




Jordmora

NR. 2-2012 • ÅRGANG 12

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



Stadig flere tar keisersnitt:

Er proaktiv fødsels- hjelp løsningen?

Sykepleien



Fostervannslekkasje?

Nøyaktig diagnose med **actim™ PROM test** minsker risiko for komplikasjoner, og kan spare pasienter og helsevesen for unødvendige og kostbare observasjonsdøgn i sykehus.

Den originale hurtigtesten for påvisning av ruptur av fostermembraner.

- Immunologisk dipstick-test basert på monoklonale antistoff
- Påviser IGFBP-1 fra fostervann i vaginale prøver
- Rask prøvetaking – med eller uten speculum
- Optimal sensitivitet – minimal interferens
- Meget godt klinisk dokumentert
- Meget sensitiv test som påviser selv mikrorupturer
- Gir raske og pålitelige svar med høy spesifisitet

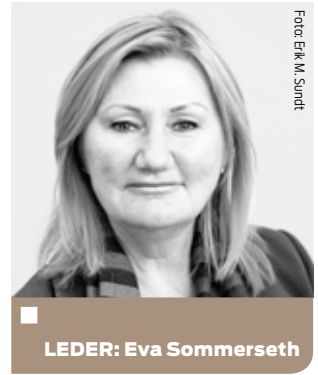


actim™ PROM single test
Art.nr. 30830ETAC

actim™ PROM test kit 3
Art.nr. 30833ETAC

actim™ PROM test kit 10
Art.nr. 30831ETAC

Kontakt oss for mer informasjon. Tlf. 24 05 66 10. E-post: kundeservice@medinor.com. www.medinor.no



Fortsatt jordmorsatsing i NSF

Jordmorforbundet NSF avholdt ekstraordinær generalforsamling 30. mai i år. Generalforsamlingens hovedsak var Norsk Sykepleierforbunds jordmorsatsing slik den er vedtatt av Forbundsstyret. Forbundsleder Eli Gunhild By presenterte hvordan NSF ønsker å satse videre på Jordmorforbundet som faggruppe i NSF og hvordan en slik satsing har som mål å revitalisere faggruppen og å knytte til seg flere medlemmer. Jordmorsatsingen innebærer flere tiltak som skal styrke det pågående arbeidet knyttet til lønn, fagpolitikk og verving av nye medlemmer. Et enstemmig vedtak fra generalforsamlingen støttet Forbundsstyrets vedtak om fortsatt satsing på jordmødre i NSF.

NSF er en organisasjon for sykepleiere og jordmødre og dette er utgangspunktet for organisasjonens samfunnspolitiske, fagpolitiske og interessepolitiske arbeid. For NSF er det viktig å ha en aktiv og engasjert faggruppe for jordmødre. Tiltakene som skal styrke jordmorsatsingen i NSF spenner over mange områder – fra økt synlighet i jordmorfaglige saker til å fortsette den lønnsmessige offensiven som så langt har gitt tydelige resultater.

Fra neste år kommer Jordmora ut med tre nummer. Websidene skal oppdateres og videreutvikles og slik utfylle og synliggjøre innholdet i bladet. Som en av mange faggrupper i NSF, har Jordmorforbundet et stort mangfold å spille på lag med, og et utvidet samarbeid med andre faggrupper når det gjelder fagstoff og tema er både mulig og ønskelig. I kvinnehelseperspektivet, som har plass i mange offentlige arbeider, har jordmødre en sentral plass. Sammen med helsesøstre og bedriftssykepleiere har jordmødre en betydelig rolle innen forebyggende og helsefremmende arbeid, og alle områder er av stor betydning.

NSF ønsker å nå alle jordmorstudenter med informasjon om utdanning og NSFs rolle og ståsted. NSF har en sterk identitet som kompetanseorganisasjon for sykepleiere og jordmødre og det er organisasjonens holdning at jordmorutdanning må bygge på bachelorgrad i

sykepleie. I disse dager starter det første masterstudiet i jordmorfag og en lang prosess hvor NSF har vært en aktiv medspiller, er nå fullført. Å sikre nasjonale krav til kunnskapsinnhold er avgjørende for kvaliteten både i utdanningen og i møtet med den enkelte kvinne og hennes familie.

I høst har NSFs forbundsledelse og Jordmorforbundet møtt studenter for å orientere om hva NSF kan tilby fag- og interessepolitisk. De fleste jordmorstudentene er godt orientert om NSF som fag- og medlemsorganisasjon, men da med et annet ståsted. Som en av landets største fagorganisasjoner med nær 100 000 medlemmer, er det like viktig å ivareta jordmødre og deres faglige identitet som å møte faglige utfordringer for sykepleiere innen ulike fagfelt. NSFs styrke er, i tillegg til å være en viktig samfunnsaktør, også det mangfoldet og den faglige tilhørigheten som vi ser blant medlemmene.

Satsingen på jordmødre i NSF går nå inn i en viktig og mer aktiv fase med engasjement og innsats fra NSFs fagavdelinger og Jordmorforbundets styre. Det er derfor naturlig for meg å gi stafettspinnen over til nestleder Marit Severinsen. Det henger også sammen med at jeg har begynt i ny stilling i Helsedirektoratet for å utrede og å legge rammer for klinisk praksis ved sene svangerskapsavbrudd. Dette var tema for mitt doktorgradsarbeid og er svært viktig for meg. Stillingen er uforenlig med aktivt fagpolitisk arbeid.

Jeg vil takke for samarbeidet med dere alle i den tiden jeg har fått være leder i Jordmorforbundet NSF, og jeg ønsker lykke til videre med det viktige arbeidet både faglig og organisatorisk.

Eva Sommerseth
ANSVARLIG REDAKTØR

JORDMORA blir gitt ut av Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund, i samarbeid med Sykepleien.

ANSVARLIG REDAKTØR

Eva Sommerseth
es@hive.no
Tlf. 90 89 55 26

REDAKTØR

Laila S. Berg
laila.s.berg@gmail.com
Tlf. 98 45 61 49

ANNONSER OG ABONNEMENT

Marit Severinsen
maritseverinsen@hotmail.com
Tlf. 99 56 42 77

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/
ikbViewer/faggrupper/jordmorforbundet

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO:

Colourbox

INNSENDING AV ARTIKLER

Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkeldokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor fotoet er tatt, også navn på fotograf.

Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. Epost-adresse bør også medfølge.



■ **28** HELLAS: Trange tider på fødestuene.

«Når utdanningen løftes på master får jordmorfaget et kollektivt løft.»



■ **10** ULTRALYD: Ola Didrik Saugstad er kritisk til tidlig ultralyd.



Innhold

NR. 2-2012 • ÅRGANG 10



nivå

Line Merethe Grønbech, side 8



12 NATURLIG FØDSEL: Færre keisersnitt med proaktiv fødselshjelp?

3 Leder

8 PORTRETTET: Line Merethe Grønbech

10 Ønsker mer forskning om tidlig ultralyd

12 Kan proaktiv fødselshjelp redusere antall keisersnitt?

24 Ga gaver til foreldre og barn

27 Oksygen er skadelig for nyfødte

28 Jordmor på Kreta

33 Først jobb - så mer utdanning

34 Nytt hjelpemiddel kan erstatte tang

35 Den første fødselen byr på utfordringer

FASTE SPALTER

6 Smånytt

22 TILBAKEBLIKK: Kvinneklinikk i 1974

26 Aktuelle bøker

Mammografi redder liv

Mammografiprogrammet reduserer risikoen for å dø av brystkreft. Det er konklusjonen i en studie som viser at dødeligheten av brystkreft falt med 11 prosent i fylkene der Mammografi-programmet i Norge startet i 1996. Undersøkelsen er utført av forskere i Norge og Danmark som en del av den offentlige evalueringen av Mammografiprogrammet.

Kilde: Krefregisteret



Mange underernærte i Gaza

Blokaden av Gaza har fått svært negative konsekvenser for barnas helse, viser en Redd Barna-rapport:

- 428 500 barn i Gaza lider av matmangel.
- 10 prosent av barna under fem år er så underernærte at utviklingen deres er blitt hemmet.
- Flertallet av barna og en tredel av alle gravide kvinner er anemiske på grunn av jernmangel.

Kilde: Redd barna.no

SMÅNYTT

Keisersnitt kan gi overvektige barn

Barn forløst ved keisersnitt har doblet sannsynlighet for å være tydelig overvektige som 3-åringer, viser en amerikansk studie. Forskerne tror en forklaring er at den nyfødte får med seg en annen bakterieflora til tarmene ved denne fødselsmetoden. Og at denne bakteriefloraen påvirker barnets vektutvikling i tidlige år. Studien er basert på data fra 1255 mødre og barna deres. Arbeidet er ledet av forskere tilknyttet Harvard Medical School.

I 2009 fødte 17 prosent av norske kvinner ved keisersnitt. Økningen har vært stor de senere tiårene. I 1975 var andelen keisersnitt på fire prosent. Til sammenligning fødes over 30 prosent av barna i USA på denne måten i dag.

Kilde: Forskning.no



Nedgang i tenåringsaborter

Den nedadgående trenden i tenåringsabortene fortsetter. Fra 2010 til 2011 har andelen gått ned fra 14 til 12,7 per 1000, som er det laveste siden registreringen startet i 1979.

Oppland hadde lavest aborthyppighet blant tenåringene i 2011 med 9,3 per 1000. Aust-Agder, Buskerud og Oppland har hatt størst nedgang i denne gruppen sammenliknet med tall fra 2010, med henholdsvis 5,2 i Aust-Agder, 5,7 i Buskerud og 4,5 i Oppland. Finnmark hadde høyest andel tenåringsaborter med 26,2 per 1000, deretter fulgte Troms med 16,8 og Nordland med 16,5.

I 2011 ble det totalt utført 15 343 svangerskapsavbrudd i Norge. Dette er en svak nedgang på 392 sammenliknet med 2010. Det viser tall fra Register over svangerskapsavbrudd ved Folkehelseinstituttet.

Kilde: Fhi.no

«Selvros skal man lytte til. Den kommer fra hjertet.» *Arthur Schopenhauer*

Høye klamydiatall

Antall tilfeller diagnostisert for klamydia er stabilt høyt i Norge. I 2011 ble det diagnostisert 22 530 tilfeller av infeksjonen. Folkehelseinstituttet oppfordrer flere - og særlig unge menn - til å teste seg. Sju av ti som fikk diagnostisert klamydia var under 25 år, og 61 prosent av de diagnostiserte var kvinner. Klamydia er i dag den mest vanlige seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge. Klamydia kan enkelt behandles med antibiotika.

Testing og behandling er gratis. Kondom gir god beskyttelse mot smitte.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



Færre fødsler i fjor

Det ble født 60 200 barn i Norge i 2011 som er noe færre enn i 2010. Tallet på fødsler tilsvarer at hver kvinne i gjennomsnitt føder 1,88 barn i løpet av livet. På midten av 1980-tallet varierte tallet mellom 1,66 og 1,75. Det økte til 1,95 i 2010 før det i 2011 gikk noe ned. For årene 2001-2005 var snittet på 1,80. Norske kvinners fruktbarhet er blant de aller høyeste i Europa.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Skadet av smokk

Minst 45 000 barn ble skadet på grunn av bruk av tåteflaske, narresmokk eller tutekopp i USA i perioden 1991 til 2010. Det viser en studie som er publisert i tidsskriftet Pediatrics. Forskerne kom fram til dette antallet, ved å hente skadetall fra akutt-motak ved omtrent 100 sykehus, og ut fra de tallene estimere antall skader i hele USA.

Kilde: Norsk helseinformatikk/nhi.no



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Én av sju har HPV

Foreløpige resulater fra en undersøkelse blant 17-årige jenter viser at HPV-infeksjon er svært vanlig. For første gang er det blitt samlet inn urinprøver for å se på HPV blant unge jenter i Norge. Foreløpige resultater viser at 1 av 7, omtrent 15 prosent, er positive for én eller flere HPV-typer i urin. Blant de hyppigste typene er HPV16, 42, 18, 90 og 51. HPV-infeksjon kan føre til forstadier til livmorhalskreft eller livmorhalskreft.

