



Jordmora

NR. 1-2012 • ÅRGANG 10

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



Overgrepsoffer
trenger ekstra oppfølging

Sykepleien

HAR DU FÅTT BAM FOR 2012?

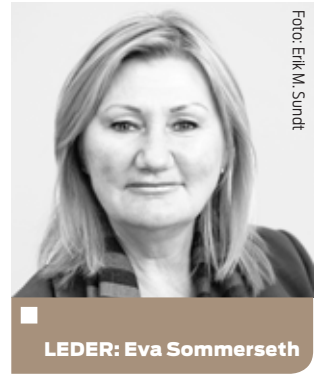
Fire blader til
støtte, nytte og glede!



Vil du dele ut gratis BAM-blader, så kontakt oss på:

Telefon: 23 00 81 88 E-post: postmaster@bam.no

bam
www.bam.no



Grønn induksjon – normalt eller unormalt

Jeg har lenge undret meg over språkets makt og hvordan det kan bevege og påvirke en faglig profil. Innenfor vårt eget fag har vi flere eksempler. Vi har lenge valgt å kategorisere gravide kvinner i «røde og grønne damer». De «grønne» er kvinner som vi i utgangspunktet regner med skal føde normalt – de «røde» skal overvåkes som risikokvinner. Jeg har mange ganger hørt kvinnenens bekymring over at de er satt i bås og hva dette medfører. Den siste varianten er såkalte «grønne induksjoner», hva nå det egentlig betyr? Kan det være et forsøk på å legitimere induksjoner som egentlig aldri skulle være igangsatt? For mange jordmødre er bekymret for at antallet induksjoner stiger og at dette igjen resulterer i kompliserte forløp.

Hva er grunnen til at vi ikke argumenter mer med våre kollegaer på en slik måte at vi unngår dette? Er vi blitt for redde for å ta ansvaret for det normale fødselsforløp som er en del av vår selvstendige funksjon? Hvis så – må vi ta det tilbake. Et virkemiddel i den sammenheng er å arbeide mer kunnskapsbasert. Det innebærer at alle jordmødre som arbeider i dagens jordmortjeneste må i sitt beslutningsgrunnlag søke relevant og oppdatert forskningskunnskap og bruke sin kliniske erfaringskunnskap i samarbeid med kvinnenens ønsker. Min bekymring ligger i at moderne jordmorpraksis er blitt så prosedyreorganisert at den kliniske erfaringskunnskapen ikke har tilstrekkelig plass. Ved å bruke termer som røde og grønne – kan vi påføre flere kvinner et risikostempel uten tilstrekkelig grunn og gradvis skyve det normale ut.

Utviklingen i jordmorfaget er avhengig av at vi i større grad utøver forskning og fagutvikling – mange er på vei, men vi har dårlig tid. Jeg oppfordrer flere kliniske jordmorekspertene til å bidra i å formulere de gode kliniske problemstillingene, søke forskningsbasert kunnskap og stå i debatten framover. Det er mange muligheter å få påbygning i denne måten å arbeide på. De fleste høyskoler tilbyr

studiepoengkurs innenfor kunnskapsbasert praksis og kurs i forskningsmetode. Vi har muligheten – vi må bruke den for å ivareta vår selvstendighet i jordmorfaget.

Det faktum at dagens jordmorutdanning er akkreditert til en master i jordmorfag er etter min mening også et viktig skritt på veien til at flere kliniske jordmødre vil komme til å bruke mer forskningsbasert kunnskap i utvikling av faget vårt. Et av de grepene som ligger i studieplanen er å lære studentene i enda større grad å utøve kunnskapsbasert jordmorvirksomhet. Dette skal skje ved å lære seg å innhente systematiske resultater av tilgjengelig forskning og kritisk analysere erfaring basert kunnskap som fremmer kvinners, families og nyfødte barns helse. På den måten kan resultatene av tilgjengelig relevant forskning være grunnlag for endringer av klinisk praksis. Høgskolene som tilbyr masterutdanning i jordmorfag vil på ulike måter også kunne tilby ulike opplæringssemner for de som ønsker dette. Det innebærer at vi på ulike måter nå får en mulighet for et felles løft for sammen å utvikle og dokumentere jordmorfaget. Men vi er kjent med at ressursene til kompetanseoppbygning er begrensede. Jeg håper og tror at arbeidsgiversiden i helseforetakene og kommunene ser denne unike muligheten for å gjøre et felles kompetanseløft i jordmortjenesten. Et ytterligere grep er å øke antall hele stillinger slik at jordmødre kan få utført en kvalitativ god jordmortjeneste til kvinner i ulike livsfaser.

Vigår mot vår – la oss tro at alle de relevante tiltakene som er beskrevet i stortingsmelding 12 og øvrige strategiske dokumenter skal få et reelt innhold.

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

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

JOURNALIST

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

LAYOUT

Björg Nordstrand
bjorg.nordstrand@sykepleien.no

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

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO:

iStockphoto

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.



■ **14** **DEMPER URO:** Jordmor Lise Gaudernack hjelper kvinner med fødselsuro.



8

ENGASJERT JORDMOR: Møt lokalpolitiker og jordmor Ingvill Dalseg Snøfugl i portrettet.



«Det er fantastisk å ha praksis på Ullevål.»

Student Dina Hovland, side 31

10

STERKE MENINGER: Anne-Grete Strøm-Erichsen inviterte til debatt om tidlig ultralyd.



Innhold

NR. 1-2012 • ÅRGANG 10

3 LEDER: Eva ommerseth

8 PORTRETTEDET: Ingvill Dalseg Snøfugl

10 Uenighet om tidlig ultralyd

12 150 jordmødre møttes på Ahus

14 Hjelp mot fødselsuro

18 Overgrep i barndommen –
en utfordring for jordmødre

26 Mamma for andre gang

30 Nye muligheter med master

31 Student Dina Hovland vil jobbe i Afrika

32 Jordmor fikk prestisjepris

35 Lise Karin Strømme om Fagrådet

FASTE SPALTER

6 Smånytt

27 Aktuelle bøker

28 TILBAKEBLIKK: På prematureavdelingen

30-åringar mest fruktbare



Kvinner i aldersgruppen 30-34 år fødte flest barn i 2010 med 128 levendefødte per 1 000 kvinne, etterfulgt av kvinner i aldersgruppen 25-29 år med 124 levendefødte per 1 000 kvinne. De fleste av de som ble fedre i 2010 var i aldersgruppen 30-34 år.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Flere får aids-medisiner

Antallet aids-relaterte dødsfall sank fra 2,2 millioner i 2006 til 1,8 millioner i fjor, viser tall fra UNAIDS. Årsaken er at flere får medisinsk behandling. Særlig er økningen i behandlingstilbudet i de afrikanske landene sør for Sahara stort. I 2010 fikk 20 prosent flere behandling i denne regionen enn året før.



SMÅNYTT

Abort av bare litt alkohol

Risikoen for spontanabort øker markant hvis en gravid kvinne drikker selv små mengder alkohol, tyder en stor dansk undersøkelse på. Kun to enheter i uken kan øke risikoen for spontanabort med hele 50 prosent, mens fire enheter fordobler risikoen, ifølge den nye studien.

Undersøkelsen er foretatt blant 91 843 gravide kvinner. Nesten en tredel av alle kvinner som var gravide i Danmark i perioden 1996–2002 deltok i undersøkelsen, hvor det også er tatt høyde for andre viktige faktorer, som mors alder, røyking og sosial status.

Danske myndigheter anbefaler at man ikke drikker i det hele tatt under graviditeten.

Kilde: Forskning.no



«Å vente på en glede er også en glede.» *Gotthold Ephraim Lessing, tysk forfatter*

Ny nettside for gravide

Norsk helseinformatikk lanserte nylig Graviditetsoraklet. Graviditetsoraklet skal gi svar og kunnskap om svangerskapets og fosterets utvikling og om fødselen. I tillegg finnes informasjon om normale og unormale symptomer og plager, eventuelle komplikasjoner og sykdommer.

Nettadressen er nhi.no/graviditetsoraklet#1



Velg riktig p-pille

Mange jenter får resept på p-pillen Mercilon, men med tanke på faren for å få blodpropp, er ikke dette det beste valget. Mercilon øker faren for blodpropp, i større grad enn en del andre piller, ifølge en artikkel fra Statens legemiddelverk i Tidsskrift for helseøstre. Statens legemiddelverk mener det er bedre for jenter som skal få p-pille for første gang å velge kombinasjonspiller med levonorgestrel (Loette og Microgynon). De har lavest risiko for blodpropp. Minipiller (Cerazette) gir ikke økt risiko for blodpropp hos friske jenter, men kan gi mer blødningsforstyrrelser.

Kilde: Tidsskrift for helseøstre

Spiral beskytter mot kreft

En studie viser at spiral beskytter mot livmorhalskreft. Studien bygger på data fra to store studier av humant papillomvirus (HPV) og livmorhalskreft. Den ene omfattet 2 200 kvinner med livmorhalskreft og like mange matchede kontrollpersoner i åtte land, den andre over 15 000 friske kvinner fra 16 prevalensstudier om HPV-forekomst i 14 land.

I motsetning til tidligere hypoteser om økt risiko ved spiralbruk fant man en beskyttende effekt av spiral mot livmorhalskreft. Det ble ikke samlet inn data om hvilke typer spiral som ble benyttet.

Kilde: Tidsskrift for Den norske Legeforening/tidsskriftet.no

Følg Sykepleien på Twitter



Både Sykepleien og Sykepleien Forskning er nå på Twitter.

På @Sykepleien1, twitrer redaksjonens journalister. På @Sforskning, er det forskningsredaktør og redaksjonssekretær som twitrer.

For å kunne følge med på Twitter, må du melde den inn på twitter.com.

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Sparker hele svangerskapet

I normalsvangerskap sparker fosteret like mye i slutten av svangerskapet, viser ny forskning fra Folkehelseinstituttet og Høgskolen i Oslo og Akershus.

Studien er en del av den internasjonale studien Femina, og omfatter nær 1 800 norske gravide kvinner som telte spark fra uke 28. i svangerskapet. En gang i døgnet registrerte de gravide hvor lang tid det tok å kjenne ti bevegelser. Studien ønsket å undersøke hvordan fosteraktivitet ser ut i normalsvangerskap basert på en telle-til-ti metode. Det innebærer at mor måler hvor lang tid det tar å telle ti spark i en periode da hun vet at barnet er våkent.

– Vår studie viser at fosteraktiviteten er uforandret frem mot fødsel og at det i gjennomsnitt tar ti minutter for mor å telle ti spark. Dette betyr at det er normalt at fosteret er like mye i aktivitet når det er våkent også mot slutten av svangerskapet, sier Brita Winje, forsker ved Folkehelseinstituttet og førsteforfatter av studien, til fhi.no.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



Flere adopterte gutter fra Kina

Det ble gjennomført 343 utenlandsadopsjoner i Norge i 2010. Det er like mange utenlandsadopsjoner som året før. For Kina har andelen gutter de siste årene økt fra noen få prosent til nær halvparten av de utenlandsadopterte. Samtidig har det vært en nedgang i totalt antall adopterte barn fra Kina.

Det var flest utenlandsadopterte barn fra Kina, Colombia og Sør-Korea, slik det har vært tidligere år. Det var like mange jenter og gutter blant de utenlandsadopterte barna. Andelen av utenlandsadopterte gutter har økt de siste årene. To tredeler av barna var under tre år.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

En Snøfugl synger ut

■ Portrettintervju med Ingvill Dalseg Snøfugl

Høyrepolitiker og jordmor Ingvill Dalseg Snøfugl har tatt imot 150 babyer i Oppdal. En tung erfaring å bringe med seg i politikken, synes hun.

Tekst Laila S. Berg Foto Privat

Ingvill Dalseg Snøfugl er gruppeleder og førstekandidat for Høyre i Oppdal.

