

Jordmora



TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF

Sykepleien



**Årsaker
til selvvalgt
keisersnitt**



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

ANSVARLIG REDAKTØR

Hanne Graarud Steien
Tlf. 97 08 38 68
hanne.steien@nsf.no

REDAKSJONS RÅD

Linn Holberg, Raija Dahlø, Eli Aaby,
Aaste Gjernes og Ellen Rebecca
Andersen

ANNONSER OG ABONNEMENT

Hanne Graarud Steien
Tlf. 97 08 38 68
hanne.steien@nsf.no

HJEMMESIDE

www.jordmorforbundet.no

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Sørmlands Grafiska

FORSIDEFOTO

Chris Butler/Scanpix

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. Navn på fotograf skal også være med.

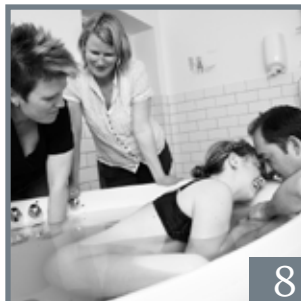
Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. E-postadresse bør også være med.

Innhold



02 - 2017

- 3 Lederen
- 4 Generalforsamling og fagkonferanse
- 5 Nyheter fra redaktøren
- 6 Smånytt
- 8 Vannfødsel – en naturlig tilnærming
- 13 3 på gangen
- 16 Tilbakeblikk
- 18 Kinesiologiteiping av gravide
- 20 Invasiv placenta
- 22 Årsaker til selvvalgt keisersnitt
- 30 Maternell tidlig varsling
- 33 På plakaten
- 34 Nytt klassifiseringsprosjekt



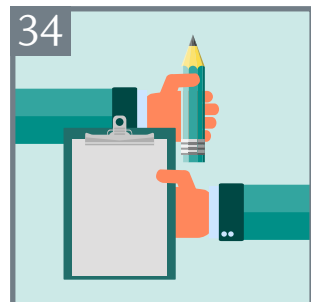
8



18



22



34



FAKTA

Hanne Schjelderup-Eriksen

Leder Jordmorforbundet NSF

Et trygt fødetilbud

Et trygt fødetilbud. Jordmorforbundet NSF politiske strategi virker. Vi har sørget for at helseforetakene må dokumentere at kvalitetskravet om en-til-en-omsorg av jordmor til fødende i aktiv fødsel følges opp. NSF's krevde dette konkrete virkemiddelet gjennom vårt innspill til regjeringens oppdragsdokument for 2017. Våre jordmødres årlige dokumentasjon av tilstanden i landets fødselsomsorg har bidratt med tilstrekkelig dokumentasjon for å sikre gjennomslaget. Anbefalingen fra 2010 om at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og gjennom hele fødselen, har tidligere ikke blitt registrert av foretakene. Gjennom regjeringens oppdragsdokument til helseregionene, gjeldende fra januar 2017, har vi sørget for at alle fødeinstitusjonene må dokumentere at kvalitetskravet etterleveres. I et brev til foretakene har vi bedt om tilbakemelding om hvordan kravet om dokumentasjon følges opp i praksis. Jordmorforbundet NSF har i møte med CSAMHealth sørget for at registrering av en-til-en-omsorg og jordmors tilstedeværelse er med i nyeste versjon av Partus og Natus. Dette gir nasjonal statistikk i Medisinsk Fødselsregister.

Jordmorforbundet NSF krever et trygt tilgjengelig fødetilbud og at følgetjenesten av fødende følges opp av foretakene. Sentraliseringen av fødetilbudet skulle gjøre fødsler tryggere. Så har ikke skjedd. Ifølge fødselslege Hilde Engjoms forskning hadde Norge allerede i 2009 færre akuttinstitusjoner som kunne håndtere komplikasjoner ved svangerskap og fødsel, enn det

beregnete behovet vi har etter WHO's modell. I 1972 fantes det 158 fødeinstitusjoner i Norge, mot kun 51 i dag. Enda flere fødeavdelinger er nå nedleggingsstruet. Antallet ikke planlagte fødsler utenfor sykehus er nå doblet de siste tretti årene. I perioden 2013–2015 ble hele 1165 norske barn født ufrivillig utenfor fødeinstitusjon (MFR). Sentralisering av fødetilbudet fører til betydelig lengre reisevei for mange av landets fødende. Dødfødsler forekommer mer enn dobbelt så ofte utenfor sykehus som på sykehus, viser forskningen til fødselslege Bjørn Gunnarsson. De regionale helseforetakene har hatt ansvaret for følgetjenesten siden 2010. Dette ansvaret kan ikke delegeres til lokale avtaler med kommunene. Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødselsomsorgen legger til grunn et behov for en døgkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste, der kvinner i fødsel har halvannen times reisevei til fødestedet eller mer. Følgetjenesten skal ha kompetanse til å håndtere eventuelle transportfødsler, og samtidig ivareta behovet for nødvendig overvåking. Direktoratet påpeker at følgetjenesten med vaktberedskap skal være jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse på fødselshjelp. Følgetjenesten er enda ikke på plass mange steder. Kun halvparten av landets kommuner har jordmor. Det er derfor urealistisk å tro at kommunale jordmorressurser kan være en systematisk beredskap ved transportfødsler, før denne er vesentlig styrket. Foretakenes sørge for- og finansieringsansvar må tydeliggjøres og følges opp slik at fødende sikres tilgang til fødselsfaglig kompetanse i følgetjenesten. ■

Du er herved invitert

Jordmorforbundets generalforsamling og fagkonferanse avholdes 21. og 22. september. Jordmorforbundet NSF fyller 50 år og dette vil vi samtidig feire med dere på Farris Bad i Larvik.

Tekst **Hanne Graarud Steien og Linn Holberg**



Foto: Mats Grimsæth

21. september 2017 avholdes generalforsamlingen som kun er åpen for medlemmer i Jordmorforbundet NSF. Mer informasjon om GF kommer etter hvert. Men fagkonferansen er åpen for alle, uavhengig av hvor man er organisert!

Fagkonferanse

På fagkonferansen legger vi opp til et flott program med gode pauser. Det blir tid til rekreasjon for å hente nye krefter. Tema for årets fagkonferanse er arbeidsglede, positivisme, jordmorfag og jordmorhåndverk. Vårt mål er at du reiser hjem med både faglig påfyll og inspirasjon, men også nye krefter til å ta fatt på jobben og hverdagen med glede.

I anledning 50-årsjubileumet skal vi feire dette med blant annet musikalske innslag under konferansemiddagen. Og vår jordmorhistorie skal fortelles gjennom underholdning. Marit Figenschoug skal gi oss et inspirerende motivasjonsforedrag. Se frem til jordmorglede, inspirasjon, motivasjon, autonomi, normalitet, håndtverk, nysgjerrighet og historien!

GynZone workshop

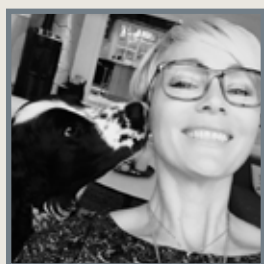
GynZone skal være utstiller på konferansen og har i den anledning bedt om å få arrangere workshops i tilknytning til vårt arrangement. Det blir derfor workshop om både vannfødsel og suturering på Farris Bad 20. september. Påmelding og betaling skal skje direkte til GynZone for de av dere som ønsker å delta her. Altså rene «kinderegget» for dere som velger å ta turen til Larvik disse dagene.

Bli med og skap fremtiden

Farris Bad i Larvik er kanskje Nordens vakreste spahotell, med utsikt mot havet. Slike omgivelser bidrar til senkede skuldre og hvilepuls. Dette skal selvfølgelig nytes med et badstu-event, så ta med badedrakt!

Vi oppfordrer medlemmer i NSF til å søke om kurs- og konferansestøtte. Du kan søke i perioden 2. mai til 1. august.

Se foreløpig program. Last ned og heng det opp på din arbeidsplass. Vi ses! ■



FAKTA

**Hanne
Graarud Steien**Jordmor
og redaktør

Det lille ekstra

Endelig er våren her! Og ja, her på bildet er min firbeinte venn med. Det er Rocky, en cocker på ett år. Han gir meg pusterom og energi til å mestre travle dager som jordmor, redaktør og instruktør. Vi trenger alle noe som gir oss glede og påfyll. Når Rocky og jeg går i skogen, kommer det opp gode ideer som jeg bringer inn i arbeidet mitt som prosjektleder i Jordmorforbundet. Hva som gir deg det lille ekstra, er det kun du som vet. Men kanskje du skal stupe inn i noen nytt, lære noe mer om deg selv? Eller bremse opp, fordi du strekker deg for høyt og langt?

Finn deg en stol i solen og ta med Jordmora, gi deg selv en liten pause i hverdagen. Og kjenn hvor godt det er å bare være, uten å gjøre.