Kilde: Dagensmedisin.no

Råd fra unge

Hvordan kan vi få et helsetilbud som er bedre tilpasset unge? I mai i år ble visjonen for unges helse frem mot 2020 lansert av Unge funksjonshemmede. Visjonen er samlet i et dokument som illustrerer de utfordringene unge møter i helsevesenet. Dokumentet inneholder mange råd. Her er noen:

- Det bør årlig publiseres statusrapporter om unges helse.
- Skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom må styrkes.
- Det bør opprettes egne ungdomsavdelinger på tvers av diagnoser.
- Unge bør ved fylte 15 år få tilsendt skriftlig informasjon om helserettigheter.
- Spesialisthelsetjenesten bør etablere polikliniske tilbud på ettermiddag- og kveldstid, slik at ytterligere skolefravær unngås for utsatte grupper.
- Brukerutvalg ved sykehus må også inkludere ungdom.
- Pasientjournal og individuell plan bør gjøres tilgjengelig via nett.

Dokumentet kan lastes ned på oslo-universitetssykehus.no

Kilde: oslo-universitetssykehus.no

Angst påvirker ikke vekt

En studie fra Akershus universitetssykehus og Folkehelseinstituttet fant ingen sammenheng mellom angst- og depresjonssymptomer i svangerskapet og lav fødselsvekt. Studien omfatter 71 898 gravide kvinner.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Snus øker faren for dødfødsel

Det er ingenting som tyder på at snusing under svangerskapet er mindre farlig for fosteret enn røyk. På nettsiden til Universitetet i Tromsø forteller professor Maja-Lisa Løchen om skadevirkningene av snus.

– Snus er helseskadelig, men forskning gjort i Sverige viser at under graviditet er den mer helseskadelig enn vi trodde, sier hun.

Snusing hos gravide øker faren for dødfødsel. Det øker faren for prematur fødsel og svangerskapsforgiftning. For tidlig fødsel var dobbelt så vanlige blant snusere sammenlignet med gravide som ikke brukte tobakk. I tillegg viser forskningen at barn av snusere veier

mindre enn barn av kvinner som ikke bruker tobakk.

– Dette viser hvor viktig det er å få denne informasjonen kjent, for det er jo en oppfatning blant mange at snus ikke er like skadelig som røyking, sier Løchen.

I dag snuser mer enn en fjerdedel av unge norske menn og én av åtte unge kvinner.

Kilde: Universitetet i Tromsø/uit.no

Brenner for en ma

■ PORTRETET

– Når utdanningen løftes på masternivå får jordmorfaget et kollektivt løft, sier avdelingsjordmor og styremedlem i Jordmorforbundet Line Merethe Grønbech (31).

Tekst Laila S. Berg

En viktig sak for Jordmorforbundet har vært å jobbe for en masterutdanning. NSF sentralt har også vært en god bidragsyter til dette. Høgskolen i Vestfold er nå først ute i landet og starter opp med master i Jordmorfag fra høsten 2012. Andre jordmorutdanninger følger forhåpentligvis etter om ikke alt for lenge, sier Line Merethe Grønbech.

Hun har sittet i styret for Jordmorforbundet siden 2009. Kanskje tar hun gjenvalg.

– I helsevesenet i dag er det stadig viktigere med forskningsbasert kunnskap. Jordmoryrket er et klinisk, praktisk yrke, hvor den erfaringsbaserte kunnskapen har gått fra generasjon til generasjon, sier Grønbech.

Hun snakker ivrig på telefonen fra Tromsø.

– Jeg mener det er et viktig steg i riktig retning for jordmorfaget at et slikt praktisk, klinisk fag anerkjennes på like linje med den akademiske teorikunnskapen. For å kvalitetssikre faget, samt være med å prege fremtidig fødselsomsorg, er det avgjørende at vi får mer forskning på vårt fagfelt.

Line Merethe Grønbech ble uteksaminert ved Jordmorutdanningen i Tromsø våren 2006. Hun var i det

første kullet som ble utdannet etter ny modell med toårig utdanning.

Engasjert ordensmenneske

Grønbech arbeidet som jordmor i fem år. Hun startet på føde og barselavdelingen ved Kvinneklinikken, UNN i Tromsø høsten 2006, og jobbet der som jordmor frem til november 2011. Deretter fikk hun jobb som assisterende avdelingsjordmor på samme sted.

– Jeg er født og oppvokst på et lite gårdsbruk i Bindal i Helgeland, og bor i Tromsø med min samboer. Som yngst av fire søsken var jeg en attpåklatt som kom ni år etter broren min og to søstre. Jeg fikk nok ikke noen ordentlig søskenfølelse før jeg ble ungdom. Jeg var litt heldig der, for jeg slapp alle kranglene og fightene, sier hun og ler.

Line fattet interesse for sykepleieryrket, og fant etter hvert ut at hun gjerne ville arbeide med friske mennesker.

– Det er et mirakel hver gang et barn kommer til verden. Jeg ønsket å være en del av det, og derfor valgte jeg jordmoryrket. Foreldre ser på dette som det største i livet, og det er et privilegium å få være tilstede når et nytt

barn kommer til verden. Det er like spesielt uansett om fødselen er normal eller komplisert, mener hun.

Benedikte Karlsen er jordmor på UNN i Tromsø, hun har arbeidet sammen med Line i fem år.

– Line er ikke bare en god kollega, hun bidrar til et godt miljø uansett hvor hun er. Som venninne og kollega har hun et vinnende vesen. Sosial, både i jobben og ellers, og engasjert. Et ordensmenneske med oversikt på det meste, sier hun.

Finne balansen

– Den største utfordringen med å jobbe som jordmor er at man sitter med et stort faglig ansvar som det er viktig å forvalte på riktig måte i forhold til de ønsker som foreldrene har under fødselen. Som jordmor møter du far og mor i en personlig setting. Utfordringen er å finne balansen mellom det faglige ansvaret og det å imøtekomme deres behov og krav, sier Line Grønbech

Jordmoren har en baby i magen, med termin i august og skal føde på lokalsykehuset som er UNN i Tromsø.

– Jeg har kommet litt over halvveis, og gleder med til å bli mor for første gang, sier hun.

ster

Line Merethe Grønbech

Hvor: Jobber som assisterende avdelingsjordmor ved Kvinneklinikken, UNN – Tromsø. Hun sitter i styret for Jordmorforbundet.

Hvorfor: Engasjert i jordmorfaglig utdanning på masternivå.

Som jordmor har hun opplevd mange flotte fødsler.

– Hver fødsel er unik og utfordrende på sin egen måte. Det gir en ekstra god følelse å følge en fødekvinne gjennom et lengre forløp, å motivere og guide kvinnen gjennom fødselen. Når mor og far får sitt nyfødte barn inntil seg, sitter jeg igjen med en utrolig god følelse, sier Line.

Hun håper og tror at hennes eget svangerskapet forløper som normalt og at hun kan føde naturlig.

– Fordelen med å føde på egen arbeidsplass er jo at man får føde i kjente omgivelser og nesten garantert møter ei kjent jordmor. Jeg er så heldig å få jobbe med den faglige utviklingen av avdelingen, og skal ha permisjon ett år. Men jeg vil nok etter hvert ønske å praktisere jordmoryrket igjen. Så vet jeg jo ikke helt hvordan ting blir her hjemme, med ny sjef i huset, ler hun. ■

GOD NYHET: - Det er et viktig steg i riktig retning for jordmorfaget at vi har fått en masterutdannelse, sier Line Merethe Grønbech. Foto: Privat.



Ønsker mer forskning om tidlig ultralyd

– Det må gjøres studier for å undersøke om tidlig diagnostikk viser bedre prognose ved fødsel og at det kan redde liv, sier professor Ola Didrik Saugstad.

Tekst Laila S. Berg

Tidlig ultralyd og en rekke andre vanskelige etiske spørsmål i forbindelse med sykdommer hos fosteret og abort, må diskuteres ut fra en nødvergetanke i stedet for at det gjøres til en rettighet, mener Ola Didrik Saugstad.

– Da ville vi få en mer balansert og riktigere debatt enn det mange politikere legger opp til, sier Ola Didrik Saugstad.

– Hvis man kan bevise at tidlig ultralyd bedrer den medisinske prognosen, eller reduserer dødelighet og sykkelighet hos et foster, ville jeg synes det var vanskelig å si nei til det. Det har blitt hevdet at man kan få bedre prognose ved hjertemisdannelser, men det er ikke påvist i studier hittil. Det er en håndfull barn som det kan ha betydning for med ultralyd i uke 12 - 13. Det gjelder eneggede tvillinger med samme morkake, og her vil det kunne være gunstig med tidlig diagnostikk hos en håndfull fostre. Men også med dagens praksis har man en god prognose. Så det er ikke mange barn som kan reddes. I forhold til de friske fostre man mister ved fostervannsprøver som følge av ultralyden, og andre tilfeller av abort, vil totalregnskapet vise at man taper mer enn man vinner, sier Saugstad.

Vil ha dokumentasjon

– Det er for meg klart at bevisbyrden ligger hos dem som vil innføre tidlig



VIL HA FAKTA: Ola Didrik Saugstad etterlyser mer forskning om tidlig ultralyd. Han er overlege og forsker ved Pediatrisk institutt på Rikshospitalet. Foto: Laila S. Berg.

ultralyd. Slike studier, som kan dokumentere at det går bedre med barna, foreligger ikke, så vidt jeg vet. Men jeg vil understreke at den dagen denne informasjon eventuelt foreligger, må jeg bite i det sure eplet og åpne for det. Vel vitende om mange negative konsekvenser, sier han.

Saugstad synes at politikere som vil innføre tidlig ultralyd må gjøre et overslag over hvor mye det vil koste. Samt fortelle hvilke konsekvenser det får for vår samfunnsutvikling, og mulig syn på funksjonshemmede.

– Så får vi ta en debatt på de premissene. Dagen etter at flertallet i prioriteringsutvalget gikk inn for tidlig ultralyd regnet vi på hvor mange ekstra stillinger man ville trenge hvis dette ble innført i Norge. Bare på Rikshospitalet er det snakk om flere stillinger. Dette vil koste penger, sier han.

Barn med funksjonshemming

– Alle mine holdninger når det gjelder

medisin eller medisinske behandlinger tilsier at hvis det kan bedre liv og helse, da vil jeg støtte det. Jeg har snakket med mange foreldre, og de fleste sier at de er glad for at de ikke visste at de hadde et barn med Downs i fosterlivet. De er også glad for at de har fått barnet sitt. Jeg har til og med truffet foreldre som sier at de ikke ville hatt barnet sitt annerledes, fordi det er dette barnet de har fått. Men når jeg da spør dem om neste svangerskap, sier de: «Ja, jeg ville nok gjerne visst». De ville ikke klart ett barn til med en funksjonshemming. Dette gjør at jeg også tenker at det er mange foreldre som har tunge byrder. Jeg har stor forståelse, og ønsker å reflektere det. Det er en balansegang her. Man kommer rett og slett i en nødvergesituasjon. Hva som er nødverge kan ikke jeg sitte å bestemme, det er i stor grad opp til hver enkelt. Men det er en riktigere tilnærming å snakke om et nødverge til disse vanskelige problemstillingene, enn det som samfunnet eller politikere i dag vil kalle en rettighet, sier Saugstad.

– De som ønsker tidlig ultralyd må sette i gang forskningsprosjekter, og dette kan gjøres i Norge. Det ble foreslått et slikt prosjekt i Trondheim for ti år siden, men det ble dessverre ikke igangsatt, sier Saugstad. ■



IKKE BRA: Man taper mer enn man vinner på tidlig ultralyd, mener overlege Ole Didrik Saugstad. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Kan proaktiv fødselshjelp redusere keisersnittraten?

