



Universitetet
i Stavanger

CHRISTINE BAKKEN RISVIK
MARIA GRAHL INGEMUNDSEN
VEILEDER: GUN INGELA JOBE

Hvordan jordmødre arbeider for å forebygge fødselsrifter – en scoping review

Preventing birth lacerations – A scoping review of midwives' practices

Masteroppgave, 2024
Master i jordmorfag
Helsefag
Det helsevitenskapelige fakultet



Antall ord: 15825

Forord

Denne mastergradsavhandlingen er skrevet ved Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger og markerer avslutningen på et toårig masterstudium innen jordmorfag.

Først og fremst ønsker vi å rette en stor takk til vår veileder Gun Ingela Jobe for veiledning, støtte og inspirasjon i arbeidet med denne masteroppgaven. Vi vil også takke bibliotekar Katarina Töpfer for hjelp med systematiske søk, samt ansatte på universitetsbiblioteket som har hjulpet oss med ressurser og bistand i arbeidsprosessen.

Videre vil vi takke lærerne på master i jordmorfag ved Universitetet i Stavanger for muligheten til å utforske et så spennende fagområde og for all kunnskap og læring gjennom våre to år på studiet. Vi vil også rette en takk til praksislærere og veiledere på Universitetssykehuset i Stavanger som har bidratt til vår faglige og ikke minst praktiske utvikling gjennom studietiden.

Til slutt ønsker vi å takke familie, venner og medstudenter for støtte, oppmuntring og forståelse gjennom skriveperioden og studietiden.

Innhold

Forord	i
Innhold	ii
Figurliste.....	iii
Tabelliste	iii
1 Innledning	1
2 Bakgrunn	1
2.1 Fødselsrifter	1
2.2 Begrepsavklaring	3
2.3 Risikofaktorer	4
2.4 Hvorfor bør fødselsrifter forebygges?	5
2.5 Jordmor sin opplevelse når det oppstår større rifter	6
2.6 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	6
3 Teori.....	7
3.1 Kvinnesentrert omsorg	7
3.2 Mimo modellen	8
3.2.1 Gjensidig relasjon	9
3.2.2 Fødselsfremmende miljø	9
3.2.3 Grunnleggende kunnskaper	10
3.2.4 Kulturell kontekst og «Balancing act»	10
4 Metode	11
4.1 Scoping review	11
4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
4.3 Søkeprosessen.....	14
4.4 Gjennomgang av søk	14
4.5 Prismaskjema.....	15
4.6 Kvalitetssikring av inkludert forskning.....	15
4.7 Uthenting av data.....	16
4.8 Analyse av data.....	16
4.9 Ethiske overveielser.....	17
5 Resultater	17
5.1 Litteraturmatriser	18
5.2 Identifiserte kategorier.....	29
5.2.1 Kommunikasjon	29
5.2.2 Støtteteknikker.....	29
5.2.3 Perineal massasje.....	31

5.2.4	Varme kompresser.....	32
5.2.5	Fødestilling.....	32
5.2.6	Episiotomi.....	33
5.2.7	Undervisning og fokus på et tema i avdelingen	34
6	Diskusjon.....	35
6.1	Metodediskusjon.....	35
7	Resultatdiskusjon.....	37
7.1	Kommunikasjon	37
7.2	Støtteteknikker.....	41
7.3	Perineal massasje.....	45
7.4	Varme kompresser.....	46
7.5	Fødestilling.....	47
7.6	Episiotomi.....	49
7.7	Undervisning og fokus på et tema i avdelingen	50
8	Konklusjon.....	51
9	Referanser.....	53

Figurliste

Figur 1. Bekkenbunnsanatomi Kilde: (Laine et al., 2020).....	2
Figur 2. MiMo modellen. Kilde: (Berg et al., 2012).....	8
Figur 3. Prismaskjema. Kilde: (Moher et al., 2009).....	15

Tabelliste

Tabell 1. Definisjon og klassifisering av perinealskader Kilde: (Sultan et al., 2007).....	2
Tabell 2 Joanna Briggs Institutes metodologi. Kilde: (Peters et al., 2021).....	12
Tabell 3. PICO-skjema. Kilde: (Helsebiblioteket, 2021a).....	13
Tabell 4. Kohortstudier	18
Tabell 5. Kvalitative studier	22
Tabell 6. Randomiserte kontrollerte studier.....	23
Tabell 7. Systematiske oversikter/reviews	24
Tabell 8. Tverrsnittstudier	27

Sammendrag

Bakgrunn: Fødselsrifter som involverer sfinktermuskulatur kan gi store senskader for kvinnene som rammes og disponerer for både fysisk og psykiske plager. Fødepopulasjonen er i endring som gjør at flere fødende nå enn tidligere står i risiko for å fødselsrifter.

Hensikt: Formålet med oppgaven var å utforske og belyse hvordan jordmødre arbeider for å forebygge fødselsrifter ved spontane vaginale forløsninger. Ønsket med studien var å identifisere tiltak og teknikker som kan anvendes av jordmødre for å redusere forekomsten av fødselsrifter og samtidig kan bidra til en god fødselsopplevelse for kvinnen. Vi håpet også å øke bevisstheten rundt den psykiske belastningen jordmødre møter når det oppstår alvorlige rifter og hvordan det går an å gi støtte i denne situasjonen.

Problemstilling: *Hvordan arbeider jordmødre for å forebygge fødselsrifter ved spontane vaginale forløsninger?*

Metode: Vi har brukt scoping review som metode. Ved bruk av denne metoden hadde vi mulighet til å avdekke kunnskapshull og bidra til innsikt og avklaring på definisjoner og kontekster innenfor praksis som manglet. Inklusjonskriterier: Internasjonal og skandinavisk forskning som er overførbar til norsk praksis, publisert i tidsrommet 2014-2024. Systematisk søk ble gjennomført i databasene Cinahl, Medline/Ovid og Scopus. Etter vurdering av studiene ble 24 artikler inkludert.

Resultat: Syv kategorier ble identifisert som dannet rammeverket for hvordan jordmødre arbeider for å forebygge fødselsrifter. Disse kategoriene var kommunikasjon, støtteteknikker, perineal massasje, varme kompresser, fødestilling, episiotomi, undervisning og fokus på et tema i avdelingen.

Konklusjon: Forskning viser at det er flere riftforebyggende tiltak med effekt som jordmødre kan benytte seg av. Vi ser imidlertid at kommunikasjon som verktøy gjennom hele fødselen for å skape en relasjon til fødekvinnen er fordelaktig. Dette vil gjøre at kvinnen kjenner seg trygg på prosessene gjennom fødsel og kan gi større rom for å prøve ulike riftforebyggende tiltak i samsvar med hennes ønsker. Det gir også jordmor større mulighet til å ivareta kvinnens autonomi og medbestemmelse. Forebygging av fødselsrifter er et felt med behov for mer forskning.

Nøkkelord: Jordmor, spontan vaginal fødsel, sfinkterrupturer, fødselsrifter, forebygging.

Summary

Background: Perineal lacerations involving the sphincter muscles can cause significant physical and psychological distress for the women affected over a longer period after birth. The birth population is changing, with an increasing number of women at risk of perineal lacerations.

Aim: The aim of this thesis was to explore how midwives work to prevent perineal lacerations during spontaneous vaginal births. We aimed to identify measures and techniques that midwives can use to reduce the incidence of lacerations while contributing to a positive birth experience for the women. Additionally, we hoped to raise awareness about the psychological burden midwives face when obstetric anal sphincter injuries occur and how support could be provided in such situations.

Research question: *How do midwives work to prevent lacerations during spontaneous vaginal deliveries?*

Method: The method of this thesis is scoping review. Through this approach we could find knowledge gaps and contribute to insight and clarifications within practice that were lacking. Inclusion criteria: International and Scandinavian research applicable to Norwegian practice, published between 2014-2024. Systematic searches were conducted in the databases Cinahl, Medline/Ovid and Scopus. After assessment 24 articles were included.

Results: Seven categories were identified that formed the framework for how midwives work to prevent lacerations. These categories were communication, manual perineal protection, perineal massage, warm compresses, birthing positions, episiotomy, teaching and focus on a topic in the department.

Conclusion: Research indicate that midwives can use several effective measures in preventing birth lacerations. Communication to establish a relationship with the birthing women so she feels confident in the process of birth could be advantageous. This gives the midwife more flexibility in trying different perineal techniques to prevent lacerations while still upholding the woman's autonomy and decision-making. Prevention of birth lacerations is a field with need of more research.

Keywords: Midwifery, spontaneous vaginal births, birth lacerations, birth tears, prevention.

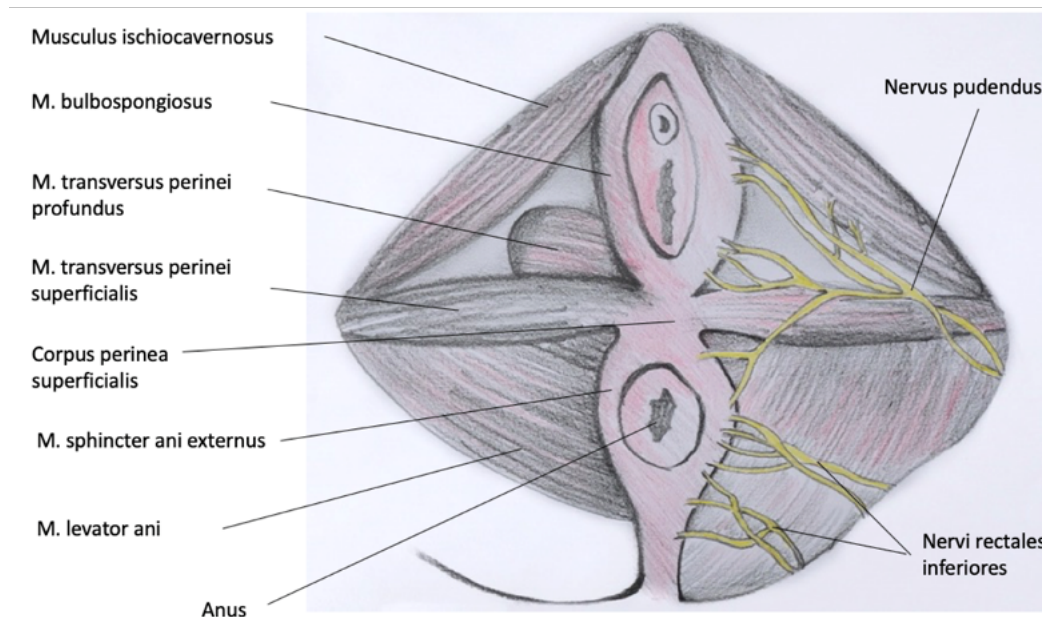
1 Innledning

Temaet for denne studien er hvordan jordmødre arbeider for å forebygge fødselsrifter ved spontane vaginale forløsninger. Gjennom erfaringer fra praksis oppdaget vi at det er et stort fokus på forebygging av fødselsrifter i fødeavdelingene. Vi bemerket oss imidlertid at jordmødre har ulike tilnærminger til dette, noe som vekket en interesse for å utforske nærmere hvordan jordmødre arbeider for å forebygge fødselsrifter og hvilke tiltak som viser seg å ha effekt. Håpet er at masteroppgaven kan bidra til et økt fokus på teknikker som kan ha betydning i forebygging av fødselsrifter og som kan gi oss og andre ny innsikt på temaet. Ved å forebygge fødselsrifter kan komplikasjoner i fødselen reduseres med hensyn til blødning og smerter hos kvinnen (Brunstad, 2017b, s. 469-470). Komplikasjoner som følge av rifter kan også ha stor innvirkning på kvinnenes livskvalitet i etterkant av fødselen. Kvinner som har fått en rift med affeksjon av sfinktermuskulatur er mer utsatt for anal inkontinens, ufrivillig luftavgang, smerteproblematikk og seksuell dysfunksjon i etterkant av fødsel sammenlignet med dem som ikke har ervervet tilsvarende skader i fødsel (Darmody et al., 2020; Laine et al., 2020). Forebygging av fødselsrifter er derfor en svært viktig del av jordmor sitt ansvarsområde og anses derfor som et aktuelt og viktig tema å belyse, ettersom dette kan ha stor innvirkning på kvinners livskvalitet og helse i etterkant av svangerskap og fødsel.

2 Bakgrunn

2.1 Fødselsrifter

Fødselsrifter er en skade i perineum (mellomkjøttet) som oppstår i forbindelse med vaginal fødsel. Opp mot 85% av førstegangsfødende kvinner vil få en eller annen perinealskade ved vaginal fødsel og de fleste kvinnene trenger suturering på grunn av denne skaden (Laine et al., 2020). Fødselsrifter deles inn i fremre og bakre skader. En fremre skade defineres som en skade av labiae, bulbuspongiosusmuskulaturen, fremre vaginalvegg, urethra og klitoris. En bakre perinealskade defineres som skade av bakre vaginalvegg, bulbospongiosis, transversus perinei og anal sfinktermuskulatur som kan involvere anal- eller rektalslimhinne. Fremre skader er vanligvis ukompliserte, men dersom lukkemuskelen omkring endetarmen affekteres kalles dette en sfinkterskade (Helsedirektoratet, 2016; Laine et al., 2020).



Figur 1. Bekkenbunnsanatomi Kilde: (Laine et al., 2020).

Fødselsrifter som involverer sfinktermuskulatur kan medføre store senskader for kvinnene som rammes. Dette involverer både fysiske og psykiske plager og kan være ødeleggende for kvinners livskvalitet (Darmody et al., 2020).

For å klassifisere rifter etter alvorlighetsgrad benyttes et internasjonalt graderingsystem som vist i tabell 1. Det anbefales å bruke denne klassifiseringen ved gradering, registrering og rapportering av perinealskader ved fødsel (Laine et al., 2020).

Tabell 1. Definisjon og klassifikasjon av perinealskader Kilde: (Sultan et al., 2007).

Grad 1	Overfladisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne
Grad 2	Dyp perinealskade med affeksjon av muskler i perineum, men uten affeksjon av m. Sphinkter ani externus
Grad 3	Skade av perineum som involverer m. Sphinkter ani
Grad 3A	Ruptur av under 50% av m. Sphinkter ani externus (EAS)
Grad 3B	Ruptur av mer enn 50% av EAS
Grad 3C	Ruptur av EAS og m. Sphinkter ani internus (IAS)
Grad 4	Skade av perineum som involverer m. Sphinkter ani og anal og/eller rektalslimhinne

I 2022 fikk 1,6% av kvinner i Norge større fødselsrifter, det vil si grad 3-4 rifter. Ettersom disse riftene gir flest senskader, er det disse riftene man som samfunn i størst grad ønsker å få ned forekomsten på (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Begrepsavklaring

Perineum: Perineum er området mellom de ytre kjønnsorganene og endetarmsåpningen og består av muskler (Backe, 2017, s. 225). På norsk kalles dette for mellomkjøttet (Bergsjø & Flo, 2015, s. 35). I denne studien brukes ordet perineum når det refereres til dette området ettersom dette er fagterminologien.

Anal sfinkterskade: Når alvorlige rifter omtales i denne studien henvises det til rifter som affekterer sfinktermuskulatur, dette vil si grad 3 eller 4 rifter.

Episiotomi: Episiotomi er et snitt i perineum som gjøres med hensikt å utvide fødselsutgangen. Det finnes ulike varianter av episiotomi, som handler om hvilken vinkel man klipper i perineum. Det skilles mellom laterale, mediolaterale og mediale episiotomier. Den mediale episiotomien legges ned mot anus. Den korte avstanden ned til sfinktermusklene fører til at mediale episiotomier er assosiert med flere rifter som påvirker disse musklene (Brunstad, 2017a, s. 527). I Norge er det anbefalt å gjøre mediolaterale og laterale episiotomier. Det presiseres at vinkelen ved utførelsen skal være minst 60 grader fra midtlinjen for å forebygge sfinkterskader (Laine et al., 2020). Når det i denne studien skrives om episiotomi, henvises det til mediolaterale og laterale episiotomier da det er disse som kan ha en beskyttende effekt mot fødeslifter som involverer sfinktermuskulatur.

«*Hands on*» defineres som samtidig perineumsstøtte og hodestøtte under forløsning med støtte av en hånd på perineum og en hånd på barnets hode for å kontrollere farten (Kleprlikova et al., 2020). Det finnes variasjoner innenfor hvilket håndgrep man bruker, men mest kjent er finskegrepet eller det wienske håndgrepet. Ved begge håndgrepene kontrollerer den ikke-dominante hånden hastigheten på utdrivningen av barnets hode og letter forlengelsen av dette. Begge teknikkene innebærer også å påføre tommelen og pekefingeren på perineum, mens de presses mot huden. Det som skiller de ulike teknikkene er hvilken del av den dominerende hånden som brukes til å påføre trykk mot perinealkroppen for å hjelpe til med støtting. Ved bruk av finskegrepet gir de bøyde midtre ring- og lillefingerne dette trykket, der midtfingeren

gi mest støtte. I den wienske metoden bruker man håndflaten mellom tommelen og pekefingeren for å fremme dette trykket, mens de utstrakte midtre, ring- og lillefingerne brukes til å støtte eller erstatte pekefingerene med å redusere strekk i perineum. I denne studien skilles det ikke mellom bruk av disse grepene. «Hands on» brukes når det beskrives samtidig støtte av perineum og hode under forløsningen (Kleprlikova et al., 2020).

«*Hands off*» defineres ved at jordmor ikke støtter perineum eller hodet under forløsningen av barnet (Huang et al., 2020).

«*Hands poised*» defineres som at jordmor tilfører lett støtte til hodet for å styre farten i utdrivningsfasen, men ikke støtter perineum under forløsningen (Huang et al., 2020). I studiene fra resultatene beskrives imidlertid «hands poised» også som å ha en avventende holdning til støtting og å være forberedt, hvis en ser at det er behov for støtte underveis i utdrivningsfasen (Begley et al., 2019; East et al., 2015). I denne studien brukes «hands poised» som å ha en avventende holdning til støtte ved at man i første omgang velger å støtte fosterhodet og ved ytterligere tegn på risiko for perineumskade velges det også og støtte perineum. Det er denne definisjonen som legges til grunnlag ved bruk av «hands poised» i denne studien.

2.3 Risikofaktorer

En retrospektiv studie gjort i Sverige har undersøkt fødepopulasjonen fra 2005-2016 og forsøkt å finne faktorer som disponerer for rifter. Her ble det sett en tydelig sammenheng for at førstegangsfødende har høyest risiko for å få store fødselsrifter (André et al., 2022). Dette gjenspeiles også i tall fra Norge hvor 2,6% av riftene som involverer sfinktermuskulatur oppstod hos førstegangsfødende (Helsedirektoratet, 2016). Andre faktorer som disponerer for alvorlige rifter er operative forløsninger som vakuumpompe og tang eller føtale faktorer som fødselsvekt over 4 kg hos barnet (Laine et al., 2020). Maternelle faktorer som har innvirkning er økende alder, høyde under 155 cm eller overvekt hos mor (André et al., 2022).

Fødepopulasjonen i Norge har gjennomgått en endring siste årene og statistikk viser til en økning i induksjoner, alder hos fødekvinnene, overvekt og svangerskapsdiabetes som alle er faktorer som kan skape større risiko for å få fødselsrifter med affeksjon av sfinktermuskulatur (André et al., 2022). Induksjon av fødsel har blitt stadig mer vanlig. I år 2000 ble 8,8% av alle fødsler igangsatt, mens i 2022 var tallet på 29,7% (Folkehelseinstituttet, 2022a;

Helsedirektoratet, 2020). Ved induksjon er det høyere forekomst av vaginale operative forløsninger og en konsekvens av dette er også høyere risiko for større fødselsrifter (Morken et al., 2020). Gjennomsnittlig alder for førstegangsfødende i Norge i 2022 var 30,2 år sammenlignet med 27,3 år i 2000 (Folkehelseinstituttet, 2022d). Studien fra Sverige viste at den høyeste risikoen for å få fødselsrifter som involverte sfinktermuskulatur var hos kvinner i aldersgruppen 34-39 år, men at det likevel var en økning i forekomst hos kvinner over 30 år (André et al., 2022). Andelen kvinner som er over 30 år representerer majoriteten av fødekvinnene, da det kun var 37,1 % av kvinnene som fødte i Norge i 2022 som var under 30 år (Folkehelseinstituttet, 2022d).