Hun har sterke meninger. For eksempel i spørsmålet om tidlig ultralyd har hun sin egen oppfatning om hva som er viktig for de gravide. Snøfugl ønsker å gi tilbud om ultralyd i uke 12 til alle. Men hun brenner også for at Oppdal skal få en jordmor som fagansvarlig.

– Saken i dag er at vi har helse-søster som fagansvarlig. Per 1. januar fikk vi 100 prosent beredskap og følgetjeneste til St. Olavs Hospital i Trondheim. Dette er en avtale med Helseforetaket som gir krav til omlegginger i jordmortjenesten. Samarbeidet med sykehuset er jordmorfaglig, og prosedyrer og instruksjoner krever både forståelse og innsyn i faget. Det har jordmødrene, sier hun.

Nå blir hun engasjert.

– Dette må vi gjøre noe med, forsetter hun overbevisende.

Flere kommuner som har inngått avtale om beredskap med St. Olavs Hospital har fått fagansvarlig jordmor, og nabo-kommunene Støren og Sunndal hadde det fra før. Fagansvarlig jordmor og fagansvarlig helsesøster kunne dra nytte av hverandre og stå sterkt samlet i å utforme et godt helsestasjonstilbud, slik hun ser det.

Kollega Ragnhild Fjøsne har arbeidet i 27 år som jordmor, 13 av disse i

Oppdal. Hun setter stor pris på Ingvill Dalseg Snøfugl, som kollega og venn.

– Ingvill er ikke bare faglig dyktig, god på sak og på å få frem sine synspunkter. Hun har også stor omsorg for de gravide som hun møter i bygda, sier Ragnhild.

Ingvill Dalseg Snøfugl var i det første kullet som gikk ut fra HiST (Høyskolen i Sør-Trøndelag) i 2008.

– Vi var litt prøvekaniner, ler hun.

– Men vi hadde fantastisk engasjerte fagpersoner rundt oss. Det var spennende å være det første kullet på høyskolen, på godt og vondt, kvitrer hun.

Snøfugl er et navn som opprinnelig stammer fra en gammel gård i Buvika, utenfor Trondheim. Navnet er inngiftet, men når sant skal sies, det passer henne godt.

– Jeg bor i ei bygd med omtrent 7000 innbyggere, her blir du fort kjent som jordmora. Det er trivelig å møte alle gravide ute i bygda, å se alle babyer som er født, forteller hun.

Men noen ganger er det greit bare å være Ingvill som skal handle fort på Rema på vei hjem fra jobb, synes hun. Og da kan det innimellom være greit å reise til hjembyen Trondheim som ligger knappe en og en halvtimes kjøretur unna. Det er her hun har sin familie, mor, far og søster, og de gamle

vennene. Dem besøker hun gjerne. Hun liker å holde kontakten og noen ganger er det godt å være helt anonym, som hun er i Trondheim.

Ingvill flyttet til Oppdal for sju år siden. Hun fant den store kjærligheten her, og ble Snøfugl. Han var ikke til å flytte på, og sånn ble hun oppdaling.

– Det er et godt miljø her, passelig mange barn, alpint- og skimuligheter. Midt i smørøyet.

Som småbarnsmamma til to jenter på seks og snart to år er hverdagen travel og det er godt å arbeide i nærheten av hjemmet. Tidligere har hun bodd i Danmark i åtte år og arbeidet som intensivsykepleier der, før hun ble jordmor.

– En fin erfaring, og en styrke i faget, mener hun.

I Oppdal møter hun mange unge gravide.

– De drar tidlig hjem fra sykehuset, og kommunejordmores rolle må bli å ha ansvaret for barselkvinnen og det nyfødte barnet, i hvert fall den første uken i hjemmet, forteller hun, og minnes julaften i 2011.

I posten hjemme lå avisen med bilde av jordmødrene Ingvill og Ragnhild på forsiden med overskrift «En historisk fødsel, Jesus var prematur.» En uformell samtale med en journalist omkring hvordan det kan ha vært å være jomfru Maria, høygravid, ridende

Ingvill Dalseg Snøfugl

Hvor: Jordmortjenesten i Oppdal, Sør-Trøndelag.

Hvorfor: Hun ønsker en jordmor som fagansvarlig, og arbeider for å styrke jordmors rolle på helsestasjonen i forhold til svangerskap og barseltid.

på et esel da hun skulle føde i Jerusalem var årsaken til førstesiden.

– Jeg reflekterte bare over hva en lang ridetur på et esel i varmen kan gjøre med en høygravid kvinne. Revolusjonerende nyheter kanskje, sier Snøfugl med lett latter. ■

KOMMUNEJORDMOR: Ingvill Dalseg Snøfugl på helsestasjonen i Oppdal. Kommunejordmors rolle må bli å ha ansvaret for barselkvinnen og det nyfødte barnet, i hvert fall den første uken i hjemmet, mener hun.



Uenighet om tidlig ultralyd

Bioteknologinemnda går imot rutinemessig ultralyd i uke 12, fordi de mener gravide kan oppleve en forventning fra helsevesenets side. Men Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten mener det er bedre å vite tidlig om noe er galt.

Tekst Laila S. Berg

Det var Helse- og omsorgsdepartementet som inviterte til debatt på Oslo Kongressenter i midten av januar. På talererstolen var blant annet medlem av Bioteknologinemnda, Berge Solberg, nestleder i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, Geir Stene Larsen, Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen og Marit Hermansen, leder i Norsk forening for allmenmedisin, med flere.

Ønsker ikke påtrykk

Den regjeringsoppnevnte Bioteknologinemnda går enstemmig imot forslaget om at gravide kvinner skal kalles inn til rutinemessig ultralyd i uke 12 på linje med dagens tilbud i 18. uke, men de ønsker ikke et forbud.

– Vi vil ikke at gravide skal oppleve en forventning fra helsemyndighetene om å ta en slik tidlig ultralydtest som blant annet kan gi informasjon om at fosteret har Downs syndrom. Tvert imot er dette noe man bør tenke nøye over om man ønsker, sier Berge Solberg, professor i medisinsk etikk ved NTNU og medlem av Bioteknologinemnda.



GÅR IMOT: Bioteknologinemnda sier nei til ultralyd i uke 12. Foto: Colourbox

MULIG MED BLODPRØVE

Det er nå mulig å få viktig informasjon om kommende barns egenskaper gjennom en blodprøve fra mor før 12. uke av svangerskapet. Dette er en test uten risiko for barnet som har stor nøyaktighet i prøvesvaret. En slik blodprøve kan kanskje med tida sendes i posten, og fosterdiagnostikk vil da kunne gå helt utenom det etablerte og kontrollerte systemet med kvalitetssikring og veiledning knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Uten kontroll

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har gått inn for at rutinemessig ultralyd bør tilbys i uke 11–13 og 17–19. Dette for å sikre ivaretagelse av formålet med ultralyd i svangerskapet, samt å sikre faglig kvalitet av ultralydundersøkelsen.

Et lite flertall på 11 personer gikk inn for tidlig ultralyd, mens mindretallet på åtte gikk imot.

– Et viktig poeng for de som gikk for, er at det er bedre å få beskjed tidlig enn sent om at noe er galt, sier Geir Stene-Larsen, nestleder i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.

Flertallets begrunnelse er at dette i dag gjøres usystematisk og uten kontroll, og at det er bedre å sette tidlig ultralyd inn i et helhetlig strukturert offentlig tilbud.

– I dag er det forholdsvis mye som gjøres innenfor det private, og som senere føres videre til spesialhelsetjenesten. Dette har en sammenheng med at ultralyden som utføres ikke alltid holder tilstrekkelig god kvalitet, også dette koster penger, sier han.

Rådet anbefaler en videre under-



I PANELET: De politiske partiene måtte svare for hva de mente om tidlig ultralyd. Fv. Sonja Irene Sjøli (H), Geir Stene-Larsen, Nestleder Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, Laila Dávøy (Krf,)Borghild Tenden (V), Geir-Ketil Hansen (SV), Anne Marthe Blindheim, journalist Dagbladet, Kari Kjønås Kjos (FrP), Are Helseth (AP). Debattleder, politisk journalist Aslak Bonde. Foto: Laila S. Berg

Dette mente de fremmøtte politikerne

Sonja Irene Sjøli (H): Ikke alt som kan gjøres, må gjøres, mente hun. Høyre kan vanskelig akseptere tidlig ultralyd, blant annet fordi undersøkelser fra Danmark viser at 90 prosent aborterer foster med Downs.

Borghild Tenden (V): Mente at det er feil å prioritere ultralydundersøkelse i uke 12.

Laila Dávøy (Krf): Etter hvert kan man se på hele genmaterialet. Erfaring fra foreldre med foster hvor Downs er påvist, er at de får et skjema hvor de kan søke om abort. Tidlig ultralyd gir

ingen helsefordel, mente hun.

Kjersti Toppe (SP): Feil bruk av ressurser. Summen av enkelte valg gir oss et samfunn vi ikke ønsker. Distriktskvinnene er trygge i troen på egen helse, og mangler jordmødre i kommunene, som hun mente er bedre løsning.

Geir-Ketil Hansen (SV): Ingen rutinemessig kontroll eller ultralyd ved uke 12, men de som ønsker det skal få det. Han ønsket et likt tilbud til alle, og han ønsket ikke å dra sorterings-samfunnet inn i denne debatten.

Kari Kjønås Kjos (FrP): Tok avstand fra at debatten handler om sorteringssamfunnet. Snudde problematikken på hodet og mente at sen ultralyd kan øke aborttallet. Mente måten gravide blir møtt på er viktig, og at det handler om tilrettelegging og kunnskap. Lik behandling er viktig.

Are Helseth (AP): Viktig å ta vare på kvinnens ønske. 38 års regelen, mente han er en pragmatisk grense. Retten til å ta et kvalifisert og uavhengig valg bør alle kvinner ha likt, og saken har mange sider.

søkelse av hva overføringene til spesialhelsetjenesten med direkte tilknytning til tidlig ultralyd koster.

– Vi anbefaler en pilotundersøkelse som skal utrede de økonomiske og prioriteringsmessige konsekvensene før en eventuell innføring, sier Stene-Larsen, som for øvrig også er direktør i Folkehelseinstituttet.

Bekymring

Flere interesseorganisasjoner, fagfolk og politikere ytret sterke meninger under debatten.

Lars Erik Brustad, leder i Nettverk for Downs syndrom uttrykte bekymring for om utviklingen går i retning av et mindre menneskelig samfunn. Det var flere som underbygget hans argumenter, med en bekymring for hvordan mennesker utenfor A4 rammen



KRITIKK: Helse- og omsorgsministeren Anne-Grete Strøm-Erichsen måtte svare på mange kritiske spørsmål. Foto: Ellen Morland

vil bli behandlet hvis vi får et sorterings-samfunn.

– Å ikke skade er det viktigste når vi skal gjøre noe som oppleves som et

NY § 1–1. LOVENS FORMÅL

Formålet med denne loven er å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi anvendes til beste for menneskene i et samfunn der det er plass til alle. Dette skal skje med respekt for menneskeverd, menneskerettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg, basert på de etiske normer i vår kulturarv.

Nemdass synspunkter og vurderinger finner du i sin helhet her:

http://www.bion.no/filarkiv/2011/12/bioteknologiloven_evaluering_Bioteknologinemnda.pdf

behov. Et opplevd behov vil gi en legitimering og et påtrykk, mener Marit Hermansen, leder i Norsk forening for allmennmedisin. ■

150 jordmødre møtt

Jordmødre med doktorgrad innen en rekke fagfelt holdt foredrag om svangerskap og fødsel.

Tekst og foto Laila S. Berg

De i alt rundt 150 fremmøtte jordmødrene fikk med seg ny kunnskap og innsikt, det siste i faget. Det var Klinikksjef ved Ahus, Nina Schmidt som ønsket velkommen, og på gjestelisten var det kvinner fra Harstad til Kristiansand, de fleste

kom fra Oslo området. De fremmøtte fikk med seg mange spennende forelesninger samt en omvisning på Ahus sin fødeavdeling.