I denne artikkelen ser jeg på forskning rundt proaktiv fødsel, for få svar på om kunnskapen vi har om metoden er forskningsbasert.



Av Enid Leren, jordmor
Artikkelen er skrevet som avsluttende oppgave på jordmorstudiet.

Keisersnitt er forbundet med komplikasjoner, og kan bidra til en vanskeligere start for barnet (1). Keisersnittraten har steget i alle vestlige land de siste fire tiårene. Ifølge WHO kan man ikke forsvare en keisersnittrate på mer enn 10-15 % (2). Allikevel fortsetter keisersnittraten å stige, både i Norge og andre vestlige land, og i 2008 ble 17,1 % av alle fødte i Norge forløst med keisersnitt (3). Verdens helseorganisasjon beskriver økningen i keisersnitt som et folkehelseproblem av epidemisk størrelse (2).

Komplikasjoner forbundet med keisersnitt spenner fra de relativt ufarlige, som urinveiseinfeksjon og overfladiske sårinfeksjoner, til de mer alvorlige som trombose, blødning og infeksjoner (1). Etter å ha fulgt opp 2 751 kvinner som hadde gjennomgått et keisersnitt fant en norsk studie at så mange som 21,4 % fikk én eller flere komplikasjoner (4). I tillegg til de negative aspektene for mor og barn, er den økende keisersnittraten også et samfunnsøkonomisk

problem. I stortingsmelding 12, «En gledelig begivenhet», anslås det at en fødsel med keisersnitt, inklusive operasjonskostnad og cirka 6 dagers liggetid i 2008 koster omtrent 55 000 kroner. En vanlig sykehusfødsel uten operasjonskostnad og med en liggetid på rundt fire dager, koster omtrent 22 000 kroner (5).

Ifølge folkehelseinstituttet (6) kan noe av økningen i andel keisersnitt forklares. På begynnelsen av 70-tallet begynte man å bruke nye tekniske hjelpemidler som gjorde det mulig å påvise sykdom og skade tidligere og dermed være i stand til å gripe inn med keisersnitt før det var for sent. Noe av økningen kan også henge sammen med økningen av gjennomsnittsalderen hos mødrene, økningen av antall førstegangs fødende og økningen av antall flerfødsler (6). Keisersnitt på indikasjon «mors ønske» har også bidratt til noe av økningen. I tillegg er det en selvforsterkende faktor at når keisersnittraten øker, øker også andelen fødende med tidligere keisersnitt (6).

ABSTRACT

Aim: To evaluate whether existing literature support the fact that "Proactive support of labor" reduces cesarean section rates among nullipara.

Background: The cesarean section rate has been rising for four decades. It continues to rise, without any evidence of improvement in maternal or fetal outcome. The concept "Proactive support of labor" claims to contribute in reducing cesarean section rates in nullipara.

Methods: A study of literature was preformed. Existing research articles regarding essential elements in the concept "proactive support of labor" were evaluated.

Findings: There were no available studies concerning the

concept "proactive support of labor". There was, however, much research to be found on the separate elements that "proactive support of labor" consists of. Three of these elements are: The importance of the duration of the latent phase of labor, early correction of dysfunctional contractions with amniotomi an oxytocin-infusion and continuous one-to-one support. Studies regarding these three elements showed that each of the elements, independently, reduced cesarean section rates among nullipara.

Conclusion: Until a randomized controlled study who considers the concept in its entirety is available, it is difficult to scientifically acknowledge that "proactive support of labor" reduces the cesarean rate.

Key words: Latent phase, cesarean section, amniotomi, oxytocin, continuous support.



Den nederlandske obstetrikeren Paul Reuwer mener han har kommet opp med et konsept som kan bidra til å redusere keisersnittraten. Ifølge Reuwer (7) har rundt ti prosent av førstegangsfødende vanskelige fødsler. Ved å fange opp disse og gi de hjelp på et tidlig tidspunkt i fødselen, vil fødselen bli kortere og mange keisersnitt vil unngås (7). Han mener videre, at fordi tiden på fødselen reduseres, vil kvinnen få en bedre opplevelse og dermed ønske å føde vaginalt ved eventuelle senere fødsler.

Ved St. Elisabeth Hospital i Nederland har Dr. Reuwer og hans kollegaer implementert proaktiv støtte i fødsel siden 2002, og de kan vise til Nederlands beste statistikk når det kommer til spontane, vaginale fødsler hos førstegangsfødende (7). Ved Oslo Universitetssykehus HF Rikshospitalet, har fødeavdelingen blitt inspirert av Paul Reuwer sitt konsept. I februar 2010 startet de med å følge opp førstegangsfødende ut ifra retningslinjene til konseptet proaktiv støtte i fødsel. Etter oppstarten har de hatt en nedgang på tre prosent i antall førstegangsfødende som tar keisersnitt (8).

«Proaktiv support of labor» er et begrep og et konsept som først ble kjent da boken med samme navn ble publisert i 2009. Systematiske søk i store databaser som ProQuest, PubMed og Cochrane gir derfor ingen relevante funn som omhandler konseptet. Paul Reuwer, førsteforfatter av boken, kjenner heller ikke til noe forskning som går direkte på proaktiv støtte i fødsel og keisersnittfrekvens (9). Han påpeker vanskeligheten med å utføre en randomisert, kontrollert studie på bruken av proaktiv støtte og keisersnittfre-

NATURLIG: Stadig flere kvinner tar keisersnitt både i Norge og andre vestlige land. Kan proaktiv støtte i fødsel hjelpe flere kvinner til å føde naturlig? Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Økningen i keisersnitt beskrives som et folkehelseproblem av epidemisk størrelse.»

kvens, da proaktiv støtte i fødsel er et konsept som består av flere komponenter. I tillegg er det vanskelig å sammenligne forskjellige sykehus da det ikke finnes standardiserte kriterier for fødselsstart.

Til tross for mangelen på vitenskapelige studier

av proaktiv støtte i fødsel, uttrykker Reuwer (9) sikkerhet i at bruken av proaktiv støtte i fødsel reduserer keisersnittfrekvensen, noe tall fra St. Elisabeth Hospital og Rikshospitalet muligens kan bekrefte. I dagens fødselsomsorg forventes det imidlertid at jordmødre utfører kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis skal bestå av en kombinasjon av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning (10). Da det ikke finnes forskning som går direkte på bruken av proaktiv støtte i fødsel, er det på sin plass å spørre seg om kunnskapen i proaktiv støtte i fødsel er forskningsbasert. Proaktiv støtte i fødsel består av forskjellige komponenter. Denne artikkelen vil se på eksisterende forskning om disse forskjellige komponentene. Ved kritisk å vurdere denne forskningen opp imot konseptet proaktiv støtte i fødsel, ønskes det med denne artikkelen å svare på spørsmålet "er kunnskapen i proaktiv støtte i fødsel forskningsbasert?"

Bakgrunn

Proaktiv støtte i fødsel

Artikkelen vil starte med å gå nærmere inn på hva proaktiv støtte i fødsel innebærer ved å gi en oppsummering og presentasjon av boken "Proactive support of labor – The challenge of normal childbirth" (7). "Proactive support of labor" er et relativt nytt begrep i obstetrikken, og denne boken danner grunnlaget for begrepet. I denne artikkelen har jeg valgt å vekse mellom begrepene «proaktiv støtte» og «proaktiv støtte i fødsel» på norsk.

Boken er skrevet av Paul Reuwer, Hein Bruinse og Arie Franx (7) som alle er leger og forskere. Paul Reuwer jobber som formann og direktør for spesialistutdanningen i obstetikk og gynekologi ved St.

utfall. I tillegg bekymrer det forfatterne at mødre ofte sitter igjen med en dårlig fødselsopplevelse.

«Proactive support of labor – The challenge of normal childbirth» (7) er en manual designet for å redusere keisersnittraten og bedre kvinners fødselsopplevelse. Boken inneholder en plan for omsorgen av normale, friske kvinner i fødsel. Den er laget for å gjenopprette balansen mellom naturlig fødsel og medisinske intervensjoner. Hovedmålet med boken er å forbedre jordmødre og legers ferdigheter, for å fremme spontan vaginal fødsel, og for å forbedre kvinnens opplevelse av fødselen.

Boken er delt inn i tre deler. Den første delen gir en oversikt over problemområdet. Den er skrevet som en tankevekker, og går dypere inn på det forfatterne ser på som fundamentale problemer i moderne fødselshjelp, nemlig den økende keisersnittraten og kvinners opplevelse av fødselen.

Del to av boken ser på grunnleggende kunnskap angående fødselshjelp. Mye av kunnskapen i tradisjonell fødselshjelp har blitt viderefremmet fra lærer til elev, og fra tekstbok til tekstbok. Ifølge forfatterne har dette ført til at dagens fødselsomsorg neglisjerer flere av de fysiologiske forutsetningene som fremmer en tilfredsstillende og trygg fødselsopplevelse. I del to forklares, blant annet ved å henvise til hvordan pattedyr føder ute i naturen, den grunnleggende biofysikken som dominerer de naturlige prosessene i en fødsel.

Del tre er ifølge forfatterne (7) den viktigste delen av boken. Her presenteres en trinn-for-trinn beskrivelse av hvordan man kan benytte seg av «proaktiv støtte» begrepet i praksis. Hovedpoengene i proaktiv støtte inkluderer en klar diagnose av fødselsstart, tidlig identifisering og korrigerende av dysfunksjonelle rier, konsekvent oppfølging, personlig oppmerksomhet og forpliktelse og kontinuerlig en-til-en oppfølging. Dersom alle disse kriteriene er tilstede vil fødselshjelperen være i stand til å fremme en spontan og trygg fødsel. Keisersnittraten vil synke, og kvinnens opplevelse av fødselen vil forbedres.

«En-til-en støtte er et viktig element i proaktiv-konseptet.»

Elisabeth Hospital/ Brabant Medical School i Nederland. Hein Bruinse er professor i foster- og maternell medisin ved University Medical Center Utrecht i Nederland, mens Arie Franx er direktør for videreutdanningen i jordmorfag ved St. Elisabeth Hospital. Gjennom sitt arbeid har de sett at den naturlige fødselsprosessen oftere og oftere avbrytes av medisinske intervensjoner, uten at man alltid kan se fordelene av det. Ifølge forfatterne har det i løpet av de siste tiårene vært en ubønnhørlig vekst i keisersnittratene, en vekst som ikke kan valideres med forbedringer i perinatale

Hvordan implementere «proaktiv støtte» i praksis?

I konseptet «proaktiv støtte» anerkjennes det faktum at en kvinnes første vaginale fødsel er fundamentalt forskjellig fra påfølgende fødsler. En vellykket første fødsel øker sannsynligheten for at påfølgende fødsler skal foregå problemfritt. Likeledes er det tenkelig at en traumatisk første fødsel kan gjenta seg selv. Ved keisersnitt hos førstegangsfødende øker sannsynligheten for keisersnitt ved påfølgende svangerskap (7).



En klar diagnose av fødselsstart er det viktigste poenget i overvåkningen av en fødsel. Dersom diagnosen av fødselsstarten er feil, er det sannsynlig at påfølgende forholdsregler og intervensjoner også blir feil (7). Ifølge forfatterne kan en pålitelig diagnose kun settes ved hjelp av objektive mål. Regelmessige, smertefulle rier er en forutsetning for å kunne si at fødselen er i gang. I tillegg er det en betingelse at mormunnen er avflatet (men det er ingen krav om at mormunnen må ha tre-fire cm åpning). Tegningsblødning og vannavgang er også tegn som tyder på at fødselen er i gang (7).

Forfatterne mener altså at man skal definere førstegangs fødende i fødsel når de har regelmessige, smertefulle rier og avflatet mormunn, med eller uten tegningsblødning og vannavgang.

