutcheon, et al., 2019) (Cooper et al., 2018). Ved at jordmødre deltar i utformingen av retningslinjer, vil deres perspektiver og erfaringer kunne bidra til at retningslinjene reflekterer en best mulig praksis. Jordmødre bør involveres i alle nivåer av prosessen, fra identifikasjon av problemstillinger, gjennom utformingen og frem til implementering og evaluering. Dette kan sikre retningslinjenes aksept, relevans og forbedre omsorgen som utøves.

Gjennom retningslinjer og prosedyrer kommer det frem strenge inklusjonskriterier for kvinner som ønsker å benytte seg av vann under fødsel. Gjennom dagens utvikling i fødselsomsorgen, ses det at flere og flere kvinner klassifiseres som risikokvinner, og derav vil bli begrenset i tilbudet om hydroterapi og vannfødsel. Det er nylig kommet nye nasjonale retningslinjer innenfor fødselsomsorgen i Norge (Helsediretoratet, 2024). Ut fra disse vil flere fødekvinne bli definert som risikokvinner, som igjen vil lede til at flere kvinner vil bli anbefalt å føde ved avdelings- eller klinikknivå. Seed (Seed et al., 2023) finner at det i Australia og New Zealand nylig har skjedd en endring som gir risikokvinner som krever kontinuerlig fosterovervåkning tilgang til hydroterapi, forutsatt at tilstrekkelig overvåkningsutstyr er

tilgjengelig. Dette får frem variasjonene i retningslinjer på tvers av land, samt innvirkningen de kan ha på jordmødres tilbud og fødekvinners tilgang til hydroterapi og vannfødsel. Det er vanskelig å forstå hvorfor ikke hydroterapi og vannfødsel er hyppigere implementert og tilbudt kvinner, og hvorfor det fortsetter å være en misnøye mot bruken. Vi stiller oss undrende til mangelen på nasjonal statistikk over antall vannfødsler eller utfall (Seed et al., 2023) (Fair et al., 2020) (Ulfsdottir et al., 2020) (Clews et al., 2020) (Reinar & Blix, 2017, s. 72-73). Det å foreta registreringer ved hydroterapi og vannfødsel kunne bidratt med viktig informasjon til videre forskning. Ved å registrere hvor mange som føder i vann samt utfall hos mor og nyfødt, kunne det fått oss videre i diskusjonen og nærmere en konklusjon om hvorvidt jordmødre med trygghet kan tilby praksisen.

7 Konklusjon

Oppsummert kommer det frem en rekke faktorer som kan begrense jordmødres tilbud om hydroterapi og vannfødsel. For å kunne tilby praksisen, kreves et støttende miljø og administrativt engasjement, fremmende retningslinjer, tilstrekkelig bemanning og et godt samarbeid mellom ulike profesjoner. Uenigheter som foreligger mellom jordmødre seg imellom og fødselsleger, kan resultere i at jordmødre føler seg alene og utrygge på å tilby bruk av vann under fødsel. Jordmødre kan i noen grad bli stående alene i vurderinger om hvorvidt tilbudet skal gis eller ikke. Det bør være et mål om at både jordmødre og fødselsleger kjenner seg trygge og velinformerte, da trygghet er essensielt. Lik opplæring til jordmødre og fødselsleger kan bidra til å fremme lagarbeid ved at de ulike profesjonene får et bedre grunnlag til å kunne støtte hverandre i avdelingen. Jordmødres tilbud om hydroterapi og vannfødsel kan også avhenge av hvordan retningslinjene blir utformet, og hvorvidt jordmødre selv og andre kompetente aktører med erfaringer innenfor praksisen er med i denne prosessen. Hydroterapi og vannfødsel bør være forankret i avdelingen, for å fremme et godt tverrfaglig samarbeid og gjennom dette ha et tilbud om bruk av vann under fødsel.

Litteraturliste

Allen, J., Gao, Y., Dahlen, H., Reynolds, M., Beckmann, M., Cooper, C., & Kildea, S. (2022). Is a randomized controlled trial of waterbirth possible? An Australian feasibility study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(4), 697–708. <https://doi.org/10.1111/birt.12635>

Astrup Nielsen, D., Hjørnholm, T. Q., & Nygaard Hansen, T. K. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag* (1. utgave.). Fagbokforlaget.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920152502602202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Aveyard, H. (2023). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (Fifth edition.). Open University Press.

Blix, E. (2017a). Ulike fødesteder. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., s. 418). Cappelen Damm akademisk.

Blix, E. (2017b). Å fremme normal fødsel. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., s. 424). Cappelen Damm akademisk.

Carpenter, J., Burns, E., & Smith, L. (2022). Factors Associated With Normal Physiologic Birth for Women Who Labor In Water: A Secondary Analysis of A Prospective Observational Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(1), 13–20.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.13315>

Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, 28(3), 202–207.
<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>

Clews, C., Church, S., & Ekberg, M. (2020). Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies. *Women and Birth*, 33(6), 566–573.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.007>

Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD000111.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3>

Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>

Cooper, M., Madeley, A.-M., Burns, E., & Feeley, C. (2023). Understanding the barriers and facilitators related to birthing pool use from organisational and multi-professional perspectives: A mixed-methods systematic review. *Reproductive Health*, 20(1), 147.