Jordmorforbundet feirer 50 år i år. Og dette ønsker vi å markere ved å arrangere en flott fagkonferanse i forbindelse med Jordmorforbundets generalforsamling i september. Det er lokalfaggruppa i Telemark og Vestfold som har gått sammen denne gangen. Du kan lese mer om dette i denne utgaven.

Vannfødsel er ofte et tema blant jordmødre og gravide. Mange gravide ønsker seg dette, og stadig flere jordmødre tilegner seg god erfaring på dette området. I denne utgaven kan du lese om nettopp det, og bildene taler sin eget språk. Jordmor Anne Fjeldberg holder også workshop om temaet. Dette kan du få med deg 20. september i Larvik.

Norge er et av de tryggeste landene å føde i. Men likevel har en stor andel av gravide kvinner fødselsangst. Det er det ulike grunner til, men det har ført til et noe omdiskutert begrep som «keisersnitt etter mors ønske». Kan

jordmors kompetanse hjelpe disse kvinnene til å bekjempe angsten for å føde? Les mer om dette i artikkelen «Keisersnitt etter mors ønske».

Vi håper at alle har fått med seg #JordmorKan – kampanjen vår. Den skal vise bredden i jordmødres kunnskap. Ikke alle vet at jordmødre kan så mye mer enn å ta imot barn! Kampanjen er utformet som plakater og flyers med enkel og informativ tekst som vi ønsker å dele mest og bredest mulig. Gjennom deling i sosiale medier, politisk påvirkning og medlemsarbeid er målet vårt at alle, i løpet av 2017, får større forståelse for alt det #JordmorKan. Hjelp oss gjerne med å dele du også! Du kan lese mer om kampanjen på våre nettsider.

Jordmora opplever i disse dager en stor interesse for publikasjoner, og flere sender sine masteroppgaver og hovedoppgaver til oss. Tusen takk! Vi kan bare ha med én i hver utgave, og redaksjonen har denne gangen valgt en oppgave som omhandler keisersnitt. Men fortsatt å sende inn. Vi vurderer alt fortløpende. Når vi om noen år går digitalt, kan vi publisere flere artikler og de blir da søkbare slik at de når enda flere lesere. Fremtiden er spennende!

Vi i redaksjonen ønsker også et nytt medlem, så tenker du at dette kunne være noe for deg, så ta kontakt med undertegnende. Vi er et bra team som utfyller hverandre og har rom for diskusjoner og ideer. Grip sjansen og bli med!

Nå er det tid for å luften Rocky! Han er redaktørens beste venn her han ligger og varmer føttene mine. Og det er godt.

Ønsker dere alle en riktig god sommer! ■



Rettelse

I forrige utgave av Jordmora 1/2017, kunne man lese fagartikkelen «Kjære jordmor, kan du se meg?» som tok for seg kvinner med psykiske problemer som følge av seksuelt misbruk i barndommen. Artikkelen hadde to forfattere, men ved et uhell falt ett av navnene ut. Vi beklager dette og vil benytte anledningen til å informere om at artikkelforfatterne heter Eva-Johanne Meldahl, i tillegg til Ramona Marie Sandø ved fødeavdelingen ved Kristiansund sykehus.



Skader ikke fosteret

Nyfødte barn til mødre som har tatt legemiddel mot influensa har ikke økt risiko for sykdom eller medfødte misdannelser. Dette viser verdens største studie på området. Potensielle helseskader som ble undersøkt var lav fødselsvekt, tidligfødsel, lav Apgar, dødfødsel eller medfødte misdannelser. Undersøkelsen foregikk i 2008 til 2010, og ble publisert i British Medical Journal. Kilde: FHI.no

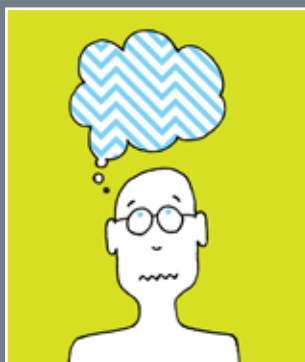


«Man kan ikke gjøre annet med fødsel og død enn å nyte mellomtiden.» *George Santayana*

Unngå grubling

Å lære seg å gruble mindre, har stor effekt for pasienter med depressive symptomer, viser ny forskning.

– Man trenger ikke å bekymre seg og gruble. Å innse dette, oppleves som en befrielse for mange, sier førsteamanuensis Roger Hagen ved Institutt for psykologi, NTNU til Forskning.no. Hagen har publisert en fagartikkel om behandlingen av depresjon ved hjelp av metakognitiv terapi (MCT). Metakognitiv terapi handler om å minske selve grubleprosessen. Pasientene i studien ble behandlet over ti uker. Etter seks måneder hadde 80 prosent blitt helt friske fra sin depresjonsdiagnose. Oppfølgingen etter ett år viste den samme tendensen. – I metakognitiv terapi er vi opp-



tatte av tankeprosessene. Pasientene tenker for mye, noe som vi i MCT kaller depressiv grubling. I stedet for å gruble, kan man møte tankene med det vi kaller frakoblet oppmerksomhet. Man kan se tankene som nettopp tanker, og ikke som en gjenspeiling av virkeligheten, forklarer Hagen.

Kilde: Forskning.no



Vansker med lite B12

Gravide som spiser lite egg og kjøtt, kan føde barn med forsinket hjerneutvikling, viser en studie utført av forskere fra Uni Research Helse i Bergen. Sammen med nepalske og amerikanske forskere har de målt vitamin-nivået hos spedbarn og fulgt dem opp fem år senere ved å teste deres sosiale og teoretiske ferdigheter. Forskerne fant forskjeller hos barna basert på hvor mye vitaminer de fikk som babyer. 5-åringer som hadde lavere nivåer av B12-vitamin enn andre barn, hadde større vansker med å løse ulike oppgaver. B12 er viktig for hjernen. Kjøtt, melk og egg er de viktigste kildene til vitamin B12.

Kilde: Forskning.no

Slutt for Klara Klok

Etter 16 år legges den anonyme helsetjenesten for ungdom – Klara Klok – ned driften. Nettstedet har besvart spørsmål om følelser, seksualitet, kropp og helse samt rus gjennom den digitale e-helsetjenesten. Fra 1. januar ble det istedenfor opprettet en nasjonal svartjeneste for ungdom på Ung.no.



Kilde: Ung.no

Nye «autismegener»

Forskere har studert arvematerialet til over 5000 mennesker i familier som på en eller annen måte er rammet av autisme. Forskerne fant 18 nye gener som kan kobles til autisme, i tillegg til de 43 genene som allerede er kjent.

– For hvert nye gen vi oppdager, kan vi forklare flere tilfeller av autisme, sier en av forskerne bak studien i en pressemelding fra Autism Speaks.



Kilde: Forskning.no

Dobling i prevensjon

Bruk av langtidsvirkende prevensjonsmiddel (p-stav) blant unge kvinner har nærmest doblet seg fra 2015 til 2016, viser ny tall fra Reseptregisteret. I fjor fikk 335 000 kvinner i alderen 15–44 år utlevert minst ett prevensjonsmiddel. Dette tilsvarer 33 prosent av kvinnene i aldersgruppen. Både andelen kvinner som bruker prevensjon og bruk av prevensjonsmidler totalt har vært stabilt de siste tre årene. Men det er særlig bruken av den langtidsvirkende p-staven som har økt sterkest, og da særlig hos de yngste kvinnene. Om lag 9000 kvinner mellom 15–19 år fikk p-stav i 2016. Det er tilnærmet en dobling fra 2015. Kilde: FHI.no



Flere over 45 år føder

Det blir stadig flere kvinner over 45 år som føder i Norge, viser tall fra Medisinsk fødselsregister, ifølge ABC nyheter. Statistikk for de siste 25 årene viser at:

- Fra 1991 til 2000 fødte 303 kvinner etter fylte 45 år. Fire av kvinnene var 50–54 år på tidspunktet for fødselen.
- Tiåret etter fødte 597 kvinner som

var 45 år eller eldre. Av disse var 16 kvinner 50–54 år og en kvinne 55 år eller mer.

- De siste fem årene med tilgjengelig statistikk (2011–2015) var det 520 kvinner som var 45 år eller mer da de fødte. 21 av dem var mellom 50–54 år gamle.

Kilde: ABC nyheter





Vannfødsel – en naturlig tilnærming

Knestående, huksittende, sideleie eller stående fødsel. Kan du det? Og hvordan er det med vannfødselkunnskapene?

Tekst **Anne Fjeldberg**, jordmor, Rikshospitalet

Vi jordmødre elsker kvinner. Barn-tunge kvinner, fødende kvinner og kvinner med nyfødte babyer. Vi følger dem gjennom svangerskap og fødsel, og er vitne til at nye verdensbor-gere kaster et første blikk på sine foreldre.

Vi er stolte når vi hjelper de fødende gjennom en normal fødsel. Men kanskje ekstra stolte om det har vært en utfordrende fødsel og vi klarte å stå i det sammen med den fødende kvinnen til barnet faktisk kom ut på normalt vis.