KMI (kroppsmasseindeks) over 30 var også en av risikofaktorene som kom frem i André et al. (2022) sin studie. I 2022 tilhørte 15,6% av kvinnene som fødte denne gruppen sammenlignet med 12,4% i 2007 (Folkehelseinstituttet, 2022e). Overvekt før og i svangerskapet disponerer også for å utvikle svangerskapsdiabetes. Svangerskapsdiabetes kan føre til at fosteret blir stort, noe som igjen kan være en risikofaktor for å få større rifter (André et al., 2022; Helsebiblioteket, 2020). I Norge ble det innført nye retningslinjer for å fange opp flere kvinner med svangerskapsdiabetes i 2017 (Helsedirektoratet, 2018). Dette gjør det vanskelig å sammenligne tall fra medisinsk fødselsregister på antall kvinner med svangerskapsdiabetes nå med tall fra lenger tid tilbake da de tidlige tallene nok ikke er sammenlignbare med hensyn til premisene for fastsetting av diagnosen. Ved å sammenligne fødselsvekten til barn født fra 2000 til 2022 ser vi imidlertid at det har vært en nedgang i antall barn født med fødselsvekt over 4500g fra 4,7% i år 2000 til 2,7% i 2022 (Folkehelseinstituttet, 2022b). Dette kan være et resultat av å fange opp flere kvinner med svangerskapsdiabetes slik at en kan forebygge stort barn (makrosomi). Sett i sammenheng med økende antall induksjoner kan det også være begrunnet i lavere terskel for å sette i gang fødsel om man har indikasjon på stort barn nå sammenlignet med tidligere.

2.4 Hvorfor bør fødselsrifter forebygges?

Fødselsrifter som involverer sfinktermuskulatur disponerer for fysiske og psykiske senskader som kan ha en stor påvirkning på kvinners livskvalitet (Darmody et al., 2020). De vanligste fysiske plagene i etterkant av en sfinkterskade er anal inkontinens med ufrivillig luftavgang, samt urininkontinens (Laine et al., 2011). Dette er plager som i stor grad også kan påvirke kvinnene sin livskvalitet, familieliv og aktiviteter i dagliglivet samt i etterkant av fødsel kan

føre til angst, isolasjon, skam og frykt (Darmody et al., 2020). Kvinner med store rifter angir også redusert seksuell dysfunksjon og nedsatt seksuell lyst. Mange kvier seg for å gjenoppta samleie med partner, sammenlignet med kvinner som ikke har hatt sfinkterskader under fødsel (Fodstad et al., 2016). Fødselsrifter kan også være en risiko for økt blødningsmengde ved fødsel. En studie gjort på blødning etter vaginal fødsel har sett på gjennomsnittlig blødningsmengde ved ulike rifter. Her fant de at blødning ved sfinkterruptur eller rektumskade gir en blødningsmengde som 100-200 ml høyere enn ved fødsel uten rift (Eggebo & Gjessing, 2000).

2.5 Jordmor sin opplevelse når det oppstår større rifter

Jordmødre har kunnskap om at en sfinkterskade kan føre til negative konsekvenser for kvinnen. Å unngå store rifter er derfor noe jordmødre tar stor stolthet i og jobber for å forebygge. I en studie fra Sverige beskrev jordmødre en følelse av skyldfølelse, skam og mislykkethet ovenfor kvinnen, hennes partner og kollegaer når det oppsto en større rift på fødestuen (Lindberg et al., 2013). En annen studie av Edqvist et al. (2014) beskriver hvordan det er en forutinntatthet knyttet til at erfarne jordmødre vet hvordan man forebygger større rifter og derfor klarer å unngå dem, men at det vil oppstå situasjoner hvor dette ikke er mulig. De beskriver da hvorfor det er viktig med et godt arbeidsmiljø som ivaretar ansatte og støtter dem etter de har stått i en situasjon hvor det har oppstått en større rift, ettersom dette er noe som vil forekomme til tross for at jordmor har gjort alt rett under forløsning.

2.6 Bakgrunn for valg av problemstilling

Viktigheten av kvinnehelse er mer på agendaen nå enn tidligere. Selv om Norge er et land med lave rater på rifter som affekterer sfinktermuskulatur er fødepopulasjonen i endring (Helsedirektoratet, 2016). Dette innebærer økende gjennomsnittsalder på fødende, fødekvinne med overvekt eller kroniske sykdommer og økende antall induksjoner som øker risikoen for forekomst av større fødselsrifter. Disse faktorene vil stille høyere krav til jordmødre i arbeidet med å forebygge rifter (André et al., 2022; Johansen et al., 2022). Endringene i fødselsomsorgen fører til at arbeidsbelastningen ved flere fødeavdelinger er svært stor. Dette kan føre til manglende tid til kvinnene, og at de ikke føler seg sett. Dette kan igjen resultere i dårlige mellommenneskelige relasjoner mellom jordmor og fødekvinne som kan medføre traumer (Johansen et al., 2022; Miltenburg et al., 2023). Jordmødre jobber for å sikre både mor og barns

helse. Forebygging av rifter er et viktig helsefremmende tiltak for mor, både tidlig i barseltiden, men også med tanke på senskader for kvinnen (Darmody et al., 2020). Når det oppstår uønskede hendelser som fødselsrifter er det derfor veldig viktig at jordmødrene involvert også blir ivare tatt. Kombinasjonen av det økte arbeidspresset og den psykiske belastningen jordmødre står i når det oppstår uønskede hendelser gjør at flere jordmødre slutter eller truer med oppsigelse. Det er da viktig med et godt støtteapparat med ledere og kollegaer som også kan støtte jordmødre når det oppstår vanskelige situasjoner (Edqvist et al., 2014; Johansen et al., 2022). Med bakgrunn i disse faktorene mener vi at problemstillingen «*Hvordan arbeider jordmødre for å forebygge fødselsrifter under spontane vaginale forløsninger?*» er stadig mer relevant.

Ønsket med denne masteroppgaven var å bidra til å belyse kompleksiteten i fødselshjelpenes arbeid for å forebygge fødselsrifter. Samtidig var håpet for denne studien å kunne bidra til økt kunnskap for å styrke jordmødre som står i fødsel for å minske psykisk belastning i arbeidshverdagen. Hensikten var også å utforske arbeidsmåter og teknikker som kan anvendes i forebygging av fødselsrifter og identifisere tiltak som kan bidra til å en god fødselsopplevelse for fødekvinnen. For å svare på problemstillingen har vi også jobbet ut fra forskningsspørsmålet «*Hvilke tiltak har effekt i forebygging av fødselsrifter?*»

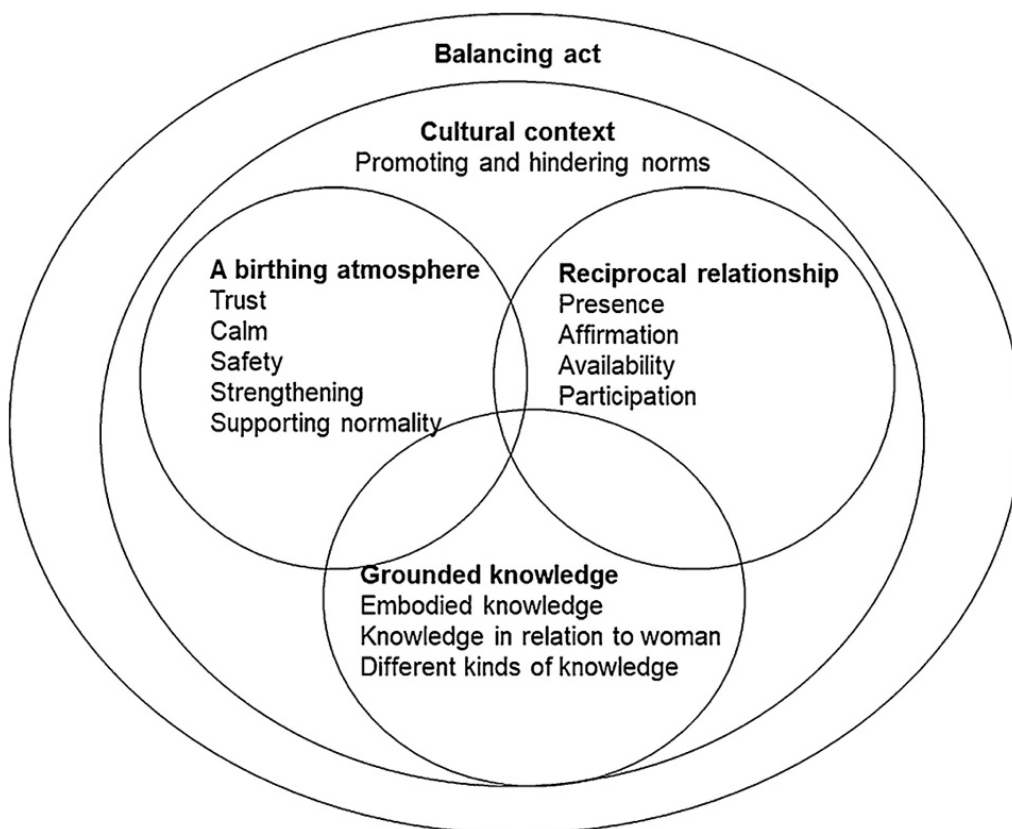
3 Teori

3.1 Kvinnesentrert omsorg

Teori om kvinnesentrert omsorg innebærer at jordmorarbeid gjenkjenner kvinnens individuelle behov for å ta egne valg, ha kontroll og få kontinuitet fra omsorgsgivere, fremfor institusjonen og helsepersonellens behov. Teorien omfatter barnets behov, kvinnens familie og andre personer som er viktige for kvinnen. Videre følger modellen kvinnen gjennom et grensesnitt av fellesskap og akutte situasjoner. Den tar hensyn til sosiale, emosjonelle, fysiske, psykologiske, spirituelle og kulturelle behov og forventninger. I tillegg gjenkjenner den kvinnens evne til å ta egne beslutninger (Leap, 2009).

3.2 MIMO modellen

MiMo modellen står for «The Midwifery Model of Woman-centred Care». Dette er en teoretisk modell for jordmoromsorg som løper ut fra teori om kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012). Modellen består av tre sentrale sammenflettede temaer; gjensidig relasjon (Reciprocal relationship), et fødselsfremmende miljø (A birthing atmosphere) og grunnleggende kunnskaper (Grounded knowledge). De tre sentrale temaene er omgitt av temaet kulturell kontekst (Cultural context) med sine fremmende og hemmende normer og balanseakten (Balancing act) som skal brukes opp mot ulike situasjoner jordmødrene møter i arbeidshverdagen sin. Dette vises tydelig når jordmor skal arbeide kvinnesentrert. Samtidig må jordmødre se ting fra et medisinsk-teknisk perspektiv og arbeide innenfor rammene og fastsatte retningslinjer for fødselsomsorgen (Berg et al., 2012; Ólafsdóttir et al., 2022, s. 219). En skjematisk fremstilling av modellen er vist under, se figur 2. I dette kapittelet vil de ulike elementene i MiMo modellen presenteres og det vil beskrives hvordan disse sees i sammenheng med fødselsomsorgen.



Figur 2. MiMo modellen. Kilde: (Berg et al., 2012)

3.2.1 Gjensidig relasjon

De sentrale elementene i temaet gjensidig relasjon i MiMo modellen er; nærvær, bekreftelse, tilgjengelighet og deltakelse. For at jordmor skal klare å oppfylle disse elementene i møte med kvinnen og hennes partner i fødsel fordrer dette at de blir kjent, slik at hun kan forstå og imøtekomme deres behov (Ólafsdóttir et al., 2022, s. 220). En måte jordmor kan oppnå dette i fødsel er ved å ha en fortløpende dialog hvor kvinnen involveres i fødselsprosessen. Jordmor må da lytte til kvinnen, gi informasjon og la kvinnen og partner ta informerte valg angående egen helse og behandling. Dette i tråd med norsk lovverk hvor pasienten har rett på å ta informerte valg angående egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Jordmor har plikt til å sikre at pasienten forstår informasjonen som er gitt (Helsepersonelloven, 1999). Gjennom informasjon kan kvinnen føle kontroll og eierskap til egen fødsel (Berg et al., 2012). Ifølge verdens helseorganisasjon bør jordmorarbeid fremme informerte valg for å ivareta kvinnes verdighet, privatliv og konfidensialitet (World Health Organization, 2018).

Viktigheten av en gjensidig relasjon understøttes av yrkesetiske retningslinjer for jordmødre:

Jordmødre jobber med den enkelte kvinne i et partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen mellom jordmor og kvinne vektlegger brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke. Jordmødre respekterer en kvinnes rett til informert valg og informert samtykke. Jordmødre skal også støtte kvinners og familiers rett til å delta aktivt i beslutninger vedrørende egen omsorg (Den norske jordmorforening, 2016).

3.2.2 Fødselsfremmende miljø

Det andre hovedtemaet i MiMo modellen handler om å skape et fødselsfremmende miljø. Undertemaer her er tillit, ro, trygghet, styrking og støtte for å fremme normalitet (Ólafsdóttir et al., 2022, s. 225). Etablering av en gjensidig relasjon er grunnleggende for å kunne skape et fødselsfremmende miljø, dermed flyter disse to elementene inn i hverandre (Berg et al., 2012). En rolig atmosfære støtter kvinnens tilstedeværelse i rommet, fremmer fødselsprosessen og overgangen til å bli mor. Videre fremheves det at tillit og trygghet er grunnleggende for å skape et miljø hvor jordmor og kvinnen kan samarbeide. En forutsetning for at kvinnen skal ha en styrkende fødselsopplevelse er at kvinnen føler seg fysisk og emosjonelt ivaretatt og at hun kjenner kontroll over miljøet hun føder i (Berg et al., 2012; Ólafsdóttir et al., 2022, s. 225). Når

kvinnen føler seg trygg kan dette bidra til at hun produserer mer oxytocin. Dette er et hormon som bidrar til å fremme fødselsforløpet og fremmer riene (Brunstad, 2017b, s. 463). Motsatt vil redsel, stress og engstelse produsere stresshormoner som kan føre til dårlige rier, som igjen kan forhindre et normalt fysiologisk fødselsforløp (Blix, 2017, s. 430). Det siste undertemaet er å støtte for å fremme normalitet, her ses sammenhengen med hvordan trygghet fører til at kvinnen produserer mer oxytocin. Ved å skape et godt fødemiljø hvor kvinnen kjenner seg trygg vil dette på naturlig vis fremme den normale fysiologiske fødselen (Berg et al., 2012).

3.2.3 Grunnleggende kunnskaper

I henhold til MiMo modellen deles også grunnleggende kunnskaper inn i tre underliggende temaer som beskriver hvordan jordmor sin kunnskap er forankret. Disse undertemaene er teoretisk, praktisk og intuitiv kunnskap (Ólafsdóttir et al., 2022, s. 225). Av de sammenflettede temaene er grunnleggende kunnskap det som knytter alle sammen til en helhet. Selv om MiMo modellen er utformet for å gi kvinnen en god fødselsopplevelse skal kunnskapen være integrert og forankret i jordmor. Jordmor skal ha ressurser og ferdigheter som hun kan anvende ulikt i ulike situasjoner. Dette er en nødvendighet for å kunne gi individuelt tilpasset omsorg og kunne møte den enkelte kvinnes individuelle behov (Berg et al., 2012). Eksempler på dette er vurderinger jordmor må gjøre ved bruk av medisinsk teknologi som fosterovervåking for å sikre mor og barns helse, samtidig som hun skal arbeide for å fremme det normale og sikre at kvinnen har det bra og føler seg trygg og ivaretatt (Ólafsdóttir et al., 2022, s. 225). Jordmor må i arbeidet sitt bruke alle sine ferdigheter i tillegg til intuisjon. Jordmors intuisjon bedres gjennom erfaring. Mimo modellen beskriver at det er viktig at jordmor stoler på sin egen intuisjon når det skal gjøres vurderinger angående kvinnen (Berg et al., 2012; Ólafsdóttir et al., 2022, s. 225).

3.2.4 Kulturell kontekst og «Balancing act»

De to overordnede temaene «kulturell kontekst» og «balancing act» beskriver rammene jordmødre må jobbe innenfor når de skal yte kvinnesentrert omsorg i fødsel (Ólafsdóttir et al., 2022, s. 225-226). Berg et al. (2012) beskriver den kulturelle konteksten som at det alltid vil være normer som hindrer eller fremmer optimal omsorg etter MiMo modellen. En fremmende norm i omsorgen kan være når jordmor har tid og ressurser til å være til stede sammen med kvinnen gjennom fødsel og støtte ut fra hennes behov. En konflikt med denne kulturen kan være når det er flere kvinner i fødsel og det ikke er nok jordmødre på jobb til å kunne gi tilstrekkelig en-til-en omsorg til kvinnene. En annen type konflikt kan være når kvinnen ønsker en normal

fysiologisk fødsel, men det oppstår komplikasjoner i forløpet som krever fosterovervåking i henhold til retningslinjene ved fødeinstitusjonen. De kulturelle konfliktene fra eksemplene ovenfor kan bunne i institusjonens retningslinjer og det overordnende helsevesenet, samt kvinnen kulturelle syn på fødsel. Dette kan også beskrives som en kamp mellom det kvinnesentrerte perspektivet og det medisinsk-tekniske perspektivet (Ólafsdóttir et al., 2022, s. 225-226). Her kommer det overordnede temaet «balancing act» inn i bildet. Som jordmor skal man ivareta det kvinnesentrerte perspektivet, men samtidig sikre forsvarlig oppfølging av kvinnen og barnet i fødselsforløpet (Berg et al., 2012). I det første eksempelet ovenfor kan «balancing act» innebære at selv om jordmor ikke har mulighet til å gi tilstrekkelig en-til-en omsorg under hele fødselsforløpet at hun likevel er nærværende og til stede når hun fysisk er i rommet. Jordmor må lytte til kvinnen og bli kjent med henne og partner til tross for tidsnød, men bruke kroppsspråket sitt på å uttrykke at hun er tilgjengelig dersom de skulle trenge henne. I det andre eksempelet må jordmor anerkjenne det normale i det unormale til tross for at kvinnen er nødt til å ha en høyere grad av forsterovervåking. Dette må gjøres for å kunne ivareta sikkerheten til mor og barn under fødselsforløpet, samtidig som jordmor prøver å holde det som kan være normalt fri for medisinsk-tekniske intervensjoner. Ved bruk av MiMo modellen og «balancing act» kan man muliggjøre å ha den fysiologiske og sosiale tilnærmingen parallelt med den medisinsk-tekniske tilnærmingen. I arbeidet som jordmor er det ikke mulig å velge enten et kvinnesentrert perspektiv eller et medisinsk-teknisk perspektiv. For å kunne gi god jordmorfaglig omsorg må man velge det beste fra begge perspektivene (Berg et al., 2012; Ólafsdóttir et al., 2022, s. 226).

4 Metode

I dette kapittelet vil metoden scoping review beskrives. Vi har fulgt Joanna Briggs Institute sin veileder for gjennomføring av en scoping review og vil gjennom trinnene i metoden beskrive hvordan vi har fulgt denne (Peters et al., 2021). Deretter vil inklusjonskriteriene og en beskrivelse av søkeprosessen beskrives og illustreres ved hjelp av et prismaskjema. Se prismaskjema på side 16. På slutten av kapittelet vil det legges frem etiske overveielser.