<https://doi.org/10.1186/s12978-023-01690-0>

Cooper, M., McCutcheon, H., & Warland, J. (2017). A critical analysis of Australian policies and guidelines for water immersion during labour and birth. *Women and Birth*, 30(5), 431–441. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.001>

Cooper, M., McCutcheon, H., & Warland, J. (2019). Water immersion policies and guidelines: How are they informed? *Women and Birth*, 32(3), 246–254.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.169>

Cooper, M., McCutcheon, H., & Warland, J. (2021). 'They follow the wants and needs of an institution': Midwives' views of water immersion. *Women and Birth*, 34(2), e178–e187.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.019>

Cooper, M., Warland, J., & McCutcheon, H. (2017). *Water for labour and birth: Getting back to the art of doing nothing*.

Cooper, M., Warland, J., & McCutcheon, H. (2018). Australian midwives views and experiences of practice and politics related to water immersion for labour and birth: A web based survey. *Women and Birth*, 31(3), 184–193.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.001>

Cooper, M., Warland, J., & McCutcheon, H. (2019). Practitioner accreditation for the practice of water immersion during labour and birth: Results from a mixed methods study. *Women and Birth*, 32(3), 255–262. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.165>

Dado, M., Smith, V., & Barry, P. (2022). Women's experiences of water immersion during

labour and childbirth in a hospital setting in Ireland: A qualitative study. *Midwifery*, 108, 103278. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103278>

eHåndbok OUS. (2023). *Vannfødsel og bruk av badekar under fødsel*. ehandboken.ous-hf.no. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/4494>

Fair, C. D., Crawford, A., Houpt, B., & Latham, V. (2020). "After having a waterbirth, I feel like it's the only way people should deliver babies": The decision making process of women who plan a waterbirth. *Midwifery*, 82, 102622. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102622>

Feeley, C., Cooper, M., & Burns, E. (2021). A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2942–2956. <https://doi.org/10.1111/jan.14720>

Helsebiblioteket. (2021a, mars 22). *Internasjonale etiske retningslinjer for jordmødre*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/retningslinjer-og-veiledere/etikk/etiske-retningslinjer-for-jordmodre>

Helsebiblioteket. (2021b, september 17). *Kunnskapsbasert praksis.no*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsedirektoratet. (2021, november 22). *Innspill og medlemsundersøkelser fra jordmødrenes organisasjoner*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre/behov-for-jordmodre/innspill-og-medlemsundersokelser-fra-jordmodrenes-organisasjoner>

Helsedirektoratet. (2022, mai 31). *Estimert mangel på jordmødre (NAV)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre/behov-for-jordmodre/estimert-mangel-pa-jordmodre-nav>

Helsedirektoratet. (2024, februar 15). *Fødsel—Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/f%C3%B8dsler-uten-st%C3%B8rre-inngrep-og-komplikasjoner>

Helsedirektoratet. (2024, mars 4). *Fødselsomsorgen—Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen>

ICM. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. International Confederation of Midwives. <https://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/International-Code-of-Ethics-for-Midwives.pdf>

ICM. (2024). *Who We Are*. International Confederation of Midwives. <https://internationalmidwives.org/who-we-are/>

Imbroll, J. F., & Attard, J. (2022). Midwives' perspectives on water immersion during labour and birth in Malta. *MIDIRS Midwifery Digest*, 32(4), 474–479.

Kennedy, H. P. (2011). A Model Of Exemplary Midwifery Practice: Results Of A Delphi Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(1), 4–19. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(99\)00018-5](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(99)00018-5)

Lathrop, A., Bonsack, C. F., & Haas, D. M. (2018). Women's experiences with water birth: A matched groups prospective study. *Birth*, 45(4), 416–423. <https://doi.org/10.1111/birt.12362>

Lewis, L., Hauck, Y. L., Butt, J., Western, C., Overing, H., Poletti, C., Priest, J., Hudd, D., & Thomson, B. (2018). Midwives' experience of their education, knowledge and practice around immersion in water for labour or birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 249. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1823-0>

Lewis, L., Hauck, Y. L., Crichton, C., Barnes, C., Poletti, C., Overing, H., Keyes, L., & Thomson, B. (2018). The perceptions and experiences of women who achieved and did not achieve a waterbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 23. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1637-5>

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2024). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)—Lovdata* (LOV-2023-12-20-106). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lukasse, M., & Henriksen, L. (2019). Norwegian midwives' perceptions of their practice

environment: A mixed methods study. *Nursing Open*, 6(4), 1559–1570.
<https://doi.org/10.1002/nop2.358>

Maimburg, R. D., Væth, M., & Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial". *Women and Birth*, 29(5), 450–454. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.003>

Maude, R. M., & Foureur, M. J. (2007). It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth. *Women and Birth*, 20(1), 17–24.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.10.005>