De naturlige fødslene – uten medikamentell smertelindring – er færre nå enn før. Derfor blir det også mye snakk om disse fødslene. Jordmødre som har vannfødsler ser flere av de naturlige fødslene. Selvfølgelig er det et poeng å ha normale fødsler. Men hva er realiteten?

Fødestillinger

Jeg var på jordmorskolen på Kjeller like før jul for å snakke om jordmors auto-nomi. Da var det faktisk ganske hyggelig å få vite at cirka 10 av 39 studenter hadde tatt imot i vann. Det var flere enn jeg hadde forventet. På spørsmål om hvor mange som hadde tatt imot babyer i kne-stående fødestilling, var det tre studenter som rakk om hånden. Studenter er alltid et speilbilde av oss jordmødre.

På Rikshospitalet, der jeg jobber, fikk jeg fagjordmor til å se på hvilke fødestillinger som er mest brukt på vår

avdeling. Resultatet viste at halvsittende i fødeseng er vanligst. Knestående var det få av. Og det vi ikke gjør, kan vi ikke. Jeg oppfordrer alle fødeavdelinger til å se på sine tall for mest brukte fødestil-linger. De vil trolig få samme resultat som Rikshospitalet. (Se tabell)

Valg av type fødsel

Vi øver på akutte tilfeller stadig vekk, og det er helt avgjørende for utfallet av akutsituasjoner. Jeg skulle ønske at vi også kunne hatt øvinger og fikk noen krav å forholde oss til som gjorde at vi mestret forskjellige varianter av normale fødsler bedre. For eksempel gir oppreiste

fødestillinger i kombinasjon med vann kortere fødsler. Når vi vet at normale fødsler gir mindre komplikasjoner, hvor-for drillles vi da ikke mer i dette? Hvis vi ikke er komfortable med knestående fødestilling, hvordan kan vi regne med at en skulderdystoci skal kunne løses ved en «roll over» etter ALSO? Altså knestående stilling, som gir best plass i bekkenet?

Hva vil skje hvis vi jordmødre ikke holder hevd på vårt fag og kunnskapen om den normale fødselen? Jeg vil ha prosedyrer på at jordmødre skal ha kvin-nene i fødeposisjon på knærne når det forventes store barn. Da unngår vi noen flere skulderdystocier i utgangspunktet.

TABELL: Fødestillinger på Rikshospitalet fra 1.1.16–25.1.17 OBS: Partus skiller ikke sideleie fra liggende. Kne-stående, krakk, huksittende, stående og vannfødsler utgjorde kun 7,8 prosent av alle vaginale fødsler i denne perioden, mens 30,5 prosent fødte i beinholdere.

	Para 0	Para 1+	Totalt	Gr.lag - alle fødsler:	2577
					%
Antall vaginale fødsler	900	1092	1992		77,30 %
Liggende	258	478	736		28,56 %
Sittende	166	256	422		16,38 %
Beinholdere	396	213	609		23,63 %
Knestående	16	41	57		2,21 %
Huk	2	5	7		0,27 %
Fødekrakk	8	3	11		0,43 %
Stående	1	10	11		0,43 %
Badekar	23	47	70		2,72 %



FRA VANN TIL VANN: Vannfødsel er en myk overgang for barnet. Foto: Kjersti Gjems Vangberg

Vannfødsel er en super og naturlig tilnærming til fødsel. Det bør være like naturlig å vurdere vannfødsel som å vurdere fødestillinger. Hva er årsakene til at jordmødre sier til meg at vannfødsel ikke tar av hos dem? Er det slik at det normale er ukomfortabelt? Ser vi en utvikling der stykker av den normale fødselen begynner å gå i glemmeboka

Foretrekker den normale

Jeg er en jordmor som står på barricadene for den normale fødsel. Jeg elsker normale fødsler. De er de beste! Jeg ser kvinner som er så stolte og kjenner triumfen i alle cellene i kroppen. Jeg ser at disse har den ultimate start på sine familieliv. Det er lettere for disse kvinnene å tre inn i foreldrerollen og å takle utfordringer med en nyfødt baby. Det er en helhet, en sum av svangerskap, fødsel og barsel som vi ikke er så flinke til å snakke

samlet om, men som alle jordmødre vet.

Den normale fødsel gir mindre inngrep i fødsel. Det er ikke så rart at flere kvinner blir traumatisert av vakuumpompe og tangforløsninger. De er mye mer røffe




«Den normale fødsel gir mindre inngrep.»

Anne Fjeldberg

for psyken enn en normal fødsel. Det er også mindre traumatisk for babyen å bli født på normalt vis enn å bli dratt ut med metallredskaper. Epidural er et bra hjelpemiddel, men ikke alltid. Og vi får en økning i vaginal operative fødsler med

epidural. Det krever mer av oss jordmødre å være fødekvinnes epidural! Det krever at fødekvinne har rett informasjon om smertelindring i fødsel. Jeg ser i dag at travelhet, prosedyrer og regler spiser seg inn på det som er normalvariabler for fødekvinne. Jeg mener også at den formidable økningen av epiduraler har en innvirkning på både fødestillinger og tilnærmingen til hver enkelt fødekvinne. Travle dager på føden gir altså flere epiduraler.

En naturlig tilnærming

Jeg hadde selv veiledere som var opptatt av den normale fødsel. En av dem hadde også hjemmefødsler på toppen av sine vakter ved sykehuset, og flere hadde hatt hjemmefødsler. Det var helt naturlig å lære seg alle fødestillinger og tilpasse til den enkelte kvinne. Å bruke tid på hver kvinne og bli kjent med hele 



FAKTA

Når og hvor kan man lære mer om vannfødsler?

- Nettverksmøte i Trondhjem NSF 26/4–7/4 2017 innlegg om vannfødsler.
- Farris bad dagen før generalforsamlingen i NSF 20/9 workshop.
- Symposium Aarhus med Gynzone 13–15. september. Vannfødsel workshop 13. september.
- Symposium København Gynzone 13.–5. november workshop se program nærmere oppdatering.
- Holde egne fagdager på ditt sykehus? Ring for tips eller ta kontakt så kan jeg komme og holde et innlegg: Anne Fjeldberg chilitopp@hotmail.com



STØTTE: Far som fødselscoach. Foto: Kjersti Gjems Vangberg

fødselsforløpet var viktig. Da lærte vi oss å lese overgangene i fødsel sammen med kvinnene og hvor mye hjelp kvinnene trengte for å komme seg gjennom en normal fødsel. Vannfødsel var en naturlig tilnærming til de kvinnene som kunne bruke vann. Lærer dagens jordmorstudenter nok om normale fødsler? Er det slik at av femti fødsler skal studentene ha en viss mengde ulike fødestillinger? Er det forskning som knytter det normale til praksis, eller er det bare patologien som styrer utdanningsinstitusjonene våre?

Jeg prøver å gi jordmødre der ute et verktøy til å holde den normale fødselen normal. Nå vet jeg at det er mange som leser dette og tenker på dem som nettopp ikke kan føde normalt. Men alle fødsler hviler altså på kunnskapen om det normale, og derfor er det viktig å begynne her for så å kunne gi alle de kvinnene som ikke kan føde normalt biter av det som er normalt.

Vann som smertelindring

Det som jeg også er forundret over, er at dette temaet skal komme opp hver gang vi diskuterer det normale. Det er heldigvis fortsatt slik at det er flest vaginale fødsler.

Vi må jobbe med både oss selv og kvinnene for å få dem gjennom en fødsel på best mulig måte for mor og barn. Det å bare få dem igjennom er ikke nok. Jeg ser mange traumatiserte kvinner etter fødsel. Kanskje vi kunne ha forbedret oss? Mange som får føde normalt etter en – for dem – traumatisk fødsel vil kunne reparere sitt traume. Gi dem mulighet til en vannfødsel. Eller bruk vann mer som smertelindring for dem som ikke kan føde under vann. Det gir fornøyde kvinner.

Hvordan bygge opp en vannfødselkompetanse i din avdeling?

1. Ekspertgruppe som deler erfaring
Erfaring oppnås gjennom trening. Opprett en fokusgruppe eller ekspertgruppe som har ansvaret for vannfødsler over minst 5 år. Tips til gruppa: Vær positive. Jordmødre generelt er nysgjerrige, og hvis dere klarer å forbli positive selv om noen ikke liker vannfødsel, vil dere få gode resultater.

2. Forskning
Evidensbasert praksis ønsker vi alle. Forskning på vannfødsel finnes på

Pubmed eller i GynZone sin e-Learningmodul eller Waterbirth-app. Det er forunderlig hvor lett det er å innføre intervensjoner og teknikk i fødselsomsorgen. Å innføre normalitet kan få uventet hard motstand.