Mye av fokuset i «proaktiv støtte» ligger i å forhindre langvarig fremgang. For å forhindre langvarig fremgang, må det jobbes ut ifra en nøyaktig definisjon av varigheten av en fødsel. Ved å støtte seg til statistikk og det faktum at lange fødsler er emosjonelt og fysisk utmattende for kvinnen mener forfatterne at en fødsel bør ha en lineær progresjon med minimum en cm per time, og at en fødsel ikke skal vare i mer enn 12 timer (7).

Tidlig i fødselsforløpet skal man vaginalundersøke kvinnen hver time, ettersom langsom fremgang tidlig i forløpet er en klar indikator på at fødselsarbeidet er ineffektivt. Når åpningen har nådd tre cm kan man nøye seg med å undersøke hver annen time. Fordi pro-

gresjonen i fødsel skal være lineær, skal man etter tre timer være i stand til å forutse forventet tidspunkt for fødsel med en feilmargen på +/- en time. Dette tidspunktet skal fødselshjelperen dele med kvinnen som en motivasjon (7).

Dersom fremgangen er tilfredsstillende ut ifra gitt definisjon, skal fødselen foregå uten inngripen fra fødselshjelperen. Dersom det er langsom fremgang derimot, skal dette korrigeres. I første omgang ved hjelp av amniotomi, og dersom dette ikke er tilstrekkelig må man i tillegg starte en oxytocin-ufusjon (7).

Kontinuerlig en-til-en støtte er et viktig element i proaktiv-konseptet. Kontinuerlig støtte har vist seg å bidra til et signifikant kortere fødselsforløp hos førstegangs fødende. I tillegg reduserer det behovet for smertestillende og behovet for stimulering av fødselen, og det øker sjansen for spontan vaginal fødsel. Ifølge forfatterne er fordelene ved kontinuerlig støtte størst dersom det starter tidlig i fødselen, noe som bidrar til viktigheten av den tidlige diagnosen av fødselen (7).

Metode

Design

Denne artikkelen er en litteraturstudie. I en litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier (11). Formålet med denne litteraturstudien er å få en oversikt over tilgjengelig forskning som omhandler noen av komponentene proaktiv støtte i fødsel er bygget på.

Som tidligere forklart ligger mye av fokuset i pro-

FØLG OPP: Støtte fra jordmor bidrar til kortere fødselsforløp, viser proaktiv-konseptet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

aktiv støtte i å forhindre langvarig fremgang allerede fra tidlig i fødselsforløpet. I tillegg er kontinuerlig en-til-en støtte et viktig element i proaktiv-konseptet. Man kan derfor anse betydningen av latensfasens varighet, tidlig korrigerende av dysfunksjonelle rier med amniotomi og oxytocin og kontinuerlig tilstedeværelse som essensielle komponenter i proaktiv støtte. Ved å beskrive tilgjengelig forskning angående disse tre elementene separat, er håpet å få bedre innsikt i om, og hvordan, de tre komponentene kan bidra til å redusere keisersnittfrekvensen hos førstegangsfødende. Ved å analysere de valgte studiene vil artikkelen i tillegg forsøke å svare på om konseptet bygger på pålitelige forskningsresultater, og dermed kan anses som forskningsbasert kunnskap.

Søkeprosess

Som påpekt tidligere finnes det altså ingen tilgjengelig forskning som viser at selve konseptet proaktiv støtte i fødsel reduserer keisersnittraten. For å svare på om proaktiv støtte i fødsel er forskningsbasert, kan man isteden forsøke å finne svar på om de forskjellige elementene isolert sett reduserer keisersnittraten. Tre komponenter i proaktiv støtte som denne artikkelen har valgt å se nærmere på er:

- Komponent I: Betydningen av latensfasens varighet.
- Komponent II: Tidlig korrigerende av dysfunksjonelle rier ved hjelp av amniotomi og oxytocin.
- Komponent III: Kontinuerlig en-til-en støtte.

Søkeordene som ble brukt i søkeprosessen i forbindelse med komponent I var *latent phase, cesarean section, first stage, delivery, obstetric method og nullipara*. For å finne artikler til komponent II ble søkeord som *amniotomi, oxytocin, nullipara, latent phase, first stage og cesarean section* brukt. Til komponent III inkluderte man søkeordene *continuous support, one-to-one midwifery og labor support*. Ved hjelp av disse søkeordene har det blitt utført systematiske søk i databasene PubMed, Proquest, Cochrane. I tillegg har det blitt utført manuelle søk i google scholar og helsebiblioteket og relevant litteratur fra referanselistene til relevante artikler og boken "Proactive support of labor – The challenge of normal childbirth" har blitt gjennomgått.

Inklusjonskriterier

Kun artikler som har blitt vurdert til å ha høy, eller middels til høy kvalitet, er inkludert. Kvaliteten på artiklene er vurdert ut ifra sjekklister fra kunnskaps-senteret (12). Sjekklisene inkluderer spørsmål om formålet med studien, randomiseringsprosedyre, blinding av deltagere og helsepersonell, redegjøring for frafall og hvor presise resultatene er.

Proaktiv støtte i fødsel handler kun om førstegangsfødende, med et friskt foster i hodeleie, til termin. I tillegg skal fødselen starte spontant, og fødselen skal være forventet normal. Til tross for dette har noen artikler som omhandler flergangsfødende også blitt inkludert, men kun i tilfeller hvor overføringsverdien

NATURLIG: Målet med proaktiv fødselshjelp er at flere kvinner skal føde uten keisersnitt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



har blitt vurdert som stor nok. To av studiene, Maghoma & Buchmann, 2002 og Gharoro & Enabudoso, 2006, er fra afrikanske land, noe som gjør det vanskelig å vurdere om resultatene kan overføres til norske forhold. Disse er inkludert fordi de ser på fysiologiske forhold hos fødekvinne som sannsynligvis er like verden over. I tillegg er studiene utført på store sykehus med ressurser og muligheter til for eksempel oxytocin-infusjon og keisersnitt.

Når det gjelder artikler relatert til tidlig korrigering av dysfunksjonelle rier ved hjelp av amniotomi og Oxytocin, og kontinuerlig en-til-en støtte, er det kun inkludert én artikkel for hver av disse komponentene. Dette fordi det i begge disse tilfellene er utgitt relativt nye Cochrane reviews som dekker innholdet i komponentene. Angående komponent II, tidlig korrigering av dysfunksjonelle rier ved hjelp av amniotomi og oxytocin, ble det utgitt et Cochrane review i april 2009. Det er utført inngående søk, ved hjelp av søkeprosessen forklart ovenfor, uten å finne artikler som omhandler temaet, utgitt etter denne datoen. Når det gjelder komponent III, kontinuerlig en-til-en støtte, er det utgitt et Cochrane review oppdatert i januar 2011. Heller ikke her har det vært mulig å finne senere utgitte artikler.

Etiske aspekter

Studiene som er inkludert i denne artikkelen er alle vurdert og godkjent av en etisk komité i landet den er gitt ut. I tillegg er artiklene valgt ut fra tidligere nevnte inklusjonskriterier, uavhengig om de støtter proaktiv fødsel eller ikke. Resultater er presentert så objektivt som mulig.

Tallene fra Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet er anvendt med tillatelse fra Bente Rønnes, overjordmor ved fødeavdelingen på Rikshospitalet.

Resultat

Resultatene fra artiklene inkludert vil her presenteres under forskjellige underkapitler, avhengig av hvilket element innen proaktiv støtte i fødsel de hører inn under.

Latensfasens varighet

Tre artikler som ser på betydningen av latensfasens varighet har blitt vurdert. «Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase» er en retrospektiv studie fra 1993 utført av D. Chelmow, S. J. Kilpatrick og R. K. Laros. Studien undersøker sammenhengen mellom forlenget latensfase og risiko for keisersnitt og andre uønskede utfall (13). Studien er

til tross for sin alder blitt inkludert, dette fordi det er en stor og grundig studie som det fortsatt refereres til i tekster som omhandler temaet. I tillegg er to studier fra Afrika inkludert. Den ene studien, fra 2002, er en retrospektiv kohort studie som vurderte føtale, maternelle og obstetriske risikofaktorer assosiert med forlenget åpningsfase. Studien ble utført av J. Maghoma og E. J. Buchmann og heter «Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labor» (14). Den andre afrikanske studien heter «Labour management: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode» og er en retrospektiv studie fra 2006 utført av E. P. Gharoro & E. J. Enabudoso (15). Formålet med denne studien

«Studiene konkluderer med at forlenget latensfase er en uavhengig risikofaktor.»

var å finne hvilken rolle latensfasen spiller for utfallet av fødselen.

Alle tre studiene konkluderer med at forlenget latensfase er en signifikant uavhengig risikofaktor for vanskelig fødsel og keisersnitt (13-15).

En annen tydelig tendens er at førstegangsfødende har en forlenget latensfase oftere enn flegangsfødende. I studien fra 1993 påpekes dette faktum, uten at de viser til tall som støtter dette (13). Gharoro & Enabudoso sin studie konkluderer med at analyser av tallene viser at avvik i latensfasen var mest betydningsfullt hos førstegangsfødende, mens Maghoma & Buchmann viser til at 73 % av kvinnene med forlenget latensfase i deres studie var førstegangsfødende (14).

Chelmow med flere viser videre at forlenget åpningsfase er en uavhengig faktor som assosieres med lavere Apgar-score og behov for nyfødt resusitering (13). Økt risiko for andre maternelle og neonatale komplikasjoner pekes det også på i Maghoma & Buchmanns studie. De viser at gruppen med forlenget latensfase hadde økt risiko for tykt mekoniumfarget fostervann, Apgar-score på mindre enn syv etter fem minutter, og innleggelse på nyfødtavdeling etter fødselen (14).

Undersøkelsen gjort av Gharoro & Enabudoso har i tillegg sett på hvem som foretok den første vaginalundersøkelsen. Majoriteten av kvinnene fikk den første vaginalundersøkelsen foretatt av en uerfaren medarbeider, og forfatterne tror dette kan ha ført til at man ikke har fått gitt korrekt diagnose av fødselsstarten,

og dermed hatt feil tilnærming til fødselen (15). De to andre studiene påpeker også vanskeligheten med å fastsette et eksakt tidspunkt for overgangen fra latensfasen til aktiv fødsel, og identifiserer dette som begrensninger ved studiene (13, 14).

Disse tre studiene er alle retrospektive, noe som gjør det vanskelig å si om fødselshjelperens tilnærming har noe å si for utfallet. Dette påpekes av både Chelmwow med fler og Maghoma og Buchmann. Begge disse studiene avsluttes med en konklusjon hvor de sier at de ikke kan komme med anbefalinger for videre praksis, og at de anbefaler videre forskning for å bestemme den optimale behandlingen av forlenget latensfase (13, 14).

Tidlig korrigerende av dysfunksjonelle rier med amniotomi og oxytocin

«Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care» er et Cochrane review utgitt i 2009. Et Cochrane review er en oversiktsartikkel utgitt av The Cochrane Collaboration, som er et anerkjent organ for utgivelser av denne type artikler. En oversiktsartikkel har med utgangspunkt i et spørsmål lett etter, kritisk vurdert, og sammenfattet all god forskning på det aktuelle området (10).

Hensikten med den nevnte oversiktsartikkelen var å vurdere effekten av en strategi med tidlig amniotomi

var mer tydelig i forebyggingsstudiene, enn i terapistudiene (16).

Det ble observert en kortere lengde på fødslene i alle de inkluderte studiene. I forebyggingsstudiene var det en antatt reduksjon i fødselsvarigheten på 70 minutter (16). Selv om man kan tenke at et kortere fødselsforløp er en attraktiv effekt for kvinnene, finner denne oversiktsartikkelen for lite informasjon angående kvinnes syn på denne effekten.

Når det kommer til andre utfall av fødselen som instrumentell vaginal forløsning og bruk av epiduralanalogi vises ingen effekt av tidlig amniotomi og oxytocin (16). Det kan heller ikke bevises noen effekt på ugunstige maternelle utfall som hyperstimulering av uterus, postpartum blødning, maternell blodoverføring eller postpartum feber eller infeksjon. Angående føtal morbiditet og mortalitet vises det heller ikke til noen effekt av tidlig amniotomi og oxytocin (16).