4.1 Scoping review

Det ble valgt scoping review som metode for dette masterprosjektet. En scoping review har flere likhetstrekk med andre systematiske oversiktsstudier med hensyn til å gi en

sammenfatning av litteratur for å svare på et bestemt forskningsspørsmål etter et grundig systematisk litteratursøk (Pollock et al., 2021). Det som skiller scoping review fra andre systematiske oversikter er at man skal inkludere all relevant litteratur uavhengig av studiedesign og forskningstyper. Metoden gir muligheten til å avdekke kunnskapshull og bidra til innsikt og avklaring på definisjoner og kontekster innenfor praksis som manglet. En fordel med bruk av scoping review sammenlignet med systematisk oversikt var at man også kan inkludere kvalitativ forskning. Dette ble vurdert som å kunne bidra med verdifull innsikt i tankegangen til jordmødre som arbeider for å forebygge fødselsrifter. Samtidig ville dette kunne gi et mer nyansert bilde sammenlignet med om det kun hadde blitt sett på kvantitativ forskning (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2021; Peterson et al., 2017; Pollock et al., 2021).

Det første rammeverket som ble laget for å utføre en scoping review ble utarbeidet av Arksey & O'Malley (2005). Dette rammeverket ble deretter videreutviklet av (Levac et al., 2010) grunnet forvirring og kritikk rundt Arksey & O'Malley (2005) sin fremgangsmåte. Det har likevel vært en del metodologiske usikkerheter, spesielt knyttet til analyse av data. Derfor valgte Joanna Briggs Institute å utarbeide en veileder for scoping reviews. I denne veilederen har det blitt utarbeidet et enda tydeligere rammeverk for gjennomføring av scoping review og det er dette rammeverket vi følger i denne studien da dette er den mest utfyllende og videreutviklede metoden (Peters et al., 2021; Pollock et al., 2021).

Tabell 2 Joanna Briggs Institutes metodologi. Kilde: (Peters et al., 2021)

Metodiske trinn etter Joanna Briggs Institutes metodologi
Definere forskningsspørsmål
Definere inklusjonskriterier basert på forskningsspørsmål
Forhåndsplanlagt beskrivelse av litteratursøk, utvelgelse, uthenting av data og tabeller
Litteratursøk
Utvelgelse av studier
Uthenting av data
Analyse av data
Presentere data
Oppsummere forskning som svarer på forskningsspørsmålet, beskrive implikasjoner og konkludere

4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Etter at problemstilling og forskningsspørsmål var definert, ble det laget inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Kriteriene ble satt opp i et PICO-skjema for å lettere kunne danne et bilde av aktuelle søkeord og å kunne stadfeste aktuell litteratur på et tidlig tidspunkt. Et PICO-skjema gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket, 2021a).

Tabell 3. PICO-skjema. Kilde: (Helsebiblioteket, 2021a).

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
P Patient/problem	<ul style="list-style-type: none"> - Kvinner som har født vaginalt uten instrumentelle intervensjoner - Kvinner som har født på sykehus - Jordmødre som jobber med fødselshjelp 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvinner som har hatt keisersnitt - Kvinner som har født utenfor sykehus
I Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Tiltak for å forebygge perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel 	<ul style="list-style-type: none"> - Operative forløsninger
C Comparison		
O Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Redusert forekomst av perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel - Effekt ved bruk av tiltak/støtteteknikker for å forebygge perinealskade ved fødsel 	
Design	<ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert - Artikler i full tekst - Artikler publisert på engelsk eller skandinavisk språk - Land med praksis som er overførbar til norsk kontekst/fødselsomsorg. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler som ikke er i full tekst - Artikler på andre språk enn engelsk eller skandinavisk språk

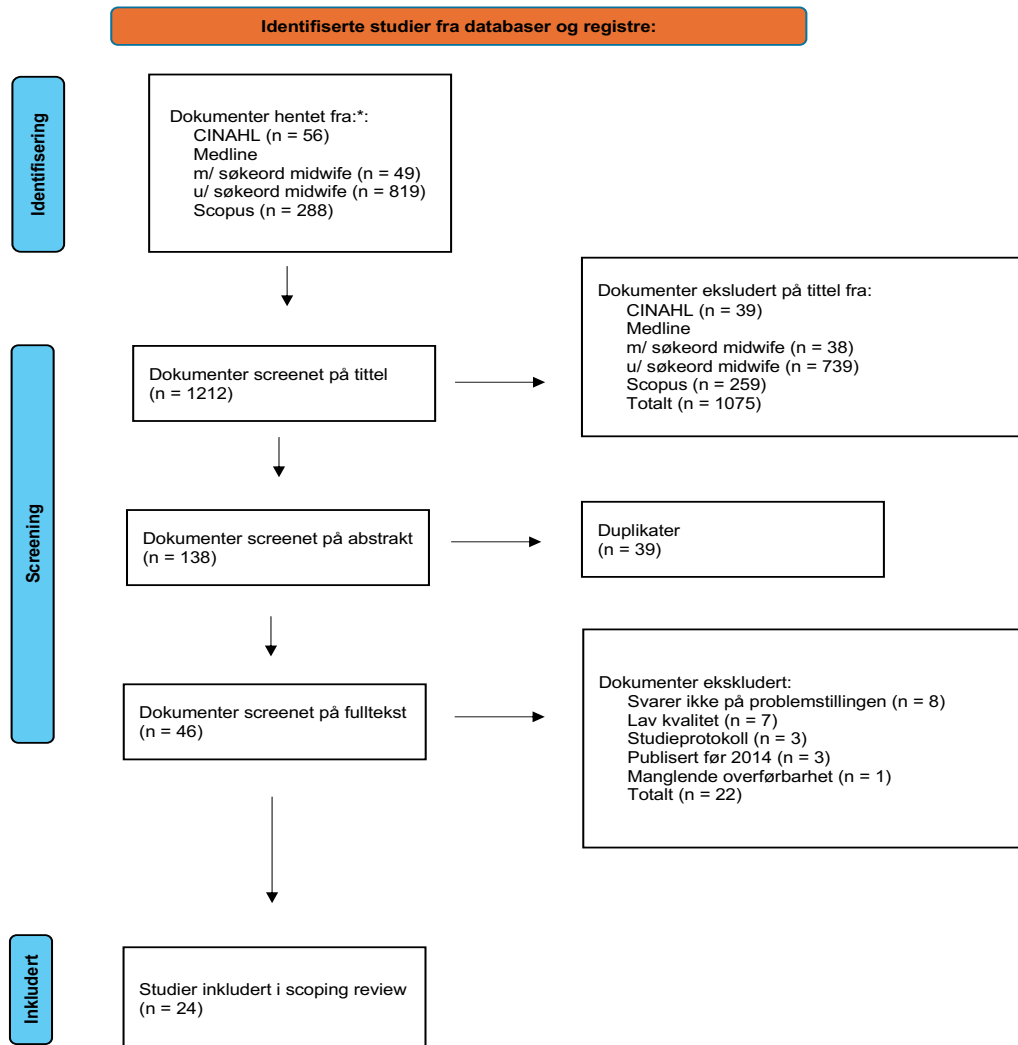
4.3 Søkeprosessen

I starten av søkeprosessen ble bibliotekar kontaktet for hjelp til å sette opp et systematisk søk for å kartlegge aktuell forskning på området. Bibliotekar hjalp til med å sette opp søk i databasene Cinahl, Medline/Ovid, Scopus og Web of Science. Det ble gjort to ulike søk i Medline/Ovid, ett søk med *midwifery og ett søk uten *midwifery. Dette ble gjort for å sikre at alle aktuelle artikler ble funnet. Søkene med søkeord til de ulike databasene ligger som et vedlegg til oppgaven, se vedlegg 2. Gjennomføring av søkene ble gjort på Universitetet i Stavanger i tidsperioden 17.10.23-24.10.23. Etter å ha søkt i databasene Cinahl, Medline/Ovid og Scopus var det 1212 artikler som skulle screenes på tittel. Ved gjennomgang av disse databasene ble det sett at flere av artiklene var gjentakende. Dette ble diskutert med veileder og man fant sammen ut at søket hadde nådd en metning. Det ble derfor besluttet ikke å utføre søket i Web of Science.

4.4 Gjennomgang av søk

Vi har søkt i aktuelle databaser og screenet artikler hver for oss. Dette ble gjort for å sikre at alle aktuelle artikler har blitt inkludert. Etter screening av tittel og fjerning av duplikater var det igjen 99 artikler til gjennomlesing av abstrakt. Disse artiklene ble lagt inn i Rayyan som er et gratis nettbasert verktøy for å samarbeide om å gjennomgå eller screene referanser til systematiske oversikter eller litteraturstudier (Universitetet i Stavanger, 2024). Fordelen med bruk av Rayyan var muligheten til å sette på en blinding. På denne måten kunne vi lese gjennom abstraktene individuelt og vurdere om de var aktuelle hver for oss, før vi sammenlignet hvilke artikler vi ønsket å inkludere. Etter fjerning av blinding var det 17 konflikter som ble løst ved diskusjon og en grundig gjennomgang av inklusjons- og eksklusjonskriter. Til slutt satt vi igjen med 46 artikler som ble lest i fulltekst. Av disse 46 artiklene ble 22 artikler ekskludert. Dette ble gjort på bakgrunn av at de ikke svarte på problemstillingen, på grunn av lav kvalitet, at det ikke var studieprotokoll og ikke artikkel, publiseringsdato før 2014 og på grunn av manglende overførbarhet til norsk fødselsomsorg. Dette resulterte i totalt 24 inkluderte artikler.

4.5 Prismaskjema



Figur 3. Prismaskjema. Kilde: (Moher et al., 2009).

4.6 Kvalitetssikring av inkludert forskning

For å kvalitetssikre artiklene som skulle leses i fulltekst ble det brukt sjekklister til helsebiblioteket. Disse sjekklister er laget som pedagogiske verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler og kan bidra til å forenkle prosessen med å kritisk evaluere forskningslitteratur. For systematiske oversikter eller andre forskningsprosjekter er det anbefalt å bruke mer omfattende sjekklister (Helsebiblioteket, 2021b). Scoping review som metode innebærer at all aktuell litteratur om temaet kan inkluderes og det stilles ikke krav til kvalitetssikring slik som andre systematiske oversikter, (Arksey & O'Malley, 2005). Ønsket

med denne studien var å bidra med evidensbasert forskning som kan overføres til praksisfeltet. Det ble derfor valgt å ekskludere noen artikler etter gjennomgang av sjekklister. Dette ble gjort på bakgrunn av for lav kvalitet på forskningen som gjorde at resultatene ikke fremsto som troverdige. Et eksempel på en studie av lav kvalitet var at studiens metode ikke samsvarte med forskningsspørsmålet. Vi valgte da å ekskludere denne forskningen da vi mente dette ville redusere validiteten på denne studien. Dette er også bakgrunnen for at det kun har blitt inkludert fagfelleverderte artikler.

4.7 Uthenting av data

Det ble valgt å inkludere 24 artikler som møtte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. De inkluderte studiene var fra Norge, Sverige, Danmark, Irland, New Zealand, Portugal, Spania, Iran, Italia, USA, Australia og Island. Ved gjennomføring av en scoping review blir det anbefalt det å gjøre en sammenfatning av hver av de inkluderte studiene for å forenkle uthenting av data (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2021). Sammenfatningen av de inkluderte studiene har derfor blitt sortert ut fra forskningsmetoden, før de videre ble presentert i en litteraturmatrise for å sammenfatte resultatene. Litteraturmatrisen ble utarbeidet etter IMRAD-modellen som et hjelpemiddel for å finne sentrale elementer i studiene og presentere dem på en systematisk måte (Lerdal, 2009). Litteraturmatrisene presenteres i resultatdelen s.19-30.

4.8 Analyse av data

Joanna Briggs Institute anbefaler en grunnleggende kvalitativ innholdsanalyse ved gjennomføring av scoping review (Peters et al., 2021). Dette er en deskriptiv tilnærming til analyse som innebærer åpen koding for å organisere begreper eller egenskaper i overordnede kategorier. Denne analysemetoden kan brukes uavhengig av studiedesign på inkludert datamateriale som gjør den egnet for scoping review som inneholder både kvalitativ og kvantitativ forskning (Pollock et al., 2023). I de kvantitative artiklene vi analyserte ved bruk av denne metoden analyserte vi den deskriptive teksten og ikke tabellene i artiklene. Vi hadde en induktiv tilnærming til den kvalitative innholdsanalysen og startet analyseprosessen parallelt med kvalitetssikringen av artiklene i henhold til sjekklister til Helsebiblioteket (2021b), se vedlegg 1. I denne prosessen ble vi godt kjent med det inkluderte datamaterialet og når det var besluttet at artikkelen som var kvalitetssikret skulle inkluderes i denne studien noterte vi hver for oss ned koder som hjalp oss beskrive datamaterialet. Da vi var ferdig med inklusjons- og

eksklusjonsprosessen av artiklene sammenlignet vi kodene våre på de artiklene som var inkludert. Ved sammenligning av koder satt vi igjen med flere likheter oss imellom. Ved hjelp av disse kodene lagde vi kategorier som skulle fungere som et rammeverk for oppgaven. Etter ferdigstillingen av analysen satte vi igjen med syv kategorier. Disse kategoriene presenteres i resultatdelen til denne studien.

4.9 Ethiske overveielser

Underveis i prosessen har etikken i den forskningen som har blitt benyttet blitt vurdert for å sikre at den overholder standarden for forskningsetikk i tråd med Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Helsinkideklarasjonen er en internasjonal veileder for medisinsk forskningsetikk som sikrer ivaretagelse av pasienter som deltar i medisinske forskningsprosjekter. Ettersom det i denne oppgaven brukes andres forskning for å fremstille resultater er det viktig at vi vurderer de inkluderte studiene sin forskningsetikk. Under utvelgelsen av artikler har det blitt benyttet helsebiblioteket sine egne sjekklister for å vurdere kvaliteten på artiklene, se vedlegg 1 (Helsebiblioteket, 2021b). I disse sjekklisene svares det på spørsmål om etiske forhold har blitt vurdert, om tiltakene veier opp for ulemper, bivirkninger og kostnader, samt om personene inkludert i studien er rekruttert på en tilfredsstillende måte. Dersom de inkluderte studiene ikke svarte til denne standarden ble de ekskludert fra utvalget. Metoden scoping review som benyttes i denne studien baserer seg på andres forskning. Ved bruk av denne metoden har det vært viktig å utvise åpenhet om fremgangsmåte og metode. Dette for å gjøre resultatene etterprøvbare for andre. Vi har også jobbet for å vise god henvisningsskikk og anerkjenne andre forskere sitt arbeid som har bidratt til at vi har funnet resultatene (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2023).

5 Resultater

I dette kapittelet vil det presenteres litteraturmatiser sortert ut fra forskningsmetode. Etter litteraturmatisene vil resultatene presenteres i kategoriene som ble identifisert under analysen.

5.1 Litteraturmatriser

Tabell 4. Kohortstudier

Kohortstudier (n = 6)						
Nr	Tittel	Forfattere, årstall og land	Populasjon	Studiedesign	Hensikt	Relevante funn
1	Implementation of a perineal support programme for reduction of the incidence of obstetric anal sphincter injuries and the effect of noncompliance	De Meutter, L., Heesewijk, A. V., van der Woerd-Eltink, I., de Leeuw, J. W. Nederland, 2018	4391 deltakere med vaginal fødsel.	Prospektiv kohortstudie med historisk sammenlikningsgruppe	Studiens hensikt var å vurdere om innføringen av et intervensjonsprogram hadde effekt på reduksjon av forekomst på rifter som involverte sfinktermuskulatur.	I studieperioden så forskerne en reduksjon i forekomsten av rifter som involverte sfinktermuskulatur blant deltakerne i studien.
2	Changing incidence of obstetric anal sphincter injuries - A result of formal prevention programs?	Jangö, H., Westergaard, H. B., Kjærbye-Thygesen, A., Langhoff-Roos, J., Lauenborg, J. Danmark, 2019	75 173 deltakere med vaginal fødsel	Kohortstudie	Studiens hensikt var å vurdere om fokus på forebygging av rifter og innføringen av et intervensjonsprogram for å forebygge alvorlige rifter har effekt på redusert forekomst av dette over tid.	Forskerne fant ut at fokus på forebygging av alvorlige rifter var assosiert med nedgang i forekomst. Resultatene viste imidlertid at implementering av et forebyggende intervensjonsprogram ikke førte til en ytterligere reduksjon i forekomsten. Forskerne peker på at strengere intervensjoner med et formelt intervensjonsprogram kunne resultere i en signifikant nedgang av forekomsten av rifter som involverte sfinktermuskulatur.

3	Which elements were significant in reducing obstetric anal sphincter injury? A prospective follow-up study	Rasmussen, O. R., Yding, A., Andersen, C. S., Boris, J., Lauszus, F. F. Danmark, 2021	10 383 deltakere med vaginal fødsel	Kohortstudie/ prospektiv oppfølgingsstudie	Formålet med studien var å undersøke hvilke elementer i et intervensjonsprogram som hadde forebyggende effekt på rifter. Elementene som ble inkludert i studien var: 1. Kommunikasjon, 2. Oversikt over perineum, 3. Hånd på fosterhodet, 4. Støtte av perineum 5. Sertifisering av ansatte i forebygging av rifter Studien ble gjort på bakgrunn av at flere internasjonale studier som har vist at intervensjonsprogrammer som inkluderer støtte av perineum kan redusere risiko for sfinkterskader, men med et ønske om også å undersøke hvert enkelt element separat.	Resultatene fra studien viste at både hånd på fosterhodet og støtte av perineum var assosiert med redusert risiko for sfinkterskader, det gav en ytterligere effekt ved bruk av alle fem elementene samlet.
4	Effects of an intervention program for reducing severe perineal trauma during the second stage of labor.	Sveinsdottir, E., Gottfredsdottir, H., Vernhardsdottir, A. S., Trggvadottir, G. B., Geirsson, R., T. Island, 2018	16 336 deltakere med vaginal hodefødsel	Kvantitativ kohortstudie	Studiens hensikt var å evaluere om et intervensjons-program med endrede støtteteknikker i utdrivningsfasen påvirket antallet alvorlige perineale fødselsrifter.	Etter implementering av intervensjonsprogrammet ble antallet sfinkterskader redusert fra 5,9 til 3,7%. Grad 3 rifter ble redusert med 40% og antallet grad 4 ble redusert 56%. Forekomsten av grad 1 rifter økte fra 25,8% til 33,1%, samtidig som antallet grad 2 rifter ble redusert fra 44,7% til 36,6% fra før og etter studieperioden. Forskerne kunne se en sammenheng mellom alvorlige perineale traumer og fødselsvekt og utfallene her ble ikke påvirket av intervensjonsprogrammet.

5	Long-Term outcomes of the Stop Traumatic OASI Mobility project (STOMP)	Basu, M., Smith, D. England, 2018	8782 deltakere med vaginal fødsel	Prospektiv observasjonsstudie	Formålet med studien var å evaluere langtidseffekten av intervensjonsprogrammet STOMP og vurdere effekt i reduksjon i alvorlige fødselsrifter.	Forskerne så at implementering av STOMP-prosjektet førte til en betydelig nedgang av sfinkterskader, noe som viser at effekten av denne typen tilnærming vil forbedre utfall i helsetjenestene
6	Can the incidence of obstetric anal sphincter injury be reduced? The STOMP experience	Basu, M., Smith, D., Edwards, R. England, 2015	3902 deltakere med vaginal fødsel	Kvalitetsforbedringsprosjekt	Hensikten med studien var å undersøke om intervensjonsprogrammet STOMP reduserte forekomsten av rifter som involverte sfinkter-muskulatur.	Studien viste at STOMP-prosjektet førte til en signifikant nedgang i rifter som involverte sfinktermuskulatur.
7	Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures	Lenskjold, S., Høj, L., Pirhonen, J. Danmark, 2015	1943 deltakere med vaginal fødsel	Kvalitetsforbedringsprosjekt	Hensikten med studien var å redusere forekomst av sfinkterskader gjennom et intervensjonsprogram.	Resultatene fra studien viste at støtte av perineum medførte en signifikant reduksjon i risikoen for sfinkterskader, også ett år etter intervensjonen.
8	Effect of the “shoulder-up” bundle on the incidence of spontaneous perineal injury after vaginal delivery: comparison of 2 historic cohorts after propensity score matching	Morganelli, G. Fieni, S. Dall'Asta, A. di Pasquo, E. Capozzi, V. A. Valenti, A. Pezzani, A. Kiener, A. J. O. Ghi, T. Norge/Sverige, 2023	4223 deltakere med vaginal fødsel	Retrospektiv intervensjonsstudie	Forskerne ønsket å se på effekten av en systematisk implementering av manøvrer. Dette innebar å løfte barnet opp mot øvre del av vagina ved forløsning av skuldrene. Hensikten var å undersøke om dette hadde effekt på forebygging av rifter ved at man avlastet perineum. Denne manøvrer ble kalt “shoulder-up bundle”.	Studien viste at implementering av “shoulder-up” manøvrer ved vaginal fødsel var assosiert med en signifikant reduksjon i forekomst av grad 2 rifter og rifter som involverte sfinktermuskulatur.