Meyer, S. L., Weible, C. M., & Woeber, K. (2010). Perceptions and Practice of Waterbirth: A Survey of Georgia Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 55–59.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.01.008>

Milosevic, S., Channon, S., Hughes, J., Hunter, B., Nolan, M., Milton, R., & Sanders, J. (2020). Factors influencing water immersion during labour: Qualitative case studies of six maternity units in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 719.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03416-7>

Milosevic, S., Channon, S., Hunter, B., Nolan, M., Hughes, J., Barlow, C., Milton, R., & Sanders, J. (2019). Factors influencing the use of birth pools in the United Kingdom: Perspectives of women, midwives and medical staff. *Midwifery*, 79, 102554.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102554>

NICE. (2023, september 29). *Surveillance decision | Evidence | Intrapartum care | Guidance | NICE*. National Institute for Health and Care Excellence; NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/2023-exceptional-surveillance-of-intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-nice-guideline-cg190-13183360381/chapter/Surveillance-decision?tab=evidence>

Nicholls, S., Hauck, Y. L., Bayes, S., & Butt, J. (2016). Exploring midwives' perception of confidence around facilitating water birth in Western Australia: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 33, 73–81. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.010>

Nutter, E., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014). *Waterbirth Fundamentals for Clinicians*.

Journal of Midwifery & Women's Health, 59(3), 350–354. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12193>

Omsorgsdepartementet, H. (2009, februar 13). *St.meld. Nr. 12 (2008-2009)*

[Stortingsmelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

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

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ...

Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Plint, E., & Davis, D. (2016). Sink or Swim: Water Immersion for Labor and Birth in a Tertiary Maternity Unit in Australia. *International Journal of Childbirth*, 6, 206–222.

<https://doi.org/10.1891/2156-5287.6.4.206>

Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 29–45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>

Prosen, M., & Krajnc, M. T. (2019). Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalisation of pregnancy and childbirth. *Women and Birth*, 32(2), e173–e181. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>

Reinar, L. M., & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., s. 72–73). Cappelen Damm akademisk.

Reviriego-Rodrigo, E., Ibarгойen-Roteta, N., Carreguí-Vilar, S., Mediavilla-Serrano, L., Uceira-Rey, S., Iglesias-Casás, S., Martín-Casado, A., Toledo-Chávarri, A., Ares-Mateos, G., Montero-Carcaboso, S., Castelló-Zamora, B., Burgos-Alonso, N., Moreno-Rodríguez, A., Hernández-Tejada, N., & Koetsenruyter, C. (2023). Experiences of water immersion during childbirth: A qualitative thematic synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 395. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05690-7>

Russel, K. (2011). Struggling to Get Into the Pool Room? A Critical Discourse Analysis of Labor Ward Midwives' Experiences of Water Birth. *International Journal of Childbirth*, 1(1),

52–60. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.1.1.52>

Russell, K., Walsh, D., Scott, I., & McIntosh, T. (2014). Effecting change in midwives' waterbirth practice behaviours on labour ward: An action research study. *Midwifery*, *30*(3), e96–e101. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.001>

Seed, E., Kearney, L., Weaver, E., Ryan, E. G., & Nugent, R. (2023). A prospective cohort study comparing neonatal outcomes of waterbirth and land birth in an Australian tertiary maternity unit. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *63*(1), 59–65. <https://doi.org/10.1111/ajo.13555>

Taylor, H., Kleine, I., Bewley, S., Loucaides, E., & Sutcliffe, A. (2016). Neonatal outcomes of waterbirth: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, *101*(4), F357–F365. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309600>

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, *8*(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>

Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., Ekborn, M., & Georgsson, S. (2018). Like an empowering micro-home: A qualitative study of women's experience of giving birth in water. *Midwifery*, *67*, 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.09.004>

Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2018). Waterbirth in Sweden – a comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *97*(3), 341–348. <https://doi.org/10.1111/aogs.13286>

Ulfsdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2020). Testing the waters—A cross-sectional survey of views about waterbirth among Swedish health professionals. *Women and Birth*, *33*(2), 186–192. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.003>

USN. (2017, oktober 24). *Nyttige verktøy—PICO*. Biblioteket USN. <https://bibliotek.usn.no/nyttige-verktoy/category31826.html>

WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>

Vedlegg

Vedlegg 1: Eksempel på prosedyre for bruk av vann under fødsel, fra Oslo Universitets Sykehus (OUS).

Vannfødsel og bruk av badekar under fødsel

1. Endringer siden forrige versjon

Mai 2023: Rengjøringsrutiner badekar: Vask først med varmt vann. Vask så med klut og sterk såpe hele badekaret - også rundt blandedbatteri og håndtak. Bruker Virkon/Rely-On. Skal ha minimum 0,5 dl. Virkon i sluket. Deretter skal badekaret skylles godt med varmt vann (la det renne en stund). Tørk badekaret til slutt med håndklær.