Elleve av de inkluderte studiene gjelder førstegangs fødende, den tolvte ser på en mikset populasjon av førstegangs fødende og flergangs fødende (16). De tolv studiene inkludert bruker forskjellige kriterier for å diagnostisere fødselsstart. Seks av studiene bruker avflating av cervix som et kriterium for fødselsstart, mens de resterende seks studiene mener cervix må ha begynt å åpne seg (2-3 cm).

Kontinuerlig støtte

“Continuous support for women during childbirth” er i likhet med artikkelen ovenfor, en oversiktsartikkel utgitt av The Cochrane Collaboration.

Oversiktartikkelen går igjennom 21 artikler, med til sammen 15 061 kvinner. Hovedmålet med gjennomgangen er å vurdere effekten av kontinuerlig en-til-en støtte i fødselen sammenlignet med rutinemessig pleie (17).

Funnene i oversiktsartikkelen viser at de kvinnene som fikk kontinuerlig støtte hadde kortere fødsler, de hadde mindre sannsynlighet for å ende med keisersnitt eller vaginal operativ forløsning, de hadde mindre sannsynlighet for å få analgesi og de hadde mindre sannsynlighet for å rapportere misnøye (17). Videre viser analysen av studiene at kontinuerlig støtte tilsynelatende ikke har noen påvirkning på bruken av oxytocin, innleggelse på barneavdeling etter fødsel, amming eller post-partum depresjon (17).

Kontinuerlig en-til-en støtte ser ut til å ha best effekt når den utføres av noen som ikke er ansatt ved institusjonen hvor kvinnen føder, og derfor ikke har forpliktelser til andre enn kvinnen (17). De studiene

«Det ble observert en kortere lengde på fødslene i alle de inkluderte studiene.»

og tidlig administrasjon av oxytocin for å forhindre, eller som behandling for, langsom fremgang. Tolv studier med til sammen 7 792 kvinner ble analysert. Ti av de tolv studiene så på effektene av å forebygge unormal progresjon i fødsel ved hjelp av amniotomi og oxytocin, disse ble kalt «forebyggingsstudier». De to siste studiene presentert i oversiktsartikkelen så på effektene av å bruke amniotomi og oxytocin som standard terapi, såkalte «terapistudier» (16).

Hovedfunnet i oversiktsartikkelen var at tidlig intervensjon med amniotomi og oxytocin assosieres med en beskeden reduksjon i keisersnittraten sammenlignet med standard pleie (16). De fant «number needed to treat» (NNT), det antall kvinner som måtte behandles for å unngå et keisersnitt, til å være ca. 68 (16). Videre beskrives det at reduksjonen i keisersnitt



som har sett på støtte fra partner/slekting/venn viser imidlertid at støtte fra noen fra kvinnens sosiale nettverk også er effektivt (17).

I fire av studiene inkludert var oppstarten av kontinuerlig støtte på et tidlig tidspunkt i fødselsforløpet. I de resterende 17 studiene var oppstarten på varierende, dog senere, tidspunkt i fødselen (17).

Ingen av studiene rapporterer noen negative aspekter ved kontinuerlig en-til-en støtte (17).

Diskusjon

Forlenget latensfase er en signifikant uavhengig risikofaktor for vanskelig fødsel og keisersnitt (13-15), tidlig korrigering av dysfunksjonelle rier med amniotomi og oxytocin assosieres med en beskjeden reduksjon i keisersnittraten sammenlignet med standard pleie (16) og kontinuerlig en-til-en oppfølging gir mindre sjanse for å ende med keisersnitt (17). Oversiktsartikkelen til Wei med flere (16) viser i tillegg at tidlig korrigering av dysfunksjonelle rier med amniotomi og administrasjon gir en kortere lengde på fødslene. Kontinuerlig en-til-en støtte fører også til kortere fødsler (17). I tillegg fører intervensjoner forbundet med de tre valgte komponentene i konseptet proaktiv støtte, til flere andre positive utfall for mor og barn.

Det ser altså ut til at de tre komponentene i proaktiv støtte i fødsel bidrar til å redusere keisersnittraten. Dette bidrar til å styrke troverdigheten til konseptet. Forfatterne av boken bak konseptet legger imidlertid stor vekt på at proaktiv støtte i fødsel er en pakke, og

at suksessen forutsetter at det praktiseres med alle komponentene tilstede (7).

For å vite om resultatene presentert ovenfor kan være overførbare til konseptet må man se resultatene i sammenheng med de kliniske kriteriene i proaktiv støtte i fødsel. I flere tilfeller stemmer ikke de kliniske kriteriene i studiene overens med kriteriene i proaktiv støtte. Som forklart tidligere baserer proaktiv støtte i fødsel seg på en klar diagnose av fødselsstart. Et av de kliniske kriteriene definert av Reuwer (7) er avflatet mormunn. I oversiktsartikkelen som vurderer effekten av en strategi med tidlig amniotomi og tidlig administrasjon av oxytocin, bruker kun halvparten av studiene dette kriteriet. Resten av studiene definerer ikke fødselen som startet før mormunnen i tillegg har åpnet seg 2-3 cm (16).

Studiene som omhandler latensfasens varighet bruker alle enten Friedmans kurve, eller definerer fødselsstart ved 4 cm. Reuwer (7) og hans medforfattere derimot, anerkjenner ikke Friedmans kurve og mener latensfasen er et hypotetisk konsept uten klinisk relevans.

Ifølge forfatterne av boken om proaktiv støtte i fødsel er fordelene ved kontinuerlig støtte størst dersom det starter tidlig i fødselen (7). I oversiktsartikkelen ovenfor var det kun fire av de 17 studiene som praktiserte en tidlig oppstart av kontinuerlig støtte.

Til dags dato kan det altså virke som om Reuwer og medforfattere kan ha vanskeligheter med å hevde at konseptet deres er forankret i evidensbasert

TILFREDS: Når førstegangsfødende får en god fødsel uten keisersnitt, er det økt sjanse for at de ønsker å føde naturlig også ved neste fødsel. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

kunnskap. Allikevel kan både St. Elisabeth Hospital i Nederland og Rikshospitalet i Oslo vise til tall som tyder på at implementering av konseptet reduserer keisersnittraten. En mulig forklaring på disse tallene kan simpelthen være at sykehusene har satt fokus på førstegangsfødende og keisersnittfrekvens, jobbet bedre og dermed redusert frekvensen.

Funnene til Wei med flere (16) viser at tidlig intervensjon med amniotomi og oxytocin assosieres med en beskjeden reduksjon i keisersnittraten. Man må allikevel ikke glemme at oxytocin er et svært potent medikament som må brukes på riktig måte. Dette påpeker også Reuwer i sin bok (7). En studie gitt ut i Sverige i 2008 så på 177 barn som hadde fått diagnosen fødselsasfyksi grunnet feilbehandling under fødselen. Så mange som 126 av disse barna (71%) var blitt utsatt for uforsiktig bruk av oxytocin (18). Det er heller ikke uten grunn at oxytocin står på «Institute for Safe Medication Practices» (ISMP) sin liste over medikamenter som har en økt risk for å forårsake betydelig skade hvis brukt feil (19).

Denne artikkelen har hatt mest fokus på hva proaktiv støtte i fødsel kan gjøre med keisersnittraten. Som tidligere forklart er den stadig økende keisersnittfrekvensen et stort problem som det er viktig at man tar tak i. Ifølge Reuwer (9) er imidlertid kortere fødsler med en påfølgende fornøyd fødekvinne et like viktig utfallsmål som keisersnittraten. At kvinnen er fornøyd er i seg selv en svært viktig faktor. I tillegg er det rimelig å tenke seg at tilfredse fødekvinner kan være med på å redusere keisersnittraten, ved at andelen med «keisersnitt utført etter eget ønske, grunnet tidligere traumatisk fødsel» går ned. Det kunne derfor vært svært interessant med en studie som ser på kvinnes tilfredshet med proaktiv støtte i fødsel. Mens en naturvitenskapelig vinkling med kvantitative studier er en fin måte å finne svar på spørsmål angående keisersnittraten, vil kanskje en hermeneutisk vinkling med en kvalitativ studie være en bedre måte å finne svar på spørsmål som angår kvinnes opplevelse? Kvalitative forskningsmetoder kan være velegnet til områder hvor det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før, da kvalitative metoder tilbyr en systematisk tilnærming til den grunnmur som kvantitative tilnærminger bygger på (20).

Konklusjon

Uavhengig av hverandre, kan det se ut som om de ulike komponentene i proaktiv støtte i fødsel reduserer keisersnittraten. Frem til det foreligger randomiserte

kontrollerte studier på konseptet som helhet, vil det allikevel være vanskelig å svare på hva som bidrar til reduksjonen i keisersnittraten. Er det en av komponentene, en kombinasjon av komponentene, eller proaktiv støtte sin kombinasjon av alle komponentene? ■

Litteraturliste

1. Salvesen KÅ. Operative forløsninger. In: Brunstad A, Tegnander E, editors. Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe; 2010. p. 489-97.
2. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *The Lancet*. 2010;375(9713):490-9.
3. Folkehelseinstituttet. F10c/12b: Keisersnitt. Medisinsk fødselsregister; 2011.
4. Hager RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Olan P, et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Feb;190(2):428-34.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps- fødsels og barselomsorg. Stmeld Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2009.
6. Folkehelseinstituttet. Hvorfor øker keisersnitt i Norge? 2007 [cited 28.03.11]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:0:0&MainLeft_5648=5544:52713:1:5590:1:0:0.
7. Reuwer P, Bruinse H, Franx A. Proactive support of labor: the challenge of normal childbirth. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
8. Rønnes B. Personlig meddelelse. In: Leren E, editor. Oslo 2011.
9. Reuwer P. E-mail kommunikasjon. In: Leren E, editor. Oslo 2011.
10. Reinart LM, Blix E. Kunnskapsbasert praksis. In: Brunstad A, Tegnander E, editors. Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde. Oslo: Akribe; 2010.
11. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur; 2008.
12. Kunnskapscenteret. Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. 2011 [cited 19.04.11]; Available from: <http://www.kunnskapscenteret.no/Verkt%C3%BBy/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>.
13. Chelmsow D, Kilpatrick SJ, Laros RK. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol*. 1993;18(1):486-91.
14. Maghoma J, Buchmann EJ. Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002;22(1):16-9.
15. Gharoro EP, Enabudoso EJ. Labour management: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;26(6):534-7.
16. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2):CD006794.
17. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2:CD003766.
18. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, Cnattingius S. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005. *BJOG*. 2008 Feb;115(3):316-23.
19. Institute for Safe Medication Practices. ISMP's List of High-Alert Medications. 2008 [cited 23.05.11]; Available from: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>.
20. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforl.; 2003.

Curapax **engangs** varmepakning til fødende



Curapax gir deg følgende fordeler under og etter fødsel

- God smertelindring.
- Reduserer risiko for krysskontaminering.
- Tilfører varme til kalde barn umiddelbart etter fødselen.
- Reduserer ubehag ved kalde gynekologiske instrumenter.
- Gir smertelindring til sectiopasienter og reduserer skuldersmerter.
- Lindrer brystsprenng.
- Beroliger urolige barn mot magesmerter.

Ta kontakt for gratis vareprøver!



NYKLINIKK. Bildet er fra 3. mars 1974, uken før den nye kvinneklinikken skulle åpne på Ullevål sykehus. Det var en fotograf fra Aftenposten som tok bildet, og i avisen står følgende bildetekst: «Overjordmor

Mona Austbø viser frem et barselrom som med sin spesielle plassering av barnesenger og mødresenger gir maksimal mulighet for mor/barn-kontakt.»