9	Interventional program to reduce both the incidence of anal sphincter tears and of caesarean sections	Pirhonen, J., Samuelsson, E., Pirhonen, T., Odeback, A., Gissler, M. 2018, Norge/Sverige	5698 deltakere med vaginal hodefødsel	Prospektiv studiedesign	Studien ønsket å vurdere om et intensivt intervensjonsprogram kunne redusere antall obstetriske sfinkterskader og om dette kunne redusere forekomsten av keisersnitt.	Intervensjonsprogrammet førte til en signifikant reduksjon av sfinkterskader, i tråd med resultater oppnådd fra tidligere lignende intervensjonsprogrammer. I tillegg medførte tiltakene også en nedgang i forekomsten av keisersnitt.
10	Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience	Naidu, Madhu Sultan, Abdul H. Thakar, Ranee England, 2018	11 135 deltakere med vaginal hodefødsel	Retrospektiv intervensjonsstudie	Formålet med studien var å undersøke om støtte av perineum ved vaginal fødsel kan redusere forekomsten og alvorlighetsgraden på sfinkterrupturer.	Studien medførte en signifikant reduksjon i forekomst av rifter fra 4,7% til 4,1%. Det var en signifikant reduksjon i grad 3C rifter og grad 4 rifter. Ved bruk av multivariabel analyse fant de at støtte av perineum var assosiert med en signifikant reduksjon i hyppighet av sfinkterrupturer.
11	Please Squeeze: A novel approach to perineal guarding at the time of delivery reduced rates of obstetric anal sphincter injury in an Australian tertiary hospital	Luxford, E., Bates, L., King, J. Australia/New Zealand, 2020	9453 deltakere med vaginal hodefødsel	Retrospektiv kohortstudie	Studien ønsket å vurdere om en ny form av perineumsbeskyttelse i fødsel hadde effekt på reduksjon av sfinkterrupturer ved et sykehus i Australia. Primærutfallet var forekomst av sfinkterrupturer under alle spontane vaginale fødsler. Sekundærutfall forskerne målte inkluderte forekomst av episiotomi, sfinkterrupturer som følge av både spontan vaginal fødsel og assistert/operativ vaginal fødsel.	Studien viste at dette medførte en reduksjon i forekomst av sfinkterrupturer på 20% Dette gjaldt både for både spontane vaginale fødsler og for operative forløsninger.

Tabell 5. Kvalitative studier

Kvalitative studier (n = 2)						
Nr	Tittel	Forfattere, årstall og land	Populasjon	Studiedesign	Hensikt	Relevante funn
1	A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact	Begley, C., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, C., Keegan, C., McCann, C., Smith, V. 2018, Irland/New Zealand	21 deltakere (jordmødre)	Kvalitativ design, med deskriptiv tilnærming	Å utforske jordmødre fra Irland og New Zealand sitt syn på teknikker de bruker i sin praksis for å beholde et intakt perineum under spontane vaginale fødsler.	Jordmødrene beskriver fire temaer; <ol style="list-style-type: none"> 1. Rolig, kontrollert fødsel 2. Posisjon og teknikker på tidlig stadium to av fødsel 3. “Hands on” eller “Hands off” 4. Sakte forløsning, blås og pust babyen ut. Ved å bruke disse teknikkene beskriver jordmødrene å oppnå lave rater for episiotomi hos førstegangsfødende. De beskriver også at nesten 60 % av kvinnene ikke har behov for suturering etter fødsel og hvor forekomsten på alvorlige rifter kun er 1%
2	Irish and New Zealand Midwives' expertise at preserving the perineum intact (the MEPPi study): Perspectives on preparations for birth	Smith, V., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C., Begley, C. 2017, Irland/New Zealand	21 deltakere (jordmødre)	Kvalitativ design, utforskende studie	Å utforske jordmødre fra Irland og New Zealand sitt syn på hvilke ferdigheter de innehar for å bevare et intakt perineum under spontan vaginal fødsel, herunder beskriver de også fødselsforberedende faktorer.	Studiens funn er delt inn i fire temaer; <ol style="list-style-type: none"> 1. Kilder til kunnskap for å bevare intakt perineum 2. Assosierte faktorer 3. Beslutningstaking rundt episiotomi 4. Forberedelser for å bevare intakt perineum Studien gir nyttig innsikt i jordmødres syn og ferdigheter for å bevare perineum intakt under vaginal fødsel, og bidrar til forskningsbasert praksis for å minimere perineumskader i fødsel.

Tabell 6. Randomiserte kontrollerte studier

Randomiserte kontrollerte studier (n = 2)						
Nr	Tittel	Forfattere, årstall og land	Populasjon	Studiedesign	Hensikt	Relevante funn
1	Perineal massage and warm compresses - Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor	Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J. N., Quintal de Sousa, N., Escuriet, Ramon. 2023, Portugal	848 deltakere med vaginal hodefødsel	Randomisert kontrollert studie	Studien ønsket å evaluere effekten av massasje og varme kompresser på perineum under fødselens andre stadium for å bevare intakt perineum.	Studien viste at kombinasjonen av perineumsmassasje og varme kompresser økte forekomsten av intakt perineum. Tiltaket reduserte også forekomsten av grad 2, 3 og 4 rifter samt, bruk av episiotomi.
2	The effect of two midwives during the second stage of labour to reduce severe perineal trauma (Oneplus): a multicentre, randomised controlled trial in Sweden.	Edqvist, M., Dahlen, H. G., Häggsgård, C., Tern, H., Ängeby, K., Teleman, P., Ajne, G., Rubertsson, C. 2022, Sverige	3776 deltakere med vaginal hodefødsel	Randomisert kontrollert studie	Studien ønsket å undersøke tilstedeværelsen av to jordmødre under fødselens andre stadium i hensikt å forebygge perineumsskade. Dette ved at den andre jordmoren som kommer inn tar ansvar i å veilede og støtte kvinnen i trykktiden, slik at den andre jordmoren kan konsentrere seg om det tekniske rundt forløsningen av barnet. Hensikten var å undersøke om dette ville resultere i færre skader som involverte sfinktermuskulatur enn ved kun en jordmor til stede.	Studien viste at tilstedeværelse av en ekstra jordmor i utdrivningsfasen reduserte forekomsten av perineumsskade med 30% Den andre jordmoren kunne også bidra om det oppsto andre behov på fødestuen som assistanse, observere og gi medarbeiderstøtte og tilbakemeldinger under forløsningen.

Tabell 7. Systematiske oversikter/reviews

Systematiske oversikter/ reviews (n = 6)						
Nr	Tittel	Forfattere, årstall og land	Populasjon	Studiedesign	Hensikt	Relevante funn
1	Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis	Marcos-Rodriguez, A., Leirós-Rodriguez, R., Hernandez-Lucas, P. 2023, Spania	1655 deltakere med vaginal fødsel	Systematisk oversikt/ metaanalyse	Studien ville finne ut effekten massasje av perineum under fødselens andre stadium har på forebygging av skade på perineum. Forskerne sammenlignet "hands off" med massasje som intervensjon alene.	Studien fant at massasje under fødselens andre stadium ga signifikant nedgang på frekvens av episiotomi, men at det ikke hadde noe effekt på forebygging av rifter. Kvinnene som fikk massasje og varme kompresser anga høyere tilfredshet enn de uten intervensjoner/hands off.
2	Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis	Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D., Ismail, KM. 2015, Storbritannia	74 744 deltakere med vaginal hodefødsel	Systematisk oversikt/ metaanalyse	Studien ville undersøke effekten av rutinemessig "Hands on"/støtting av perineum under fødsel sammenlignet med "Hands off"/"Hands poised" på risikoen og graden av perineumsskade ved å gjøre en systematisk oversikt/metaanalyse basert på 6 studier.	Studien viste at det ikke var noen signifikant forskjell i beskyttende effekt på perineum i tre av de inkluderte studiene. På de tre andre inkluderte studiene var det en signifikant reduksjon i sfinkterskader ved bruk av manuell perineumstøtte. Til tross for at det ikke var entydige svar, konkluderer forskerne med at manuell perineumstøtte kan være beskyttende mot sfinkterskade.

3	Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Aquino, C. M., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, F. Z., Berghella, V. 2020, Italia/USA	3374 deltakere med vaginal hodefødsel	Systematisk oversikt og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier	Studiens hensikt var å evaluere om massasje av perineum under vaginal fødsel reduserer risikoen for perineale skader.	Studien viste at kvinner som ble randomisert til å motta massasje av perineum under fødsel hadde signifikant lavere forekomst av alvorlige rifter sammenlignet med dem som ikke fikk massasje. Alle sekundære utfall var ikke-signifikante, bortsett fra forekomsten av intakt perineum som var signifikant høyere i gruppen som fikk perineumsmassasje. Det var også signifikant lavere risiko for å få en episiotomi i gruppen som mottok massasje.
4	Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma	Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., Lukasse, M. 2017, Norge	15 181 kvinner med vaginal fødsel	Systematisk oversikt	Studien ønsket å vurdere effekten av ulike teknikker for å bevare perineum intakt og forebygge fødselsrifter under fødselens andre stadium på forekomsten og alvorlighetsgraden på perineale traumer.	Funnene i forskningen ble delt inn i ulike teknikker og deres effekter på fødselsrifter: «Hands on» vs. «Hands off»: Funnene viste at «hands off» ga lavere forekomst av episiotomi, men utgjorde ingen forskjell i intakt perineum, første, andre, tredje og fjerdegrads rifter. Det var flere forskjeller i resultatene i studiene som ikke ga noen god forklaring på resultatene. Varme kompresser: Færre kvinner som fikk varme kompresser fikk en tredje eller fjerdegradsrift. Det utgjorde ingen forskjell hos kvinner med intakt perineum, første og andre grads rifter samt episiotomi. Perineal massasje: Det var flere kvinner av de som mottok massasje som hadde intakt

						perineum og færre kvinner med tredje og fjerdegradsriter. Det hadde tilsynelatende ikke effekt på første- og andregradsriter.
5	The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain: a systematic review with meta-analysis: a trial sequential analysis.	Maghalian, M., Alikamali, M., Nabighadim, M., Mirghafourand, M. 2022, Iran	2969 deltakere med vaginal hodefødsel	Systematisk oversikt med metaanalyse og prøvetidsanalyse.	Hensikten med studien var å vurdere effekten av varme kompresser på perineum og påvirkning på fødselsriter, smerter postpartum og intakt perineum.	Funnene i studien viste at varme kompresser hadde en signifikant reduksjon på smerter i perineum, andregradsriter, tredjegrads riter, fjerdegradsriter, episiotomi, samtidig som det var en økning i intakt perineum etter fødsel sammenlignet med kontrollgruppen
6	Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: a meta-analysis.	Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarazadeh, M., Ozcan, T., Berghella, V. 2019, Italia/USA/Australia, Iran	2103 deltakere med vaginal hodefødsel	Systematisk oversikt/metaanalyse	Studiens hensikt var å vurdere effekten av varme kompresser på perineum under fødselens andre stadium for å redusere fødselsriter	Studien fant en høyere andel av kvinner med intakt perineum blant dem som hadde fått varme kompresser sammenlignet med dem som ikke hadde fått det. Det var også lavere forekomst av grad 3 og 4 riter, samt episiotomi hos dem som hadde fått varme kompresser. Derfor konkluderer forskerne med at varme kompresser under fødselens andre stadium øker forekomsten av intakt perineum og lavere risiko for å få episiotomi og større riter.

Tabell 8. Tverrsnittstudier

Tverrsnittstudier (n = 3)						
Nr	Tittel	Forfattere, årstall og land	Populasjon	Studiedesign	Hensikt	Relevante funn
1	Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey	East, C. E., Lau, R., Biro, M, A. 2015, Australia	86 deltakere, (17 leger og 69 jordmødre)	Tverrsnittstudie	Studien ville identifisere jordmødre og leger på et sykehus i Australia og deres syn på hvilke teknikker de brukte for å ivareta perineum under andre stadium av aktiv fødsel.	Teknikkene deltakerne anga å bruke for å redusere risikoen for perineumskader var: <ul style="list-style-type: none"> • Hånd på babyens hode/støtte perineum • Varme kompresser • God kommunikasjon med kvinnen og veiledning i trykking. De beskrev at de byttet teknikk ut fra klinisk scenario og da varierte praksisen med støtting av perineum og bruk av episiotomi ut fra risiko.
2	Perineal injury associated with hands on/hands poised and directed/undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of non-operative vaginal births, 2011-2016	Lee, N., Firmin, M., Gao, Y., Kildea, S. 2018, Australia	26 393 deltakere som hadde spontan vaginal hodefødsel	Tverrsnittstudie	Studien ville sammenligne bruken av «Hands on» med «Hands poised» og veiledet/ ikke-veiledet trykking og undersøke om dette hadde innvirkning på graden av rift og perineumskade på kvinner som fødte mellom 2011 og 2016.	Bruken av hands poised og ikke-veiledet trykking under fødselens andre stadium var en teknikk som reduserte grad 2, 3 og 4 rifter, spesielt hos flergangsfødende. De definerte «hands poised» som en teknikk som ikke ekskluderte bruk av mottrykk mot perineum og bremsing av hodet, men at det ga rom for å vurdere behov for grad av støtting ut fra risiko.

3	Perineal management techniques among midwives at five hospitals in New South Wales- a cross-sectional survey	Ampt, A, J., Vroome, M, D., Ford, J, B. 2015, Australia	108 deltakere (jordmødre)	Tverrsnitt-studie	Undersøke hvilke teknikker jordmødre foretrakk for lavrisiko fødsler på land for å redusere perineumsskade og om preferansene var forbundet teknikker som var lært på skole, eller ervervet i praksis. De undersøkte også om jordmødrene endret foretrukket teknikk basert på klinisk scenario.	Studien viste at jordmødrene foretrakk “hands poised” eller “hands off” for fødsler med lav risiko for sfinkterskade. I fødsler med økt risiko for sfinkterskade byttet jordmødrene til en mer “hands on” tilnærming. Dette var en endring i praksis fra tidligere da det var vanlig å bruke “hands on” på alle kvinner i fødsel.
---	--	--	---------------------------	-------------------	---	---

5.2 Identifiserte kategorier

Etter analysen av de inkluderte artiklene ble det identifisert gjentakende kategorier over hvordan jordmødre arbeidet med forebygging av fødselsrifter. Disse kategoriene var kommunikasjon, støtteteknikker, perineal massasje, bruk av varme kompresser, fødestillinger, episiotomi samt, undervisning og fokus på et tema i avdelingen.

5.2.1 Kommunikasjon

Et element som er gjentakende i flere av de inkluderte studiene er viktigheten av god kommunikasjon og relasjonen mellom kvinnen og jordmor. God kommunikasjon mellom jordmor og fødselshjelper var et element flere beskrev som riftforebyggende (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; Begley et al., 2019; De Meutter et al., 2018; Edqvist et al., 2022; Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021; Smith et al., 2017; Sveinsdottir et al., 2019). Det viktigste resultatet som kommer frem blant de inkluderte studiene er god kommunikasjon i utdrivningsfasen slik at kvinnen kan «pese-puste» barnet ut når det kroner. Hensikten var å skape minst mulig belastning på perineum og tillate vevet å strekke seg (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; Begley et al., 2019; De Meutter et al., 2018; Smith et al., 2017). Andre studier peker på viktigheten av god kommunikasjon under hele fødselsforløpet som riftforebyggende tiltak (Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021; Sveinsdottir et al., 2019). Disse studiene poengterer at ved å etablere god kommunikasjon tidlig i fødselsforløpet er det mulig å forberede kvinnen i forkant av forløsningen. Dette gjøres ved å gå gjennom fødselsforløpet på forhånd og veiledning og praktisk trening i pusteteknikkene hun skal gjøre når hodet kroner. Edqvist et al. (2022) beskriver i sin studie hvordan en ekstra jordmor på fødestuen kan ivareta kvinnen psykisk og veilede trykkteknikk. Dette kan også bidra til å avlaste jordmor i kommunikasjonen med kvinnen i fødselens siste fase slik at jordmor som forløser barnet kan konsentrere seg om dette og at dette i seg selv også kan være et riftforebyggende tiltak. En ekstra jordmor på fødestuen beskrives også som en ekstra støtte for jordmor som har en kollega hun kan lene seg på om det skulle oppstå noe uventet eller hun trenger assistanse.

5.2.2 Støtteteknikker

Bruk og effekt av ulike støtteteknikker er en kategori som er gjentakende i de inkluderte artiklene i denne studien (Ampt et al., 2015; Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; Begley et

al., 2019; Bulchandani et al., 2015; East et al., 2015; Lee et al., 2018; Leenskjold et al., 2015; Luxford et al., 2020; Morganelli et al., 2023; Smith et al., 2017). Innholdet i kategorien er omdiskutert og det er ulike meninger rundt om «hands on», «hands off» eller «hands poised» er beste praksis i forebygging av fødselsrifter.

Resultatene til intervensjonsprogrammene viser at «hands on» er beste riftforebyggende praksis (Leenskjold et al., 2015; Luxford et al., 2020; Pirhonen et al., 2018). I en studie av Morganelli et al. (2023) vurderes intervensjonsprogrammet «shoulder up» bundle. Studien støtter også «hands on» tilnærmingen, men i deres intervensjonsprogram har de lagt til en ekstra komponent i hvordan skuldrene skal forløses i en posisjon oppover vekk fra perineum for å unngå unødvendig press nedover. Det intervensjonsprogrammet som skiller seg ut er av Basu et al. (2016) og Basu & Smith (2018) som har utarbeidet «Stop Traumatic OASI Morbidity Project». Forskerne i disse studiene mener at den viktigste komponenten i riftforebygging er farten på hodet når det kroner. Dette intervensjonsprogrammet mener derfor at en «hands poised» tilnærming er best.

To av de inkluderte tverrsnittundersøkelsene har undersøkt hvilke teknikker jordmødre foretrakk å bruke under forløsning for å minimere rifter (Ampt et al., 2015; East et al., 2015). Resultatene fra Ampt et al. (2015) viste at flesteparten av jordmødrene foretrekker en «hands off» eller «hands poised» tilnærming ved lavrisikofødsler, men at de byttet til «hands on» ved risiko hos kvinnen som indikerte behov for ekstra støtte under forløsning. I East et al. (2015) sin studie anga flertallet av jordmødre at de alltid brukte «hands on» for å minimere forekomsten av rifter.

I den kvalitative studien til Begley et al. (2019) beskriver erfarne jordmødre en ny trend med mindre støtting og en mer «hands poised» tilnærming, men at deres erfaring var at «hands on» ga minst rifter. Flere av deltakerne i studien forklarte at de hadde prøvd en mer «hands off» eller «hands poised» tilnærming for å følge hva nyutdannede jordmødre eller jordmorstudenter anbefalte. Dette resulterte i at de hadde fått mer rifter enn hva de gjorde tidligere ved bruk av «hands on».