Les et utvalg av de nyeste og største forskningsrapportene på vannfødsel. Det er viktig å kunne bevise at det dere foreslår er sikker praksis for mor og barn. Så langt er det ingen som kan bevise at vannfødsler ikke er gunstig. Gynekologer må ha god forskning for å bli overbevist, barneleger er erfaringsmessig enda mer skeptiske. Husk å holde motet oppe og ikke gi dere! Motargumenter om at vannfødsler er farlige må også bevises i forskning. Det hjelper ikke med magefølelse hos gynekologer og barneleger. Saklig skal være saklig. Husk å prøve å forholde dere positive i diskusjonen.

Hent fram forskning slik at alle lett kan få tilgang til den. Bruk de nye vannfødsel-fødestillings-bøkene. Og ha dem på alle fødestuer slik at de er lett tilgjengelige hele tiden. En fin inspirasjon for å variere fødestillinger.

Ikke glem å føre en statistikk over vannfødsler og utfallet av fødslene. Husk

å presenter tallene for kollegaer og andre som vil starte opp med vannfødsler.

3. Bruk verktøy som er enkle å forstå for alle

Kjøp inn GynZone sin e-Learning-modul til avdelingen. Her kan alle ha tilgang døgnet rundt. Det finnes filmsnutter og informasjon om alt en kan tenke seg av spørsmål. Eller last ned Waterbirth-appen selv!

4. Veldig viktig å tenke på ved kjøp av nytt basseng

Det er viktig at avdelingen anvender et gjennomtestet og et godt kvalitetsprodukt, som er utviklet til formålet og tilfredsstillende kravene i direktivet for medisinsk utstyr.

Overflaten i karet må tåle vår bruk av rensedmidler over tid. Vi ønsker at karet skal forbli hvitt og fint i mange år. Det må være enkelt for oss å vaske og demontere deler til karet og at delene

tåler decontaminator. Det er også viktig at hygiene for kvinnene som skal bruke fødebadekaret blir sikret.

Det skaper økt villighet til å bruke fødebadekaret at karet er utviklet med omtanke for personalets arbeidsmiljø. Det finnes fødebadekar som er hydrauliske og kan heves og senkes etter høyden på den enkelte jordmor, for å spare rygg, nakke og bein.

«Gi dem mulighet til en vannfødsel!»

Husk at det nå finnes fødebadekar som med letthet kan flyttes til den fødestuen der du trenger fødebadekaret.


Sørg for å teste fødebadekaret for tiden det tar å fylle bassenget med vann. Hvis en kvinne kommer til avdelingen med utsløttet mormunn, kan det være godt å

få noe smertelindring raskt. Likeledes er det viktig å sjekke tiden det tar å tappe ut vannet av bassenget hvis det formodentlig skulle være en kvinne som blir svimmel og du ønsker å tappe ut vannet slik at kvinnen ikke sklir ned i vannet.

Jeg ville ha sjekket ut dk.fjordblink.com og sammenliknet deres produkter med eventuelt andres produkter.

5. Opplæring

Husk at avdelingsledelsen også må være positive utad i møter med andre faggrupper. De må stå inne for denne avgjørelsen.

Gå med hverandre i fødsel og lær av hverandre. Fokusgruppen lærer opp de andre jordmødrene i vannfødsel. Ha en-til-en-undervisning og internundervisning for hele avdelingen. Husk å lær opp alle nyansatte jordmødre i vannfødsel. Ta alltid med statistikken om hvordan det går med antall vannfødsler når dere tar ut hvordan dere gjør det på alt 



NATURLIG: Vannfødsel gir naturlig sen avnavling. Foto: Bjørg Hexeberg



annet som: antall sectio og induksjoner og så videre.

Sett en dato for når alle i din avdeling skal ha et minimum av kunnskap om vannfødsel. Alle skal tenke på om vannfødsel er en mulighet for kvinnen som skal føde hvis hun innfrir kriteriene for vannfødsel.

Dere som jordmødre er viktige, men uten at kvinnen vil ha vannfødsel kommer dere ingen vei. Opplæring i grupper for foreldre der de får snakke med andre som selv har hatt vannfødsel, er det aller beste.

Ikke glem mannen. Han har mange ganger stor påvirkningskraft på sine kvinner.

6. Markedsføring

Dere må markedsføre tilbudet om at vannfødsel finnes. For eksempel ved innkalling til ultralydundersøkelser. PR er viktig hele tiden. Vær kreative, feire alle flotte vannfødsler, at dere har vært i gang i 1 måned, 3 måneder og så videre. Bruk lokalavisen og internett-sidene på sykehuset.

«Bruk nettsider for å holde dere oppdatert.»

Be foreldrene om bilder fra fødselen. Bilder snakker alltid. Snakk om styrke og følelser i fødsel.

7. Egne prosedyrer på vannfødsel

Se forskjellige guidelines som du kan finne på GynZone sin e-Learningmodul eller app.

Sjakk dere prosedyrer som andre sykehus har laget på vannfødsler og tilpass dem så de passer for deres sykehus.

8. Hold sammen. Vær oppdatert på vannfødsel

Lag gjerne en egen gruppe på Facebook for alle som er interesserte i vannføds-



MINDRE BLØDNINGER: Oksytocin også etter fødsel gir mindre blødninger. Foto: Kjersti Gjems Vangberg

sel. Del erfaringer med hverandre. Bruk nettsider for å holde dere oppdaterte. England er langt fremme på vannfødsler og har lang og massiv erfaring og forskning som for oss i Norge er lett å lære av. Der er det stadig samlinger for oss som driver med vannfødsler/normale fødsler: Linsey Durkin på Wolverhampton sykehus er et eksempel til etterfølgelse.

I Norge er ABC og St. Olavs Hospital i Trondheim store på vannfødsler.

Rikshospitalet i København kan en del om vannfødsler. Island er gode på vannfødsler. Anne Fjeldberg jobber på Rikshospitalet i Oslo og har drevet med UV og vannfødsler i mange år. Hun har samlet mye kompetanse på emnet: mail: chilitopp@hotmail.com

Det er på tide å begynne med vannfødsler! Ja, takk til flere normale fødsler. Jordmødre kan og vil holde normale fødsler normale. Vi er eksperter på normale fødsler. ■

1. Hvorfor er Jordmorforbundet NSF organisasjonen for deg?
2. Hvordan dokumenteres en-til-en-omsorg der du jobber?
3. Hva er det beste med å være jordmor?



Carola Karl Urvik, jordmor,
Helgelandssykehuset

1. Fordi jeg får valuta for pengene, bokstavelig talt. Jordmorforbundet er en trygg organisasjon med blant annet gode forsikringsordninger. Og de har flinke tillitsvalgte som jobber for mine lønns- og arbeidsvilkår. Men minst like viktig er god oppfølging av gravide og fødende. Her har lederen Hanne Charlotte Schjelderup vært veldig tydelig i media for sin utrettelige kamp for kvinners rettigheter i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. At kvalitetskravet om en-til-en-omsorg for kvinner i aktiv fødsel ble implementert i helseforetakene kan vi takke Jordmorforbundet for.
2. Jeg jobber på en mindre fødeavdeling der vi har gode muligheter til å innfri krav om en-til-en-prinsippet i fødselsomsorgen. Kvinnene setter stor pris på det, og føler seg trygge og ivaretatt. Vi har dessuten endret turnus slik at det blir mulig til enhver tid at den fødende får sin egen jordmor i aktiv fødsel.
3. Som jordmødre er vi så heldige å få lov til å være tilstede når livets største under skjer. Vi gir det beste vi har; omsorg og nærhet i en situasjon der fødekvinnen er på sitt mest sårbare. Dette gjør meg ydmyk og takknemlig.



Gunhild Skjærvø, jordmor,
St.Olav, Trondheim

1. Jordmorforbundet NSF er en stor og sterk organisasjon som gir tyngde og trygghet for meg som arbeidstaker. Også faglig sett har organisasjonen kjempet frem bedre vilkår i fødselsomsorgen for den fødende og jordmor.
2. En-til-en-omsorg dokumenteres i Natus' partogram/kurve. Kontinuitet av jordmors tilstedeværelse hos fødekvinnen synliggjøres her.
3. Det er fantastisk å få være med på de største øyeblikkene i livet, å få være så tett på når nytt liv blir til. Hvis jeg som jordmor bidrar til en god fødselsopplevelse, er gleden stor.



Anne Fjeldberg, jordmor,
Rikshospitalet

1. Jeg har lenge lagt merke til den grundige og fremoverlente jobbingen for jordmødre og politikken som føres for å fremme kvinnehelse fra NSF's side. NSF Jordmorforbundet er løsningsorienterte og virkelig innovative, og har kloke løsninger som politikere lytter til.
2. Vi på Rikshospitalet har diskutert hvordan vi best skal kunne dokumentere en-til-en-jordmor i aktiv fødsel. Vi har bestemt at ved tilfeller der vi, for eksempel, har samtidskonflikter skriver vi ned hendelsen og at det også skal meldes som avvik.
3. Det beste ved å være jordmor er menneskemøtene i graviditet, fødsel og barsel. Så er det jobben med å være ildsjel for å holde den normale fødsel normal. Vannfødsel er et utmerket verktøy for den normale fødsel. Jeg liker å påvirke prosesser der kvinnehelse står på dagsorden. Være med å påvirke internasjonalt samarbeid med å forbedre reproduktiv helse.