2. Hensikt og omfang

Beskrive kriterier for bruk av badekar under fødsel

Beskrive forløsning i badekar

Beskrive renhold og periodisk kontroll

3. Ansvar

Ansvar for å følge prosedyren: Pasientansvarlig jordmor

Ansvarlig for oppdatering: Avdelingsleder

4. Fremgangsmåte

BRUK AV BADEKAR UNDER FØDSEL:

Kriterier for bruk av badekar under fødsel:

- Spontan fødselstart
- Normalt svangerskap.
- Ett barn som er i hodeleie
- Svangerskapslengde: 37+0 til 12 dager over ultralydbestemt termin
- Riene skal ha startet innen 18 timer etter spontan vannavgang.
- Fostervannet skal være normalt.
- Kvinnen har temperatur under 38 grader og pulsen skal være normal.
- Kvinner med GBS i urin kan bruke badekar som smertelindring før vannet har gått.

Kontraindikasjoner for bruk av badekaret som smertelindring:

- Tegn på infeksjon (feber osv.). Oppstår det infeksjonstegn underveis i fødsel skal kvinnen ut av badekaret.
- Behov for kontinuerlig fosterovervåkning
- Andre grunner hos mor eller barn (for eksempel åpne sår hos mor)
- Bruk av systemiske opiatet i fødsel (for eksempel petidin/morfin)
- Bruk av oxytocin til rstimulering

Forbredelser:

- Dersom man forventer fødsel i vann bør kvinnen ha tømt tarmen på forhånd (Vurder klyx)
- Vannet skal ikke være for varmt under fødselen, helst cirka 35 grader Celsius. For varmt vann kan forårsake tachycardi hos barnet.
- Ved tachycardi må kvinnen komme opp fra vannet. Når hjerterefrekvensen blir normal igjen, kan kvinnen prøve vannet på nytt, men med litt lavere temperatur.
- Vaginalundersøkelse kan utføres i badekar ved behov.
- Jordmor bør ikke undersøke kvinnen oftere enn nødvendig for å fastslå fremgang.
- Kvinnen skal alltid ha en person hos seg når hun er i badekaret.
- Kvinnen tilbys rikelig drikke og kalde kluter.

VANNFØDSEL:

For å forløse i vann skal jordmor ha fått opplæring i dette. Opplæringen skal ha vært gitt av jordmor med erfaring fra vannfødsler selv.

Enhetsleder har ansvar for å påse at opplæring som er gis er tilfredsstillende i forhold til ansvaret som gis enkelte jordmor.

Kontraindikasjon på fødsel i vann:

- Når forrige fødsel var et keisersnitt
- Når det er risiko for skulderdystoci
- Tidligere rift grad 3 og 4

Individuell vurdering i forhold til fødsel i badekar:

- Komplikasjoner ved forrige vaginale fødsel som skulderdystoci, postpartum blødning.
- Avføring: Når det er lite avføring som kommer kan jordmoren forsøke å fjerne det. Bruk dørslag.

Fødselen:

- Fortrinnsvis 2 jordmødre tilstede
- Vannets temperatur økes rett før fødselen til cirka 37 grader.
- Ikke aktiv trykking før kvinnen kjenner trykketrang. Utdrivningsfasen kan gå litt tregere under vann, det er ok, men viktig med fremgang.
- Perineum støttes etter gjeldende retningslinjer. Led fødselen uten å ta så mye på barnets hode.
- Ved mye avføring i vannet må vannet skiftes, eller kvinnen gå opp fra badekaret.
- Barnet bør ikke stimuleres til pusting før det blir løftet til overflaten: Jordmoren bør ikke dytte en finger i barnets munn for å se om det reagerer, eller røre unødvendig ved barnets hode (dette kan stimulere pustebevegelser)
- Hodet kan godt stå over en ri i vannet.
- Det er ikke nødvendig å sjekke om navlesnoren et tett rundt barnets hals, da dette vanligvis ikke er noe hindring for at barnet kan bli født.
- Barnet må fødes fullstendig under vann. Når barnets hode er over vann, skal det forbli over vann.
- Kvinnen kan selv ta imot barnet, eller jordmoren kan løfte opp barnet til mor.
- Jordmor bør være ekstra oppmerksom på navlesnor. Dersom det er uoversiktelige forhold i vannet, kan en røktet navlesnor være vanskelig å se.
- Hvis navlesnoren er veldig kort, må kvinnen reise seg for at barnet skal kunne bringes til overflaten. Tapp ut vann.
- Jordmoren/barnpleieren må passe på at barnet ikke blir kaldt. Hvis vannet er fint og varmt kan barnet ligge i det varme vannet en stund med noe som dekker hodet
- Blødning etter fødsel er vanskelig å estimere i vann. Kvinnen bør derfor opp av badekaret innen rimelig tid, og med en gang dersom man mistenker større blødning enn normalt.
- Oxytocin im bør gis rutinemessig til moren etter barnet fødsel ([i henhold til prosedyre](#))
- Placenta kan forløses i vann, dersom den kommer spontant.
- Inspiser for mulige rifter når kvinnen er tilbake i seng.
- Det skal dokumenteres at kvinnen har født i vann.