Temaene

Det var et stramt tidsprogram for de

om lag 14 foredragsholderne. Forskningsjordmor og postdoktor Mirjam Lukasse, som Jordmora forøvrig har skrevet om tidligere, foreleste om hvilken betydning overgrep i barndom har for svangerskap og fødsel.

Lege og seniorforsker Malin Eberhard-Gran presenterte Ahus studien – Årsaker og konsekvenser av angst for å føde. Jordmor og mastergradstudent Tone B. Simonsen snakket om angst for å føde og betydning av tidligere aborthistorier. Jordmor og doktorgradstipendiat Eli Saastad fore-



BOBLEBAD: Råflott boblebad er en fasilitet som føden på Ahus tilbyr sine fødende. – Kjekt for mor, synes Vibeke B. Kille, jordmor i Fredrikstad.



LEKRE LAKEN: – Så fine laken har nok ikke vi på fødestua vår, sier Lene Karlsrud, seksjonsleder på Fødestua i Fredrikstad.

es på Ahus

leste om «Lite liv»-observasjoner og oppfølging. Jordmor og høgskolelektor Tine Eri presenterte sin doktoravhandling om kvinners opplevelse av tidlig fase av fødsel, og det var mange flere.

– Vi fikk vist frem mye av den spennende forskningen som foregår på Ahus, og vi hadde mangedyktige eksterne forelesere, sier klinikkssjef Nina Schmidt.

Hun var svært fornøyd med årets seminar og håper å få til et fast opplegg hvert år i januar, det første var i fjor.



«Alle temaene var nyttige.»

Elham Mahjoob

Elham Mahjoob kom fra Gjøvik, hvor hun arbeider som jordmor.

– Alle temaene var nyttige. Men de som var mest interessant for meg var om overgrep i barndom og betydning for svangerskap og fødsel. Hvilken betydning fødselsangst har for fødselens varighet, og lite liv og fosterovervåkning før og under fødsel, sier hun.

Omvisning

Etter lunsj ble det invitert til en omvisning på Ahus sin flotte nye fødeavdeling, hvor det er hele 12 føderom, hvorav åtte med moderne fasiliteter. Jordmødrene fikk teste fjernkontrollen på fødestolen og se på detaljene i familierommet, med mer, guidet av fagansvarlig jordmor Winne Dragnes. ■



FØDESTOL: Fagutviklingsjordmor på Ahus, Winne Dragnes (til høyre), demonstrerer fjernkontroll til fødestol for deltakerne.

Hjelp mot fødselsuro

– Noen sier de er redde for å føde og må ha keisersnitt. Det er kvinner som er så preget av frykt, at de ikke kan tenke på stort annet, sier jordmor på OUS Rikshospitalet, Lise Gaudernack (49).

Tekst Laila S. Berg

Det vanskelig å si nøyaktig hvor mange som ber om hjelp til å føde på grunn av fødselsangst, fordi de kodes ulikt, men av 2000 fødende var det cirka 200 som ba om hjelp for sin fødselsuro på Rikshospitalet i 2006. Her er cirka 35 prosent av de som ønsker keisersnitt førstegangs-fødende. Det er et relativt høyt antall sammenliknet med andre materialer, der antallet ligger på rundt 25 prosent.

Forsker og lege Malin Eberhard-Gran er også prosjektleider for Ahus-studien som pågår. Hun viser til internasjonale populærvitenskapelige studier som tyder på at omtrent 20 prosent av alle gravide har sterk uro eller frykt for fødselen. Og mange planlagte keisersnitt gjøres i dag på indikasjon fødselsangst.

– Begrepet fødselsangst er imidlertid ikke entydig og det er viktig å finne ut mer om de bakenforliggende faktorer, sier Eberhard-Gran.

Ulike grader angst

De finske forskerne Saisto og Halmesmaki har gjort flere studier på fødselsangst. De hevder at 6 til 10 prosent av alle gravide lider av alvorlig fødselsangst som påvirker dem i dagliglivet i form av mareritt, fysiske plager og vanskeligheter med å fokusere på jobb og familie. Ofte resulterer denne angsten

i et ønske om keisersnitt. Forskerne anslår at eget ønske om keisersnitt står for mellom sju til 22 prosent av alle keisersnitt i England, Sverige og Finland.

Lise Gaudernack er jordmor på fødeavdelingen på Rikshospitalet og har samtaler med kvinner som har fødselsangst. Hun forsøker å hjelpe dem til å føde mest mulig naturlig. Gjennom samtaler med mange kvinner har hun erfart at gravide sier de søker seg hit fordi de føler at det er tryggest, fordi her finnes det ekspertise på alle områder.

– Men en mindre gruppe ber om keisersnitt av andre grunner, sier hun og utdyper dette.

De kan oppleve det som mer forutsigbart eller som en mindre påkjenning for underlivet. Mange kvinner er redd for miste kontroll, eller å føle seg avkledd, de kan også være redd for smerte. Men et ønske om keisersnitt kan også være kulturelt betinget.

Sviktet

Annengangs fødende kan også være redd for å føde.

– Ofte har det vært en svikt i hjelpeapparatet i forkant, og mangelfull eller dårlig kommunikasjon i ettertid. Dårlige fødselsopplevelser er assosiert med keisersnittønske ved neste fødsel, forteller Lise Gaudernack.

Kvinner med igangsatt fødsel, langvarig fødsel eller operative forløsninger er utsatt for dårlig opplevelse. Det samme er de som ble overlatt mye til seg selv, eller der det var mangelfull kommunikasjon med og tillit til fødselshjelperne. Spesielt hvis barnet har vært medtatt og måtte ha hjelp av barnelege etter fødselen, så har det ført til at foreldrene har blitt skremt, viser undersøkelser.

– Det er vanskelig å svare på hvem det er som har sviktet kvinnene, når de forteller at de opplever å ha blitt sviktet. Hvis de ble overlatt for mye til seg selv og ble utrygg av den grunn er det som regel jordmors ansvar. Er det operative forløsninger der de blir redder fordi personalet stresser og gir lite informasjon, kan det være både leger og jordmødre som gjør en for dårlig jobb, sier Gaudernack.

Tidlig kommunikasjon

Det vil alltid være noen glidende overganger av frykt rundt en fødsel, og det er helt normalt med spenning, men fødselen blir noen ganger gjort unødige skremmende. Vi glemmer den kommunikasjonen som er så viktig der og da, mener jordmørene.

– Vi må ikke glemme kontakten og kommunikasjonen med foreldrene hvis dramatik eller hastverk skulle oppstå



«Maken til fornøyde fødende skal man lete lenge etter.»

HJELPER: Lise Gaudernack (49) mener at dersom kvinnen lider av svært alvorlig fødselsangst kan keisersnitt være den beste løsningen. Hun hjelper kvinner med fødselsangst til å føde. Foto: Laila S. Berg

under fødselen. Hvis vi venter med å informere til etterpå kan skaden allerede ha skjedd, sier hun og gir gode råd.

Den beste hjelpen til gravide med keisersnittønske er å fange dem opp på et tidlig stadium, slik at det blir tid til å bearbeide angsten, samt å gi et individuelt tilpasset tilbud.

Gaudernack har mest kunnskap om Norge, men forteller at dette også er et kulturelt fenomen som handler om økonomi, jus, forsikringssystemer og praktiske løsninger. Det er et systemproblem som er en større del av

en forklaring enn det som ligger hos kvinnen selv.

– Forskningsreviews på litteratur fra ulike land viser at kvinnene i større grad ønsker å føde normalt, men eget ønske blir brukt som skalkeskjul for mer tvilsomme grunner til å gjøre keisersnitt. Det er lettere å skyldte på kvinnene. Jeg er ikke så redd for at det skal skje i Norge fordi vi har et godt offentlig helsevesen. Men jo vanligere det blir med keisersnitt, desto vanligere blir det også generelt, sier hun.

Og hun eksemplifiserer med land

som Chile, Kina og Brasil, som har andre sosiale forhold med mange private sykehus. En lege er ille ute dersom det skjer noe galt med mor og barn under fødselen.

– De velger keisersnitt for sikkerhets skyld på grunn av omstendighetene i landet, sier jordmoren.

Keisersnitt er ikke uproblematisk. Undersøkelser viser økt sykkelighet og dødelighet hos mødre. Kvinnene har to og en halv gang høyere dødelighet enn ved vaginal fødsel, viser verdensomspennende undersøkelser

ANBEFALTE GREP



1. Gi en oppfordring til å gå på fødselsforberedende kurs, der det er mulig å bli kjent med fasene og praktiske ting rundt fødselen, og smertelindring. Vi oppfordrer til å gi ens og entydig informasjon. Be om varsomhet på nett, og oppfordre heller til å lese bøker som er kvalitetssikret.
2. Finn ut hva uroen består av. Det kan være bekymring for å være naken, frykt for mange ukjente mennesker tilstede under fødselen eller vonde undersøkelser. Sørg for at den enkelte blir sett og finn ut hva slags individuelle behov vedkommende har. Forsøk så langt mulig å tilpasse et opplegg som passer. Lag en fødselsplan.
3. For de som har angst blir det et annet utgangspunkt. Vi anbefaler samtaleterapi og benytter oss av empatisk kommunikasjon. Kjernen er at kvinnen uforstyrret får fortelle om sin redsel, eller sin egen opplevelse av det som har skjedd som ligger til grunn for angsten. Hun forteller en sammenhengende historie. Kanskje er det første gang hun formidler den, og det kan være en terapeutisk hjelp at jordmoren kan støtte henne og hjelpe henne til å forstå sine følelser. Vi mener det er viktig å anerkjenne alt som blir fortalt. Jordmoren kan spørre henne om det er greit å kommentere og gi tilbakemelding når hun er ferdig med å snakke. Dersom angsten sitter så dypt at den ikke kan forløses er det viktig at hun får føde med keisersnitt, hvis det er det hun vil.

gjort av WHO. Også barna har større sykkelighet, og noen blir født for tidlig i forhold til det som naturlig ville vært under fødsel. For annen gangs fødende er det større fare for livmorrupstur, jo flere keisersnitt desto større risiko, viser folkehelseundersøkelser.

– Mitt inntrykk er at hvis kvinnen med keisersnittønsket kommer fra et land der det er vanlig med keisersnitt, er det vanskelig å overbevise henne om å føde. Dette kan gjelde for eksempel kvinner fra Iran og Kina, sier Lise Gaudernack.

Unge kvinner som vokser opp i vår kultur ser at keisersnitt er en mer vanlig forløsningsmetode. Dermed blir det mer alminnelig og legitimt å velge dette selv. For 20 år siden var det helt utenkelig. Det kan forklare at det er mer legitimt å ha fødselsangst i dag, forklarer jordmøren.

– Men det er viktig å få sagt at praksisen er ulik fra sykehus til sykehus i Norge, blant annet ved Haukeland gis det ikke keisersnitt uten medisinsk indikasjon, forteller hun.

Gaudernack mener det er viktig å kommunisere normaliteten i å være spent på hvordan fødselen vil bli.

– I samtalerapi snakker vi om uro, og det er normalt når man skal inn i noe som er ukjent. Da gjelder det å ta noen grep som gjør at hun ikke blir redd for å føde, sier hun.

Kanskje behøver den enkelte ekstra oppfølging i form av samtaler. Det er noen grep som kan være til hjelp for jordmødre som står ovenfor en kvinne som ikke ønsker å føde.

Best med jordmødre

Forskning viser at kvinner som er svært plaget av fødselsangst ofte utsetter seg for langvarig fødsel, avbrutt av keisersnitt uansett. De får oftere ammeproblemer, mor og barn tilknytningsproblemer og sliter oftere med barseldepresjon, viser blant annet dansk undersøkelse fra 2009.

På den andre siden, terapeuter, blant annet J.L Reynolds hevder at en ny fødsel kan ha en terapeutisk effekt på post traumatisk stress syndrom

oppstått etter en tidligere traumatisk fødsel.

Flest mulig gravide bør gå til kontroll hos jordmødre. De er de beste til å unngå sykeliggjøring av svangerskap og fødsel, og jordmødre har bedre tid til den enkelte enn legene, mener Gaudernack.