Kyleena 1«Bayer AB»1

Antikonseptivmiddel. Reseptgruppe:C

ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERIN INNLEGG 19,5 mg: Hvert intrauterin innlegg inneholder levonorgestrel 19,5 mg, polydimetylsiloksanestomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, polypropylen, kobberfalloctanin, sølv.1

Indikasjoner: Antikonseptjon i opptil 5 år.

Dosering: Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonssdag. Har effekt i opptil 5 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonssyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Insetning post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig insetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter insetting, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Fysisk undersøkelse er ikke alltid tilstrekkelig for å utelukke delvis perforasjon. Skiller seg fra andre innlegg ved sølving synlig ved utralyd og blå uttakstråder. Inneholder bariumsulfat som er synlig ved røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 5. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen, eller kvinnen ikke har regelmessige menstruasjoner, og samleie har forekommet den siste uken, er det risiko for graviditet. For å sikre kontinuerlig prevensjonseffekt skal nytt innlegg settes inn umiddelbart eller alternativt prevensjon initieres. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsett leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumorer. Nedsett nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn og ungdom: Ikke indisert for menarke. Ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt forventes å være som hos voksne. Eldre: Ikke indisert til postmenopausale kvinner. **Administrering:** Insetning anbefales utført av lege/helsepersonell med erfaring i insetting av intrauterine innlegg og/eller som har gjennomgått opplæring i innsattingsprosedyren for Kyleena. Innlegget kan klargjøres med én hånd. Steril pakning åpnes umiddelbart før insetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet/åpnet. Pasientkort fylles ut og gis til pasienten etter insetting. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/insetting.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervixitt eller vaginitt. Post partum endometritt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal uterin blødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomal, inkl. myomer som kan påvirke insetting og/eller uttak (vgs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller levertumorer.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist. Uttak bør vurderes dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykk, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen og blodglukosenivå bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Undersøkelser: Før insetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn/symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse. Cervikalutstryk utføres etter behov iht. vurdering. Graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner skal utelukkes. Genitale infeksjoner skal være ferdigbehandlet før insetting. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for insetting skal følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig insettingsteknikk. Insetning og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny levedeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter insetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. Ektopisk graviditet: Total risiko er ca. 0,2 pr. 100 kvinneår. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Før bruk bør kvinner informeres om symptomer på, og risiko for ektopisk graviditet. Ved graviditet under bruk skal mulighet for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved ubehagelige menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør nøye overveies individuelt. Effekt på menstruasjonsmønstret: Forbundet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og er ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktivitet. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk uttrykking av endometriet reduksjon i blødningsvarighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Sjeldne blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 26,4% og 22,6% (ved utgang 5. år). Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak iverksettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Infeksjoner: Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner/kobber. Selv om innlegg/innføringsystem er sterile, kan de pga. bakterieføringsevne under insetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Med Kyleena er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, og dette tilsværer raten for kobberinnlegg som er høyest i løpet av de 3 første ukene etter insetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut ifra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter insetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt/bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. Utstøting: Insidensen er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner/kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøting kan omfatte blødninger/smerter. Delvis/fullstendig utstøting kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningsmengden, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er blitt utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon: Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan skje, særlig under insetting, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer ved insetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under/etter insetting, bør passende tiltak umiddelbart iverksettes for å utelukke perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Ved perforasjon må innlegg tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amning ved insetting og insetting <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. Uttakstråder: Dersom trådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøting og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er blitt utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, bør mulig utstøting/perforasjon vurderes. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Cyster/forstørrede follikler på eggstokkene: Pga. lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocytter og follikkelatresi hos fertile kvinner. Iblandte forsinkede follikkelatresier, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene. Cyster på eggstokkene, inkl. hemoragiske cyster og cyster med ruptur, er rapportert. De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåkning med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Forskrivningsinformasjon for samtidig brukte legemidler skal konsulteres. Legemidler som inducerer mikrosomale enzymer kan gi økt clearance av levonorgestrel. Innvirkning på prevensjonseffekten er ukjent, men er sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. Samtidig bruk med hiv-/HVC-proteasehemmere og ikke-nukleosidiske revers transkriptasehemmere kan gi økte/ reduserte plasmakonsentrasjoner av progestiner. Sterke og moderate CYP3A4-hemmere reduserer clearance av levonorgestrel og kan øke plasmakonsentrasjonen av progestin.

Graviditet, amning og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, da risiko for spontanabort og prematur fødsel kan øke. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditet må rapporteres, f.eks. krampeklignende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig virilisierende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amning: Vanligvis sees ingen skadelige effekter på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Morsmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestreldeosn går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. 71,2% av de som ønsket det ble gravide ≤ 12 måneder etter uttak.

Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt/ redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, sjeldne blødninger og amenoré, cyster på eggstokkene, vulvovaginitis. Neurologiske: Hodepine. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopeci. Kjønnsganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystmerter/ubehag, utstøting av innlegg (helt/delvis), utløp fra skjeden. Neurologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Hud: Hirsutisme. Sjeldne ($\geq 1/10\ 000$ til $< 1/1000$): Kjønnsganer/bryst: Perforasjon av uterus (ved amning ved insetting og insetting <36 uker etter fødsel er frekvensen mindre vanlig). Følgende er sett ved insetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved insetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria, angioødem, samt tilfeller av sepsis er sett ved bruk av andre intrauterine innlegg. Ved graviditet under bruk øker risiko for ektopisk graviditet.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Frigjør levonorgestrel lokalt i livmoren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 5 år er 9 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progesterogreseptorer. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er sett i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,2% 1. år, kumulativ risiko ca. 1,4% etter 5 år. Absorpsjon: Cmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig Vd: Ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmaclearance ca. 1 ml/minutt/kg. Metabolisme: I stor grad. Viktigste metabolismevei er reduksjon, etterfulgt av konjugasjon. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

Andre opplysninger: Levonorgestrel kan utgjøre en risiko for akvatisk miljø. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. MR-skanning: Skanning etter insetting er sikkert når følgende er oppfylt: Statisk magnetfelt på ≤ 3 Tesla, felt ut fra romgradient ≤ 36000 Gauss/cm, maks. gjennomsnittlig spesifikk absorpsjonsrate (SAR) for helkropp er 4 W/kg i «First Level Controlled»-modus ved 15 minutters kontinuerlig skanning. 15 minutters skanning med tilsv. livmorinnlegg på temperaturøkning $\leq 1,8^\circ\text{C}$ ved maks. gjennomsnittlig SAR for helkropp på 2,9 W/kg ved 3 Tesla ved bruk av en sender/mottaker-spole på kroppen. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i samme område/i nærheten av innlegget.

Refusjon: Ingen generell refusjon.

Pakninger og priser: 1 stk. 1391,30 kr.



JEG ØNSKER PREVENSJON SOM JEG IKKE TRENGER Å HUSKE Å TA HVER DAG¹

NYHETEN KYLEENA™ – ET FEMÅRIG LAVDOSEALTERNATIV**

0,29 EN LAV DAGLIG
HORMON-DOSE

Pearl indeks, 5 år* i 5 år med hormonspiral²

LITEN T-FORM
MED EN TYNN
INNFØRINGSHYLSE³



Indikasjon. Antikonsepsjon i opptil 5 år.

Bivirkninger: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Smarter i abdomen/øvre genitalier. Akne/seboré. Blødningsforstyrrelser, inkl. økt/reduert menstruasjonsblødning, sporblødninger, sjeldne blødninger og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginit. Hodepine. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Kvalme. Alopeci. Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmarter/ubehag, utstøting av innlegg (helt/delvis), utflod fra skjeden. Migrene. Nedstemthet/depresjon.

* Pearl indeks, 5 år: 0,29 (95 % CI 0,16–0,51).

** Lav dose i forhold til andre gestagene prevensjonsmetoder i Norge, Felleskatalogen ATC G03 A



1 Hooper D. Attitudes, Awareness, Compliance and Preferences among Hormonal Contraception Users. Clin Drug Investig 2010; 30 (11): 749-763 1173-2563/10/0011-0749.
2 Kyleena™ Preparatomtale 07.11.2016 avsnitt 5.2 3 Nelson A, Apter D, Hauck B. et al. Two Low-Dose Levonorgestrel Intrauterine Contraceptive Systems. Obstet Gynecol 2013;122:1205–1213

Før forskrivning av Kyleena™, venniig se fullstendig preparatomtale for kontraindikasjoner, administrering og forsiktighetsregler.