Barseltil:

- Følges opp på vanlig måte. Overføres til vanlig barselavdeling ved tegn på infeksjon.

RENGJØRING:

- Badekaret bør alltid vaskes når fødestue tømmes (uansett om fødekvinne har brukt badekaret eller ikke) Utføres av jordmor eller barnepleier.
- Tøm badekaret for vann. Fjern synlige blodrester med kaldt vann. Skyll badekaret godt etter bruk.
- Vask først med såpe og klut. Synlig skitt fjernes.
- Skyll godt med varmt vann først.

Deretter:

Vask først med varmt vann. Vask så med klut og sterk såpe hele badekaret - også rundt blandedbatteri og håndtak. Bruker Virkon/Rely-On. Skal ha minimum 0,5 dl. virkon i sluket. Deretter skal badekaret skylles godt med varmt vann (la det renne en stund). Tørk badekaret tilslutt med håndklær.

Meld fra til enhetsleder dersom det er oppstått skade på badekaret.

Badekarbørsten vaskes i instrumentkoker etter bruk.

Bakterieprøve: Ikke lenger nødvendig i følge avdeling for hygiene og smittevern OUS.

(eHåndbok OUS, 2023)

Vedlegg 2: Utdrag fra søkelogg

Dato	Database	Søkeord med kombinasjonsord	Eventuelle avgrensninger	Antall treff	Referanse til valgte artikler
8/6-23	Cinahl	#1 Waterbirth #2 Sweden 1 AND 2	Fra 1995	483 40582 6	Ulfsdottir et al., 2020 Carlsson og Ulfsdottir, 2020 Ulfsdottir et al., 2019 (womens exp.) Ulfsdottir et al., 2018 Ulfsdottir et al, 2018
30.10.23	Cinahl	#1 Midwife #2 Waterbirth 1 AND 2	Fra 1995 Abstrakt tilgjengelig Vitenskapelige artikler	16806 483 77 56 36	Meyer et al., 2010 Cooper et al., 2019 (pract..) Ulfsdottir et al., 2020 Milosevic et al., 2019 Wu C og Chung U, 2003 Lewis et al., 2018 Imbroll & Attart, 2022 Edmondson M., 2017 Cooper et al., 2018 Nicholls et al., 2016 Lewis et al., 2018

30.10.23	Cinahl	#1 MH Midwifery #2 watherbirth 1 AND 2	1995 - nå Abstrakt tilgjengelig Vitenskapelig artikler	20013 483 152 84 53	Russel et al., 2014 Jessiman et al., 2009 Low et al., 2017 Milosevic et al., 2019 Milosevic et al., 2020
20.01.24	Cinahl	#1 Midwif* #2 water immersion #3 experience* 1 AND 2 AND 3	1995-2024 Abstrakt og vitenskapelig artikkel	47245 848 576000 18 18	Imbroll og Attard, 2022 Cooper et al 2018 Feeley et al., 2021 Cooper et al., 2019 (pract..) Cooper et al., 2021 Milosevic 2020 Lewis et al 2018 (midwi..) Lewis et al., 2018 Cooper et al., 2017
22.01.24	Cinahl	#1 Midwif* #2 Water immersion #3 Attitude* 1 AND 2 AND 3	Abstrakt tilgjengelig og vitenskapelig artikkel	47245 848 436608 12 11	Imbroll & Attard, 2022 Cooper et al., 2018 Cooper et al., 2019 (pract..) Milosevic et al., 2020 Lewis et al., 2018 Milosevic et al., 2019
22.01.24	Cinahl	#1 Water birth* #2 midwi* #3 hospital*	1995-2024	354 25526 539380	Imbroll & Attard, 2022 Carpenter, 2022 Nichols et al., 2016 Wu C og Chung U, 2003 Russel et al., 2014

		1 AND 2 AND 3	Abstrakt tilgjengelig Vitenskapelig artikkel	36 28	Milosevic et al., 2019 Ulfsdottir et al., 2019
22.01.24	Cinahl	#1 Water birth* #2 midwi* #3 hospital* 1 AND 2 AND 3	1995-2024 Abstrakt tilgjengelig Vitenskapelig artikkel	354 25526 539380 36 28	Imbroll & Attard 2022
02.02.24	Cinahl	#1 Labour in water	Abstrakt tilgjengelig og fra 1995 --> Vitenskapelig artikkel	6 5	Imbroll & Attard, 2022 Mollamahmutoğlu, 2012
05.02.24	Cinahl	(MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives") OR (MH "Midwifery Service") Waterbirth (MH "Midwife Attitudes") OR (MH "Midwives") OR (MH "Midwifery Service") AND waterbirth	Fra 1995 Abstrakt tilgjengelig Vitenskapelige artikler	17490 483 91 55 29	Carlsson og Ulfsdottir, 2020 Ulfsdottir et al., 2020 Neiman et al., 2020 Russel et al., 2014 Lewis et al., 2018 (midwi..) Cooper et al., 2023 (underst..) Imbroll & Attard, 2022 Cooper et al., 2019 Cooper et al., 2018 Baxter L., 2006 Edmondson M., 2017 Nicholls et al., 2016 Milosevic et al., 2019