I Dag dekker Kvinne- og barneklinikken på Ulle-



vål alle typer behandling av kvinnesykdommer og barnesykdommer. De har en rekke region- og landsoppgaver, og har ansvar for tilbudet til befolkningen i nærområdet. Hvert år fødes det cirka 9 500 barn

ved klinikkens fødeenheter. En del av disse barna trenger videre behandling i Nyfødtavdelingen.

Kilde: Scanpix og oslo-universitetssykehus.no

Ga bort gaver på jordmordagen

På Ahus fikk alle nybakte mødre boka «Jordmor på Jorda» av Edvard Hoem, og en smekke til den nyfødte påskrevet «Jeg er født på Den internasjonale jordmordagen». For dem som var så heldige å føde på nettopp denne dagen, ble det et hyggelig minne.

Tekst og foto Laila S. Berg



Ideen om å ha en spesiell dag for å hedre og anerkjenne jordmødre, kom til under en International Confederation of Midwives (ICM) konferanse i Nederland i 1987.

Det skjedde første gang den 5. mai i 1991. Senere har dagen blitt feiret verden over med appeller og ulike arrangement.

Utfordringer også i Norge

Selv om vi har minimal spebarnsdødelig-



VIL HJELPE: Klinikksjef Nina Schmidt mener at vi må gi mer hjelp til kvinner i fattige land.

het er det utfordringer også i vårt land.

– Markeringen gir mulighet til å rette fokus på svangerskap, fødsel og barseltid, også i Norge, sier Nina Schmidt, jordmor og klinikksjef på Ahus.

Hun tenker på den tidlige hjemreisen og hvem som tar seg av den nye familien etter hjemkomst. Har vi bygget ut kommunehelsetjenesten i tråd med vedtak av liggedøgn på sykehus? Er det tilstrekkelig bemanning på de store og travle fødeavdelingene? Dette er de sentrale spørsmål for klinikksjefen.

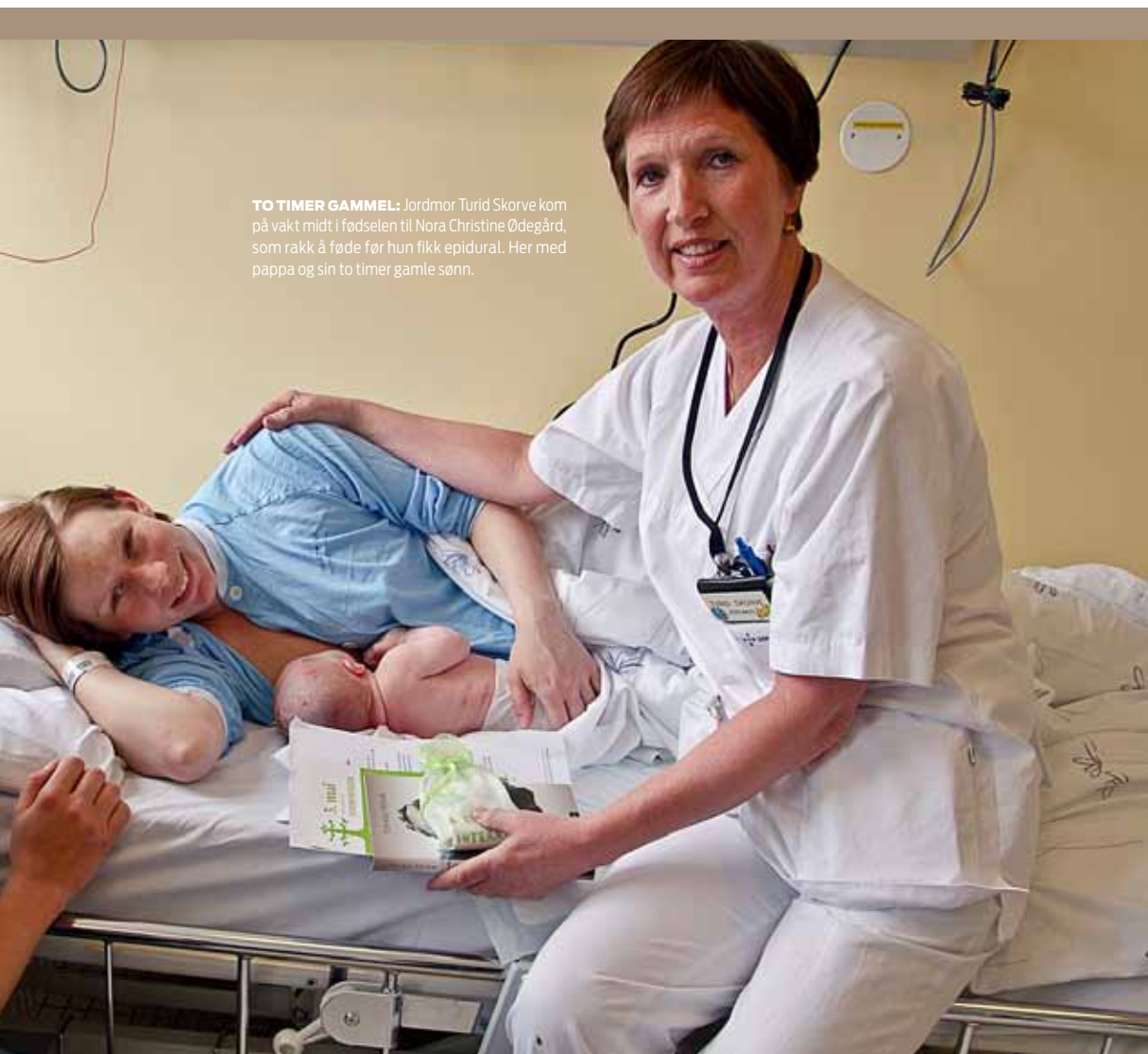
– Men først og fremst går mine tanker på 5. mai til kvinner i fødsel under andre forhold enn de norske. Her skulle jeg ønske vi kunne bidra mer, sier hun.

Hvert år dør mødre og barn fordi de ikke får den hjelpen de behøver. Ofte er det enkle råd og hjelpemidler som kan redde liv, og 48 millioner kvinner føder hvert år uten kvalifisert fødselshjelp.

– Ingen kvinne skal behøve å risikere livet i fødsel. Dette er noe vi absolutt bør ha fokus på. Utdannede jordmødre er nøkkelen til å oppnå reduksjon i mødre- og spedbarnsdødeligheten på verdensbasis. Denne dagen gir oss alle en mulighet til i hvert fall en gang i året å ha fokus på betydningen av kvalifisert fødselshjelp, sier Nina Schmidt (bildet).

Samhold

ICM (International Confederation



TO TIMER GAMMEL: Jordmor Turid Skorve kom på vakt midt i fødselen til Nora Christine Ødegård, som rakk å føde før hun fikk epidural. Her med pappa og sin to timer gamle sønn.

of Midwives) er en internasjonal organisasjon for jordmødre. Organisasjonen arbeider for å styrke faglige sammenslutninger av jordmødre over hele verden, for å sikre kvinners rett og tilgang til jordmorutdanning og å sikre kvinner omsorg før, under og etter fødsel.

På ICM sin nettside skrev president Francis Day-Stark følgende: «Jordmødre redder liv, og er nøkkelen til å oppnå tusenårsmålene rettet mot mødre og babyer. Men de har hardt tilkjempete rettigheter jordmødre har, og retten for enhver mor til å ha hjelp av en jordmor, må nøye bevoktes, presiserte hun. ■

«Retten for enhver mor til å ha hjelp av en jordmor må nøye bevoktes.»

TAKKET JORDMØDRENE ■

I år benyttet forbundsleder Eli Gunhild By anledningen til å gratulere medlemmene i NSF Jordmorforbundet med dagen, og takke for den viktige jobben jordmødrene gjør. Hennes tale kan du lese her:

www.sykepleierforbundet.no/visnyhet/866866/--Gratulerer-med-dagen-jordmødre!



Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE

Papparollen før og nå

Hva vil det si å være far? Hvordan har norske fedre forholdt seg til sitt avkom de siste 150 år, og hvordan har både fedrenes og andres holdninger til farskap utviklet seg? I boken «Fra farskapets historie i Norge 1850-2012» prøver Jørgen Lorentzen å finne svar på det. Han har lest brev, bøker, skuespill, rettsprotokoller og annet for å finne svar på slike spørsmål. Boken inneholder mange små og store overraskelser og bekreftelser av forestillinger om fars rolle i familien. Den gir perspektiver både på familiehistorie, arbeidslivshistorie, barndomshistorie, mentalitets- og medisinhistorie.

*Fra farskapets historie i Norge 1850-2012,
Universitetsforlaget*



BOKOMTALE

Sov hele natten

Er det mulig å lære barnet å sove natten gjennom – uten gråt? Ja, sier forfatter Elizabeth Pantley. Ifølge bokomtalen beskriver hun et varsomt alternativ for hvordan man gir barn en trygg og rolig nattesøvn. Veiledningen er praktisk og systematisk oppbygget og rådene er fleksible og lette å følge. Ut fra bokens prinsipper og ideer kan man utarbeide en plan som er tilpasset ens egen situasjon.

Elizabeth Pantley underviser foreldre og holder foredrag i foreldregrupper, på skoler og sykehus. Hun har skrevet flere bøker om barn og barneoppdragelse. Hun bor i Washington med mann og fire barn – og alle sover hele natten.

Sove uten gråt, Vigmostad & Bjørke



BOKOMTALE

Forstå babyen bedre

Målet med boken er å lære foreldre til å forstå hva babyen forsøker å si dem, med sin ikke-verbale kommunikasjon. Forfatteren Sally Kister har doktorgrad i pedagogikk. Hun forklarer hva babyer uttrykker med kroppsbewegelser og gestikulering, smil og grimaser, babling og gråt. Ifølge forlaget er boken basert på nye forskningsresultater på babyers utvikling og kommunikasjon.

Boken er rikt illustrert med bilder av barn, og til bildene er det korte tekster som forklarer hva man ser på bildet, hva det betyr det barnet på bildet uttrykker og hva man skal gjøre for å imøtekomme barnets behov.

Babyens hemmelige språk, Cappelen Damm



BOKOMTALE

Dagbok for gravide

Fotograf Lennart Nilssons berømte bilder om livets tilblivelse illustrer denne dagboken for kommende foreldre. Boken har plass til å skrive ned stort og smått som skjer under graviditeten, sette inn ultralydbilder og bilder av den voksende magen. Samtidig finner foreldre her den aller mest nødvendige informasjonen rundt graviditeten.

Et barn blir til. Dagbok. Gyldendal



Oksygen er skadelig for nyfødte

– Vi har funnet ut at dødeligheten reduseres med 30 prosent når vi bruker vanlig luft istedenfor oksygen til gjenoppliving av nyfødte. Det er et overraskende funn, sier professor Ola Didrik Saugstad.

Tekst og foto Laila S. Berg

Professor Saugstad har siden 1970-tallet forsket på gjenoppliving av nyfødte. Han har vært banebrytende i å få endret praksis på området fra bruk av ren oksygen, som har vært praksis de siste 200 år, til bruk av vanlig luft.

Dramatiske funn

Ifølge Saugstad reduseres dødeligheten med 30 prosent når vanlig luft blir brukt istedenfor oksygen. I 2010 ble luft anbefalt i internasjonale retningslinjer, basert

på Saugstads og kollegenes forskning. En reduksjon i dødelighet på 30 prosent per år er betydelig, når vi vet at det verden over er fire millioner barn som rammes av oksygenmangel ved fødsel hvert år. En million av dem dør. Det betyr at 250 000 til 300 000 barn kan reddes ekstra bare ved å skifte fra 100 prosent oksygen til luft.

Tidligere fikk nyfødte 100 prosent oksygen.

– Tanken var at mangler de oksygen, så må de få oksygen. Men det har vist

seg å være katastrofalt å gi ren oksygen til spedbarn, sier Saugstad.

Han forteller at det mange steder i verden ikke blir gjort noe gjenopplivingsforsøk på spedbarna fordi de ikke har tilgang på oksygen.