NYHET
 **Kyleena™**
LEVONORGESTREL





DANSER MED STORKER: Nybakte danske jordmødre anno 1961 feirer at de er ferdig med studiene ved å danse rundt «Storkespringvannet» – en kjent fontene på Amagertorv i København. Storkespringvannet ble innviet i 1894, og siden 1950 har nyutdannede jordmødre hatt som tradisjon å danse rundt fontenen. I årevis skal det ha versert en historie om at fuglene på fontenen ikke er storker, men hegrer. Dette skal ha blitt avkreftet av en ornitolog. For spesielt interesserte kan det opplyses om at fontenen er modellert av billedhuggeren Vilhelm Bissen etter tegninger av professor og maler Edvard Petersen. Senere er den støpt i bronse av Lauritz Rasmussen. Foto: Scanpix Denmark/Kurt Nielsen. Kilde: Visitcopenhagen.dk/Wikipedia.no



Kinesiologiteiping av gravide

Hva kan gravide teipes for i hverdagen? Mye! Kinesiologiteiping kan brukes mot blant annet ryggmerter, bekkenmerter og karpaltunellplager.

Tekst **Marina Bertilsson**, privatpraktiserende jordmor

Jeg forstuet foten min kraftig og fikk den tapet med kinesiologitape av en fysioterapeut jeg kjente. Effekten var så fantastisk at jeg ville lære meg å teipe selv. Jeg fant så en utdanning i kinesiologiteiping ved Bergqvist Massage & Friskvård. Jeg teipet skader og ømme punkter på venner, bekjente og ukjente med veldig god effekt i mange år. En dag tenkte jeg at det også bør være mulig å hjelpe gravide med teiping. Dette var svært uvanlig i Sverige. Jeg leste meg opp på forskningslitteratur og fant artikler, først og fremst fra USA, om gravide som ble teipet mot smerter i forbindelse med bekkenløsning. Artiklene handlet om teiping av mastitt, karpaltunnelproblematikk og diastaseproblemer.

Uventet god effekt

Med min erfaring av teiping av ikke-gravide, spurte jeg en tidligere kollega som er jordmor, om jeg fikk teipe henne gratis. Hun ventet tvillinger. Hun kunne evaluere virkning både som jordmor og som gravid. Jeg brukte ulike teip og teipet på forskjellige måter. Hun ga feedback på de ulike teipene samt hvordan de ulike teipemetodene hadde hjulpet. Jeg hadde gått et grunnkurs i massasje og gikk da et fortsettelseskurs innen fysioterapi ved Bergqvist Massage & Friskvård. Jeg ga henne derfor massasje av nakke og rygg et par ganger. Effekten

av teipen var uventet god. Hun opplyste at teipen virkelig føltes som støttende for magen. De dagene hun var uten teip, følte hun stor forskjell og savnet den støtten den ga.

«Teipen brukes hovedsakelig for å øke sirkulasjonen, avlaste muskelfester samt gi støtte.»



JORDMOR: Marina Bertilsson, privatpraktiserende jordmor. Foto: Privat

Elastisk og skånsom

Kinesiologitaping – både teknikken og produktet – ble utviklet av japaneren Dr. Kenzo Kase i 1973. Kase fant ut at vanlige teipinger – med stum sportsteip – begrenset leddenes bevegelse og sirkulasjon og ikke ga fascien støtte. Istedenfor bremset den opp healingsprosessen. Han tenkte at det innenfor dette området måtte være mulig å forbedre både hvordan man teiper og hvilket produkt man bruker. Kinesiologiteip fikk sitt verdensomspennende gjennombrudd under OL i Seoul i 1998 ved å være synlig på kjente sportsutøvere.

Kinesiologitape er elastisk. Den kan strekkes opptil 60 prosent av sin opprinnelige lengde og inneholder ikke latex. Teipen brukes hovedsakelig for å øke sirkulasjonen, avlaste muskelfester samt gi støtte til ledd og ligamenter. Til forskjellen fra «vanlig» sportsteip/coachteip, der leddet teipes for å bli stabil og samtidig stivt, er kinesiologiteip ment å gi støtte samtidig som den tillater full bevegelse. Funksjonen til teipen reduserer også hevelse og betennelse.

Virksom 24/7

Kinesiologiteipen kan sitte på i 5–6 dager før den må byttes ut. Teipen er virksom døgnet rundt, så lenge den sitter på og har et bredt bruksområde. Avhengig av hvordan man teiper



STØTTE OG AVLASTNING: Kinesiologiteiping som gir støtte og avlastning for mage og korsrygg.
Foto: Martina Bertilsson



KORSETTEFFEKT: Teiping med belte og korsett-effekt som gir støtte og avlastning for korsryggen.
Foto: Martina Bertilsson

påvirker den kroppen på ulike måter. Kinesiologitape kan brukes til smertelindring, minske hevelse, gi stabilitet, forbedre muskelfunksjoner, gi avslap-

«Den eneste bivirkningen kan være at man reagerer på den skånsomme bomullsteipen.»

ping av muskler, minske belastning på muskelsener og muskelfester.

I fjor høst, under videreutdanning som velværemassør, teipet jeg en eliteidrettskvinne med diastaseproblemer og effekten var god.

Mange bruksområder

Hva kan gravide teipes for i hverdagen? Nesten alt er svaret. Kinesiologiteiping kan brukes mot ryggsmarter, bekken-smarter, karpaltunellplager, hovne ben, problemer med knær og nakke-/skuld-smarter.

Den eneste bivirkningen kan være at man reagerer på den skånsomme bomullsteipen. Det finnes en annen

type som har noe dårligere hefting/klebrighet, men som er enda mer skånsom, eller så kan man vente lengre mellom hver teiping.

På oppfordring fra flere kanter, planlegger jeg nå et todagers kurs i teiping for jordmødre, fysioterapeuter og massører.

Dessverre er det slik at det er få gravide som er villige til å betale for massasje, teiping eller private kontroller/samtaler i den lille byen hvor jeg bor. Men dersom jeg sprer den gode effekten av kinesiologiteiping av gravide, forbedringen ved mastitt og diastase ved hjelp av teipingen, har jeg likevel lykket med noe, og føler at jeg jobber for kvinner i svangerskapet og etter fødselen. ■



Diagnose: Invasiv placenta

Invasiv placenta er en sjelden, men alvorlig obstetrisk tilstand. Det er en risikofaktor for alvorlig postpartum blødning, maternell sykkelighet og død.

Tekst **Jette Stær-Jensen**, overlege PhD, Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus

Invasiv placenta er en fellesbetegnelse for en unormal implantasjon av placenta hvor trophoblastvev invaderer myometriet i stedet for decidua. Placenta fester derved inn i selve livmorveggen og avhengig av graden av innvekst, beskrives placenta som accreta, increta eller percreta. Ved placenta accreta hefter placenta seg til myometriet fremfor å være begrenset av decidua. Ved increta invaderer placenta myometriet. Mens placenta percreta er den dypeste invasjon gjennom uterinveggen (myometriet) med eventuell innvekst i naboorganer.

Årsaken til invasiv placenta er at decidua-dannelsen i området for implantasjon er defekt, men at selve

«Ultral lyd gjør det mulig å vurdere placentas plassering og implantasjon.»

patogenesisen bak dette ikke er sikker. Den mest fremtredende teorien er at arrvev eller uterine misdannelse er årsak til defekt i deciduadannelse, og

dermed fester placenta seg direkte til myometriet. Dette støttes av at den største risikofaktor for invasiv placenta er tidligere operasjon på uterus, med sectio som hyppigste inngrep (1). Andre risikofaktorer er placenta previa, tidligere revisio, multipara og høy alder hos mor. Klinisk og diagnostisk har de forskjellige grader av invasiv placenta mange likhetstrekk, hvilket gjør at invasiv placenta ofte brukes som en fellesbenevnelse.

Forekomst

Forekomsten av invasiv placenta har økt over tid. På 1930-tallet var det svært sjeldent med en forekomst på 1:30 000, mens den i 1980 var økt til 1:2500. Tall fra 2005–2010 viser en forekomst så høy som 1:533 dersom man tar med dem som sitter delvis fast (2). Den betydelige økning i forekomst har blitt tilskrevet den økende sectio-frekvens, som resulterer i arr på uterus og dermed økt risiko for placenta previa med patologisk implantasjon.

Av invasiv placenta er det placenta accreta – den minst invasive av de tre typene – som er den hyppigst forekommende. Men uansett type har studier vist en betydelig sykkelighet på opptil 60 prosent, og død opp til 7 prosent, økende for grad av invasjon (3).

Kunnskap om dette er derfor viktig.

Diagnostisering

Ideelt sett diagnostiseres invasiv placenta tidlig i svangerskapet, om mulig allerede i 1. trimester, slik at forløsningen kan planlegges til rett tid og sted. Ultralyd gjør det mulig å vurdere placentas plassering og implantasjon. Dette kan gjøres på ultralydscreening i uke 18, som de fleste gravide kvinner i Norge møter til. Her er det viktig å være oppmerksom på kvinnens gynekologisk-obstetriske historie og placentas plassering, da tidligere sectio (eller annen uteruskirurgi) kombinert med placenta previa er de største risikofaktorene. Ultralydfunn som peker mot invasiv placenta er:

- Tap eller progressiv fortynning av retroplacentære gråsoner
- Multiple placenta lancuner («Swiss cheese»-utseende)
- Tynt uterine serosa – blærevegg complex (percreta)
- Vev utenfor uterine serosa (percreta)
- Doppler brukes som supplement til diagnostisering av invasiv kardanelse.