05.02.24	Cinahl	#1 MH Midwifery Undertermer: (MH "Midwifery") OR (MH "Education, Midwifery") OR (MH "Midwifery Service") #2 waterbirth 1 AND 2	1995 - nå Abstrakt tilgjengelig Vitenskapelig artikler	24617 483 166 91 57	Feeley et al., 2021 Neiman et al., 2020 Nutter et al., 2014 (fundamen..) Russel et al., 2014 Carpenter et al., 2022 Jessiman 2009 Low el al., 2017 Milosevic et al., 2019 Milosevic et al., 2020 Lewis et al., 2018 (the perscep..) Lewis et al., 2018 (Midwi..)
Eventuelle kommentarer til søket:					
Snøballeffekten:					
26.01.24: Cluett et al., 2018, hentet fra Ulfsdottir et al., 2020 Taylor et al., 2016, hentet fra Ulfsdottir et al., 2020 Chua et al., 2023, hentet fra "sitert av" Cooper et al., 2021 Prosen & Krajnc 2019, hentet fra Chua et al., 2023 Kruske et al. 2013, hentet fra Cooper et al., 2019					
08.02.24: Russel K., 2011 sitert av Nicholls et al., 2016 og Milosevic et al., 2020					

Vedlegg 3: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Kvalitativ sjekkliste

Del A: Innledende vurdering

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

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Referanse	1	2	3	4	5	6	7	8	X	9	10
Nichols et al., 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	J/N	Ja	Ja	Ja	Nyttig
Milosevic et al., 2019	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
Cooper et al., 2021	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
Milosevic et al., 2020	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
Cooper et al., 2019 (Water..)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
Russel K., 2011	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
*Lewis et al., 2018	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	U?	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
*Cooper et al., 2019 (practi)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig
*Plint og Davis 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig

*betyr blandet metode, hvor begge sjekklister er benyttet.

Tversnittstudie – kvantitativ

1. Var kriteriene for inkludering i utvalget klart definert?
2. Ble studiedeltakerne og settingen beskrevet i detalj?
3. Ble eksponeringen målt på en gyldig og pålitelig måte?
4. Ble det brukt objektive standardkriterier for måling av tilstanden?
5. Ble forstyrrende faktorer identifisert?
6. Ble det oppgitt strategier for å håndtere forstyrrende faktorer?
7. Ble resultatene målt på en gyldig og pålitelig måte?
8. Ble passende statistisk analyse brukt?
9. Vurdering: inkludert / ekskludert / søk mer informasjon

Ja / nei / uklart / ikke aktuell (IA)

Referanse	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cooper et al., 2018	Ja	Ja	IA	IA	Ja	Uklart	Ja	Ja	Inkludert
Ulfsdottir et al., 2020	Ja	Ja	IA	IA	Ja	Ja	Ja	Ja	Inkludert
Imbroll & Attard, 2022	Ja	Ja	IA	IA	Ja	Nei	Ja	Ja	Inkludert
Meyer et al., 2010	Ja	Ja	IA	IA	Ja	Nei	Ja	Ja	Inkludert

Russel et al., 2014	Ja	Nei	IA	IA	Ja	Nei	Uklart	Uklart	Inkludert pga relevante funn
*Lewis et al., 2018	Ja	Ja	IA	IA	Ja	Nei	Ja	Ja	Inkludert
*Cooper et al., 2019 (Practision..)	Ja	Ja	IA	IA	Ja	Ja	Ja	Ja	Inkludert
*Plint & Davis, 2016	Ja	Ja	IA	IA	Ja	Nei	Ja	Ja	Inkludert

*betyr blandet metode, hvor begge sjekklister er benyttet

(Helsebiblioteket, 2021b)

Vedlegg 4: Litteratormatrise

Kvalitative studier

Referanse	Metode og utvalg	Mål/hensikt	Resultat og konklusjoner
Cooper et al., 2019 (water immer..). Australia.	Kvalitative semistrukturerte intervjuer. Informanter: 12 jordmødre.	Hvordan er retningslinjene for hydroterapi og vannfødsel utformet og hvordan legger de til rette for bruken av metoden med hensyn til kvinnens autonomi.	På tross av tilgjengelig forskning av høy kvalitet, kom ikke alltid forskning, kunnskap og informasjon frem. Dette på bakgrunn av individuelle tolkninger, erfaringer og holdninger som ikke var basert på forskningsfunn. Motstandsnivå fra medisinske fagpersoner for utforming og implementering av retningslinjer. Jordmødres mangeårige erfaring ble oversett, hvilket begrenset fødekvinnene og jordmor. Behov for tilretteleggende retningslinjer, hvor større erfaring i utviklingskomiteen kunne bidra positivt.
Cooper et al., 2021.	Kvalitativ analyse av tre åpne spørsmål i	Undersøke hvordan retningslinjer for hydroterapi er	Mangel på undervisning og erfaring gjorde medisinsk personell skeptiske. Sykehus bekymret for negative utfall.