– Det er noen signaler vi skal være spesielt oppmerksom på. Dersom den gravide stadig kommer til kontroll og ikke klarer å glede seg over svangerskapet, har konsentrasjonsproblemer eller søvnproblemer og fysiske plager, og når dette preger dagliglivet, så er det bekymringsverdig, sier hun.

Også hvis svangerskapet beskrives som svært plagsomt er det grunn til tro at kvinnen behøver ekstra hjelp i form av samtaler.

– Som jordmødre bør vi finne ut hvilken form for hjelp hun behøver og eventuelt henvise henne hvis vi ikke kan gi denne hjelpen selv. Vi kan gjerne dele dem inn i tre grupper, sier Lise Gaudernack.

Ulike grupper

Den ene gruppen slår seg til ro hvis de får en samtale og en fødselsplan. Uroen slipper taket når de for eksempel selv får bestemme at fødselen skal skje rundt termin, at den ikke skal pågå over lang tid, og at de kan få epidural.

De som ikke roer seg med en fødselsplan kan få tilbud om å bli med i en «Kjent Jordmorgruppe» som består av tre jordmødre. En av dem blir garantert med under fødselen, og kvinnen og eventuelt mannen får oppfølging av jordmødrene minst to ganger før fødselen.

– I felleskap med paret utarbeider jordmødrene en fødselsplan med fokus på å sikre kvinnens trygghet. De tre jordmødrene deler ansvaret for å ha vaktberedskap tre uker rundt kvinnens termin. Beredskapen består i å være tilgjengelig på telefonen, fra en uke før opp til 12 dager etter hennes

■ FORSKER PÅ FØDSELSANGST

Ahus-studien skal finne svar på følgende:

Hva er «fødselsangst»? Og i hvilken grad er selvrappert angst for å føde knyttet til:

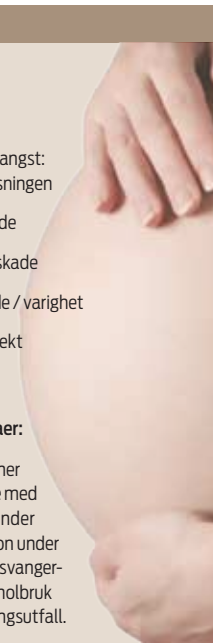
- mental helse (angst/depresjon)
- tidligere traumatiske fødselsopplevelser
- tidligere seksuelle overgrep
- sosiodemografiske forhold
- somatisk helsetilstand

Hvordan påvirker selvpoplevd fødselsangst:

- varighet av forløsningen
- forløsningsmetode
- risiko for fødselsskade
- blødningsmengde / varighet
- barnets fødselsvekt

I prosjektet vil det også være mulig å studere et flertall andre temaer:

Posttraumatisk stress etter fødselen, langtidseffekter av fødselstraumer for mor og barn, sammenhengen mellom smerte og angst i forbindelse med fødsel, faktorer relatert til legemiddelbruk (inkludert naturmidler) under svangerskap, sammenhengen mellom selvrappert søvn og depresjon under svangerskap og barseltid, hvordan ulike typer av hodepine påvirkes av svangerskap og omvendt (for eksempel menstruasjonsrelatert migrene), alkoholbruk under svangerskapet og fysisk aktivitet under svangerskap og forløsningsutfall.



termin. Dette er virkningsfullt, men krever noe idealisme fra jordmørens side, og er dårlig betalt derfor fungerer ikke dette opplegget i dag, men vi håper å få det i gang igjen, sier Gaudernack.

Gravide som er med i denne ordningen er som regel flergangsfødende og føder derfor oftest i løpet av få timer og spontant vaginalt.

– Etterpå er de oftest svært lettet, stolte og takknemlige og det er flott å kunne være med å hjelpe dem til en langt bedre fødselsopplevelse enn de hadde forventet, forteller hun.

Lønnsmessig får jordmødrene kompensasjon i form av avspasering for hver dag de har vakt for en gravid.

– De får også rikt betalt i form av takknemlighet, for maken til fornøyde

fødende skal man lete lenge etter, forteller hun.

Den tredje gruppen vil ha keisersnitt, og de får det på eget ønske, etter at jordmor og lege først har snakket grundig med dem. Det er et stort inngrep for mor og barn, og de skal ha informasjon om ulempene dette kan medføre for mor og barn før de gjennomfører det

– Men sliter kvinnen mye med angst for å føde vaginalt, kan den beste løsningen likevel være keisersnitt, sier Gaudernack.

Av disse har seks til ti prosent alvorlig angst, og to prosent har fobi.

– Noen få kvinner har så sterk angst for å føde at de unngår å bli gravid eller krever abort, selv om de egentlig ønsker seg barn. En slik



FORSKER: Lege og seniorforsker Malin Eberhard-Gran er prosjektleder for Ahus-studien, som tar for seg risikofaktorer for angst knyttet til fødsel, og hvordan angst påvirker forløsningen og barnet. Studien pågår.

tilstand kan på mange måter minne om tannlege- eller legeskrekk, som er en spesifikk fobi. Unngåelsesatferd er karakteristisk for slike tilstander som ofte kalles for tokofobi, sier Malin Eberhard-Gran. ■

Nye utgaver nå i mars



Gratis
til alle
gravide og
småbarns-
foreldre

Lurer du på hvordan du kan få bøkene eller har du tips til hvordan vi kan gjøre innholdet bedre? Da hører vi svært gjerne fra deg. Kontakt oss på babyverden@sandviks.com

Dersom du ønsker å få bøkene tilsendt, ta kontakt med: kundeservice@sandviks.com. Tlf. 51 44 00 80

Overgrep i barndommen

– en utfordring for jordmødre

Gravide og fødende som har opplevd overgrep i barndommen trenger ofte mer oppfølging av jordmødre enn andre.



Av Raija Dahlø,
høgskolelektor, Høgskolen
i Sør-Trøndelag

Det finnes ingen beskrivelse av en typisk person som har opplevd overgrep. De som blir utsatt for overgrep reagerer på hendelsen på forskjellige måter. Overgrep i barndommen betyr ikke nødvendigvis langvarige problemer senere i livet. Hvordan man reagerer på overgrepene, er avhengig av blant annet familien, nærmiljøet, personlighet og livserfaringer, og om vedkommende har fått adekvat hjelp til å bearbeide sine opplevelser (1).

Imidlertid finnes det blant mennesker med overgrepserfaringer nesten en uendelig mengde forskjellige plager og symptomer (2). Det er påvist omfattende skader på både den fysiske, psykiske og psykososiale helsen senere i livet. Overgrep i barndommen ser ut til å sette varige spor og de resulterer ofte i en dårligere mental og fysisk helse uavhengig av hvor mange år det har gått etter overgrepene (3).

Svangerskap kan innebære påkjenninger selv under de beste omstendighetene. Svangerskapet og fødselen er en periode med intense følelser for de fleste kvinner og kan karakteriseres som en livskrise som krever at man tilegner seg nye mestringsstrategier (4).

Det er spesielt tre ting som gjør seg gjeldende i svangerskapet hos kvinner med overgrepsopplevelser: avsky for kroppslige forandringer, ubehag ved å miste kontrollen over sin egen kropp og angsten for gynekologiske undersøkelser (5). Det er flere grunner til at vonde minner fra tidligere seksuelle overgrep dukker

opp i forbindelse med svangerskap og fødsel (1):

- Samme kroppsdeler og muskler er involvert ved overgrep og ved fødsel.
- Forandringer i kroppen, livsførsel og overtakelse av foreldrerollen kan fremkalle minner.
- All berøring av genitalia kan bli assosiert med overgrep.
- Både seksuelle overgrep og fødsel involverer selvspekten, tillitten i relasjoner og seksualiteten.

Minnene kommer vanligvis som fragmenterte minner som følelser, bilder eller oppførelsesmåter, som bare kan forstås ut fra overgrepshistorikk. Disse reaksjonene er veldig individuelle, men alle dokumenterte konsekvenser av overgrep i barndommen, slik som lav selvfølelse, følelse av hjelpeløshet og makteløshet, angst, følelse av å miste kontrollen og ikke å kunne stole på noen, har en negativ innvirkning på svangerskap og fødsel (1,6).

Det er flere som har kompliserte fødsler blant kvinner utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep i barndommen enn blant dem som ikke har slike opplevelser (50 % versus 75 %) og at det er en link mellom trauma, som for eksempel seksuelle overgrep i barndom, og reproduksjon (7,8).

I svangerskapet opplever disse kvinnene igjen at kroppen deres blir stilt til disposisjon for en annen person, akkurat det som hendte i forbindelse med overgrepene. Dette kan føre til at de distanserer seg fra



Av Ingebjørg Laache,
jordmor, St. Olavs hospital



HYPPIGE KONTROLLER: Gravide som har vært utsatt for overgrep i barndommen kan ha behov for flere ultralydundersøkelser og andre kontroller, enn andre gravide.

svangerskapet og for eksempel ikke kjenner at barnet sparker, eller at de prøver å kontrollere forandringen i kroppsfasongen ved å kontrollere matinntaket. Kvinnene kan også overse symptomer på komplikasjoner i svangerskapet, slik som tegn på for tidlig fødsel, tegn på infeksjon og til og med tegn på graviditet. Dette kan føre til at de ikke søker optimal obstetrisk hjelp.

Gravide og fødende med overgrepsopplevelser kan

føle ubehag ved å være ute av kontroll og å føle seg maktesløse. Vaginale/gynekologiske undersøkelser er ofte problematiske på grunn av at de befinner seg i en situasjon hvor de føler seg passiviserte og fastlåste (5). Svangerskap og spesielt fødsel oppleves ofte som trussel mot deres fysiske integritet. Fysiske obstetriske undersøkelser kan intensivere følelsen av hjelpeløshet som igjen er en risikofaktor for å utvikle depresjon

■ SAMMENDRAG

- Hensikten med studien var å kartlegge hvordan kontakten med helsevesenet og utfallet av fødselen blant gravide og fødende som hadde erfart overgrep i barndommen.
- Design: Studien var en kvantitativ retrospektiv tverrsnittstudie med utgangspunkt i en tidligere fødselsangststudie.
- Deltakere: Deltakerne var 84 norskspråklige gravide som hadde sagt ja til å delta på ultralydundersøkelse i uke 17–20 i svangerskapet og som anga å ha opplevd fysiske eller seksuelle overgrep i barndom. Alle deltakerne tilhørte nedslagsfeltet til St. Olavs Hospital i Trondheim.
- Resultater: De som deltok i studien hadde behov for mer kontakt med helsevesenet enn det som var anbefalt av helsemyndighetene. En hyppig årsak til kontakt var behov for samtaler i forbindelse med tidligere tra-

umatiske fødselsopplevelser. Smerter var den hyppigste årsaken til polikliniske undersøkelser ved sykehuset og også en av de hyppigste årsakene til innleggelse i løpet av svangerskapet. Det var flere operative forløsninger blant studiedeltakerne enn blant alle fødende på landsbasis: 32 versus 24 %. Av deltagerne med ukomplisert fødsel hadde 17 % behov for lengre liggetid ved barselavdeling enn det som var normen.

- Konklusjon: Behovet for avsatt tid i svangerskapet er større for deltakerne i denne studien enn for gravide uten overgrepserfaringer. Det var færre ukompliserte forløsninger blant studiedeltakerne enn på landsbasis. Fysiske overgrep kan ha like store konsekvenser for kontakten med helsevesenet som seksuelle overgrep. Jordmødre bør kjenne til hvordan en så traumatiserende opplevelse kan påvirke både den psykiske og fysiske helsen og betydningen for perinatalperioden.



VIL AMME: Mange mødre som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, vil amme babyen sin. Årsaken kan være at de vil være så omsorgsfulle mødre som mulig.

og for reaktivering av PTSD (posttraumatisk stresslidelse) (9).