En retrospektiv tverrsnittstudie av Lee et al. (2018) har lagt til ekstra spørsmål under fødselsprotokolleringen som omhandler hvilken støtte som er brukt under fødselen. Dette ble gjort over en 5-årsperiode, slik at de kunne se på sammenhengen mellom grad av rift og hvilken

støtte som ble gitt under fødsel. Resultatene fra denne studien fant ingen sammenheng mellom redusert forekomst av rifter, verken mindre eller alvorlige ved bruk av «hands on» sammenlignet med «hands off» eller «hands poised». Denne studien problematiserer imidlertid en kultur på arbeidsplassen som gjør at forskerne er usikre på om deltakerne har vært sannferdige ved protokollering, eller om de har ført inn støtteteknikk ut fra hva de tror at kollegaene vil de skal skrive.

De to siste artiklene i vårt resultat om støtteteknikker er oversiktsstudier. Den ene undersøker om perineumsstøtte ved fødsel har effekt på forebygging av rifter (Bulchandani et al., 2015), mens den andre har perineumsstøtte som et underkapittel i en større systematisk oversikt som tar for seg flere riftforebyggende tiltak (Aasheim et al., 2017). Ingen av disse studiene klarte å finne forskjeller i sammenhengen mellom bruken av de ulike støtteteknikkene «hands on», «hands off» eller «hands poised» og forekomst av rifter.

5.2.3 Perineal massasje

Massasje av perineum er et annet riftforebyggende tiltak vi har fått frem som kategori i resultatene våre. Fremgangsmåten ved gjennomføringen av massasje varierer fra å kun massere nedre del av perineum som i studien av Aquino et al. (2020). En annen studie av Marcos-Rodrigues et al. (2023) beskriver at en av studiene inkludert i deres systematiske oversikt masserer i sirkulære bevegelser rundt hele skjedeåpningen frem til hodet kroner. Ifølge Aquino et al. (2020) er perineal massasje assosiert med en signifikant redusert forekomst av alvorlige rifter. Studien til Marcos-Rodrigues et al. (2023) viser redusert forekomst av episiotomi, men ikke redusert forekomst eller alvorlighetsgrad på rifter. I Aasheim et al. (2017) sin systematiske oversikt finner de at forekomsten av intakt perineum var høyere i gruppene som hadde fått massasje og at forekomsten av alvorlige rifter gikk ned ved bruk av massasje som tiltak. Forskerne i denne studien problematiserer imidlertid at de inkluderte studiene som undersøkte effekten av massasje mot standard praksis eller «hands off» hadde lav grad av evidens. De tydeliggjorde viktigheten å se på resultatene med varsomhet, da det var en svært heterogen gruppe som var studert og de var usikre på overførbarhetsverdien. Flere av jordmødrene i Smith et al. (2017) sin studie nevner også perineal massasje og tøying. De beskriver at flere av jordmorkollegaene deres benytter denne teknikken med å plassere fingre i vagina og gi et press nedover mot perineum for å tøye vevet. I denne studien beskriver jordmødrene at de så at kvinnene var ukomfortable med denne praksisen og ingen av jordmødrene som var intervjuet

benyttet seg av denne teknikken. Den siste inkluderte artikkelen som tar for seg perineal massasje er en randomisert kontrollert studie, hvor det sammenlignes bruk av perineal massasje i kombinasjon med varme kompresser og sammenlignet dette med «hands off» praksis (Rodrigues et al., 2023). De finner positive resultater med økt forekomst av intakt perineum og redusert forekomst av episiotomi, grad 2, 3 og 4 rifter.

5.2.4 Varme kompresser

I resultatene viser flere studier til høyere forekomst av intakt perineum og redusert forekomst av episiotomi og alvorlige rifter ved bruk av varme kompresser under fødselens andre stadium (Maghalian et al., 2023; Magoga et al., 2019; Rodrigues et al., 2023; Aasheim et al., 2017). Varme kompresser brukes ved å legge en fuktet, varm kompress eller klut på perineum i andre stadium av aktiv fødsel. Det er variasjoner i hvor konsistente de ulike studiene er på temperatur, men i de systematiske studiene fra Maghalian et al. (2023), Magoga et al. (2019) og Aasheim et al. (2017) har de ikke funnet variasjoner i resultatene etter ulik bruk av materiale som klut eller kompress eller temperaturvariasjoner på det påførte materialet. Majoriteten av jordmødrene i Begley et al. (2019) sin studie fremsnakker også bruken av varme kompresser. De mener at bruken bidrar til å mykgjøre vevet slik at det blir mer tøyelig. Jordmødrene i studien viser også til at kompressene kan gi smertelindring på dette stadiet av fødselen i tillegg til at det beskytter perineum mot alvorlige rifter.

5.2.5 Fødestilling

I resultatene beskriver flere studier fødestilling som en viktig riftforebyggende faktor. Flere studier beskriver at en fødestilling som gir fødselshjelperen god oversikt over perineum i utdrivningsfasen er et viktig riftforebyggende tiltak (De Meutter et al., 2018; Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021; Sveinsdottir et al., 2019). Andre studier viser i større grad til at det er hvilken stilling kvinnen føder i som er avgjørende for om det oppstår rift (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; Begley et al., 2019; East et al., 2015; Smith et al., 2017).

I et intervensjonsprogram gjort i England med hensikt å redusere ratene på alvorlige fødselsrifter, mener forskerne at det ikke er visualiseringen til fødselshjelperen som er viktigst. De peker på viktigheten av å unngå fødestillinger hvor kvinnen ligger på rygg, enten flatt eller delvis oppreist med bena i benholdere, da de mener dette øker forekomsten av større

fødselsrifter (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016). Rasmussen et al. (2021) har prøvd å se på sammenhengen mellom fødestilling og utfallet på fødselsrifter. Resultatene deres viser at det oppstår flest fødselsrifter ved oppreiste fødestillinger. Forfatterne beskriver at oppreiste fødestillinger vanskeliggjør visualisering av perineum for fødselshjelper. Studien finner imidlertid ikke signifikante utfall for noen fødestillinger med hensyn til hvilke fødestillinger som reduserer forekomsten av fødselsrifter i størst mulig grad, etter kontroll av forvekslingsfaktorer.

Andre studier har også undersøkt hvilke teknikker jordmødre foretrekker å bruke for å unngå fødselsrifter (Begley et al., 2019; East et al., 2015; Smith et al., 2017). I disse studiene kommer det frem at et flertall av jordmødre foretrekker at kvinnen står i knestående stilling på alle fire (Begley et al., 2019; East et al., 2015; Smith et al., 2017). I den kvalitative studien til Begley et al. (2019) beskriver jordmødrene som er intervjuet at musklene rundt perineum slapper av og at dette dermed forårsaker mindre rifter som følge av anspenhet. I studien til East et al. (2015) viser resultatene at flertallet av jordmødrene i studien foretrakk bruk av knestående stillinger. Det beskrives at jordmødrene brukte en kombinasjon av stillingsendringer i utdrivningsfasen og at hyppig stillingsendring kan være hensiktsmessig for fremgangen i fødsel. Dette understøttes også av resultatene til Begley et al. (2019), hvor det beskrives at flere av jordmødrene i studien brukte verktøy som fødekrakk i utdrivningsfasen. Når fosterhodet kroner ønsker de å bytte til en stilling som i større grad avlastet perineum, ved å be kvinnen lene seg tilbake på fødekrakken mot partner eller å gå ned på gulvet over i en knestående stilling (Begley et al., 2019).

5.2.6 Episiotomi

Flere av studiene i våre resultater beskriver vurdering av episiotomi på indikasjon som et viktig tiltak i forebygging av rifter som involverer sfinktermuskulatur (De Meutter et al., 2018; Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Naidu et al., 2017; Pirhonen et al., 2018; Sveinsdottir et al., 2019). I studien til East et al. (2015) mener imidlertid en tredjedel av jordmødrene og legene som deltok i undersøkelsen at episiotomi burde være rutine. Jordmødrene i denne studien er delt inn etter arbeidserfaring og det er en betydelig andel av jordmødrene med mer arbeidserfaring som deler dette synet. Alle deltakerne var enig eller sterkt enig i at episiotomi burde bli utført ved risiko for tredje- eller fjerdegradsrifter, samt ved fosterasfyksi (East et al., 2015).

En kvalitativ studie av Smith et al. (2017) undersøkte erfarne jordmødres syn på sine arbeidsmetoder for å bevare perineum intakt. Ett av temaene som ble utforsket var jordmødrenes beslutningstaking rundt vurderingen av å gjøre en episiotomi. Forfatterne delte deltakernes utsagn inn i to kategorier som var «grunner til å ikke gjøre en episiotomi» og «grunner til å gjøre en episiotomi». I «grunner til å ikke en episiotomi» beskrev jordmødrene følelsen av et ansvar overfor kvinnen for å redusere perineale skader i etterkant av fødselen, ettersom dette kunne påvirke kvinnens mulighet for tilknytning til barnet etter fødsel. Jordmødrene i denne studien beskrev at de sjelden utførte episiotomi og at de var veldig varsomme når de skulle vurdere om dette var nødvendig. Eksempler på indikasjoner for å gjøre en episiotomi var fosterasfyksi eller ved veldig stramt vev, hvor alternativet ville være risiko for at vevet revnet ved forløsning av hodet (Smith et al., 2017).

5.2.7 Undervisning og fokus på et tema i avdelingen

I resultatene handlet en stor andel artikler om intervensjonsprogrammer for å forebygge rifter (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; De Meutter et al., 2018; Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Luxford et al., 2020; Morganelli et al., 2023; Naidu et al., 2017; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021; Sveinsdottir et al., 2019). Intervensjonsprogrammene bestod av ulike komponenter ut fra hvor studiene var gjennomført. Fellesnevneren var et økt fokus på å redusere rifter på de ulike fødeinstitusjonene og at alle studiene gav en signifikant reduksjon i rifter. Før oppstart og under gjennomføringen av intervensjonsprogrammene gjennomgikk ansatte ved de ulike avdelingene en opplæringsperiode med internundervisning og praktisk ferdighetstrening som omhandlet intervensjonspunktene i sitt program. Dette førte til at de ansatte fikk en felles forståelse av hva som var innholdet i intervensjonene og i tillegg fulgte dem mer presist. En felles og grundig opplæringsperiode gjorde også at det ble en mer konsekvent gjennomføring av tiltakene i tråd med hva forskerne hadde tenkt. Dette resulterte i en felles avdelingskultur for hvordan ting skulle gjøres og de ansatte fikk en felles definisjon på tiltakene.

I studien gjort av Rasmussen et al. (2021) beskrives det at intervensjonsprogrammet var bidragende til at blant annet perineumsstøtte ble gjort likt av alle ansatte, ettersom alle hadde felles forståelse for definisjonen på hvordan dette skulle gjøres. På denne måten forebygget man en kultur hvor ansatte tok egne, og muligens «feilaktige» vurderinger av situasjoner som viste

seg å være en kvalitetssikring av avdelingens rutiner og praksis. Flere av artiklene peker også ut viktigheten av å ha fokus på et tema i avdelingen. Ved å belyse temaet blant ansatte og poengtere viktigheten av dette, blir dette et fokusområde blant jordmødre og leger som viste seg å være riftreduserende i seg selv (Sveinsdottir et al., 2019).

Studien til Jangö et al. (2019) sammenlignet effekten av et intervensjonsprogram på to fødeavdelinger i samme region i Danmark. Her ble det innført et intervensjonsprogram på den ene avdelingen, mens den andre avdelingen ikke hadde et pågående intervensjonsprosjekt, men kun hadde riftforebygging som tema i avdelingen. Resultatene fra deres studie viste at fokus på forebygging av alvorlige rifter var riftreduserende i seg selv og de kunne ikke se forskjell på resultatene i forekomst av alvorlige rifter mellom avdelingen som fikk innført et intervensjonsprogram sammenlignet med den avdelingen som kun hadde et fokus på forebygging av alvorlige rifter. I intervensjonsprogrammet gjort av De Meutter et al. (2018) poengterte de også at kontinuerlig verifisering og repetitiv trening var nødvendig for å opprettholde gode resultater.

6 Diskusjon

6.1 Metodediskusjon

En begrensning ved denne scoping reviewen er at den kun inkluderer studier som var tilgjengelige i de databasene det ble søkt i og som oppfylte oppgavens inklusjonskriterier. Det er mulig at relevante studier kan ha blitt utelatt, hvis de ikke har vært tilgjengelige i de databasene det ble søkt i, eller dersom de ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Etter gjennomgang av systematiske søk i tre ulike databaser ble det likevel funnet en metning i søket. Dette var begrunnelsen for å avslutte søket grunnet tidsbegrensning og oppgavens omfang. Det var stor mengde data på temaet og mye nyere og oppdatert forskning gjort over de siste 5 årene. Det ble derfor valgt å ikke gjennomføre kontrolløk inn i år 2024 for å se om det var nyere forskning fra slutten av 2023 eller starten på 2024. Dette kan ha ført til at oppgaven ikke inkluderer den nyeste forskningen på feltet.

Systematisk litteratursøk og vurdering av artikler ble gjort hver for oss. Det kan ses på som en styrke at to har gjort vurdering av artikler uavhengig av hverandre, noe som kan bidra til å øke studiens reliabilitet. En annen begrensning ved denne studien kan være kvaliteten på de

inkluderte studiene blant resultatene. Metoden scoping review tillater å inkludere studier med ulike metodiske tilnærminger. Som nevnt tidligere har studiene blitt vurdert opp mot sjekklister til helsebiblioteket (2021b), se vedlegg 1. Dette ble gjort i forsøk på å finne studier av høyest mulig kvalitet. En svakhet ved dette er at de ulike metodene har ulike sjekklister. De inkluderte studiene lar seg derfor ikke like lett vurderes opp mot hverandre, ettersom sjekklister til ulike metodologiske tilnærminger har ulike krav til hva som ansees som god kvalitet. Dette kan ha påvirket studiens reliabilitet. En ting som imidlertid kan ha styrket oppgavens reliabilitet er at studiens metode og gjennomføring er beskrevet i detalj med hensyn til fremgangsmåte, databaser som er søkt i, samt søkeord. Dette gjør at andre vil kunne finne tilsvarende resultater som oss, dersom de velger å gjennomføre en tilsvarende studie.

Det ble valgt strenge inklusjonskriterier. Dette innebærer blant annet at det kun har blitt inkludert fagfelleverderte artikler for å bidra til høyest mulig grad av evidens. Dette kan imidlertid ha ført til at man kan ha gått glipp av verdifull innsikt i litteratur som ikke er fagfellevurdert, noe som kanskje kunne ha bidratt til en større forståelse av emnet. Et annet inklusjonskriterium for studien var at praksisen brukt i inkluderte studier skulle kunne overføres til norsk fødselsomsorg. Begrunnelsen for dette var et ønske om å finne studier og litteratur som kunne bidra til økt kompetanse på forebygging av fødselsrifter og være et bidrag til praksisfeltet i lignende settinger som i Norge. Generaliserbarheten i funnene kan derfor være redusert. Med hensyn til refleksivitet kan studien ha blitt påvirket av våre egne erfaringer fra jordmorstudiet og praksis. Det er en mulighet for at erfaringer vi har tilegnet oss gjennom studiet kan ha gjort oss mindre objektive i møte med alternative eller utradisjonelle virkemidler, eller tiltak for å forebygge fødselsrifter. Dette kan ha ført til at litteratur som omhandlet dette har blitt ekskludert fra vår studie.

Bibliotekar ble involvert tidlig for å forsøke å unngå feil tidlig i søkeprosessen. Ved gjennomgang av treff i de ulike søkene ble det forsøkt å arbeide systematisk for å ekskludere artikler som ikke var aktuelle tidlig. Ved tilbakeblikk burde denne prosessen blitt gjort enda mer kritisk og nøyaktig. I steget ved gjennomlesning av artikler i fulltekst ble det oppdaget artikler som burde vært ekskludert på et tidligere tidspunkt. Dette gjaldt blant annet artikler som ikke møtte oppgavens inklusjonskriterier. Eksempelvis omhandlet disse artiklene risikofaktorer og ikke forebygging av fødselsrifter samt artikler publisert utenfor tidsrommet 2014-2024. Dette førte til merarbeid ved gjennomgang av artiklene. På en annen side kan det argumenteres for at det kan ha vært bidragende til en dypere innsikt i temaet og kanskje kan ha tydeliggjort

oppgavens relevans. Uavhengig av dette faller de inkluderte artiklene inn under inklusjons- og eksklusjonskriteriene og oppgaven har trolig ikke blitt påvirket negativt av denne feilen.

Da vi gjorde den grunnleggende kvalitative innholdsanalysen av de inkluderte artiklene opplevde vi at det var de gjentakende kategoriene som ble identifisert. Vi kan imidlertid ha blitt påvirket av hvilke faktorer vi i forkant av gjennomføring av studien anså som viktige. Dette kan ha hatt innvirkning på kategoriene som ble valgt. Samtidig opplever vi at vi fulgte den induktive tilnærmingen ved at vi underveis i prosessen diskuterte kodene for å finne frem til de kategoriene vi anså som mest hensiktsmessige for studien vår.

7 Resultatdiskusjon

7.1 Kommunikasjon

Flere av studiene i resultater viser at kommunikasjon mellom jordmor og kvinnen er ett element som kan påvirke utfallet av fødselsrifter (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; De Meutter et al., 2018; Edqvist et al., 2022; Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Rasmussen et al., 2021; Sveinsdottir et al., 2019).

De fleste av de inkluderte studiene som omhandler kommunikasjon er intervensjonsprogrammer. I disse studiene er kommunikasjon et nøkkelement blant riftforebyggende tiltak. På hvilken måte intervensjonsprogrammene brukte kommunikasjon var imidlertid ulikt. Noen av dem beskrev kommunikasjonen målrettet mot at kvinnen skulle være mottakelig for veiledning under trykktid, slik at kvinnen pustet når hodet kronet og skulle fødes (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; De Meutter et al., 2018). Andre beskrev i større grad kommunikasjon på et mer overordnet plan, hvor det eneste som ble spesifisert var at det skulle være god kommunikasjon mellom den fødende og fødselshjelper (Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021; Sveinsdottir et al., 2019).

MiMo modellen beskriver viktigheten av en gjensidig relasjon i fødsel (Berg et al., 2012). Dette innebærer blant annet at jordmor er nærværende og tilgjengelig slik at hun kan tilpasse seg den enkelte kvinne sine behov. Hvis jordmor klarer å gjøre dette skapes det gode forutsetninger for god og hensiktsmessig kommunikasjon underveis i fødselsforløpet. Når jordmor blir kjent med kvinnen er det lettere å tilpasse kommunikasjonen ut fra kvinnen sine behov. Ved å være

tilgjengelig underveis i fødselen skaper man som jordmor gode forutsetninger for å ha en fortløpende dialog hvor man involverer kvinnen og partner slik at de er forberedt på fødselsprosessen og hva som skal skje i utdrivningsfasen. Dette gjør at informasjonen er kjent for kvinnen og det blir lettere å motta veiledning under trykktiden hvis hun har øvd på teknikkene med å «puste og pese» barnet ut på forhånd (Berg et al., 2012).

Resultatene er ulike i forhold til hvilket stadium av fødsel kommunikasjonen er viktigst. Basu & Smith (2018), Basu (2016) og De Meutter (2018) beskriver at det vil det være hensiktsmessig med målrettet og god kommunikasjon og veiledning mellom den fødende og fødselshjelper i utdrivningsfasen. For å oppnå dette kan god kommunikasjon gjennom hele forløpet slik de andre inkluderte studiene også viser være en fordel (Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021; Sveinsdottir et al., 2019).

I utdrivningsfasen vil et viktig element i forebygging av rifter være at jordmor bevarer kommunikasjonen med kvinnen. Hovedårsaken til dette er at et viktig element i forebygging av rifter er at hodet skal fødes i et passende tempo (Laine et al., 2020). Dette gir vevet mulighet til å tøye seg, uten at det revner (Olsson et al., 2020, s. 36). Det er også viktig at kvinnen og partner får informasjon i forkant, slik at de er bevisst på viktigheten av dette (Olsson et al., 2020, s. 33). En kontrollert fødsel av fosterhodet er ofte et resultat av et godt samspill mellom fødekvinnen og jordmor eller fødselshjelper (Olsson et al., 2020, s. 36).