– I tillegg til oksygenmangel har vi en million tilfeller hvert år med dødfødsler, som vi kaller «fresh still birth». De blir lagt til side. En nyere studie fra USA viser at også 30 prosent av disse kan reddes med vanlig ventilasjon av luft, sier Saugstad.

Mer forskning

Det er nødvendig med mer forskning for å få klarhet i hvorfor oksygen er skadelig for nyfødte. I mai var professoren i USA på forskningskongress. Der var også en forskergruppe fra Trondheim, som fortalte om sine funn på rotter, og om hvor skadelig oksygen kan være.

– De gjenopplivet nyfødte rotter, en gruppe med oksygen og en med luft. Deretter gjorde de MR. Det viste seg at hjernen nærmest brant opp ved å gi oksygen. Det finnes tilsvarende studier som viser liknende, og vi har påvist det samme hos griser, forteller Saugstad.

Han poengterer at det ikke er sikkert at menneskehjernen reagerer på samme måte, men det er gjort funn som viser at spedbarn er spesielt utsatt. ■



FORSKER: Ola Didrik Saugstad er professor, overlege i neonatologi og forsker på Pediatrisk institutt på Rikshospitalet.



Med keisersnittsrate på 55 prosent

På det offentlige sykehuset St. Georges i Chania på Kreta gis det ikke noen form for smertelindring under en normal fødsel. – Vi har epidural, men tilbyr det ikke generelt fordi vi er for få ansatte på avdelingen, sier jordmor Anatstasia Marinaki-Chatjiioannou. Tekst og foto Laila S. Berg



FØDETEAMET: Jordmor Erini Stathak (40) (foran), barnelege og neonatolog Eleni Apazidou (48) (bak), jordmor Evaggelia Mazkaki (48) (høyre), barnelege Kostas Kastinakis (33) og jordmor Anatstasia Marinaki-Chatjiioannou (54).

Chania er en av verdens eldste havnebyer og ligger på nordvest-siden av Kreta. Her finnes også et privat sykehus, for de som har råd til å betale for det. Jordmora har besøkt St. Georges der det årlig fødes cirka 800 barn i året. Med fire fødestuer, hvor kun tre er i bruk på grunn av ressursmangel, en liten prematuravdeling og 420 sengeplasser, så er dette det eneste offentlige helsetilbudet for de som bor i området.

Lystgass ukjent

Når det oppstår en vanskelig fødsel, bringes nødvendig utstyr med til fødestuene, og ekspertisen tilkalles.

Sykehuset har ingen spesiell avdeling for problemfødsler, og avdelingsleder koordinerer nødvendig personell og utstyr i hvert enkelt tilfelle. Epidural finnes på sykehuset, men de er for få jordmødre til at den kan tilbys som smertelindring ved normal fødsel,

«I år synes det å være flere barn som fødes enn tidligere.» Eleni Apazidou

den brukes nesten bare ved keisersnitt. Lystgass er ukjent her, og det gis ingen form for smertestillende middel som et tilbud til fødende.

– Vi bruker epidural ved keiser-

snitt, men bare en sjelden gang ved vaginal fødsel. Vi er for få anestesileger og jordmødre til å kunne tilby dette generelt. Men det hender at vi gjør det, hvis vi har tid, og hvis det er spesialbestilt på forhånd, sier jordmor Anastasia.

Mange kvinner føler angst for å føde, og vil nok helst unnsnippe med keisersnitt. De tror det er lettere slik. Men det er fortsatt 45 prosent som føder normalt uten smertelindring, og under enkle forhold. De fleste som velger keisersnitt har allerede født på den måten. Andre har en vanskelig stilling på barnet i magen, eller det kan være for stort og det kan by på en problematisk fødsel.

– Vi har en keisersnittsrate på 55 prosent, men dette regnes for å være lavt i Chania, sier neonatolog og avdelingsleder Eleni Apazidou.

Under en vanlig fødsel er både jordmor og fødselslege tilstede. Dersom det oppstår et problem, tilkalles også en barnelege eller neonatolog. Ved keisersnitt er det alltid ei jordmor og en barnelege eller en neonatolog tilstede.

– Vi har en pågående diskusjon i dag, om det er nødvendig eller ikke, at en barnelege er tilstede under hver fødsel, selv under keisersnitt. Vi er sterkt underbemannet, og vi behøver flere neonatologer og barneleger for prematuravdelingen, sier Eleni.

De alvorlig premature sendes til Hieraklion med ambulanse eller til Athen med fly.

Dersom ultralyden viser at noe er galt med fosteret eller kvinnen, overføres hun dit for å føde.

Jordmødrene ville nok ønske at de hadde mer kapasitet. Det er en stressende jobb, med lange skift. En lege Jordmora snakket med hadde arbei-





UTSTYR: Prematuravdelingen på St. Georges, bare for de nesten fullbårne.

det ett og et halvt døgn i strekk, bare avbrutt av fire timers søvn.

Mangler ansatte

Alt i alt er det 14 jordmødre, en neonatolog og 12 barneleger som arbeider på St. Georges. Det inkluderer fødestueavdelingen, obstetikk, (som mangler tre fordi de er i permisjon), poliklinisk, obstetrisk klinikk og gynekologisk klinikk. Prematuravdelingen har sju ansatte, (og mangler to som er i permisjon).

– I fjor hadde vi en neonatal intensiv enhet (NICU nivå II) på St Georges, og vi hadde to neonatologer mer enn i år. Men de sluttet fordi det ble for mye arbeid, 24 timer per dag 10-14 dager per måned uten overtidsbetalt, sier Eleni.

De alvorlig premature barna kjøres to timer i ambulans østover på Kreta, til Hieraklion. Hieraklion har i dag to små service-sentre for behandling av svært tidligfødte. Vestre del av øya har ingen, og Eleni mener dette er galt.

– Det burde være en liten enhet også i vest, sier hun.

Hvert år fødes det 3000 barn i Kreta vest, hvorav 2000 i Chania.

– Men i år synes det å være flere barn som fødes enn tidligere, til tross for den vanskelige økonomiske situasjonen Hellas befinner seg i, sier Eleni Apazidou. ■

Mangler ansatte dårlig med jobbt

Fritt sykehusstilbud, flere ansatte og ingen oppsigelser, som er hengt opp foran sykehusinngangen.

Tekst og foto Laila S. Berg

Jordmor Anastasia Marinaki-Chatjiioannou tar oss med på en omvisning, ved St. Georges.

– Det pleide å være lett å få jobb som jordmor, men i dag har situasjonen snudd seg helt. Det er knapt med jobbtilbud, for ikke å nevne det faktum at både offentlige og private sykehus, føde- og prematur avdelinger i Hellas må kutte kostnader. Traineeene våre er livredde for at de ikke får fast arbeid, sier Anastasia.

Fest på føden

Jordmora traff ei nybakt mamma, Despiona, og en stolt far, Siderakis. Han bærer på et bønnekjede som han holder godt fast i. Jordmor Erini Statahaka tok imot babyen. Hun spøker mildt med foreldrene, og vi er hjertelig velkommen med kyss og klem. Det er fest på føden hver gang det er en fødsel. Broderte små poser med sløyfe, og inni er det godterier som deles ut til familie og besøkende.

En blanding av trette og sprudlende leger og jordmødre sitter nærmest oppå hverandre på det lille pauserommet. Ei jordmor vil ikke fotograferes, hun har nemlig gått på vakt hele natta, og vi er allerede kommet langt på dag.

I korridoren på føden er det blomsteroppsatser med hallogenballonger som forteller om det ble gutt eller

jente, eller begge deler. Barna er med mødrene hele den første dagen etter fødselen, og mor og barn får bli i tre dager på sykehuset.

Prematur overraskelse

På prematurenheten ligger det to små tidligfødte på henholdsvis cirka 35 og 36 uker.

– Denne lille gutten ble født vaginalt av en 18 år gammel bulgarsk kvinne. Hun visste ikke at hun var gravid, og hadde følgelig ikke vært til kontroll under graviditeten. Hun kom til sykehuset på grunn av smerter, og fødselen var en stor overraskelse. Vi forventet at babyen ville være mye mindre, omkring 29 uker. Men så viste det seg at det ble en sunn prematur baby med en fødselsvekt på 2210 gram, forteller avdelingsleder Eleni Apazidou.

Moren forlot sykehuset andre dag etter fødselen fordi hun ikke hadde penger til å bo. Men gutten hadde det fint, og moren kom tilbake med partner og foreldre. De hentet gutten med seg hjem.

– Sykehusets sosialtjeneste følger opp familien som bor i Chania-området, sier Eleni

Knapt med jobb

Jordmorutdanninga i Hellas er et fireårig studie som er uavhengig av

– men ilbud

står det på banneren

sykepleierutdanninga, men sykepleierpensum er lagt inn i studiet. Det er straffbart å praktisere som jordmor uten å ha formell utdanning og en formell grad.

– Vi kan ikke spå noe om fremtiden. Alt er snudd opp ned, og det er ingen sikkerhet for noe. Vi lurar på hva fremtiden vil bringe våre barn. De er godt utdannet, men har ingen jobb, sier Anastasia.

Hjernerirurg i Guinness

Archontakis George er avdelingsoverlege og administrasjonsoverlege ved nevrokirurgisk klinikk på sykehuset. Han er dessuten en berømt hjernerirurg som står i Guinness rekordbok etter en mirakuløs operasjon han utførte i 2002.

– En student ved universitetet var på Santorini for å fiske med harpun, men var utrenet med fiskeredskapet, og et uhell førte til selvskudd. Harpunpilen ble tredd opp gjennom haken og tvers gjennom hjernen, ut på toppen av hodet, forteller hans sekretær Koundourou Giota.

Slik ble studenten funnet og brakt til sykehus. Der utførte Archontakis George denne vellykkede og kompliserte operasjonen som førte ham inn i Guinness verdensrekordbok. ■





FORNØYDE FORELDRE: Far Siderakis (39) med bønnekjede bak ryggen til jordmor Erini Statakaki (40). Foran, mor Despoina Marakaki (30) med pike (24 timer).



OVERRASKENDE FØDSEL: En bulgarsk mor på 18 år visste ikke at hun var gravid og kom til sykehuset på grunn av smerter. Hun fødte en velskapt gutt vaginalt, og ble på sykehuset i to dager før hun måtte hjem til sin familie. Hun kom senere for å hente gutten hjem.

Annonse:

Symposium - Incontinence, Pelvic Floor Disorders and Chronic Pelvic Pain

Symposium 23.11 2012
Bekkencenteret, Akershus universitetssykehus og Nasjonalt kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsykdom, Universitetssykehuset Nord-Norge

1 dagskurs med norske og internasjonale fordragsholdere:
Bob Freeman, Plymouth Hospitals NHS Trust, England.
Kari Bø, Norwegian School of Sport Sciences.
JJ. Wyndaele, Antwerp University Medical Center.
Tom Øresland, Akershus University Hospital.
Stig Nordeval, University Hospital North Norway, Tromsø.
David B Vodusek, University Medical Centre, Ljubljana.
Julian Stern, Department of Psychological Medicine, St Marks, London.

Formål: Faglig oppdatering innenfor diagnose, forebygging, konservativ- og kirurgisk behandling av bekkenbunns dysfunksjoner som fekal- og urininkontinens, kronisk bekkenbunnsmerter og underlivsprølaps.
Målgruppe: Gynekologer, fysioterapeuter, gastrokirurger, jordmødre, uroterapeuter, stomisykepleiere, sykepleiere, urologer,nevrologer og allmenleger.

Sted: Store auditoriet, Akershus universitetssykehus. **Tid:** 23. november 2012.
Pris: NOK 900 (inkludere lunsj). **For mer informasjon:** 679 64 532.
Påmelding: send navn, stilling og fakturadresse til ahussymposium2012@ahus.no.