Kvinner med overgrepsopplevelser fra barndommen har mer stress, angst og depressive symptomer i svangerskapet enn gravide uten slike opplevelser. Noen av disse gravide blir «overoppmksomme» på alle symptomer og er bekymret for at alle symptomene betyr fare og vanskeligheter. Svangerskapsomsorgen kan bli komplisert på grunn av at den gravide prøver å unngå situasjoner som kan fremkalle minner (1). Mange med overgrepshistorie opplever også sine plager og symptomer mer intenst og sterkt enn kvinner uten overgrepshistorie (10).

Svangerskapet kan bli et paradoks med begeistring over det ventede barnet på den ene siden og redsel og angst på den andre. En del kvinner med overgrepshistorie opplever likevel svangerskapet og fødselen som gledelige og lykkelige begivenheter, men fortidens traumer kan reaktiveres i overgangsperioder i livet, for eksempel når man blir foreldre (5). Svangerskapet,

fødselen og det første året etter fødselen er en viktig periode i mange kvinners liv. Tiden etter fødselen med et nyfødt barn hjemme kan oppleves som et tap av kontroll over livet og forårsake nye problemer. Psykisk stress på denne tiden kan ha langvarige konsekvenser for moren, barnet og for hele familien (11). Tilknytningsprosessen mellom moren og den nyfødte kan bli svekket på grunn av at kvinner med overgrepserfaringer er overrepresentert blant personer som får en fødselsdepresjon (5, 12). En depresjon har en negativ effekt på tilknytningsprosessen. I tillegg kan ammingen bli problematisk på grunn av hud-mot-hud kontakt og at brystene blir gjort til gjenstand for oppmerksomhet og fysisk kontakt. Ammeproblemer kan også virke negativt på tilknytningsprosessen. Imidlertid viser en studie fra USA at nybakte mødre med selvdefinerte seksuelle overgrep i barndommen ville amme barnet sitt mer enn to ganger oftere enn mødre uten overgrepserfaringer. En forklaring kan være at mødre med erfaringer fra overgrep tar foreldreskapet alvorlig og vil være så omsorgsfulle mødre som mulig (13).

I Norge er det tidligere utført få studier som beskriver kontakten mellom helsevesenet og gravide og fødende med overgrepserfaringer. For å bidra til kunnskapen på dette feltet var hensikten med denne studien å kartlegge hvordan var kontakten med helsevesenet og utfallet av fødselen blant gravide og fødende som anga å ha erfart overgrep i barndommen i nedslagsfeltet til St. Olavs Hospital.

Metode

Denne studien var en kvantitativ, retrospektiv, deskriptiv studie. Det var ingen kontrollgruppe, men for å få sammenligningsgrunnlag ble data fra Medisinsk fødselsregister, Statistisk sentralbyrå og St. Olavs Hospital benyttet.

I studien ble det benyttet sekundære data fra en tidligere studie om fødselsangst (7). Deltakere var

Tabell 1

Utdanningsnivå (N=80) og yrkesaktivitet (N=81) i studien (N=80) og blant kvinnene på landsbasis i 2002.

	Vår studie (%)	På landsbasis (%)
Grunn- eller videregående skole	45	76
Høgskole eller universitet	50	24
Annet	5	-
Yrkesaktiv	76	70
Hjemmeværende	20	30
Annet	4	-

Tabell 2

Andelen av røykende gravide i studien (N=25) sammenlignet med røykende gravide på landsbasis.

	Vår studie (%)	På landsbasis (%)
Røyking ved svangerskapets begynnelse	30	22
Røyking ved fødselen	20	15

84 gravide som fødte ved St. Olavs Hospital og som anga å ha vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep i barndommen. Alle disse gravide hadde sagt ja til å delta i en ultralydundersøkelse i 17.–19 svangerskapsuke. De fikk et spørreskjema tilsendt og leverte skjemaet i forbindelse med ultralydundersøkelsen. Det var 1452 kvinner som svarte på spørreskjemaet og det var 54 % av alle som fikk tilsendt et spørreskjema. Av disse anga 99 (7 %) å ha vært utsatt for seksuelle eller fysiske overgrep i barndommen. På grunn av mangel på data ble 15 kvinner ekskludert og dermed ble antallet av deltakere i denne studien 84.

Av disse 84 anga 35 (42 %) å ha vært utsatt for fysiske overgrep som barn, 24 (28 %) hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og 25 (30 %) hadde vært utsatt for både fysiske og psykiske overgrep. I studien var begrepene «overgrep» og «barndom» selvdefinert.

Informasjon om deltakernes svangerskap og fødsel ble samlet inn ved hjelp av et registreringsskjema som besto i alt av 34 spørsmål. Data ble hentet fra «Helsekort for gravide» og føde journaler. Til analysen av datamaterialet ble SPSS 15 benyttet.

Etiske overveielser

Den opprinnelige studien om fødselsangst ble anbefalt av Regional Etisk Komité (REK). Etter dialog med REK ble det konkludert med at det ikke var behov for en ny søknad i forhold til denne studien.

Resultat og diskusjon

Bakgrunnsvariabler

Sivilstatus, utdanning, yrkesaktivitet

I denne studien var 99 % av deltakerne gifte eller samboende og 1 % var enslig. Til sammenligning var 94 % gift eller samboere og 5 % var enslige av alle fødende i Sør-Trøndelag i 2002 (www.mfr.no). Dette vil si at det var flere gifte/samboere og færre enslige med i studien sammenlignet med alle gravide/

fødende i Sør-Trøndelag i 2002. Deltakernes utdanning og yrkesaktivitet presenteres i tabell 1. Halvparten av deltakere hadde høyere utdanning og 76 var yrkesaktive. Disse tallene er høyere sammenlignet med alle kvinner i Norge.

Tidligere helse

Tidligere helseproblem kan gi problemer også i svangerskapet og under fødselen og derfor ble det kartlagt

«Kvinner med overgrepsopplevelser har mer stress, angst og depressive symptomer.»

hvor mange av deltakerne som hadde helseproblemer som ikke hadde direkte med graviditeten å gjøre.

Ved utfylling av «Helsekortet for gravide» blir den gravide spurt om tidligere generelle helseproblemer. I denne studien hadde 63 % av deltakerne hatt eller hadde fortsatt problemer med helsen.

Røyking

Tabell 2 viser prosentandelen av de deltakere som røykte ved svangerskapets begynnelse og som fortsatt røykte ved fødselen. Tabellen viser også andelen av røykende gravide og fødende i hele landet i 2002. Data er hentet fra statistikkbanken til Medisinsk fødselsregister (www.mfr.no).

Det viste seg at 30 % av deltakerne røykte i svangerskapet. 10 % oppga å ha sluttet i løpet av svangerskapet. Det var flere røykere blant deltakerne i studien enn på landsbasis. Dette funnet er i tråd med funn fra en norsk studie fra 1998, som viser at 35 % av gravide med overgrepshistorie røykte ved første svangerskapskontroll (14).

65 % av alle røykende deltakerne røykte under

Tabell 3

Gjennomsnittlig antall svangerskapskontroller i vår studie, i studien til Backe (2002) og det anbefalte antallet i retningslinjene (NOU 1984).

	I vår studie	Landsbasis (Backe)	Anbefalt i retningslinjene
Førstegangsfødende	14 (7–31)	12,4	11
Flergangsfødende	12 (4–23)	11,7	7

Tabell 4

De viktigste årsakene til henvisning til poliklinisk undersøkelse ved St. Olavs Hospital (N=47).

Årsak til henvisning	(%)
Smerter	17
Truende fortidlig fødsel	11
Blødning	11
Preeklampsi	10
Annet	51
Totalt	100

10 sigaretter daglig mens 35 % røykte 10 eller flere sigaretter daglig.

I studien var det ingen sammenheng mellom røykere og ikke-røykere i forhold til antall svangerskapskontroller, ekstra ultralydundørsøkelser, samtaler med fødselsangstteamet eller barnets vekt. Derimot hadde ikke-røykere en normal fødsel litt oftere enn røykere, 71 % versus 64 %.

Kontakt med helsevesenet

Svangerskapskontroller

I 2002 brukte man et handlingsprogram som anbefalte et standardprogram med 11 svangerskapskontroller for friske førstegangsfødende og 7 kontroller for friske flergangsfødende (Perinatal omsorg i Norge, NOU 1984:17). Etter termindato ble det anbefalt en kontroll i svangerskapsuke 41, og deretter overtidskontroll i uke 42 ved sykehusets svangerskapspoliklinikk.

I vår studie hadde 65 % av førstegangsfødende flere enn de anbefalte 11 kontroller. Av disse hadde 54 % 12–17 kontroller og 11 % hadde 20–31 kontroller. De fleste førstegangsfødende hadde følgelig behov for flere kontroller enn det som er anbefalt i retningslinjene.

Det anbefalte kontrollantallet for flergangsfødende var 7. I denne studien hadde 89 % av flergangsfødende flere kontroller enn det som ble anbefalt i retningslinjene (NOU 1984). Dette viser at flergangsfødende hadde et betydelig større behov for kontroller enn det som er anbefalt.

Bjørn Backe gjorde en undersøkelse om svangerskapskontrollantall i Norge (15). Denne undersøkelsen ble publisert i 2002 og viser at alle førstegangsfødende hadde gjennomsnittlig 12,4 kontroller og flergangsfødende 11,7 kontroller i 2000. I vår studie hadde førstegangsfødende i gjennomsnitt 14 kontroller. Det vil si flere enn landsgjennomsnittet i 2000. Flergangsfødende i studien hadde gjennomsnittlig 12 kontroller. Tabell 3 viser det gjennomsnittlige kontrollantallet

for første- og flergangsfødende i vår studie, gjennomsnittantallet i studien til Backe (15) og det anbefalte kontrollantallet i retningslinjene (NOU 1984).

Ultralydundørsøkelser

74 % av deltakere ble henvist til ultralydundørsøkelser utenom rutineultralud i svangerskapsuke 17–20. Antallet på ekstra undersøkelser varierte fra 1 til 9, gjennomsnittet var 3 ekstra undersøkelser. Det var ingen sammenheng mellom antall ekstra ultralydundørsøkelser og noen av bakgrunnsvariablene utdanning, tidligere helse eller overgrepstype.

Konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten

56 % av deltakere hadde komplikasjoner i svangerskapet og ble henvist til spesialisthelsetjenesten. Den viktigste årsaken til henvisning var smerter. Henvisningsårsakene er fremstilt i tabell 4.

Innleggelseser

Ved alvorlige komplikasjoner i svangerskapet blir den gravide innlagt på fødeavdelingens observasjonspost. Av deltakerne i studien ble 27 % innlagt på sykehuset i løpet av svangerskapet. Til sammenligning ble 11 % av alle gravide som sognet til St. Olavs Hospital i 2002 innlagt i løpet av svangerskapet (data fra St. Olavs Hospital 2002, et tilfeldig utvalg på 84 gravide). Det var med andre ord betydelig flere gravide med overgrepserfaringer som hadde behov for innleggelse enn gravide som ikke hadde angitt overgrepserfaringer. De hyppigste årsakene til innleggelse vises i tabell 5.

Samtaler med fødselsangstteamet

Av deltakere hadde 37 % samtaler med fødselsangstteamet. Av alle fødende ved St. Olavs Hospital hadde 9 % behov for samtaler.

Det viste seg at det var flere av de som hadde opplevd fysiske overgrep som hadde kontakt med

Tabell 5

De viktigste årsakene til innleggelsene ved St. Olavs Hospital før fødselen (N=23).

Årsak til innleggelse	(%)
Preeklampsi	26
Truende for tidlig fødsel	22
Smerter	13
Blødning	4
Kombinert	9
Annet	26

Tabell 6

Årsak til kontakt med fødselsangstteamet (N=31).

Årsak til kontakt med fødselsangstteamet	%
Bearbeiding av overgrepsopplevelser	19
Tidligere traumatisk fødselsopplevelse	42
Angst og depresjon	9
Kombinert	9
Andre årsaker	21
Totalt	100

Tabell 7

Andelen av fødende med normal og operativ forløsning i vår studie og blant alle fødende på landsbasis i 2002.