En annen studie blant resultatene våre fra Edqvist et al. (2022) undersøkte effekten av å ha to jordmødre på fødestuen under fødselens andre fase. Formålet med studien var å undersøke om to tilstedeværende jordmødre hadde effekt i forebygging av fødselsrifter. Forskerne ønsket å se på om dette ville resultere i færre skader som involverte sfinktermuskulatur, sammenlignet med kun en tilstedeværende jordmor. Jordmor som kom inn på fødestuen under den andre fasen skulle veilede og støtte kvinnen psykisk under trykktiden, slik at jordmoren som hadde ansvar for fødselen kunne konsentrere seg om å støtte perineum og forløse hodet på en kontrollert og skånsom måte. Den andre jordmoren på fødestuen kunne også bidra dersom det var behov for assistanse på andre områder som å observere, gi medarbeiderstøtte og tilbakemeldinger. Utfallet ved å gjøre dette i utdrivningsfasen gav en reduksjon med 30% på alvorlige rifter. En ekstra jordmor til stede på fødestuen har blitt en vanlig arbeidsmetode i Sverige og har vist seg å redusere stress og gi økt trygghet i rommet (Olsson et al., 2020, s. 37).

En annen viktig oppgave den ekstra jordmoren kan bidra med er validering av jordmoren som forløser barnet om det skulle oppstå en alvorlig rift. En annen studie av Edqvist et al. (2014) handlet om jordmødres sin opplevelse når det oppstår alvorlige rifter. Her beskrives det som en trygghet å ha en annen jordmor som kan fungere som et «vitne» når en alvorlig rift oppstår. Denne jordmoren kan eksempelvis forsikre at alt ble gjort rett under forløsningen etter hva som er oppfattet som god jordmorpraksis. En annen studie gjort av Lindberg et al. (2013) som beskriver lignende fenomener fant at jordmødre opplevde å bli sett på som dårlige jordmødre av kollegaer, hvis det oppsto alvorlige rifter i en fødsel de hadde hatt. En standard praksis hvor en ekstra jordmor er med under utdrivningsfasen kan da i tillegg til å bidra som hjelp i fødsel for kvinnen også være et viktig tiltak ovenfor jordmor i fødsel. Da dette sikrer at jordmor har noen å drøfte situasjonen med i etterkant for eventuell videre læring, men også for å unngå en følelse av manglende mestring i faget sitt og unngå baksnakking og dårlig kommunikasjon på arbeidsplassen som kan føre til mistriivsel på jobb. Flere av jordmødrene i studien til Edqvist et al. (2014) beskriver at de kan oppleve dette etter at de har hatt en fødsel som involverer sfinkterskader.

For å skape en gjensidig relasjon til kvinnen, eller ha en ekstra jordmor til stede under andre stadium av aktiv fødsel trengs det tid og ressurser. Tall fra Helsedirektoratet viser at det i 2019 var rapportert en jordmormangel på 200 årsverk fra alle helseforetakene i Norge. I tillegg er 32% av jordmødrene i Norge over 55 år, noe som kan indikere en ytterligere økende jordmormangel over de neste årene (Helsedirektoratet, 2020, s. 57). Dette er en faktor som kan få stor innvirkning på norsk fødselsomsorg, dersom en ikke klarer å rekruttere nok jordmødre i årene fremover. Regjeringen la nylig frem en ny nasjonal helse- og samhandlingsplan for årene 2024-2027 (Regjeringen, 2024a), hvor de legger frem sin politikk for å ruste den samlede helse- og omsorgstjenesten for fremtiden og hovedutfordringene den står ovenfor. Helse- og samhandlingsplanen handler i hovedsak om å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse. Dette gjenspeiler utfordringene med å beholde kvalifisert personell i helsetjenestene i Norge og hvilken innvirkning dette har på helsetjenestene her i landet. De har i denne stortingsmeldingen et særtrykk som omhandler svangerskap- fødsel og barselomsorg (Regjeringen, 2024b). Her har regjeringen lagt frem sine forslag for å ruste opp fødselsomsorgen og hvordan de skal bidra med utdanning og kompetanseutvikling innen dette fagfeltet for å unngå økende jordmormangel i årene som kommer (Regjeringen, 2024b, s. 25) .

Kommunikasjon i fødsel er også avhengig av at man forstår hverandre i form av at man snakker samme språk. Språkbarrierer og mangel på god kommunikasjon i fødsel gir økt risiko for komplikasjoner som fødselsrifter (Helsedirektoratet, 2020, s. 75; Olsson et al., 2020, s. 33). Andelen fødende kvinner som er født utenfor Norge har økt betraktelig de siste årene og i 2021 ble ca. en fjerdedel av barna som var født i Norge, født av kvinner som var registrert som innvandret til landet (Staff, 2022). En tredjedel av alle innvandrere har bodd mindre enn fem år i Norge og språkbarriere i fødsel er derfor en utfordring med stadig hyppigere forekomst. Et tiltak for å bedre kommunikasjonen i fødsel er bruk av tolk. Tilbakemeldinger fra jordmødre tyder imidlertid på at det ikke brukes tolk i tilstrekkelig grad i fødselsomsorgen, og dette begrunnes i at det er tidkrevende og vanskelig å legge til rette for (Helsedirektoratet, 2020, s. 75). Disse utsagnene gjenspeiler også våre erfaringer fra praksis.

Et tiltak som det prøves å legge til rette for flere steder i landet er flerkulturell doula. En flerkulturell doula fungerer som en fødselsstøtte til gravide innvandrerkvinner som ikke snakker norsk eller engelsk. Dette er kvinner med minoritetsbakgrunn som selv har født i Norge og deltatt på kurs i regi av jordmødre. På denne måten har de opparbeidet seg kunnskap gjennom egenerfaring og en innføring i det norske helsevesenet. Doulaen kobles sammen med en kvinne som snakker samme språk og har samme kulturelle bakgrunn slik at hun kan være en støtte for kvinnen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid (Norske kvinners sanitetsforening, 2024). Dette er en del av helsedirektoratets tiltak for å sikre likeverdige helsetjenester, men per januar 2024 finnes kun tilbudet om doula ved seks fødeinstitusjoner i Norge (Norske kvinners sanitetsforening, 2024). I den nasjonale helse- og samhandlingsplanen vedvarer støtten på to millioner kroner til tilbudet. Regjeringen presiserer at de ønsker å videreutvikle ordningen og at den skal etableres i flere helseforetak slik at man kan sikre likeverdige og tilrettelagte tjenester for minoritetskvinner (Regjeringen, 2024b, s. 26). En doula skal ikke fungere som en tolk, men kan bidra til å forenkle kommunikasjonen på fødestuen mellom kvinnen og personalet (Olsson et al., 2020, s. 33). Dette kan være hensiktsmessig for å gi enkle beskjeder og instruksjoner i fødsel. Bruk av doula kan også gjøre at kvinnen klarer å uttrykke mer egne ønsker og behov. En doula kan bidra til å skape et godt fødselsfremmende miljø for kvinnen i henhold til MiMo modellen. Modellen understreker poenget med tillit, ro og trygghet (Berg et al., 2012). Å føde uten at noen på fødestuen forstår deg er en faktor som vil kunne bidra til uttrygghet og stress for kvinnen. Dette vil kunne påvirke faktorer som fremmer en normal fysiologisk fødsel som redusert utskillelse av oxytocin (Brunstad, 2017b, s. 463). Det må imidlertid spesifiseres at en doula ikke det samme som en tolk og ikke skal bli brukt i denne hensikt, men være støtteperson

for kvinnen (Norske kvinners sanitetsforening, 2024). I tolkeforskriften kapittel 2, §3-5 (2021) spesifiseres det hva det innebærer å ha tilstrekkelig tolkefaglig kompetanse. Dette innebærer at en tolk ikke skal holde tilbake eller endre innholdet i det som blir tolket og i tillegg skal opptre upartisk ovenfor pasienten. En doula skal først og fremst være en støttespiller for kvinnen og bruk av henne som tolk skal ikke overskygge rollen hun egentlig har i fødsel (Norske kvinners sanitetsforening, 2024).

7.2 Støtteteknikker

I Norge anbefales perineumsstøtte og hodestøtte ved alle fødsler og ifølge legeföreningen anbefales ikke «hands off» støtteteknikk i Norge (Laine et al., 2020). Ut fra våre resultater viste det seg at dette er en praksis som varierer rundt om i verden. Flere land praktiserer med teknikkene «hands off» og «hands poised», hvor de mener at dette er beste praksis i forebygging av fødselsrifter (Lee et al., 2018). Andre mener imidlertid at teknikker i fødsel bør vurderes ut fra det kliniske scenarioet og at hvilken støtteteknikk som brukes avhenger av kvinnen og hennes risikofaktorer for å få en rift (Ampt et al., 2015). I en systematisk oversikt av Aasheim et al. (2017) vurderte og sammenlignet de blant annet bruken av «hands on», «hands poised» og «hands off». I denne studien fant de ikke data som tydeliggjorde hva som var beste praksis med hensyn til støttegrep i forebyggingen av fødselsrifter. Tilsvarende resultater fant man i en systematisk oversikt gjort av Bulchandani et al. (2015), som da konkluderte med at det ikke var overbevisende nok resultater til å skulle endre praksisen fra «hands off» til «hands on». Studien til Bulchandani et al. (2015) og Aasheim et al. (2017) har tatt utgangspunkt i randomiserte kontrollerte studier gjort på feltet, som ansees som beste metode for å vurdere effekten av en intervensjon (Helsebiblioteket, 2016). Til tross for resultatene som kommer frem i disse studiene ser vi blant resultatene våre at det er «hands on» teknikken som stort sett implementeres når et land ønsker å redusere forekomsten av fødselsrifter. Å implementere «hands on» teknikk ble gjort i tilnærmet alle intervensjonsprogrammene i de inkluderte studiene blant våre resultater (De Meutter et al., 2018; Jangö et al., 2019; Leenskjoeld et al., 2015; Luxford et al., 2020; Morganelli et al., 2023; Naidu et al., 2017; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021). Det eneste intervensjonsprogrammet blant våre resultater som ikke implementerte «hands on» som teknikk var Basu et al. (2016) og Basu & Smith (2018) som sto bak intervensjonsprogrammet «STOMP» og den påfølgende studien om langtidsutfallet av intervensjonsprogrammet. I dette intervensjonsprogrammet valgte forskerne en «hands poised»

tilnærming hvor støtte av hodet for å bremse farten ble besluttet å være beste tiltaket i forebygging av fødselsrifter.

En av årsakene til at manuell perineumstøtte blir ansett å være et så viktig tiltak i forebygging av fødselsrifter er en studie gjort sent på 90-tallet av Pirhonen et al. (1998). Denne studien sammenlignet tall fra Sverige og Finland på forekomsten av sfinkterruptur. I Sverige var det da 13 ganger høyere risiko for å få sfinkterskade i fødsel sammenlignet med Finland. Forskerne fant ut at det var forskjell i hvordan støtte av perineum og støtte av fosterhodet ble gjort i de to ulike landene og at forskjellen kunne være et resultat av ulike teknikker. I Finland var det i flere tiår blitt brukt støtteteknikken kalt «Finskegrepet» for å støtte perineum. Støtteteknikken innebærer at tommel og pekefinger støttet perineum, mens en flektert mellomfinger ble brukt for å få grep på barnets hake. I Sverige var tradisjonen at fosterhodet ble født naturlig og at det av og til ble gjort et press nedover på fosterhodet, mens den andre hånden støttet perineum (Pirhonen et al., 1998).

I 2004 ble det gjennomført et tilsyn av Helsetilsynet i Norge på 26 fødeinstitusjoner. Konklusjonen i rapporten var at det skjedde for mange sfinkterskader i Norge og at behandlingen ikke alltid var i samsvar med forsvarlig praksis (Helsedirektoratet, 2016). Som et resultat av dette ble det gjennomført et intervensjonsprogram som bygget på prinsippene i Finland her til lands for å forebygge forekomsten av sfinkterskade i forbindelse med fødsel (Hals et al., 2010). I etterkant av intervensjonsprogrammet ble sfinkterskader redusert fra 4-5% til 1-2% på de fem sykehusene som var involvert i studien, og tiltakene ble deretter implementert ved alle norske fødeinstitusjoner. Dette medførte en stor endring i forekomst av alvorlige fødselsrifter på landsbasis og siden 2009 har det vært en jevn nedgang på større rifter og stabile tall rundt 1-2% (Helsedirektoratet, 2016).

Flere av intervensjonsstudiene blant våre resultater bygger på samme prinsippene som den norske studien som ble gjort og de viser også til signifikant nedgang i fødselsrifter etter implementering av disse tiltakene (De Meutter et al., 2018; Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Pirhonen et al., 2018; Sveinsdottir et al., 2019). Noen av de andre intervensjonsstudiene inkludert i resultatene våre er utformet litt annerledes enn det norske intervensjonsprogrammet. Felles er at flere av disse har støtting av perineum og støtte av hodet som et av tiltakene som ble iverksatt med signifikante resultater på redusert forekomst av sfinkterskader i forbindelse med fødsel (Morganelli et al., 2023; Naidu et al., 2017). Ett av disse intervensjonsprogrammene

hadde i tillegg introdusert et ekstra tiltak under forløsningen som gikk på at man skulle forløse barnets skulder oppover mot øvre del av vagina når hodet var født for å unngå unødvendig trykk nedover mot perineum (Morganelli et al., 2023). Disse resultatene konkluderer med at støtte av perineum er en effektiv metode for å forebygge fødselsrifter. Det er likevel verdt å diskutere hvorfor dette ikke gjøres alle steder, og hvorfor studier med gode resultater etter bruk av støtteteknikker skriver at det kan være på tide å øke bruken av «hands poised» etter kvinnens ønske (Naidu et al., 2017).

I henhold til MiMo modellen og et kvinnesentrert perspektiv bør kvinner få muligheten til å ta egne valg rundt hvilken behandling de skal få i fødsel så lenge det er faglig forsvarlig (Berg et al., 2012). Samtidig har vi i Norge som nevnt tidligere tydelige retningslinjer og anbefalinger som sier at vi skal støtte perineum og hodet i fødsel (Laine et al., 2020). Det har imidlertid vokst frem en gruppe i det norske samfunnet som argumenterer med at kvinner har født i alle år og at fødsel er en naturlig prosess som skal få skje av seg selv. En kvalitativ studie har utforsket kvinner som velger friføding, altså å føde hjemme uten jordmor eller annet helsepersonell til stede. Her kommer det frem at bakgrunnen for dette valget er at kvinnene føler mangel på autonomi på sykehuset blant annet fordi sykehusets retningslinjer i fødsel er rigide (Henriksen et al., 2020). En fødsel utenfor sykehus uten kvalifisert personell tilgjengelig kan i verste tilfelle ha fatale utfall. En av strategiene for å få ned mor-barn dødeligheten på verdensbasis er derfor å ha kvalifisert personale tilgjengelig under fødsel (Campbell & Graham, 2006). Det kan stilles spørsmål rundt hvor langt jordmødre på sykehus skal strekke seg for å etterkomme kvinnens ønsker, før dette blir faglig uforsvarlig. Grunnen til at dette spørsmålet stilles er for å bidra til at kvinner ønsker å føde i kontrollerte og trygge omgivelser med kyndig personell tilgjengelig. Dersom jordmødre skal strekke seg etter kvinnens ønsker er det viktig at kvinnen er informert om mulig risiko rundt dette i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 (1999). I en pågående fødsel kan det være vanskelig å nå gjennom til kvinnen og få sikret et informert samtykke til eventuelt å ha en avventende holdning til støtting. Kvinnen har en lovpålagt rett på informasjon rundt sin og barnets helse som innebærer eksempelvis risikoen ved bruk av ulike støtteteknikker. Et informert samtykke innebærer at informasjonen blir forstått. Jordmor bør derfor tilstrebe å snakke med kvinnen om dette i forkant. Dette i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven §4-1:

«Helsehjelp kan kun gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at

Samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis» (1999).

I MiMo modellen blir det poengtert at jordmor sine grunnleggende kunnskaper skal gi henne ressurser og ferdigheter til å anvende kunnskapen ulikt i ulike situasjoner (Berg et al., 2012). Det å endre grad av støtte ut fra risikofaktorer kan være en måte å tenke på for å tilpasse seg etter kvinnens ønsker, dette gjenspeiles i en av våre inkluderte studier (Ampt et al., 2015). På en annen side viser en studie av Stedenfeldt et al., (2014) at i de situasjonene man har størst mulighet til å redusere forekomsten av rifter er hos de med lavest risiko for å få rifter. Dette gjør det vanskelig å vurdere hva som kan være beste praksis. Slik retningslinjene for fødselsomsorgen i Norge er nå, tas det ikke individuelle vurderinger på hver enkelt kvinne sine risikofaktorer, men man støtter perineum og fosterhodet hos alle fødende (Laine et al., 2020).

En kvalitativ studie av Begley et al. (2019) undersøkte jordmødres erfaringer med forebygging av fødselsrifter og deres erfaringer med å bevare perineum intakt. Hensikten med studien var å undersøke jordmødrenes syn på ferdighetene de brukte for å bevare perineum intakt under fødsel. Erfarne jordmødre med lav rate på forekomst av rifter ble intervjuet om årsaken til deres gode resultater og lav riftfrekvens. Her kom det frem at de så en endring i hvordan nye jordmødre og jordmorstudenter ønsket å benytte en mer avventende holdning til støtte. De beskriver hvordan de også har prøvd å tilpasse seg den nye holdningen, men at dette resulterte i rifter de ikke hadde fått tidligere ved bruk av tradisjonell støtte. Studien har noen begrensninger ved at det er en liten kvalitativ studie fra New Zealand og Irland, altså kun to land. Likevel viste det seg at jordmødrene har utviklet de samme teknikkene for å bevare perineum, til tross for at de arbeider i hver sin ende av verden.

Det kan stilles spørsmål til om de gode resultatene i intervensjonsprogrammer er et resultat av at hele personalgruppen forholder seg til de samme rutinene og får god opplæring på dette, kan medføre en økt kvalitet på håndgrepet som gis av den enkelte jordmor (De Meutter et al., 2018; Jangö et al., 2019; Leenskjold et al., 2015; Pirhonen et al., 2018; Sveinsdottir et al., 2019). På en annen side kan det å ikke gi differensiert støtte ut fra kvinnen sine risikofaktorer føre til at man i noen tilfeller vil forebygge fødselsrifter hos lavrisikokvinner som om mulig ville fått en

rift. Samtidig vil dette i noen tilfeller innebære å gi perineumstøtte til kvinner hvor dette kanskje ikke var nødvendig, som vil medføre at det blir gjort en unødvendig intervensjon i fødsel.

7.3 Perineal massasje

Blant resultatene våre finner vi at perineal massasje under fødsel kan være en teknikk som gir reduksjon i forekomst av rifter og medfører en lavere frekvens på bruken av episiotomi (Aquino et al., 2020; Rodrigues et al., 2023; Aasheim et al., 2017). Perineal massasje er likevel en intervensjon som jordmødrene intervjuet i Smith et al. (2017) sin studie ikke brukte i sitt arbeid, fordi de mente at kvinnene tydelig fant intervensjonen ubehagelig. Aasheim et al. (2017) har i sin systematiske oversikt funnet forskning som tilsier at massasje under fødselens andre stadium har effekt i å bevare et intakt perineum, samt at det reduserer forekomsten av alle grader av fødselsrifter og behov for å gjøre episiotomi. Forskerne i denne studien kommenterer imidlertid at resultatene bør bli sett på med varsomhet da det er lav grad av evidens i de inkluderte studiene. Marcos-Rodriguez et al. (2023) sin systematiske oversikt klarer ikke å finne sammenheng mellom utførelse av perineal massasje og forekomsten på alvorlighetsgraden til fødselsrifterne, men funnene deres viser at massasje under fødselens andre stadium kan bidra til et redusert behov for å gjøre en episiotomi. På en annen side viser to studier til en signifikant reduksjon i 3- og 4 grads rifter ved bruk av perineal massasje (Aquino et al., 2020; Rodrigues et al., 2023). Studien gjort av Rodrigues et al. (2023) er en randomisert kontrollert studie hvor intervensjonsgruppen har fått både perineal massasje og bruk av varme kompresser i utdrivningsfasen, og kontrollgruppen har fått rutine «hands on» behandling. Det som kan problematisere resultatene i denne studien er at det er vanskelig å skille om det var massasje eller varme kompresser som ga utfallet på de gode resultatene som ble funnet. Felles for alle studiene fra våre resultater som handlet om bruk av perineal massasje er at de ikke har funnet noen skader forårsaket av bruken av dette under fødsel (Aquino et al., 2020; Marcos-Rodríguez et al., 2023; Rodrigues et al., 2023; Aasheim et al., 2017).