Australia	en spørreundersøkelse. Respondenter: 233 jordmødre.	utformet, jordmors kunnskap og erfaring, samt holdninger til metoden og erfaringer med bruk av retningslinjer.	Et system underbygget av risikotenkning. Retningslinjer viktige, men en barriere. Krav til ekstra sertifisering en stor barriere. Samarbeid i fødselsomsorgen en nøkkel som kunne føre til anerkjennelse av kvinners autonomi med hensyn til bruk av vann i fødsel.
Milosevic et al., 2019. Storbritannia	Kvalitative intervjuer/diskusjonsgrupper. Informanter: 21 jordmødre. 14 andre helsepersonell.	Undersøke faktorer som påvirker bruken av fødselsbassenger	Ressurser, enhetskultur, retningslinjer og sertifisering var av betydning. Forbedret tilgang ved økt tilgjengelighet av badekar, evidensbaserte retningslinjer og bevissthet om fordeler og relative risikoer blant obstetrikere ville tilrettelagt for å kunne gi tilbudet. Prenatal informasjon og økt tilbud om vann - jordmødre en nøkkelrolle her.
Milosevic et al., 2020. Storbritannia	Kvalitative semistrukturerte intervjuer. Informanter: 41 jordmødre fra obstetrisk ledet og jordmorstyrt enhet.	Målet med denne studien å identifisere faktorer som påvirker bruken av hydroterapi under fødsel.	Forskjeller mellom obstetrisk- og jordmorstyrt enhet. Fødekvinne måtte oppfylle kriterier. Slitasje på jordmor ved uegnede badekar. Avdelingskultur betydelig innflytelse. Økt eksponering avgjørende for å bli trygge. Behov for opplæring til obstetrikere og økt promotering. God fordeling av fødestuer og miljøer oppmuntrende til vannbruk var av betydning. Opplæring i bruken- samt bevisstgjøring av tilgjengelig utstyr.
Nicholls et al., 2016. Vest-Australia	Kvalitative intervjuer. Informanter: 26 jordmødre fra fire sykehus som	Utforske jordmødres oppfatning av hva som kreves for å bli trygg på hydroterapi og vannfødsel, samt faktorer hemmende	Medikalisert sykehusmiljø hemmende. Praksis ved lavrisikoenhet støttende til fysiologisk fødsel førte til trygghet til vannfødsel. Utfordrende å avlære gamle ferdigheter og ta i bruk ny praksis. Utvikling bør bli sikret gjennom hele jordmors karriere. Utdanningsdager viktig for å oppdatere

	tilrettela for vannfødsel.	og fremmende i utvikling av selvtilit.	alle jordmødre på gjeldende forskning som støtter normal fødsel, inkludert vannfødsel. Tillit til at retningslinjene sikrer trygg praksis.
Russel K., 2011. Storbritannia	Kvalitative fokusgrupper og individuelle intervjuer. Informanter: 11 jordmødre (klinisk, senior, admin., koordinatore).	Identifisere ulikheter i tilgjengeligheten av hydroterapi og vannfødsel på en sykehusavdeling.	Vannfødsel fremmer normalitet. Hindringer: jordmors negative holdning, koordinatorens prioriteringer, mangel på institusjonell støtte og høyt arbeidspress. Promotering innen vannfødsel avhengig av utstyr, kunnskap og omsorgsfilosofi. Behov for støtte fra jordmorledere og koordinatore. Sykehusjordmors identitet ble sett på som oppgaveorientert mer enn kvinnesentrert jordmorpraksis.

Kvantitative studier

Referanse	Metode	Mål/hensikt	Konklusjon
Cooper et al., 2018. Australia	Kvantitativt tverrsnittstudie. Respondenter: 234 jordmødre.	Utforske jordmødres kunnskap, erfaringer og støtte for hydroterapi og vannfødsel, samt deres involvering i utviklingen av metoden.	Ikke en standart del av jordmorutdanningen. Hydroterapi generelt godt støttet av jordmødrene, assosiert med liten bekymring og mange fordeler. Retningslinjer ansett som restriktive og foreskrivende, spesielt der de ikke gjenspeilte forskning. Kollegial støtte, sikkerhet og lovkrav begrensende. utfordringer: sertifisert personale, løfteutstyr, holdninger hos personalet, politikk og uvilje, tilgjengelighet av badekar.