	Landsbasis (%)	Vår studie (%)
Normal fødsel	76	68
Operativ forløsning	24	32
Totalt	100	100

fødselsangstteamet enn de som hadde opplevd seksuelle overgrep. Dette kan tyde på at fysiske overgrep kan representere et like stort problem i svangerskapsomsorgen som seksuelle overgrep. Det er imidlertid mer fokus på seksuelle overgrep både i forskning og i media, og dette kan føre til at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep, får generelt et hjelpetilbud før de som har blitt utsatt for fysiske overgrep. Behovet for å kontakte fødselsangstteamet er muligens ikke så stort hvis man allerede har et hjelpetilbud fra før, og man har fått bearbeidet sine opplevelser tidligere.

Det er den gravides behov som bestemmer hvor mange samtaler hun har behov for. I denne studien hadde 16 % av deltakerne én samtale, mens resten hadde 2–7 samtaler. Gjennomsnittlig antall samtaler var 1,9/kvinne. Tidspunktet når gravide kom til samtale, varierte. Noen kom tidlig i svangerskapet og noen like før fødselen. Enkelte kom allerede før de var gravide for å få informasjon og for å planlegge en eventuell graviditet og fødsel.

Seks gravide hadde kontakt med fødselsangstteamet på grunn av angst og depresjon eller av kombinerte årsaker. Depresjon i svangerskapet kan være en risikofaktor i forhold til å utvikle depresjon etter fødselen. 25–30 % av depresjoner etter fødselen starter allerede i svangerskapet (17). Det kreves en årvåkenhet hos jordmødrene for å identifisere disse gravide og eventuelt henvise til videre behandling. Tabell 6.

Fødselen

Ønske om keisersnitt

Blant de 84 som var studiedeltakere var det bare 2 % som ønsket keisersnitt i utgangspunktet. I 2003 ble 8 % av alle keisersnitt i Norge utført på grunn av et ønske fra moren, uten at det forelå en medisinsk indikasjon for keisersnitt.

Igangsetting (induksjon) av fødsel

23 % av fødslene i overgrepstudien ble satt i gang. Data fra Medisinsk fødselsregister angir at på landsbasis ble 11–12 % av alle fødslene satt i gang i 2002. Det var følgelig en betydelig større andel av induuerte fødsler i overgrepstudien enn det som er landsgjennomsnittet.

Vannavgang og preeklampsi var de viktigste årsakene til induksjon. En viktig grunn til induksjon i overgrepstudien var også smerter/sliten mor. Smerter i svangerskapet var også en viktig årsak til polikliniske undersøkelser ved sykehuset. Dette er i tråd med tidligere forskning som har vist at kvinner med overgrepserfaringer oftere lider av forskjellige smertetilstander enn kvinner uten

«Mange har behov for samtaler med fødselsangstteamet.»



VANSKELIG PROSESS: Svangerskapet kan bli en følelsesmessig opp- og nedtur, som svinger mellom glede og frykt.

Tabell 8

Andel av operative forløsninger blant deltakerne og blant alle fødende i Sør-Trøndelag 2001.

Operative forløsninger	Vår studie (%)	Sør-Trøndelag 2001 (%)
Planlagt keisersnitt	7	5
Akutt keisersnitt	14	9
Keisersnitt, uspesifisert	-	1
Vacuum- eller tangforløsning	9	11
Annet, blant annet setefødsel	2	-
Totalt	32	24

Tabell 9

Antall liggedøgn etter fødselsmåte. N=83.

Liggetid	Normal fødsel (%)	Operativ forløsning (%)
1–5 døgn	83	35
6–31 døgn	17	65
Total	100	100

overgrepserfaringer (15). Smertetilstander fører også til at den gravide blir fortere sliten, og ønsker igangsetting av fødselen.

Smertelindring

Mange gravide med overgrepserfaringer sier at de er redd for smerter i forbindelse med fødselen, men enda oftere er de redd for å miste kontrollen (5). Smertelindring kan være en måte for den fødende å oppnå større kontroll over situasjonen. Av den grunn kan man anta at fødende med overgrepserfaringer har et stort behov for smertelindring under fødselen og spesielt for epiduralbedøvelse som er den mest effektive typen for smertelindring. Derfor var det interessant å undersøke hvordan det var med smertelindring i studiegruppen.

Av deltakerne brukte 78 % smertelindring under fødselen, enten varme, lystgass, steriltvannspapler, Petidin injeksjon, akupunktur eller epiduralbedøvelse. Av alle studiedeltakerne brukte 26 % epiduralbedøvelse. Til sammenligning hadde 76 %

«Mange gravide med overgrepserfaringer sier at de er redd for smerter.»

av alle som fødte ved St. Olavs Hospital og Orkdal Sanitetsforeningens sykehus (OSS) i 2004 behov for smertelindring. 25 % brukte epiduralbedøvelse (upubliseret fagutviklingsprosjekt i 2004 ved St. Olavs Hospital og OSS). Det var følgelig ikke forskjell i bruken av smertestillende mellom fødende med overgrepserfaringer og alle fødende ved St. Olavs Hospital og OSS i 2004.

Når det gjelder bakgrunnsvariabler var det ingen sammenheng mellom bruken av smertelindring under fødselen og utdanningsnivå eller yrkesaktivitet. Derimot brukte de med tidligere helseproblemer smertelindring noe oftere enn friske fødende, 81 % versus 74 %.

Av de som hadde erfaringer med fysiske overgrep, hadde 82 % behov for smertelindring under fødselen, og av de med erfaringer av seksuelle overgrep brukte 74 % smertelindring.

Fødselstidspunktet i forhold til termin

Tidligere studier viser at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen har en større risiko til å føde for tidlig (18,19).

Termin i denne studien var definert til svangerskapslengde fra 37 uker + 0 dager til 42 uker + 2 dager. Av alle 84 deltakerne fødte 91 % til termin, 8 % hadde en prematur fødsel og 1 % gikk over termin. En av grunnene til at de aller fleste fødte til termin kan være at 23 % av fødslene ble igangsatt. Igangsetting skjedde som regel rundt terminatoen eller litt før.

8 % fødte altså før svangerskapsuke 37. Det var like mange som blant alle fødende i Sør-Trøndelag som fødte før uke 37 i 2002 (www.mfr.no). Studien var følgelig ikke i tråd med tidligere funn om hyppigere premature fødsler blant fødende med overgrepsbakgrunn, men det viste seg at 11 % av de som ble henvist til svangerskapspoliklinikken og 22 % av de som ble innlagt i svangerskapet hadde diagnosen for tidlige rier.

Fødselsmåte

Man kan tenke seg at fødende med overgrepsbakgrunn har flere problemer og komplikasjoner i forbindelse med fødselen enn andre fødende (1,7,8). Av den grunn ble fødselsmåten undersøkt i denne studien. Begrep «normal fødsel» var brukt for spontan vaginal fødsel og «kompliserte fødsler» ble definert som operative forløsninger: vakuumpang, akutt eller planlagt keisersnitt.

Tabell 7 viser hvor stor andel av fødende på landsbasis og i studien som hadde en normal fødsel og hvor mange som hadde en operativ forløsning (www.mfr.no). Tabellen viser at studiedeltakerne hadde flere operative forløsninger enn alle fødende på landsbasis.

I tabell 8 presenteres prosentandelen av forskjellige typer operative forløsninger blant alle fødende i studien og i Sør-Trøndelag i 2001 (www.mfr.no). Tabellen viser at deltakerne hadde flere både planlagte og akutte keisersnitt enn alle fødende i Sør-Trøndelag. Spesielt andelen av akutte keisersnitt var høyere.

Den hyppigste årsaken til operativ forløsning i studien var langsom fremgang. Dette skjedde ved 33 % av alle operative forløsninger. Nest hyppigste årsak var truende intrauterin asfyksi som oppstod ved 22 % av de operative forløsningene. Fødselsangst var årsaken ved 7 % av de operative forløsningene.

Det var flere av de som hadde erfaringer av seksuelle overgrep som hadde en operativ forløsning enn av de som hadde vært utsatt for fysiske overgrep. Dette var et forventet funn ut fra studien til Leeners et al (1).

Fødselens varighet

I studien var fødselen varighet i gjennomsnitt 5,5

timer og median var 5 timer. Ingen av deltakerne hadde en protraisert fødsel (her definert som en fødselsvarighet over 20 timer).

Liggetid ved barselavdeling

Den vanlige liggetiden på barselavdelingen etter fødselen i 2002 var 3–5 døgn. Blant deltakerne varierte antall liggedøgn i forbindelse med fødselen og barseltiden fra 1 til 31 døgn, 68 % hadde liggetid mellom 1–5 dag. Se tabell 9. Det viste seg at 17 % av de med normale fødsler hadde behov for en lengre liggetid enn de vanlige 3–5 døgn.

Konklusjon

Alle jordmødre kommer før eller siden i løpet av sitt yrkesliv i kontakt med gravide og fødende som har opplevd overgrep i barndommen. Studien indikerer at den anbefalte kontakthypighet med helsevesenet ikke passer til disse gravide og fødende. De trenger ofte ekstra oppfølging i løpet av svangerskapet i form av flere kontroller, flere ultralydundersøkelser og polikliniske undersøkelser og innleggelser ved sykehuset. Det er behov for at

kontakten med helsevesenet må tilpasses etter individuelle behov.

Resultatene tyder også på at mange har behov for samtaler med fødselsangstteamet i tillegg til svangerskapskontrollene. Samtalene bør være spesielt målrettet mot de problemer som gravide med overgrepserfaringer har. For å tilstrebe en normal fødsel og god fødselsopplevelse bør jordmødre være åpne for fleksible og individuelle løsninger i forbindelse med fødselen, for eksempel i forhold til smertestillende og fødestillinger.

Deltakerne i studien var en gruppe kvinner som skilte seg ut fra landsgjennomsnittet: 99 % var enten gifte eller samboende og halvparten av deltakerne hadde enten høyskole- eller universitetsutdanning. Deltakerne var følgelig ressurssterke kvinner, men selv da var det behov for ekstra oppfølging i svangerskapet. Analyse av bakgrunnsvariabler kan tyde på at de mest vanskeligstilte ikke deltok i undersøkelsen, og at ressursbehovet hos jordmødrene kan være enda større i forhold til gravide og fødende med overgrepserfaringer enn denne studien viser.

Studien indikerer også at fysiske overgrep i barndommen kan ha like store konsekvenser på svangerskap og fødsel som seksuelle overgrep.