Se også vår webside: www.ahus.no/bekkencenteret

HELSE SØR-ØST

GRAVID

Miljøgift kan gi redusert fødselsvekt

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Gravide med de høyeste konsentrasjonene av miljøgiftgruppen PFAS i blodet fikk barn med noe lavere fødselsvekt, viser funn fra mor og barn-undersøkelsen. PFAS brukes blant annet i impregnerte forbruksprodukter, tekstiler, tepper og matemballasje. 901 gravide deltok i undersøkelsen. Blodprøver fra uke 17 i svangerskapet ble analysert for innhold av to typer av miljøgiften PFAS.

Undersøkelsen viser at:

- Alle gravide hadde målbare mengder av PFOS og PFOA i blodet.
- Fødselsvekten var omkring 100 g lavere hos barn av mødre med de høyeste nivåene sammenlignet med barn av mødre med de laveste nivåene.
- Det var ingen forskjell i forekomst av for tidlig fødsel eller større vekstsvik.

I forsøk med dyr er det sett en klar risiko for uheldige effekter som veksthemning av fosteret dersom dyrene utsettes for PFAS i store konsentrasjoner. Mennesker blir vanligvis utsatt for mye lavere konsentrasjoner. Flere av egenskapene til PFAS er likevel bekymringsfulle, og mange land har innført tiltak for å begrense bruken. Mengden som finnes i mennesker har derfor gått ned de senere åra.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Se fosterets utvikling uke for uke



UKE 9



UKE 18



UKE 27



UKE 40



Fantastisk animasjon på Babyverden.no

Utviklingen til fosteret i mors kropp har forbløffet mennesker til alle tider, og er blant naturens virkelig store undere!

Vi har fått laget virkelighetsnære illustrasjoner som viser detaljene i mors voksende mage – uke for uke, fra unnfangelse til fødsel.

Babyverden.no[®]
sammen fra første stund

Vil bygge på med mer utdanning

Kaja Thoresen (26) er tillitsvalgt for jordmorstudentene på HiOA. Snart skal hun ut i jobb, men målet på sikt er en master. Tekst og foto Laila S. Berg

Den viktigste jobben som tillitsvalgt for kullet er å være bindeledd mellom lærere og studenter. Ofte med tilbakemeldinger på hva som kan gjøres annerledes for å videreutvikle utdanningen og gjøre studiet enda bedre. Kullet har diskutert hva som skal til for å få en master etter endt utdanning, og vi håper det blir en påbygging med noen studiepoeng. Men ikke minst, vi diskuterer hvordan HiOA best skal få sin egen masterutdanning, sier Kaja Thoresen.

For Kaja var det ikke noe alternativ å vente med jordmorstudiene, men hun kan godt tenke seg mer utdanning.

– Jeg ser frem til å bli ferdig med studiene, og håper på jobb rett over jul. En jordmor har utallige muligheter. Jeg kan tenke meg å jobbe på forskjellige avdelinger eller i kommunen. Helst på føden først og gjerne på Østlandet, for her har jeg familien min. Deretter kan jeg tenke meg å bygge på med en master. Jeg synes det er fint at studiet heves på et masternivå. Det kan få betydning for alle lønnsmessig, mener hun.

Lærerik praksis

Kaja liker å studere. Både oppgaver, lesing og praksis er spennende. Studenten har sin praksis på Ullevål Sykehus på føde A. Øyeblikkene på fødestuen er store.

– Det er litt frustrerende at teori av



VIL UT I JOBB: Sisteårsstudent Kaja Thoresen gleder seg til å begynne å jobbe.

det vi lærer fra skolen ikke alltid stemmer med det vi opplever i praksis på fødeavdelingen. Vi blir veldig godt tatt i mot på fødeavdelingene, så det har ikke noe med det å gjøre, forteller Kaja.

Praksisperioden er berikende, lærerik, utfordrende og krevende, synes hun. Berikende å få lov til å være med på å ta imot barn. Krevende fordi det er en bratt læringskurve.

– Jeg har alltid synes at det virker spennende å være jordmor, og jeg er spesielt interessert i tilknytningen mellom mor og barn. Jeg er også fasinert av gravide og nyfødte barn, og dannelsen av en familie, sier Kaja.

Mor er jordmor

Hun begynte på sykepleien med tanke på å utdanne seg til jordmor, og var ved nyfødt intensivavdelingen i to og et halvt år.

– Min mor er jordmor, så det har selvfølgelig påvirket valget mitt, men det har ikke vært noe press fra hennes side. Hun har alltid stortrivdes i jobben og jeg har sett at den har gitt henne mye. Det er en slik jobb jeg vil ha, sier Kaja.

Den største utfordringen for fremtidens jordmødre er å bevare den normale fødselen. Det er teknologi versus den naturlige fødselsprosessen, mener jordmorstudenten. ■

Plastpose kan erstatte tang



LETTERE OG RASKERE: Odón Device gjør vanskelige fødsler lettere og raskere, sier overlege Ola Didrik Saugstad.

– Et av de store fremskritt som har skjedd i nyere tid, er oppfinnelsen av en type plastpose kalt Odón Device. Den kan brukes til å forløse et barn som sitter fast under fødselen, sier professor Ola Didrik Saugstad.

Tekst Laila S. Berg

Enheten består av en plastikkpose som føres inn og justeres på barnets hode ved hjelp av en fleksibel «plastskje». En 360 graders krave blir blåst opp rundt barnets nakke og under haken, og jordmor fører barnet ut ved å dra i plastposen. Straks hodet kommer ut åpnes posen og fødselen kan gå som normalt.

Redder liv

Det er et stort problem i U-land, når fødselen stopper opp, og oppfinnelsen kan redde mange barn fra å dø under fødsel. Det er også en fordel at barnets hode er dekket med plast, for dermed kan de unngå å bli smittet av for eksempel AIDS og andre infeksjonssykdommer.

– Det er helt genialt. Jordmor slipper å bruke vakuumpose og tang, sier Saugstad.

Professoren har vært med i en referansegruppe dannet av WHO, for produktet.

– Det er fascinerende at en så enkel oppfinnelse kan løse et problem verden over. Nå skal produktet testes ut enda mer systematisk, sier Saugstad.

Anbefales

– Det er en spennende metode, som også burde prøves i Norge, sier Babill

Stray-Pedersen, professor 1, Dr.med., og spesialist i obstetikk ved Kvinne- og barneklubben på Radiumhospitalet.

– Vi gamle fødselsleger ble jo oppdratt til å bruke tang og likte den godt. Nyere generasjoner liker sugekoppen. Tangbruk er redusert til 1,5 prosent i dag, mens åtte prosent forløses med kopp. Plastikkposen med krave rundt



GENIALT PRODUKT: Plastikkposen med krave rundt halsen er helt genial, sier professor Babill Stray-Pedersen. Foto Privat

halsen er helt genial, og den er anbefalt av WHO, sier hun.

Bilmekaniker

Saugstad forteller at Odón Device ble funnet opp av en bilmekaniker fra Buenos Aires i Argentina. Hans navn er Jorje Odón. Han våknet opp midt på natten og sa til sin kone:

«Jeg har funnet ut hvordan vi skal få ut barn som sitter fast.»

«Sov videre», sa kona, og roet han ned. Men bilmekanikeren ga seg ikke med det. Han gikk til legen sin med ideen, og fikk etter hvert gjennomslag for den, forteller Saugstad.

Men det hele startet med et veddemål om å få en vinkork ut av en flaske uten å knuse flasken. Jorje vant veddemålet ved å bruke en plastikkpose til å fange korken i flasken. ■

■ SE PRODUKTET

Odón Device brukes ikke i Norge, og vi har ikke lyktes i å få bilde av produktet. Men du finner det på www.odondevice.org og på You tube ved å søke på: Odón Device: Test at the Des Moines University 2008, Iowa, USA.

Den første fødselen byr på utfordringer

Det er behov for mer differensiert omsorg for kvinner i den tidlige fasen av fødselen, viser doktorgradsavhandlingen til høgskolelektor, PhD og jordmor Tine Schauer Eri. Tekst og foto Laila S. Berg

Tiden rundt fødselens start og tidlige fase før fødsel er spesielt utfordrende både for mor og jordmor. Tine Eri har i sin avhandling funnet ut hvordan førstegangsfødende kvinner opplever fødselens tidlige fase. Gjennom tre delstudier fant hun ut; hvordan fødende opplever fødselen skal begynne, hvordan kvinnen blir tatt imot når de kommer til sykehuset og hvordan jordmor kommuniserer. Funnene viser at det er behov for en diskusjon og refleksjon om jordmødrenes yrkesgrunnlag og utøvelse, og hvilken effekt det kan ha på kvinnene de møter. Begge må ta et standpunkt til når fødselen virkelig er i gang.

Gode hensikter

Spørsmålene «Er denne kvinnen i fødsel?» og «Hva har kvinnen behov for?» er det som er viktigst å finne ut for jordmor. Studien viser at jordmødrenes strategi var å holde kvinnen hjemme så lenge som mulig. Dette for å beskytte den enkelte mot unødige intervensjoner og komplikasjoner. Det var ment i beste hensikt for den førstegangsfødende.

Eri undersøkte videre hvordan fødende opplevde å vente på at fødselsprosessen skulle begynne, og hvordan de samme kvinnene og jordmødre på sykehuset kommuniserte for kvinnene ble lagt inn på fødeavdelingen. Hun fant at hvis kvinner tok kontakt i fødselens tid-



HYPPIG KONTAKT: Mange førstegangsfødende kontakter fødestedet flere ganger før de blir lagt inn, både på telefon og ved personlig oppmøte. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

lige fase, måtte de forhandle om sin troverdighet for å bli tatt imot som fødende. I denne fasen er de svært sårbar, og de anstrenger seg gjerne for å unngå at de blir hjemsendt fordi de har kommet for tidlig til sykehuset.

Ulik omsorg

For kvinnen er spørsmålene «Hvordan vet jeg at fødselen har begynt?» eller «Når

skal jeg dra til fødeavdelingen?». I denne tidlige fasen råder det stor usikkerhet, spesielt for den fødende kvinnen, men også for jordmor.

Funnene i studien viser at det er behov for ulik omsorg for kvinnen når hun kommer til sykehuset for å føde. Eris doktoravhandling kan bidra til å sette fokus på nytenking innen organiseringen av fødselsomsorgen. ■

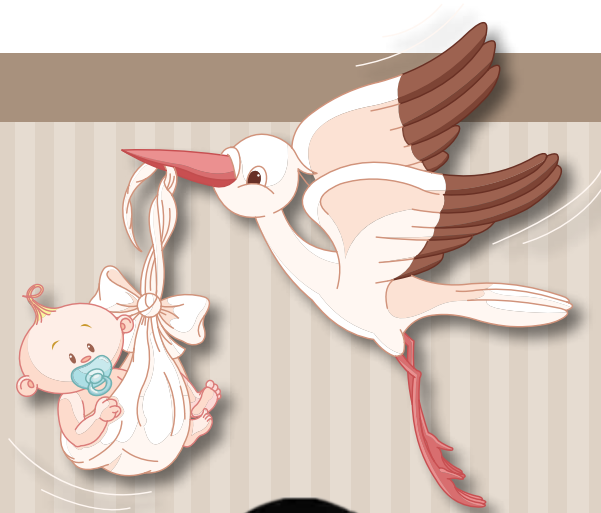
■ Tine Schauer Eri



Tine Schauer Eri (1959) er født og oppvokst i Bærum, og er bosatt i Tønsberg. I perioden 2006-2008 var hun ansatt som stipendiat i Helse-Bergen, før hun ble ansatt ved Høgskolen i Vestfold.

Hun disputerte for doktorgraden ved Universitetet i Bergen i oktober med avhandlingen; «Labour onset and early labour: an exploration of first-time mothers' and midwives' experiences.»

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



Annonser i Jordmora

Vær synlig,
samtidig som du treffer
hele målgruppen.

Annonsepriser 2011:

1/1-side: kr. 6000

1/2-side: kr. 4500

For mer informasjon eller bestilling

kontakt Marit Severinsen

epost: maritseverinsen@hotmail.com

tlf. 99 56 42 77