Som ved alle intervensjoner gjort i fødsel skal kvinnen og barnets beste være i fokus (Helsepersonelloven, 1999). I henhold til MiMo modellen kan vi opp mot perineal massasje se spesielt på jordmor sine grunnleggende kunnskaper (Berg et al., 2012). Ettersom perineal massasje ikke har vist seg å kunne medføre noen risiko for fysiske skader er det en teknikk jordmødre burde kjenne til, fordi det for noen kvinner kan være det som skal til for å forebygge fødselsrifter. Samtidig i kvinnesentrert omsorg må jordmor være var for kvinnen sine signaler.

Der perineal massasje for noen kan være til stor hjelp, kan det for andre oppleves smertefullt slik Smith et al. (2017) beskrev at jordmødrene i deres studie opplevde at kvinnene gav uttrykk for. Det er dette Berg et al. (2012) beskriver som en «balancing act». Jordmor må bruke sin erfaringsbaserte kunnskap samtidig som hun anvender kunnskapen ulikt i ulike situasjoner og deretter tilpasser handlingene sine til situasjonen. Kvinner som skal føde har med seg ulike livserfaringer som kan påvirke hvordan de håndterer smertene og påkjeningen av å være i fødsel. Et eksempel er kvinner som har erfaring med vold. Disse erfaringene kan føre til vegring mot vaginal fødsel og de kan risikere retraumatisering og disassosiering i forbindelse med fødsel (Helsedirektoratet, 2023). Hvis jordmor klarer å etablere en gjensidig relasjon med kvinnen, hvor tillit og trygghet er i fokus, skaper hun et godt fødselsfremmende miljø (Berg et al., 2012). Jordmor kan da informere om riftforebyggende tiltak som perineal massasje, dersom hun anser dette som et hensiktsmessig tiltak å prøve. Hun kan da forklare eller demonstrere dette med en større visshet om at kvinnen tør å si nei eller stopp, fordi kvinnen også kjenner seg trygg i situasjonen. Ifølge Blix et al., (2023) rapporterer kvinnene om obstetrisk vold. Kvinnene beskriver eksempelvis vaginalundersøkelse uten samtykke som et overgrep. Studien adresserer dette problemet og skriver om dette som et sammensatt problem fordi fødselshjelp innebærer tett fysisk kontakt mellom helsepersonell og den fødende. Fordi det er et skjevt maktforhold mellom partene er kvinnen prisgitt jordmor og andre som er der for å hjelpe henne. Selv om jordmor gir det hun anser som god behandling, ikke ønsker å krenke eller mishandle, kan det skje uten at det var intensjonen. Den gjensidige relasjonen som Berg et al., (2012) beskriver blir da enda viktigere ved at god informasjon kan gi kvinnen kontroll og eierskap over fødsel i en ellers sårbar situasjon. Perineal massasje er en intim intervensjon i fødsel, og selv om det kan være et tiltak i å forebygge fødselsrifter ved å tøye vevet, er det viktig at kvinnen ikke opplever at tiltaket som invaderende og krenkende og får muligheten til å bruke sin medbestemmelsesrett i henhold til pasient og brukerrettighetsloven §3-1 (1999).

7.4 Varme kompresser

Bruk av varme kompresser på perineum er også et gjentakende tiltak blant våre resultater med formål å forebygge fødselsrifter (Aasheim et al., 2017). Bruk av en varm, fuktet klut eller kompresser kan lindre den brennende smerten mange kvinner opplever på siste stadium av fødsel og forhindre trykkektrangen rett før hodet kroner, samtidig som det i våre resultater fremtrer som tiltak i fødsel med god riftforebyggende effekt (Maghalian et al., 2023; Magoga et al., 2019; Rodrigues et al., 2023; Aasheim et al., 2017). Flere av jordmødrene i Begley et al.

(2019) sin studie snakker også positivt om metoden og mener bruken av varme kompresser mykgjør vevet slik at det blir mer tøyelig. Resultatene i denne studien viser at bruken av varme kompresser har en signifikant effekt på å ivareta intakt perineum, redusere forekomsten av alle grader av rift, samt redusere frekvensen på bruk av episiotomi (Maghalian et al., 2023).

Ved undersøkelse av litteratur for å se på om det finnes noen negative effekter ved bruk av varme kompresser fant vi hos Brunstad (2017b, s. 470) at det var forskning som tydet på at varme kompresser kan øke vaskulariseringen og føre til ødem i vevet. Dette er faktorer som kan øke risiko for å pådra seg rifter. De inkluderte studiene i våre resultater problematiserer at temperaturen på kompressene og varighet i påføringen på perineum ikke var konsekvent (Maghalian et al., 2023; Magoga et al., 2019; Aasheim et al., 2017). Forskerne bak den kvalitative studien som intervjuet jordmødre om teknikker i fødsel satte også spørsmåltegn ved at jordmødrene refererte til kompressene som svært varme og ikke bare varme (Begley et al., 2019). Selv om resultatene våre viser at temperatur og lengde på påføring av kompressene ikke var av betydning med hensyn til den riftforebyggende effekten som de undersøkte anerkjenner Magoga et al. (2019) at det burde gjøres mer forskning på hva som er den optimale temperaturen på vannet og hvor lenge kompressene burde ligge på perineum. En kan se for seg at dette har innvirkning på den vaskulariserende effekten og ødemer slik Brunstad (2017b, s. 470) beskriver.

En annen effekt som ikke er vurdert like nøye blant våre resultater er mangfoldet i fødepopulasjonen. Blant annet var den inkluderte studien fra Maghalian et al. (2023) begrenset til friske gravide med ett foster i hodeleie uten risikofaktorer for å pådra seg alvorlige fødselsrifter. Dette kan gi manglende overførbarhet og generalisering til gravide med risikofaktorer i fødsel og en kan derfor ikke sikre at varme kompresser alltid vil være beste riftforebyggende tiltak.

7.5 Fødestilling

Resultatene i denne studien viser at det er flere ulike holdninger til fødestillinger og hva som er best i fødsel for å forebygge fødselsrifter. Rasmussen et al. (2021) sin studie viste at det ikke var noen signifikante forskjeller som ble målt ut fra hvilken fødestilling som ble brukt og hvilken påvirkning dette hadde på forekomsten av alvorlige rifter.

Tverrsnittstudien til East et al. (2015) og de kvalitative studiene utført av Begley et al. (2019) og Smith et al. (2017) viser at når jordmødre selv uttaler seg om hva de mener er de beste fødestillingene for å forebygge rifter er dette å føde på alle fire i en knestående posisjon eller å variere stillingene i utdrivningsfasen. Jordmødrene som deltok i Begley et al. (2019) sin studie presiserte at dette skyldtes viktigheten av å avlaste perineum når hodet kronet for å unngå press som kunne forårsake større rifter. Å unngå for mye press ned mot perineum for å unngå rifter er en logisk forklaring på hvorfor enkelte fødestillinger er å foretrekke. Dette er en tilsvarende tankegang som Morganelli et al. (2023) beskriver i sin studie om forløsningsteknikken «shoulder up bundle» som er en teknikk hvor fødselshjelper forløser barnets skuldre i en vinkel vekk fra perineum for å unngå ekstra belastning i dette området av vagina. Under gjennomføringen av et intervensjonsprogram i England for å redusere forekomsten av større fødselsrifter, mente forskerne at stillinger hvor kvinnen ligger i sengen med ryggen flatt eller delvis oppreist med beinholdere var den fødestillingen man burde unngå da dette disponerte for alvorlige fødselsrifter med unntak av under instrumentelle forløsninger (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016).

I henhold til MiMo modellen skal kvinnen involveres i fødselsprosessen og få mulighet til å ta avgjørelser som angår hennes egen helse, samtidig som jordmor er nødt til å bruke sin kunnskap for å sikre mor og barns helse under fødsel (Berg et al., 2012). Jordmødre bør tilstrebe å imøtekomme kvinnens ønsker for fødselen. Dette innebærer at kvinnen skal få mulighet til å ta et informert valg rundt blant annet hvilken stilling hun ønsker å føde i. Jordmødre har en lovpålagt plikt til å gi tilstrekkelig informasjon om hvilke konsekvenser som ligger innunder kvinnens valg, dersom dette går på kompromiss av hva jordmor anser som beste praksis ovenfor mor og barns helse (Helsepersonelloven, 1999).

I fødselens siste stadium er det flere elementer jordmor må ta hensyn til i tillegg til å forebygge rifter. På slutten av en fødsel er barnet mer utsatt for stress og man kan noen ganger være nødt til å endre stilling som følge av avvik i fosterlyden (Brunstad, 2017b, s. 463). Jordmødre må forholde seg til retningslinjer for hvor langvarig trykktiden skal være, og for å skape god fremgang i fødsel kan også stillingsendringer være med på å redusere varigheten av utdrivningsfasen (Brunstad, 2017b, s. 467). Kvinnen sine muligheter til bevegelse og valgfrihet med hensyn til fødestilling kan i tillegg avhenge av utstyr hun er koblet til. Epiduralanalgesi og fosterovervåkingsutstyr kan påvirke hvilke fødestillinger som er tilgjengelig for kvinnen på dette stadiumet av fødsel (Brunstad, 2017b, s. 466). En viktig del av jordmor sin oppgave for å

sikre kvinnens autonomi på dette stadiet av fødsel er å forberede kvinnen på at det kan komme situasjoner i utdrivningsfasen hvor hun er nødt til å endre stilling. Ved at jordmor forklarer kvinnen dette på forhånd kan det skape en forståelse for bakgrunnen til at jordmor ber henne utføre en stillingsendring. Forståelsen av situasjonen kan hjelpe kvinnen å gjenvinne en følelse av kontroll der hvor omstendighetene kan forløpe på en slik måte at hun kan oppleve å miste denne. Dette er i tråd med MiMo modellen og å skape et trygt fødselsfremmende miljø for kvinnen (Berg et al., 2012). Ved å ha en trygg relasjon mellom jordmor og fødekvinne kan dette i tillegg øke utskillelsen av hormonet oxytocin hos kvinnen. Oxytocin er fødselsfremmende og kan bidra til økt fremgang i fødselen ved å skape gode rier i trykktiden (Brunstad, 2017b, s. 463).

7.6 Episiotomi

En viktig vurdering i forebygging av alvorlige rifter er bruk av episiotomi (World Health Organization, 2018). Hensikten er å utvide fødselsutgangen med et snitt i perineum (Brunstad, 2017a, s. 526). Å vurdere bruk av episiotomi ut fra en klinisk indikasjon er gjentakende i flere av våre resultater som et tiltak for å forebygge rifter (De Meutter et al., 2018). Dette gjenspeiler også hva jordmødrene i Smith et al. (2017) sin studie uttrykker når de skal beskrive sin holdning til episiotomi. Det anbefales ikke rutinemessig bruk av episiotomi, men at dette kun gjøres på indikasjon. Verdens helseorganisasjon anbefaler at frekvensen av episiotomi bør ligge rundt 10% ved vaginale fødsler (World Health Organization, 2018). Dette er en praksis som varierer rundt om i verden (Brunstad, 2017a, s. 527). I Norge er anbefalingen at episiotomi kun skal brukes på indikasjon (Laine et al., 2020). Ifølge den norske legeförening (2020) kan indikasjoner for bruk av episiotomi for eksempel være når dette kan medføre redusert risiko for tredje- og fjerdegrads rifter, eller dersom det er nødvendig med rask forløsning av barnet på grunn av truende fosterasfyksi. Ved bruk av episiotomi er det viktig at det brukes riktig teknikk, som i Norge innebærer bruk av mediolateral eller lateral episiotomi (Laine et al., 2020).

Episiotomi ble innført som tiltak på 1800-tallet, og fra 1878 ble inngrepet anbefalt som rutine ved alle fødsler for å forebygge perineale rifter. Etter dette ble det gradvis innført fra 1920 og en mente at det var spesielt viktig som riftförebyggende tiltak hos førstegangsfødende (Brunstad, 2017a, s. 526-527). I Norge ble ikke episiotomi hos fødende registrert hos medisinsk fødselsregister før i 1999 som gjør det vanskelig å finne tall på omfanget av dette i Norge før dette (Folkehelseinstituttet, 2023). En ser likevel at episiotomiraten er redusert fra 20,7% i 1999

til 16,4% i 2022 som kan være en indikasjon på at bruken av episiotomi har blitt mer restriktiv de siste årene (Folkehelseinstituttet, 2022c). Det er stor variasjon i forekomsten av episiotomi rundt om i verden (Sæterdal, 2014). I våre resultater fra studien til East et al. (2015) beskrives det at jordmødre med erfaring mener at episiotomi burde være en rutine. Kanskje kan dette ha sammenheng med gammel arbeidspraksis og hvilke vaner de har lagt seg til gjennom flere år med arbeidserfaring.

Den viktigste årsaken til den nye restriktive holdningen til episiotomi er hensynet til kvinnens helse i etterkant av fødselen. Selv om episiotomi gir en beskyttende effekt mot grad 3 og 4 rifter vil klippet gi tilsvarende muskelskader som ved en grad 2 rift. Studien viser i tillegg at et klipp har mer langsom sårtilheling enn ved en spontan fødselsrift, og fører til redusert muskelkraft over en lengre periode etter fødsel sammenlignet med en spontan grad 2 rift (Fleming et al., 2003). Carroli et al. (1999) gjorde en studie som viste at episiotomi på indikasjon resulterte i mindre alvorlighetsgrad i fødselsrifter, lavere frekvens av suturering og mindre komplikasjoner ved sårheling.

7.7 Undervisning og fokus på et tema i avdelingen

Blant våre resultater har vi funnet flere studier hvor hensikten var å evaluere om intervensjonsprogrammer har riftreduserende effekt (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; De Meutter et al., 2018; Jangö et al., 2019; Luxford et al., 2020; Naidu et al., 2017; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021; Sveinsdottir et al., 2019). Til tross for ulike komponenter og intervensjoner viste alle intervensjonsprogrammene riftforebyggende effekt. Dette kan være et resultat av Hawthorne-effekten, som innebærer at forskningsdeltakere endrer atferd som følge av at man blir observert, målt og vurdert (Pripp, 2020).

En annen vinkling kan være at alle deltakerne i intervensjonsprogrammene gjennomgikk en opplæringsperiode som involverte teoretisk og praktisk ferdighetstrening. Dette gjorde at de ansatte hadde en felles forståelse av intervensjonene og hvordan tiltakene skulle gjennomføres (Basu & Smith, 2018; Basu et al., 2016; De Meutter et al., 2018; Jangö et al., 2019; Luxford et al., 2020; Naidu et al., 2017; Pirhonen et al., 2018; Rasmussen et al., 2021; Sveinsdottir et al., 2019). Det at ansattgruppen kjenner seg trygg på tiltakene kan i tillegg til riftforebyggende effekt også ha positive utfall på miljøet på fødestuen. MiMo modellen vektlegger trygghet som grunnleggende for å skape en trygg atmosfære. De beskriver trygghet som en gjensidig følelse

som mener at dersom jordmor føler seg trygg i sitt arbeid vil også kvinnen føle seg trygg i fødsel (Berg et al., 2012). Rasmussen et al. (2021) mener også undervisningen var bidragsytende til at alle ansatte gjorde tiltak likt og forhindre at noen tok egne og muligens feilaktige vurderinger av situasjoner som potensielt kunne forårsaket rifter hos den fødende.

Samtidig viser resultatene fra Jangö et al. (2019) at det ikke var intervensjonsprogrammet i seg selv som forårsaket endringen i ansattgruppen, men at fokuset på riftforebygging i avdelingen var riftreduserende i seg selv. Dette var resultater som ble funnet ved å sammenligne to fødeavdelinger hvor den ene kun hadde fokus på riftforebygging og den andre innførte et intervensjonsprogram. Her så de at den riftreduserende effekten var lik ved begge enhetene. Dette støttes også av Basu et al. (2016) , Morganelli et al. (2023) og Sveinsdottir et al. (2019) som mener at ved å poengtere viktigheten av riftforebygging blir dette et fokusområde blant jordmødre som i seg selv skaper en forebyggende effekt.

Et resultat som kan understøtte teorien om at det oppstår en «Hawthorne-effekt» (Pripp, 2020) ved gjennomføring av en intervensjonsstudie er imidlertid av De Meutter et al. (2018). I denne studien poengteres det at effekten av intervensjonsprogrammet ble redusert etter en stund og at det da var viktig med verifisering og repetitiv trening for å opprettholde de gode resultatene.

8 Konklusjon

Ut fra våre resultater kan vi se at jordmødre rundt om i verden har flere ulike teknikker de bruker i fødsel for å forebygge fødselsrifter. Resultatene viser at både «hands on» støtte av perineum, perineal massasje, varme kompresser og fødestilling er tiltak som har effekt ved å øke forekomsten av intakt perineum, i tillegg til at det også beskytter mot alvorlige rifter. Vi vil likevel fremheve nytten av god kommunikasjon i fødsel som har vært et gjentakende tema i flere av våre resultater. I tillegg til at god kommunikasjon under selve forløsningen rundt hvordan kvinnen skal «puste og pese» ut barnet og ikke trykke når hodet kroner kan være riftforebyggende, mener vi viktigheten av det strekker seg forbi dette. God kommunikasjon mellom jordmor og kvinnen, samt partner helt essensielt for at kvinnen skal føle seg sett og ivaretatt samt at kvinnen føler hun er et trygt rom. Dette tillater jordmor og kvinnen sammen å finne ut hvilke riftforebyggende tiltak som er hensiktsmessig å benytte seg av både fra jordmor sitt riftforebyggende perspektiv, men også fra kvinnen sitt perspektiv for å ivareta hennes

autonomi og medbestemmelse. God kommunikasjon kan i tillegg til å forebygge rifter også bidra til at kvinner får en god fødselsopplevelse. Vi vil også trekke frem funksjonen til en ekstra jordmor på fødestuen under forløsningen av barnet. Å ha en tilstedeværende jordmor som kan bidra som et ekstra sett med hender og et ekstra hode kan være nyttig for både jordmor og kvinnen. Hvis det skulle oppstå en alvorlig rift er valideringen og muligheten for refleksjon rundt situasjonen med en annen jordmor beskrevet som svært tiltrengt av jordmødre som opplever at de ikke mestrer faget sitt når slike situasjoner oppstår. Jordmødres arbeid for å forebygge rifter er et felt hvor det hadde vært interessant med mer forskning. På grunn av etiske utfordringer med å gjøre randomiserte kontrollerte studier på støtteteknikker er trolig kohortstudier det beste alternativet på dette feltet. Ettersom det har vært stor endring i fødepopulasjonen de siste årene hadde det også vært nyttig å gjøre flere retrospektive kohortstudier. Dette ville vært interessant for å se om tallene vi har nå viser en endring med tanke på at det er mer risiko i fødepopulasjonen enn det har vært tidligere. Vi har også diskutert at det hadde vært interessant om det ble gjort observasjonsstudier for å forske på hvordan jordmødre jobber for å forebygge rifter. Dette ville gitt mulighet til å se på sammenhengen mellom teknikker og håndgrep og hvordan dette påvirker utfall på fødselsrifter.