Overgrep har også samfunnsmessige og økonomiske ulemper, blant annet i form av mange besøk i helsevesenet generelt og også i svangerskapet. Barndommens overgrepsopplevelser kan også føres videre til neste generasjon i form av uheldig start på mor-barn-tilknytning og manglende gode modeller i rollen som mor. Dette understreker viktigheten av en god omsorg og ivaretagelse under svangerskap og fødsel. Det er god samfunnsøkonomi og en god ivaretagelse av hele familien å gi støtte til gravide og fødende med overgrepserfaringer. En god støtte forutsetter at de som jobber med gravide og fødende har kunnskap om følgene av overgrepsopplevelser, og at det forskes videre på hva som bidrar til et normalt svangerskap, en ukomplisert fødsel og til en økt mestringfølelse hos moren. De ressursene man bruker til svangerskap og fødsel hos gravide og fødende med overgrepserfaringer, kommer fremtiden til gode. ■

Referanser

1. Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. Review article. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61:139–151.
2. Hobbins D. Survivors of childhood sexual abuse: implications for perinatal nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2004; 33(4):485–497.
3. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect* 2007; 31(5):517–530.
4. Thompson J. Postnatal depression. England: Community outlook 1990: 28–29.
5. Frandsen LM. At blive mor. København 2008.
6. Heritage C. Working with childhood sexual abuse survivors during pregnancy, labor, and birth. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 1998; 27(6): 671–677.
7. Heimstad R, Dahloe I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica & Gynecologica* 2006; 85: 435–440.
8. Courtois C, Riley CC. Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: Implications for care. *Birth* 1992; 19: 222–223.
9. Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG; an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 112: 197–204.
10. Hulme, PA. Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*; 24(11); 1471–1484.
11. Lang AJ, Rodgers CS, Lebeck MM. Associations between maternal childhood maltreatment and psychopathology and aggression during pregnancy and postpartum. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30(1): 17–25.
12. Benedict MI, Paine LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R. The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23(7): 659–670.
13. Prentice JC, Lu MC, Lange L, Halfon N. The Association Between Reported Childhood Sexual Abuse and Breastfeeding Initiation. *Journal of Human Lactation* 2002; 18(3): 219–226.
14. Grimstad H, Backe B, Jacobsen G, Schei B. Abuse history and health risk behaviors in pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1998; 77(9): 893–897.
15. Backe B. Svangerskapsomsorgen i Norge – mange unødvendige kontroller. *Tidsskrift for Den norske Legerforening* 2002: 1989–1992.
16. van der Hulst LAM, Bonsel GJ, Eskes M, Birnie E, van Teijlingen E, Bleker OP. Bad experience, good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2006; 27(1): 59–67.
17. Wickberg B. Psykologiska insatser under graviditet og postpartumtid – en metod för mödrhållsovården. I: Sjögren B. (red.) *Psykosocial obstetrik*. Lund: Studentlitteratur 2005.
18. Noll JG, Schulkin J, Trickett PK, Susman EJ, Breech L, Putnan FW. Differential pathways to preterm delivery for sexually abused and comparison women. *Journal of Pediatric Psychology* 2007; 32(10): 1238–1248.
19. Horan DL, Hill LD, Schulkin J. Childhood sexual abuse and preterm labor in adulthood: an endocrinological hypothesis. *Womens Health Issues* 2000; 10(1): 27–33.



«Den første fødselen opplevdes lettere fordi det gikk så fort.»

MARTE MYHRE REIGSTAD fødte på Rikshospitalet. Foto: Laila S. Berg

Mamma for andre gang

Lystgass hjalp mye første gang. Derfor opplevdes det som vondere andre gang, fordi jeg ikke kunne bruke det, sier Marte Myhre Reigstad.

Fortalt til **Laila S. Berg**

Jeg valgte Rikshospitalet også første gang fordi jeg hadde hørt om mange fornøyde pasienter her. Jeg hadde ikke fødselsangst i det hele tatt. Jeg fødte begge ganger halvt sittende eller liggende i seng, men underveis sto jeg litt i prekestol. Jordmor het Kirsten Lundebø. Det var meg, mannen min og jordmor, og en nyutdannet jordmor som jobbet som barnepleier. Første gang tok tre timer fra riene startet og til datteren min var ute, det var i 2009. Andre gang tok det to og en halv time.

Tatt vare på

Underveis i svangerskapet ble jeg ble aldri avvist ved henvendelser til helsetesenet. Jeg opplevde at jeg fikk full oppmerksomhet da jeg kom i fødsel. Jordmor var ikke opptatt med andre

ting, og jeg hadde ikke inntrykk av at det var kaotisk eller fullt på fødeavdelingen, selv om det kan ha vært det. Jeg følte meg veldig trygg og godt tatt vare på.

Den første fødselen opplevdes lettere fordi det gikk så fort, og fordi jeg ikke hadde ventet at det skulle gå så fort. Det gav meg litt ekstra giv. Jeg hadde lystgass første gang, og det hjalp mye. Derfor opplevdes det som vondere andre gang, siden jeg ikke hadde lystgass. Hvis fødselen hadde trukket ut, hadde jeg nok ønsket epiduralbedøvelse. Når det gjelder lystgass så har de sluttet med det på Rikshospitalet av arbeidsmiljøhensyn, fordi de ikke har ventilasjonssystemer som er gode nok til å holde den nede på et akseptabelt nivå i forhold til de ansatte.

Var utålmodig

Det vanskeligste med min første fødsel var ventetiden. Jeg gikk ti dager overtid før fødselen ble satt i gang. Permisjonen startet i uke 37 og da var jeg klar. Jeg var ikke engstelig, men utålmodig. Andre gang var jeg innstilt på å gå overtid, jeg var ikke så utålmodig.

Jeg slet en del med amming første gang, det har vært bedre denne gang. Men jeg var veldig motivert og begge barna har vært flinke til å spise. Jeg fikk meget god omsorg også på barselavdelingen på Rikshospitalet. Enkelt personer man møter som pasient betyr mye. Jeg benyttet meg av tilbudet om innleggelse og opplevde å få mange gode råd og godt med hvile, før jeg kom hjem til hverdagen. ■

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Lær om hiv

Bakgrunnen for boken er hva HIV- positive pasienter har fortalt om sine møter med helsevesenet. Historier og erfaringer som har gjort forfatteren sikker på at helsearbeidere har behov for mer informasjon om behandling av denne gruppen pasienter.

For å møte behovet presenterer forfatteren Åse Haugstvedt her faktakunnskap om hiv- infeksjon, og illustrerer faktakunnskapen med fortellinger fra fem hiv- positive pasienter.

Boken kommer på markedet i mai.

Hiv for helsepersonell, Universitetsforlaget

BOKOMTALE



Oppdatert utgave

Barn i magen fra A til Å har kommet i ny, oppdatert utgave. Boken tar for seg alt om svangerskapet, fødselen og tiden etterpå. Problemstillinger som hvordan partydop påvirker fosteret under en graviditet, hvordan lesbiske par kan inseminere seg selv og andre mer moderne problemstillinger, blir tatt opp på lik linje med de mer tradisjonelle utfordringene når det gjelder graviditet og svangerskap.

Siri von Krogh er jordmoren som startet BarniMagen.com. Nå har hun startet et nytt nettsted, JordmorSiri.no. Boka bygger på hennes egne erfaringer som jordmor og på stoff som leserne selv har delt med andre på nettstedene. Von Krogh har med seg en kostholdsekspert, en gynekolog, en psykolog, en ernæringsfysiolog og en barnelege til å skrive utvalgte deler av boka.

Barn i magen fra A til Å, Kagge Forlag

BOKOMTALE



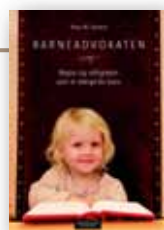
Nyttig for førstegangsfødende

Dette er siste bok i serien om Småen. Boken forteller det meste som vordende foreldre trenger å vite om barnet i magen. Forfatteren forklarer blant annet hva som skjer med fosteret i magen og med kvinnens kropp underveis i svangerskapet.

Tidligere utgivelser i serien er «Småen er syk», «Småen 0 til 2 år» og «Småen blir født». Boken er skrevet av Gro Nylander.

Småen i magen, Gyldendal

BOKOMTALE



Barns rettigheter

Advokat Thea W. Totland gir enkle og klare svar på en rekke juridiske spørsmål om barn – enten det gjelder samvær, medbestemmelse, pass, PPT, barnetrygd, barnevern eller helseopplysninger. Barneadvokaten er en oversiktlig og nyttig oppslagsbok både for foreldre og helsepersonell.

Barneadvokaten, Cappelen Damm

PÅ PREMATUREAVDELINGEN ved Rikshospitalet i Oslo den 10. juli 1968. To små babyer som er født alt for tidlige blir tatt kjærlig hånd om av sykesøstre, og vist frem til fotografen fra Aftenposten. I bildeteksten fra den gang står det:

«Født for tidlig og funnet for lett. Søster Beth (til venstre) med et barn som etter tre måneder på avdelingen veier to kilo. Til høyre viser søstre Ingebjørg fram en baby som ble født fire uker for tidlig. Barnet ligger i en Kuvøse.»





Nye muligheter med master

Den nye mastergraden i jordmorfag vil kvalifisere til opptak ved et PhD-program. Flere høyskoler planlegger masterstudie.

Tekst og foto Laila S. Berg

Eli Saastad er prosjektleder for å utvikle dagens jordmorutdanning til master ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Det arbeides nå med søknad til NOKUT (Nasjonalt Organ for Kvalitet i Utdanningen) om akkreditering av studiet. Flere studiesteder ligger i startgropa til masterstudium, og Høgskolen i Vestfold er i gang med sitt første kull fra høsten.

Akademisk kompetanse

– Vi jobber nå med å utvikle fagplanen slik at både rammeplan for jordmorutdanningen og mastergradsforskriftene blir tilfredsstillt. Parallelt med dette er vi i gang med å utvikle vår faglige kompetanse i jordmorfagets kjerneområder, sier Eli Saastad.

En master i jordmorfag gir autorisasjon som jordmor med akademisk kompetanse på masternivå som kvalifiserer til opptak ved et PhD-program. I dag blir det utdannet 40 jordmødre årlig på HiOA.

– Det skal opprettholdes når dette blir en utdanning på masternivå, sier Eli Saastad.

Hun mener det er realistisk at HiOAs første kull tidligst vil starte i 2013.

Også Bergen søker om akkreditering i mars.

– Vi synes det er interessant at Vestfold har fått godkjent sin utdanning som er basert på den nasjonale

rammeplanen, og vi legger oss på samme linje, sier dekan Kristin Ravanger ved Høgskolen i Bergen.

Fra høsten

Vestfold tilbyr studiet fra høsten 2012, og det blir landets første. De fikk sin NOKUT akkreditering i fjor og tar inn 40 studenter på to kvoter som starter i august. Det er Kvote 1, med 20 studenter på fulltidsstudium som gir 120 poeng over to år. Opptakskravene til studiet er bachelor i sykepleie eller tilsvarende.

Kvotet 2 tar opp 20 studenter som er autoriserte jordmødre utdannet etter rammeplan av 2005. Det gir 40 studiepoeng og tilbys som et deltidsstudium over tre semestre.

Flere kommer etter

Flere ønsker seg et masterstudium, men



PROSJEKTLEDER: Eli Saastad, jordmor og doktorgradsstipendiat, er prosjektleder for å utvikle dagens jordmorutdanning til master ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



Doctor of Philosophy er en akademisk tittel ved Universitetet, som kan tas etter bestått Masterstudium i jordmorfaget.

det tar gjerne litt tid.

– Jordmorutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag planlegger en master og tar sikte på å komme i gang fra høsten 2014, sier lektor i jordmorfag, Raija H. Dahlo.

I dag tar de imot 30 jordmorstudenter annet hvert år, og til høsten begynner et nytt kull.

Universitetet i Tromsø venter inntil videre, men lover å komme etter.

– Ved jordmorutdanninga har vi lenge ønsket å opprette et bachelorprogram i jordmorfag, og et toårig masterstudium i faget. Vi ønsket en femårig utdanning. Den ene utdanningsmodellen utelukker ikke nødvendigvis den andre. I England er det to modeller for jordmorutdanning, en som bygger på sykepleierutdanning og en som ikke gjør det. Men den modellen har vi dessverre ikke fått gjennomslag for i departementet, forklarer studieleder Kari Bjerck ved UiT.

Også Tromsø vurderer på sikt en toårig master. ■



DINA HOVLAND er student ved det siste jordmorstudentkullet på HIOA før masterstudiet starter til høsten.

Vil jobbe i Afrika

Dina Hovland (32) er jordmorstudent. Hun ser frem til spennende utfordringer både i Norge og utenlands.

Tekst og foto Laila S. Berg

Dina Hovland er jordmorstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus og har praksis på føde B på Ullevål. Hun var ferdig utdannet sykepleier i 2003 og har arbeidet på Haukeland, på barneavdelingen på Ullevål, og hun har vært med Leger Uten Grenser i Afrika.

– Det er fantastisk å ha praksis på Ullevål med det faglige høye nivået som det er her, og det er mange forbilder å strekke seg etter, sier hun.

Hun har jobbet for Leger Uten Grenser i ni ulike prosjekter siden 2006, og har sett hvilke enorme behov det er for jordmødre, spesielt i de afrikanske landene.