Imbroil & Attard, 2022. Malta	Kvantitativt tverrsnittstudie. Respondenter: 40 jordmødre fra fødeavdeling.	Utforske jordmødrenes perspektiver på utførelsen av hydroterapi og vannfødsel.	Jordmødre manglet kunnskap, erfaring og tillit til å tilrettelegge for bruken av vann under fødsel, spesielt under andre og tredje stadie. Barrierer: mangel på utdanning, opplæring og utstyr, samt medikalisering av fødsel. Anbefalinger om en forbedring innen utdanning, opplæring, utstyr og bevisstgjøring for å legge til rette for endring i holdningene omkring bruken av vann i fødsel.
Meyer et al., 2010. Georgia	Kvantitativt tverrsnittstudie. Respondenter: 119 jordmødre fra en fagforening.	Undersøke erfaringer og oppfatninger til jordmødre om vannfødsel, samt støtten til å etablere vannfødsel i arbeidsmiljøet.	Fremtiden for vannfødsel avhengig av tillit og erfaring. Flertallet støttet tilbudet og jordmødre var lite bekymret for eventuelle ulemper. Bekymringer omhandlet stress omkring implementering, ikke risikoen ved å håndtere metoden. Høy grad av opplevde fordeler: positiv fødselsopplevelse og avslappet mor, samt mindre bruk av medikamentell smertelindring.
Russel et al., 2014. Storbritannia	Kvantitativt tverrsnittstudie. Spørreskjemaer i tre omganger over 12 mnd, aksjonsforskning sdesign. Respondenter: 62 jordmødre, inkludert 9 koordinatører ved en obstetrisk enhet.	Utforske jordmødrenes personlige kunnskap, selvtillit, støtte og hyppighet av hydroterapi og vannfødsel. Mål om å øke vannfødselsraten.	Aksjonsforskningsintervensjon kan påvirke jordmødres holdning og endre organisasjonspraksis. Ved at avdelingen jobbet aktivt sammen mot et mål, gjennom ulike intervensjoner som fremmet og økte bruken av hydroterapi og vannfødsel, resulterte det i positive endringer og økt vannfødselsrate. Konseptet kan ha potensial til å normalisere jordmørens omsorgen innenfor medisinsk dominerte sykehusmiljøer.

Ulfeddottir et al., 2020. Sverige	Kvantitativt tverrsnittstudie. Respondenter: 1467 jordmødre blant 1609 deltakere, hvor andre deltakere var fødselsleger og neonatologer.	Utforske kunnskap, erfaringer og holdninger til vannfødsel blant jordmødre, fødselsleger og neonatologer.	Begrenset erfaring og kunnskap om vannfødsel blant jordmødre og leger. Jordmødre positive og leger skeptiske, behov for samarbeid. Vannfødsel forbundet med risiko, og det foreligger holdninger knyttet til manglende erfaring eller kunnskap. Utdanning nødvendig, samt det å kjenne til nyere forskning. Ulik tolkning av forskning kan utfordre utviklingen av retningslinjer. Kvinners autonomi og menneskerettigheter nevnes i sammenheng med tilbudet om hydroterapi og vannfødsel.
--	---	---	--

Studier med blandede metoder

Referanse	Metode	Mål/hensikt	Konklusjon
Cooper et al., 2019 (Practitioner.. Australia	Kvantitativt tverrsnittstudie med åpne spørsmål. Respondenter: 200 jordmødre.	Undersøkte retningslinjer til hydroterapi og vannfødsel knyttet opp mot kvinnens autonomi og jordmødrenes sertifisering til metoden	Retningslinjer viktige, men en barriere. Sertifiseringen er ikke standardisert, men en del av retningslinjene. Så strenge krav at det på en avdeling ikke var noen sertifiserte jordmødre. Om jordmor alt var sertifisert i et annet land, eksisterte ikke sertifiseringen i Australia. Tilbudet avhengig av tilgjengelighet av sertifiserte jordmødre, som påvirket kvinners tilgang til metoden og utøvelse av informerte valg.
Lewis et al., 2018.	Kvantitativt tverrsnittstudie og kvalitative	Undersøke jordmødrenes kunnskap, utdanning	Jordmødre var en integrert komponent i forhold til å støtte og opprettholde en vannfødselskultur. Jordmødre i denne

Vest-Australia	fokusgruppe-intervjuer. Respondenter: 34 jordmødre fra et offentlig sykehus.	og praksis rundt hydroterapi og vannfødsel. Adressere gapet i forskning og bygge kunnskap.	studien var både kompetente og selvsikre, og likte å gi omsorg til kvinner som benyttet vann. Vannfødsel ble assosiert med en kvinnesentrert atmosfære og uforstyrret plass. Det var derimot tidskrevende å bli selvsikker.
Plint & Davis, 2016. Australia	Kvantitativt tverrsnittsstudie med to åpne spørsmål som var gjenstand for kvalitativ analyse. Respondenter: 35 leger, 63 jordmødre/avdelings-jordmødre, 26 kontinuitets-jordmødre.	Beskrive og sammenligne praksisen og holdninger til jordmødre og leger innen hydroterapi og vannfødsel. Identifisere strategier for å fremme metoden.	Tross støttende retningslinjer og at jordmødre tillate verdi til og følte seg trygge på praksisen, ble hydroterapi benyttet kun av og til. Obstetrikere hadde ingen opplæring og var ikke støttende. Hovedstrategier for å fremme bruken: bedre og tilgjengelig utstyr og badekar, tilstrekkelig bemanning samt tydelige retningslinjer, opplæring, støtte og etterutdanning. Fasiliteter og retningslinjer kan ikke alene endre praksisen, også prenatal informasjon til den gravide er nødvendig om endring skal oppnås.