9 Referanser

- Ampt, A. J., de Vroome, M. & Ford, J. B. (2015). *Perineal management techniques among midwives at five hospitals in New South Wales – A cross-sectional survey* [251-256].
- André, K., Stuart, A. & Källén, K. (2022). Obstetric anal sphincter injuries—Maternal, fetal and sociodemographic risk factors: A retrospective register-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 101(11), 1262-1268. <https://doi.org/10.1111/aogs.14425>
- Aquino, C. I., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F. & Berghella, V. (2020). Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(6), 1051-1063. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512574>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Backe, B. (2017). Svangerskapets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Cappelen Damm Akademisk.
- Basu, M. & Smith, D. (2018). Long-term outcomes of the Stop Traumatic OASI Morbidity Project (STOMP). *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 142(3), 295-299. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ijgo.12565>
- Basu, M., Smith, D. & Edwards, R. (2016). Can the incidence of obstetric anal sphincter injury be reduced? The STOMP experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 202, 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.04.033>
- Begley, C., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C. & Smith, V. (2019). A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact. *Women Birth*, 32(1), 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.015>
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Bergsjø, P. & Flo, K. (2015). Anatomi. I J. M. Maltau, K. Molne & B.-I. Nesheim (Red.), *Obstetikk og gynekologi*. Gyldendal akademisk.
- Blix, E. (2017). Å fremme normal fødsel IA. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka*.
- Blix, E., Mortensen, B., Eri, T. S. & Henriksen, L. (2023). Vi må tørre å diskutere obstetrisk vold. *Dagens Medisin*.
- Brunstad, A. (2017a). Rifter, episiotomi og suturering. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Brunstad, A. (2017b). Utdrivningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D. & Ismail, K. M. (2015). *Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis* [1157-1165].
- Campbell, O. M. R. & Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*, 368(9543), 1284-1299. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69381-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69381-1)
- Carroli, G., Belizan, J. & Stamp, G. (1999). Episiotomy for vaginal birth. *BIRTH*, 26(4), 263-263.
- Darmody, E., Bradshaw, C. & Atkinson, S. D. (2020). Women's experience of obstetric anal sphincter injury following childbirth: An integrated review. *Midwifery*, 91, 102820. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102820>

- De Meutter, L., D van Heesewijk, A., van der Woerd-Eltink, I. & de Leeuw, J. W. (2018). *Implementation of a perineal support programme for reduction of the incidence of obstetric anal sphincter injuries and the effect of non-compliance* [119-123].
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, rev. 2013). *Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst)*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2023). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 5. april fra
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Den norske jordmorforening. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. Den norske jordmorforening, <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- East, C. E., Lau, R. & Biro, M. A. (2015). Midwives' and doctors' perceptions of their preparation for and practice in managing the perineum in the second stage of labour: A cross-sectional survey. *Midwifery*, 31(1), 122-131.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.002>
- Edqvist, M., Dahlen, H. G., Häggsgård, C., Tern, H., Ängeby, K., Teleman, P., Ajne, G. & Rubertsson, C. (2022). The effect of two midwives during the second stage of labour to reduce severe perineal trauma (Oneplus): a multicentre, randomised controlled trial in Sweden. *The Lancet*, 399(10331), 1242-1253. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00188-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00188-X)
- Edqvist, M., Lindgren, H. & Lundgren, I. (2014). *Midwives' lived experience of a birth where the woman suffers an obstetric anal sphincter injury - a phenomenological study* [258]. London.
- Eggebø, T. M. & Gjessing, L. K. (2000). *Blødning etter vaginal fødsel*. Tidsskriftet.
<https://tidsskriftet.no/2000/10/klinikk-og-forskning/blodning-etter-vaginal-fodsel>
- Fleming, N., Newton, E. R. & Roberts, J. (2003). Changes in postpartum perineal muscle function in women with and without episiotomies. *J Midwifery Womens Health*, 48, 53-59.
- Fodstad, K., Staff, A. C. & Laine, K. (2016). Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J*, 27(10), 1513-1523. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3015-7>
- Folkehelseinstituttet. (2022a). *Fødselsstart og induksjon*. Folkehelseinstituttet. Hentet 12.april fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2022b). *Fødselsvekt*. Folkehelseinstituttet. Hentet 1. februar fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2022c). *Inngrep og tiltak under fødselen*. Folkehelseinstituttet. Hentet 4. april fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2022d). *Mors alder*. Folkehelseinstituttet. Hentet 12.april fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2022e). *Mors kroppsmasseindeks før svangerskapet*. Folkehelseinstituttet. Hentet 12.april fra <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Fødselsrifter er betydelig redusert*. Folkehelseinstituttet. Hentet 12.april fra <https://www.fhi.no/nyheter/2023/fodselsrifter-er-betydelig-reduisert/>
- Hals, E., Øian, P., Pirhonen, T., Gissler, M., Hjelle, S., Nilsen, E. B., Severinsen, A. M., Solsletten, C., Hartgill, T. & Pirhonen, J. (2010). A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol*, 901-908.
- Helsebiblioteket. (2016, 14.mai 2019). *Randomisert kontrollert studie*. Folkehelseinstituttet. Hentet 12. april 2024 fra

- <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.3-randomisert-kontrollert-studie>
- Helsebiblioteket. (2020, 29. september 2020). *Svangerskapsdiabetes*. Folkehelseinstituttet. Hentet 12. april fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/pasientinformasjon/svangerskapsdiabetes>
- Helsebiblioteket. (2021a, 30. september 2021). *PICO*. Folkehelseinstituttet. Hentet 12. april 2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Helsebiblioteket. (2021b). *Sjekklistet*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistet>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Kvalitetsindikatorbeskrivelse*. Helsenorge. Hentet 12. april fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/forekomst-av-fodselsrifter/Forekomst%20av%20fodselsrifter%20%20v%201.0.pdf/_attachment/inline/21ab727d-cbbe-462b-98d2-5cdc568b4738:85b0f601c547db039b3192a7ae6fab27a27fcd59/Forekomst%20av%20fodselsrifter%20%20v%201.0.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Svangerskapsomsorgen: nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*. Helsedirektoratet. Hentet 12. april fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20fodepopulasjonen.pdf/_attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20fodepopulasjonen.pdf
- Helsedirektoratet. (2023). *Vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide*. Helsedirektoratet. Hentet 12. mars fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjonnslemlestelse-hos-gravide#gravide-bor-fa-sporsmal-om-erfaringer-med-vold-og-henvises-videre-ved-behov-begrunnelse>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (2024). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I. & Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth - A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*, 25, 100511-100511.
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C. & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712-102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>
- Jangö, H., Westergaard, H. B., Kjærbye-Thygesen, A., Langhoff-Roos, J. & Lauenborg, J. (2019). *Changing incidence of obstetric anal sphincter injuries—A result of formal prevention programs?* [1455-1463].
- Johansen, L. T., Braut, G. S. & Øian, P. (2022). *Fødselsomsorgen kan bli bedre*. Tidsskriftet. Hentet 12. april fra <https://tidsskriftet.no/2022/04/kronikk/fodselsomsorgen-kan-bli-bedre>

- Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R. & Ismail, K. M. (2020). *Manual perineal protection: The know-how and the know-why* [445-450].
- Laine, K., Skjeldestad, F. E., Sanda, B., Horne, H., Spydslaug, A. & Staff, A. C. (2011). Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 90(4), 319-324. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01057.x>
- Laine, K., Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen, I. P. & Fodstad, K. (2020, 17. februar). *Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel*. Hentet 23. februar fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsels/>
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter? *British journal of midwifery*, 17(1), 12-16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>
- Lee, N., Firmin, M., Gao, Y. & Kildea, S. (2018). Perineal injury associated with hands on/hands poised and directed/undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of non-operative vaginal births, 2011–2016. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.002>
- Leenskjold, S., Høj, L. & Pirhonen, J. (2015). *Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures*.
- Lerdal, A. (2009, 14. desember). *Å lese forskningsartikler*. Sykepleien forskning. Hentet 12. februar fra <https://sykepleien.no/en/node/52923>
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*, 66-69.
- Lindberg, I., Mella, E. & Johansson, J. (2013). Midwives' experiences of sphincter tears. *British journal of midwifery*, 21(1), 7-14. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.1.7>
- Luxford, E., Bates, L. & King, J. (2020). 'Please Squeeze': A novel approach to perineal guarding at the time of delivery reduced rates of obstetric anal sphincter injury in an Australian tertiary hospital. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 60(6), 914-918. <https://doi.org/10.1111/ajo.13181>
- Maghalian, M., Alikamali, M., Nabighadim, M. & Mirghafourvand, M. (2023). *The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis*.
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen G, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T. & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- Marcos-Rodríguez, A., Leirós-Rodríguez, R. & Hernandez-Lucas, P. (2023). *Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis* [802-810].
- Miltenburg, A. S., Bains, S., Strøm-Roum, E. M., Vartdal, W. V., Sørbye, I. K., Alnæs-Katjavivi, Sundby, J. & Nyfløt, L. T. (2023, 12. oktober 2023). *Svangerskap, fødsel og barseltid - mer enn bare overlevelse*. Tidsskriftet. Hentet 12. april fra <https://tidsskriftet.no/2023/10/debatt/svangerskap-fodsels-og-barseltid-mer-enn-bare-overlevelse>
- Moher, D., Liberati, A. & Altman, D. G. (2009). *PRISMA 2009 Flow Diagram*. Hentet 21. februar fra <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- Morganelli, G., Fieni, S., Dall'Asta, A., di Pasquo, E., Capozzi, V. A., Valenti, A., Pezzani, A., Kiener, A. J. O. & Ghi, T. (2023). Effect of the “shoulder-up” bundle on the incidence

- of spontaneous perineal injury after vaginal delivery: comparison of 2 historic cohorts after propensity score matching. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* *MF*, 5(8), Artikkel 101038. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101038>
- Morken, N.-H., Haavaldsen, C., Heimstad, R., Murzakanova, G. & Stokke, A. M. (2020, 17. februar 2020). *Overtidig svangerskap*. Norsk gynekologisk forening. Hentet 21. februar fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselskjelp/overtidig-svangerskap/>
- Naidu, M., Sultan, A. H. & Thakar, R. (2017). Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience. *Int Urogynecol J*, 28(3), 381-389. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3176-4>
- Norske kvinners sanitetsforening. (2024). *Flerkulturell doula*. Norske kvinners sanitetsforening. <https://sanitetskvinnene.no/vare-tilbud/innvandrerkvinner/flerkulturell-doula>
- Ólafsdóttir, O. Á., Berg, M. & Lundgren, I. (2022). A Midwifery Model of woman-centred care (MiMo) developed in a Nordic context. I E. Nøhr Aagaard (Red.), *Theories and perspectives for midwifery - a nordic view*.
- Olsson, A., Lind, C., Fernando, M. & Rotstein, E. (2020). *Bäckenbotten och förlossningsskador : handbok för barnmorskor* (1. utg. utg.). Gothia Fortbildning AB.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. & Khalil, H. (2021). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB* *Evid Implement*, 19(1), 3-10. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000277>
- Peterson, J., Pearce, P., Ferguson, L. A. & Langford, C. (2017, 16. februar). *Understanding scoping reviews. Definition, purpose and process*. American association of nurse practitioners. Hentet 5. mars fra https://journals.lww.com/jaamp/fulltext/2017/01000/understanding_scoping_reviews_definition..5.aspx
- Pirhonen, J., Grenman, S., Haadem, K., Gudmundsson, S., Lindqvist, P., Siihola, S., Erkkola, R. & Marsal, K. (1998). Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland - result of difference in manual help to the baby's head. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 77(10), 974-977. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.1998.771005.x>
- Pirhonen, J., Samuelsson, E., Pirhonen, T., Odeback, A. & Gissler, M. (2018). Interventional program to reduce both the incidence of anal sphincter tears and rate of Caesarean sections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 223, 56-59. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.010>
- Pollock, D., Davies, E. L., Peters, M. D. J., Tricco, A. C., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Khalil, H. & Munn, Z. (2021). Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. *J Adv Nurs*, 77(4), 2102-2113. <https://doi.org/10.1111/jan.14743>
- Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., de Moraes, É. B., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C. & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews *JB* *Evidence Synthesis*, 21(3), 520-532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>
- Pripp, A. H. (2020). *Studiedeltakere kan endre atferd hvis de vet at de blir observert. Vi kaller dette Hawthorne effekten*. . Tidsskriftet. Hentet 15. april fra <https://tidsskriftet.no/2020/10/medisin-og-tall/hawthorne-effekten>

- Rasmussen, O. B., Yding, A., Andersen, C. S., Boris, J. & Lauszus, F. F. (2021). *Which elements were significant in reducing obstetric anal sphincter injury? A prospective follow-up study* [781].
- Regjeringen. (2024a). *Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- Regjeringen. (2024b). *Meld. St. 9 (2023–2024) Særtrykk En god start på livet En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-god-start-pa-livet/id3027702/>
- Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J. N., de Sousa, N. Q. & Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses – Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery*, 124, 103763-103763. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>
- Smith, V., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C. & Begley, C. (2017). Irish and New Zealand Midwives’ expertise at preserving the perineum intact (the MEPPi study): Perspectives on preparations for birth. *Midwifery*, 55, 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.011>
- Staff, A. (2022). *Svangerskap hos kvinner født i utlandet*. Tidsskriftet. Hentet 12. april fra <https://tidsskriftet.no/2022/11/leder/svangerskap-hos-kvinner-fodt-i-utlandet>
- Stedenfeldt, M., Øian, P., Gissler, M., Blix, E. & Pirhonen, J. (2014). Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG*, 121(1), 83-91. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12274>
- Sultan, A. H., Thakar, R. & Fenner, D. E. (2007). *Perineal and anal sphincter trauma : diagnosis and clinical management*. Springer.
- Sveinsdottir, E., Gottfredsdottir, H., Vernhardsdottir, A., Tryggvadottir, G. & Geirsson, R. (2019). Effects of an intervention program for reducing severe perineal trauma during the second stage of labor. *BIRTH*, 46(2), 371-378. <https://doi.org/10.1111/birt.12409>
- Sæterdal, I. (2014). *Restriktiv holdning til klipping gir færre komplikasjoner for fødende*. <https://www.fhi.no/publ/eldre/restriktiv-holdning-til-klipping-gir-farre-komplikasjoner-for-fodende/>
- Tolkeforskriften. (2021). *Forskrift til tolkeloven (tolkeforskriften)* Hentet 19. april fra Universitetet i Stavanger. (2024, 25. mars 2024). *Rayyan - verktøy for å gjennomgå referanser*. Universitetet i Stavanger. Hentet 28. september fra <https://www.uis.no/nb/bibliotek/rayyan>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M. & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane database of systematic reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>

Vedlegg 1

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV KVALITATIVE STUDIER

*omskrevet fra helsebiblioteket sin sjekkliste for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2021b).

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Nei	Uklart
1	Er formålet med studien klart formulert?			
Kommentar:				
2	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?			
Kommentar:				
3	Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?			
Kommentar:				
4	Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?			
Kommentar:				
5	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?			
Kommentar:				
6	Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?			
Kommentar:				
7	Er etiske forhold vurdert?			
Kommentar:				
8	Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?			
Kommentar:				
9	Er funnene klart presentert?			
Kommentar:				

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN OVERSIKTSARTIKKEL

*omskrevet fra helsebiblioteket sin sjekkliste for oversiktsartikkel (Helsebiblioteket, 2021b).

Sjekkliste for oversiktsartikler*		Ja	Nei	Uklart
1	Er formålet med oversikten klart formulert?			
Kommentar:				
2	Søkte forfatterne etter relevante typer studier?			
Kommentar:				
3	Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?			
Kommentar:				
4	Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?			
Kommentar:				
5	Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen til en statistisk metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?			
Kommentar:				
6	Kan resultatene overføres til praksis?			
Kommentar:				
7	Ble alle viktige utfallsmål vurdert?			
Kommentar:				
8	Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?			
Kommentar				

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

*Omskrevet fra helsebiblioteket sin sjekkliste for randomiserte kontrollerte studier (Helsebiblioteket, 2021b).

Sjekkliste for randomiserte kontrollerte studier*		Ja	Nei	Uklart
1	Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?			
Kommentar:				
2	Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredstillende måte?			
Kommentar:				
3	Ble alle inkluderte deltakere gjort rede for ved slutten av studien?			
Kommentar:				
4	<i>Blinding:</i>			
a.	Ble deltakerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?			
b.	Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?			
c.	Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?			
Kommentar:				
5	Var gruppene like ved starten av studien?			
Kommentar:				
6	Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltakene som ble evaluert?			
Kommentar:				
7	Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?			
Kommentar:				
8	Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?			
Kommentar:				
9	Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?			
Kommentar:				
10	Kan resultatene overføres til din praksis?			
Kommentar:				
11	Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?			
Kommentar:				

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN TVERRSNITTSTUDIE

*Omskrevet og oversatt fra JBI: Checklist for Analytical Cross Sectional Studies- hentet fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021b).

Sjekkliste for tverrsnittstudie*		Ja	Nei	Uklart
1	Var kriteriene for inkludering i utvalget tydelig definert?			
Kommentar:				
2	Ble studieobjektene og miljøet beskrevet i detalj?			
Kommentar:				
3	Ble eksponeringen målt på en gyldig og presis måte?			
Kommentar:				
4	Ble objektive, standardiserte kriterier brukt for å måle tilstanden?			
Kommentar:				
5	Ble forvekslingsfaktorer identifisert?			
Kommentar:				
6	Ble strategier for å håndtere forvekslingsfaktorer oppgitt?			
Kommentar:				
7	Ble utfallene målt på en gyldig og presis måte?			
Kommentar:				
8	Ble passende statistisk analyse brukt?			
Kommentar:				

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KOHORTSTUDIE

*Omskrevet fra helsebiblioteket sin sjekklister for kohortstudier
(Helsebiblioteket, 2021b).

Sjekklister for kohortstudie*		Ja	Nei	Uklart
1	Er formålet med studien klart formulert?			
Kommentar:				
2	Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredstillende måte?			
Kommentar:				
3	Ble eksponeringen presist målt?			
Kommentar:				
4	Ble utfallet presist målt?			
Kommentar:				
5	<i>Forvekslingsfaktorer</i>			
a.	Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?			
b.	Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?			
Kommentar:				
6	<i>Oppfølging</i>			
a.	Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?			
b.	Ble personene fulgt opp lenge nok?			
Kommentar:				
7	Tror du på resultatene?			
Kommentar:				
8	Kan resultatene overføres til praksis?			
Kommentar:				
9	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?			
Kommentar:				

Vedlegg 2

CINAHL- søk gjennomført 18/10-23	
	Søkeord
	“Perineum injur*” OR “Perineal laceration” OR “Perineal tear*” OR “Vaginal laceration” OR “Anal injur*” OR “Anal sphincter*” OR “Anal tear*” OR “Anal laceration”
AND	“Prevention” OR “Control” OR “Guideline*” OR “Policy document” OR Best practise” OR “Evidence based” OR “Research based”
AND	“Midwifery” OR “Nurse-Midwifery Service”

MEDLINE/OVID med “midwifery”- søk gjennomført 17/10-23	
	Søkeord
	«Perineal injur*» OR «Perineal laceration» OR “Perineal tear*” OR “Vaginal laceration” OR “Vaginal tear*” OR “Anal sphincter*” OR “Anus sphincter*” OR “Anal tear*” OR “Anal injur*”
AND	Prevention” OR “Control” OR “Best practise” OR “Policy document*” OR “Evidence based”
AND	“Midwifery”

MEDLINE/OVID uten "midwifery"- søk gjennomført 17/10-23	
	Søkeord
	«Perineal injur*» OR «Perineal laceration» OR "Perineal tear*" OR "Vaginal laceration" OR "Vaginal tear*" OR "Anal sphincter*" OR "Anus sphincter*" OR "Anal tear*" OR "Anal injur*"
AND	"Prevention" OR "Control" OR "Best practise" OR "Policy document*" OR "Evidence based"

SCOPUS- søk gjennomført 24/10-23	
	Søkeord
	"Perineal laceration" OR "Perineal tear*" OR "Vaginal laceration" OR "Vaginal tear*" OR "Anal sphincter*"
AND	"Prevention" OR "Control" OR "Guidline*" OR "Policy document*" OR "Best practise" OR "Evidence based"
AND	"Vaginal birth" OR "Vaginal deliver*"