– Min motivasjon for studiet er at

det er spennende utfordringer i Norge, og det er ekstremt mange og spennende utfordringer i Afrika. Kvinner føder barn uansett om det er krig, jordskjelv eller flom, og de grunnleggende behovene for helsehjelp er alltid der. Kvinnene har en viktig rolle i familien i disse landene, men de blir glemt, sier jordmorstudenten.

Somalia er det landet som rørte henne mest, fordi det er så store helsemessige utfordringer der.

– Alt vi gjorde var fundamentalt for å redde liv. Hvis jeg tar på de globale brillene, er den største utfordringen å få flere jordmødre utdannet og trent, sier Dina.

Hun mener den største utfordringen i Norge er å skille mellom det jordmor-

faglige håndverket på den ene siden, og den teknologiske utviklingen med alle mulighetene som det innebærer. At vi må ta vare på håndverket.

– Det er en oppmuntring for alle jordmødre og studenter at studiet får en akademisk grad som gir anseelse for yrket. Utfordringen er å beholde det praktiske håndverket med den akademiske graden, sier hun.

Alle ville nok gjerne hatt en master når de er ferdig med utdanningen.

– Men jeg tenker at man må gå selv i sømmene slik at det også blir noen som ivaretar den praktiske og håndverkmessige siden ved jordmorfaget, sier Dina Hovland. ■

Jordmor fikk prestisjepris

I desember ble Ina May Gaskin (71) tildelt Right Livelhood Awards pris for sitt arbeid som jordmor i USA.

Tekst og foto Laila S. Berg

Ina May Gaskin er den første jordmor noensinne som har fått denne prisen. Den gikk til henne på grunn av det banebrytende arbeid som hun har gjort med sin fødselshjelp og fortsatt gjør for fødende kvinner, barn og jordmødre. For jordmorsenteret The Farm Midwifery Center (The Farm) i Tennessee som hun påbegynte på 70 tallet, og som i dag er et senter for fødende, og for praktisering av jordmorfaget. Hun har også grunnlagt Safe Motherhood Quilt Project.

Fødestilling

Hun er kalt verdens mest berømte jordmor og er kreditert for fremveksten og populariseringen av direkte-entry fødselshjelp. Gaskin manøveren, også kalt «alle fire», er en fødestilling for å redusere skulder dystoki. Dette er en manøver hun lærte fra en Belizean kvinne som i sin tid lærte manøveren i Guatemala.

– Jeg ønsker å forandre den måten vi betrakter en fødsel på. Vi behøver å vite at kroppen fungerer bra i sin naturlige form. Og at det spiller en rolle hvordan vi føder, sier hun.

Gaskin forklarer.

– Det spiller en rolle hvordan du går gjennom prosessen med svanger-

skap, forløsning og fødsel, for hvilken person du blir etter fødselen, sier hun.

Ina May mener relasjonen til barnet og til faren er viktig under fødselen, og at det er starten på et samspill som senere influerer hele samfunnet.

Økende keisersnittsrate

I løpet av noen tiår, fra 1970 og frem til 2005, har keisersnittsraten i USA ved fødsler økt fra fem til tretti prosent. På jordmorsenteret The Farm er det kun to prosent som føder med keisersnitt.

I Norge kan det være vanskelig å forestille seg hvorfor Ina May Gaskin har fått en pris for å lære kvinner å føde. Vi har relativt stor grad av valgfrihet her hjemme, og en kvinne som føder har krav på både jordmor, vei-

ledning og svangerskapskontroll. Men til tross for dette er tendensen også i Norge og Sverige, at stadig flere kvinner har fødselsangst eller uro og ønsker keisersnitt.

– Som tysk jordmor vil jeg understreke den situasjonen jordmødre og forløserer befinner seg i, blant annet i Tyskland og USA. I dag tyder mye på at keisersnitt er blitt en standardmåte å føde på. Det blir stadig vanskeligere for kvinner fritt å velge hvordan de vil føde. Tenk på alle konsekvenser det vil medføre hvis jordmødrene forsvinner. Det gjør det enda mer viktig at Ina May fikk prisen, sier Katharina Andersen. Hun er jordmor, kultur- og mediearbeider og for tiden bosatt i Stocholm.

Hippieverdier

Ina May startet sin virksomhet i en periode på 70-tallet i Tennessee i en tid da det ikke fantes jordmødre på landsbygda. Hun og ektemannen Steven Gaskin tilhører hippiegenerasjonen, og lever etter det som de kaller Hippy Values (hippieverdier), hvilke innebærer et ønske om å leve i pakt med naturen, være selvforsynte, å leve i fred, å ha respekt for enkeltindividet og mulikulturisme, en beskjeden bruk av teknologi, og respekt for kvinners



DET ER VIKTIG at Ina May fikk prisen, sier Katharina Andersen.



PRISVINNER: Ina May Gaskin har sett nyfødte barn smile straks de er født. – Vi kaller dem Happy-babies, sier hun. Her på Hotel Hasselbacken i Stocholm dagen etter prisutdelingen.

reproduksjonsbehov og rettigheter.

I en periode på 70 tallet reiste hun rundt i USA sammen med Stephen Gaskin, som deltok i et studieprosjekt med studenter. De bodde og levde i campingvogn, i en periode var det caravanserader med kjøretøyer. Underveis hadde studentene gjerne med seg kjærestene eller konene sine som var gravide, og de fødte i campingvognene. Slik ble Ina May rekruttert inn i jordmoryrket. Men også hennes egen vanskelige første fødsel, hvor fødselslegen insisterte på å bruke tang og medikamenter, heller det enn at hun skulle trykke barnet ut selv, inspirerte henne til å hjelpe andre kvinner til å føde på en naturlig måte.

– Det ble åpnet opp en vei for meg i et land der det ikke fantes jordmødre, og det skjedde på en slik måte at jeg kunne oppdage det beste med en fødsel. Det er det største i livet mitt, sier hun.

Senere benyttet hun moderne teknologi der det var nødvendig, men bare

litt - og mer som et krydder, forteller hun.

Gaskin har ingen formell utdanning som jordmor, men hun lærte blant annet av leger som hjalp henne i starten. En lege med rikelig erfaring fra hjemmefødsler hos Amish folket, minnes hun godt. Lite visste hun på den tiden at det strengt tatt ikke var lov å praktisere som jordmor uten utdanning, men hun hadde egentlig ikke noe valg. Når en baby ville komme, kom den. Kvinnene ville født uansett, med eller uten hennes hjelp. Det viste seg at hun hadde en medfødt gave, en evne til å roe kvinnene. Hun forløste alltid med nennsom hånd og velsignelse, og hun ble snart etterspurt. Dette var starten til The Farm Midwifery Center.

Praktiserer fortsatt

The Farm kan vise til over 2600 fødsler. De har bedre fødselsutfall, det vil si fødsler uten keisersnitt og tang, og

RIGHT LIVELIHOOD AWARD

Deles ut hvert år i den svenske Riksdagen i Stocholm. Det er som regel fire vinnere, hvorav tre hederspriser på 50 000 euro hver, og en ærespris. Prisen kalles gjerne «Den alternative Nobelprisen» og den ble etablert av svensk-tyske Jakob von Uexküll i 1980.

lavere dødelighet enn gjennomsnitt på sykehus. Gaskin selv har deltatt på minst 1200 fødsler, og hun praktiserer fortsatt som jordmor. Hun mener friske kvinner kan føde barn uten teknologiske hjelpemidler, helst utenfor sykehus, men ikke nødvendigvis. Og at alle kvinner over hele verden som ikke er friske, skal ha tilgang til å føde på sykehus.

– Jeg har sett at ignoransen mot fødende kvinner øker. Flere kvinner har traumatiske fødselsopplevelser. Jeg ønsker at dette skal stoppe. Ungarn er et av de land hvor jeg ofte hører at kvinner ikke har noe valg hvordan de skal føde. Men også land som pleide å være under Sovjetunionens dominans. Babyer blir omtrent skjøvet ut av morens kropp med legenes hender på toppen av livmoren. Hjemmefødsel gir kvinner en flukt fra den typen behandling, og det er bare en av grunnene til at det bør bygges inn i de valgene som er tilgjengelige for kvinner i alle land. Jeg hører dette fra så mange kvinner, det er derfor jeg nevnte det i talen min under seremonien i Stocholm, sier Ina May Gaskin.

Æresdoktor

Gaskin er utnevnt til «Æresdoktor» av Thames Valley University i London i 2009. Hun var president i Midwife Alliance of North America i seks år, frem til 2002, og hennes mest kjente bok «Spiritual Midwifery» finnes i de fleste bibliotek. Hun har forelest verden over, også ved medisinske skoler. ■



Fostervannsl lekkasje?

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 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

Gir råd til myndighetene

■ Portrettintervju med Lise Karin Strømme

– Vi skal bidra til at alle fødende får gode tjenester, sier Lise Karin Strømme, som gjennom sin posisjon i Fagrådet er med på å påvirke Helsedirektoratets beslutninger.

Tekst og foto Laila S. Berg

– Hva er de viktigste sakene for Fagrådet?

– Vi har sett på hvordan implementeringen av veilederen *Et trygt fødetilbud* fungerer i praksis, og har uttalt oss om retningslinjene for hjemmefødsel. Problematikken rundt inndeling i fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk er et annet viktig tema for rådet. Målet for alle som arbeider med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, også rådet, er å bidra til at tjenestene er gode og likeverdige for alle som bruker dem. Transportfølge til sykehus for gravide er et annet viktig område.

– Hva opplever du som den største utfordringen, som medlem av Fagrådet?

– En av de store utfordringene kan være å se alle konsekvenser et forslag eller en faglig vurdering kan få. Vi bor i et svært variert og langstrakt land og det som fungerer godt et sted vil ikke alltid fungere i andre deler av landet.

– Hva innebærer det å være konserntillitsvalgt i UNIO?

– Jeg arbeider mye med prosjektarbeid innenfor alle fagområdene. Det innebærer en faglig gjennomgang av for eksempel fødselsomsorg, kirurgi og kreftomsorg i sykehusene. I samhandlingsreformen er funksjonsfordelingen mellom helseforetak og kommuner noe som det jobbes mye med. Et eksempel her er at helseforetakene har overtatt det økonomiske ansvaret for følgetjenesten

og må inngå forpliktende avtaler med kommunene. De overordnede planene skal være ferdig i februar, og de endelige planene skal signeres innen første juli 2012. I tillegg kommer tillitsvalgsarbeidet, partsforholdet mellom ansatt, tillitsvalgt og arbeidsgiver. Mange av utfordringene og arbeidsoppgavene ligger også her.

– Hva er den største utfordringen for deg som medlem av styret i Helse Vest?

– Funksjonsfordeling og omstilling, kanskje spesielt i de små helseforetakene med lokalsykehuskampen og de prosessene som pågår der. Å gi et godt tilbud med de eksisterende økonomiske rammene vi har og å balansere det med forventningene i befolkningen, som ikke alltid samsvarer med det som er mulig, er en kontinuerlig utfordring.

– Hva er din hjertesak som jordmor?

– At vi skal ha et differensiert fødestilbud. Der har jeg blitt utfordret med en omstilling av fødetilbudet, der fødestuer og små fødeavdelinger har stått under sterkt press. Jeg er også særlig opptatt av at alle skal få en god kvalitet på de tjenestene de velger å bruke. Kvinnene og deres partner skal kunne velge det tilbudet som passer for dem og samtidig være trygge på at hjelpen de mottar er organisert og utført på en faglig tilfredsstillende måte uavhengig av hvor i landet de bor. ■

Lise Karin Strømme

Aktuell: Hun er valgt inn i Fagråd for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
Alder: 47 år

Yrke: Konserntillitsvalgt i UNIO (NSF), hvor hun representerer ca. 10 000 ansatte i Helse Vest. Hun har arbeidet som jordmor ved Kvinneklinikken i Bergen, og ved fødeavdelingen på Hammerfest sykehus.



«Alle skal få en god kvalitet på de tjenestene de velger å bruke.»

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



Annonser i Jordmora

Vær synlig
samtidig som du treffer
hele målgruppen

Annonsepriser:

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