Også MR kan brukes i diagnostisering, selv om ultralyd i dag er førstevalg. Dog brukes MR ofte til kartlegging av kar-anatomi i forbindelse med forberedelse av forløsning.



NORMAL: Spontan forløst placenta. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Livstruende

Klinisk kan invasiv placenta manifestere seg ved vaginal blødning grunnet previa eller hematuri ved blæreinvasjon. Også magesmerter grunnet blødning ut i buken eller tarmsymptomer eventuelt med melena kan forekomme.

Som nevnt er tidlig diagnostisering av invasiv placenta viktig. Ikke bare for å planlegge forløsning til rett sted og tid, men også for å kunne informere kvinnen grundig. Siden dette kan være en livstruende tilstand, må kvinnen være grundig informert om risikoen ved å fullføre svangerskapet, risiko for stor blødning, transfusjonsbehov, eventuelt hysterectomi og andre alvorlige komplikasjoner. Dersom svangerskapet ønskes fullført, følges kvinnen med regelmessige kontroller. Dessuten må eventuell jernmangelanemi korrigeres og, antenatal corticosteroid vurderes ved risiko for prematur fødsel. Forløsning bør foregå ved tverrfaglig samarbeid mellom gynekologer, urolo-

ger, intervensjonsradiologer, karkirurger, anestesileger og barneleger. Sectio gjøres under beredskap for betydelig blødning og placentas lokalisasjon må være kjent, så incisjon kan gjøres utenom denne (4). Dersom placenta har fokalt feste eller mot fundus uten invasjon i naboorganer, er det mulig å gjøre sectio og fjerne den del av uterinveggen hvor invasjonen er, fremfor hysterectomi.

Risikofaktorer

Men hva om invasiv placenta ikke er diagnostisert prepartum? Oftest oppdages invasiv placenta peroperativt ved sectio eller ved fastsittende placenta etter vaginal fødsel. Det kan være svært alvorlig med betydelig blødning, og kan ofte resultere i hysterectomi og andre komplikasjoner. I enkelte tilfeller ser man fastsittende placenta uten ledsagende blødning. I så fall kan placenta bli værende i uterus, unødig manipulering må unngås og pasient følges med tanke på infeksjon og blødning.

Placenta vil da reabsorberes over tid.

En del tilfeller av invasiv placenta vil ikke være så alvorlige som beskrevet over. Dog er det viktig å være oppmerksomme på diagnosen – og huske på risikofaktorer, slik at diagnosen kan stilles. Invasiv placenta er fortsatt i dag en tilstand hvor unge, friske kvinner har høy morbiditet og i verste fall kan dø. Det må vi gjøre alt vi kan for å unngå. ■

Referanse

1. Wortman AC, Alexander JM. Placenta accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2013;40(1): 137-54.
2. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5): 1458-61.
3. Eshkoli T, Weintraub AV, Sergienko R, Steiner E. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(3): 219.e1-7.
4. Barth WH, Jr., Kwolek CJ, Abrams JL, Ecker JL, Roberts DJ. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 23-2011. A 40-year-old pregnant woman with placenta accreta who declined blood products. *N Engl J Med.* 2011;365(4): 359-66.



Årsaker til selvvalgt keisersnitt

Kartlegging av årsaker til keisersnitt etter mors eget ønske ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

FAKTA

Av Marit Larsen,
mastergrad i jordmorfag,
jordmor, St. Olavs
Hospital

Rajja Dahlø,
jordmor/førstelektor,
NTNU

John Syse,
høyskolelektor, Høg-
skolen i Sørøst-Norge

Tone Shetelig Løvvik,
universitetslektor/
overlege i gynekologi
og obstetikk NTNU/St.
Olavs Hospital

Verdens helseorganisasjon (1) har utarbeidet ti prinsipper for perinatal omsorg. Demedikalisering av normale fødsler står sentralt, og alle de ti prinsippene støttes av Det internasjonale jordmorforbundet. Dette står i kontrast til en økning av keisersnitt i Norge, der tall fra Folkehelseinstituttet (3) viser en sterk økning i antall utførte keisersnitt i Norge fra 1970-tallet hvor frekvensen var på 2 prosent og frem til 2013 hvor frekvensen var på 17 prosent. Det er mange årsaker til dette, og en norsk studie har vist at tidligere keisersnitt og «mors ønske» var de fenomenene som økte mest (4).

I dagens fødselshjelp er keisersnitt et hjelpemiddel som brukes hvis det oppstår medisinsk indikasjon hos mor eller foster, både før og i aktiv fødsel, som krever intervensjon. Dette er med på å redde liv og helse hos både mor og barn. Likevel er ikke et keisersnitt alltid komplikasjonsfritt eller uten risiko, og forskning viser at en normal vaginal fødsel innebærer en mindre risiko for både mor og barn enn et keisersnitt (5–7). I en norsk

Fødselsangst og traumatisk fødsel

Fødselsomsorgen har fått en økt oppmerksomhet rundt fenomenet fødselsangst. I internasjonal sammenheng er Norge et av verdens tryggeste land å føde i, men paradoksalt nok har en betydelig andel av gravide angst for å føde (8). Det er beskrevet flere årsaker til fødselsangst, og blant de vanligste er frykten for smerte, angst for å dø, manglende tillit til helsepersonell, og manglende tillit til egen evne til å føde. I tillegg er en tidligere traumatisk fødselsopplevelse og redsel for å miste kontroll eller at det skal skje noe galt med barnet beskrevet som faktorer som kan generere en fødselsangst (9–11).

Keisersnitt etter mors eget ønske

Når en gravid kvinne ytrer ønske om keisersnitt av ulike årsaker, men uten medisinsk eller obstetrisk grunn, kalles dette «mors ønske». Dette begrepet er omdiskutert, og ved St. Olavs Hospital får kvinner som ønsker keisersnitt uten medisinsk indikasjon diagnosen «psykisk lidelse som kompliserer svangerskap/fødsel». Tall fra Folkehelseinstituttet (3) viser at St. Olavs Hospital hadde en forekomst av keisersnitt på totalt 17 prosent i 2013. Av disse var 38,5 prosent elektive keisersnitt. Tall på hvor mange av disse som er utført på mors eget ønske forekommer ikke.

I Norge er kvinners selvbestemmelse over egen kropp et sentralt og bærende prinsipp, og dette kommer til uttrykk gjennom lov om selvbestemt abort, tilgang til prevensjon og rett til gratis helsetjenester under svangerskap, fødsel og barseltid (12). Når det gjelder retten til å velge keisersnitt, er verken praksis eller lovgivning i Norge basert på at kvinner har

«Fødselsomsorgen har fått en økt oppmerksomhet rundt fenomenet fødselsangst.»

studie på 2751 keisersnittspasienter ble det påvist en komplikasjonsfrekvens på 21,4 prosent, hvorav størstedelen var korttidskomplikasjoner under eller etter inngrepet (5). Det er i tillegg sett en sammenheng mellom tidligere keisersnitt, for tidlig fødsel og dødfødsel (7).



rett til å velge keisersnitt. Pasientrettighetsloven (13) § 3-1 regulerer vedtekten om medbestemmelsesrett, men som jordmor og gynekolog er det viktig å skille mellom medbestemmelsesrett og bestemmelsesrett, og finne en balansegang mellom det etiske, mellom-menneskelige og rent medisinsk forsvarlige. Kvinner som ber om et keisersnitt uten medisinsk grunnlag trenger informasjon og veiledning fra jordmor og lege for å få hjelp til å ta en velbegrunnet avgjørelse. Ifølge Helsepersonelloven (14) § 4 er det gynekologen som er tillagt den endelige beslutningsmyndighet når det gjelder innvilgelse av keisersnitt uten medisinsk grunnlag.

Jordmødrene i psykososialt team ved St. Olavs Hospital tilbyr støttesamtaler med fokus på empatisk kommunikasjon til den gravide (15). De har sin forankring ut ifra et helsefremmende arbeid hvor det salutogene perspektivet står sentralt (16). Gjennom støttesamtalen handler det om å gi den enkelte kvinne som ønsker keisersnitt, kunnskap

nok til å vurdere informasjonen som foreligger, og ta helsemessige, informerte valg.

Forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å kartlegge keisersnitt etter mors eget ønske ved St. Olavs Hospital. Det overordnede formålet er å kartlegge hvor mange av kvinnene som blir henvist til psykososialt team som i utgangspunktet ønsker keisersnitt uten medisinsk årsak, samt å undersøke hvor mange som ombestemmer seg og føder normalt etter støttesamtaler med jordmor i psykososialt team. Tidligere studier (9, 10, 17-19) har sett på fødselsangst og keisersnitt, og noen viser at tidligere traumatiske fødselsopplevelser ofte resulterer i et ønske om keisersnitt. Derfor har denne artikkelen et ekstra fokus på de kvinnene som angir tidligere traumatisk fødsel som grunn, og hva årsakene bak dette er. Denne artikkelen er skrevet ut ifra en mastergradsoppgave med samme tema.

FLERE ÅRSAKER:

Det er beskrevet flere årsaker til fødselsangst, og blant de vanligste er frykten for smerte, angst for å dø, manglende tillitt til helsepersonell, og manglende tillitt til egen evne til å føde. Foto: Colourbox



Etiske overveielser

Studien ble lagt frem for Regional etisk komité i Midt-Norge og videre godkjenning var ikke nødvendig. Studien er også klarert av informasjons- og sikkerhetsrådgiver ved St. Olavs Hospital.

Beskrivelse av studiepopulasjonen

Totalt 200 kvinner som ble henvist til samtale til psykososialt team anga et ønske om keisersnitt, og ble inkludert i studien (tabell 1). Kvinnene hadde en gjennomsnittsalder på 31,0 år. Den yngste var 17 år og den eldste var 45 år. Videre så man at 1. konsultasjon i psykososialt team i gjennomsnitt var i uke 27,1, men med en spredning fra uke 7 til uke 38.

TABELL 1: Demografiske bakgrunnsdata og årsaker til ønske om keisersnitt for hele studiepopulasjonen (n=200)

Alder, gj.snitt år (SD)	31,0 (5,7)
1.konsultasjon, gj.snitt uke (SD)	27,1 (6,5)
Para n(%)	
Para 0	40 (20)
Para 1	124 (62)
Para 2	27 (13,5)
Para 3	6 (3)
Para 4	2 (1)
Para 6	1 (0,5)
Sivilstatus n(%)	
Gift/Samboer	187 (93,5)
Enslig	13 (6,5)
Utdanning n(%)	
Grunn-/videregående skole	89 (44,5)
Høyskole/Universitet	111 (55,5)
Antall samtaler, gj.snitt (SD)	2,1 (1,2)
Årsak til ønske om keisersnitt n(%)	
Tidl. traumatisk fødselsopplevelse	143 (71,5)
Seksuelle overgrep	17 (8,5)
Vold	1 (0,5)
Somatisk lidelse	5 (2,5)
Psykisk lidelse	18 (9)
Barndomsbestemmelse	13 (6,5)
Kosmetisk grunn	1 (0,5)
Annet	2 (1)
Fødsel, gj.snitt uke (SD)	38,8 (1,2)

40 kvinner (20 %) var para 0, og de øvrige 160 kvinnene (80 %) var flergangsfødende, det vil si para)1 (tabell 1). 187 av kvinnene (93,5 %) var i et parforhold (gift/samboer), mens 13 (6,5 %) oppga å være enslige. I utdanningsnivået fordelte kvinnene seg mellom grunnskole/videregående (44,5 %), og høyskole/universitet (55,5 %) som høyeste fullførte utdanning. Antall samtaler var i gjennomsnitt 2,1, og varierte fra 1 til 8 samtaler.

Årsaker til ønske om keisersnitt

143 kvinner (71,5 %), oppga tidligere traumatisk fødselsopplevelse som hovedårsak til ønske om keisersnitt, 17 kvinner (8,5 %) seksuelt misbruk og 18 kvinner (9 %) psykisk lidelse. 13 kvinner (6,5 %) oppga barndomsbestemmelse som hovedårsak til ønske om keisersnitt. De øvrige fordelte seg mellom årsakene somatisk lidelse (2,5 %), vold (0,5 %), kosmetisk grunn (0,5 %) og annet (1 %) (Figur 2).

Årsaker til tidligere traumatisk fødselsopplevelse

Som vist oppga 143 av kvinnene (71,5 %) tidligere traumatisk fødselsopplevelse som årsak til ønske om keisersnitt. Årsaker til at fødselen var traumatisk fordelte seg mellom tidligere akutt keisersnitt (24 %), smerte (22 %), tap av kontroll (18 %), redsel for barnet (12%), vakuumpåtrykk (10,5 %), utrygg på grunn av lite tilstedeværelse av jordmor (6 %), redsel for eget liv og helse (3,5 %), mange mennesker på fødestua (1,4 %), rift (2,8 %) og annet (0,7 %) (Figur 3).

Initialt ønske om keisersnitt endret til ønske om vaginal fødsel

77 (38,5 %) av kvinnene endret sitt initiale ønske om keisersnitt til et ønske om å gjennomføre en vaginal fødsel etter samtale med jordmor i psykososialt team, mens 123 (61,5 %) hadde et fastlåst ønske om keisersnitt. Regresjonsanalysene klarte ikke å påvise signifikante prediktorer for det å endre ønske.

Diskusjon

Denne studien viser at det er flergangsfødende som representerer majoriteten av de kvinnene som ønsker keisersnitt. 62 % er para 1, og 18 % er para 2+. Ved St. Olavs Hospital ble det født 3689 barn i 2011, av disse var 45,9 % førstegangsfødende og 36,2 % andregangsfødende (3). Selv om det er flest førstegangsfødende som føder ved St. Olavs Hospital, er det flergangsfødende som hyppigst er i samtale med psykososialt team og ønsker keisersnitt. Dette er forenelig med en studie

gjort av Karlström og medarbeidere, hvor det ble undersøkt en gruppe på 1506 kvinner og deres preferanse for keisersnitt (9). Flertallet av dem som ønsket keisersnitt var flergangsfødende som ønsket keisersnitt på grunn av fødselsangst. Videre fant de at dette var relatert til kvinnes tidligere fødselsopplevelse. En annen studie viste derimot at angst for fødsel var sterkere hos førstegangsfødende (19). Den samme studien fant også at angsten var størst hos kvinner som hadde gjennomgått operative forløsninger tidligere. Disse studiene viser altså at paritet spiller en rolle for de ulike årsaker til fødselsangst ettersom førstegangsfødende hadde frykt for å miste kontrollen, frykt for smerten og det ukjente (19). Hos flergangsfødende økte frykten på grunn av tidligere fødselsopplevelse. Gjennom samtaler ble kvinnene mer bevisste på årsaken til sin frykt, og ble mer orientert mot å føde vaginalt. Det viste seg at flertallet var fornøyd med sitt valg om å gjennomføre vaginal fødsel når de i utgangspunktet ønsket et keisersnitt på bakgrunn av fødselsangst.

Akutt keisersnitt og instrumentell forløsning

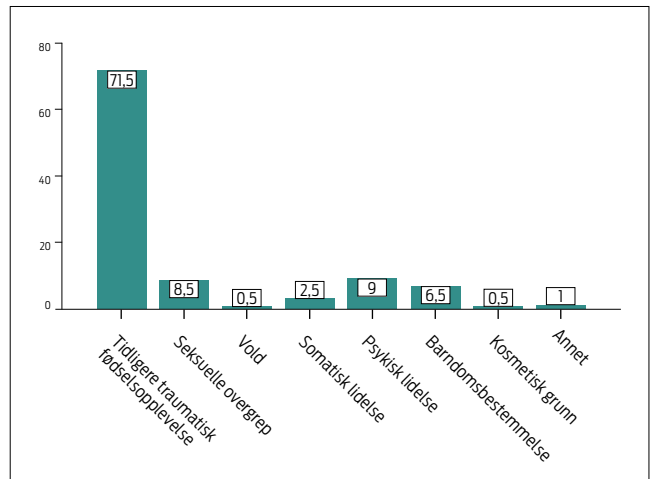
I vår studie oppga 24 % at det å gjennomgå et akutt keisersnitt opplevdes som traumatisk, noe også studien av Nieminen viste (22). Et ønske om keisersnitt var begrunnet med en frykt for å føde, og særlig kvinner som tidligere hadde gjennomgått keisersnitt eller instrumentell forløsning, hadde høyere score på fødselsangst, sammenliknet med dem som hadde en normal vaginal forløsning.

I vår studie rapporterte 10 % at det å gjennomgå en instrumentell forløsning var traumatisk, dette samsvarer også med funnene i studien til Hildingsson et al. (23). Forfatterne konkluderte med at de fødslene med lange forløp disponerte både for instrumentelle forløsninger og igjen en økt risiko for en negativ fødselsopplevelse. Forskerne understreker hvor viktig det er å informere foreldrene hva som skjer underveis, og ikke minst informere i etterkant slik at paret får bearbeidet dette (23). Dette er viktig kunnskap for jordmor å ta med seg videre, ettersom en ubearbeidet traumatisk fødselsopplevelse kan resultere i post traumatisk stress syndrom, slik en annen studie viser, hvor det fremheves at kvinnes subjektive opplevelse av fødselen må bli tatt på alvor, og gjennom bearbeiding kan dette bidra til å forebygge traumene (24).

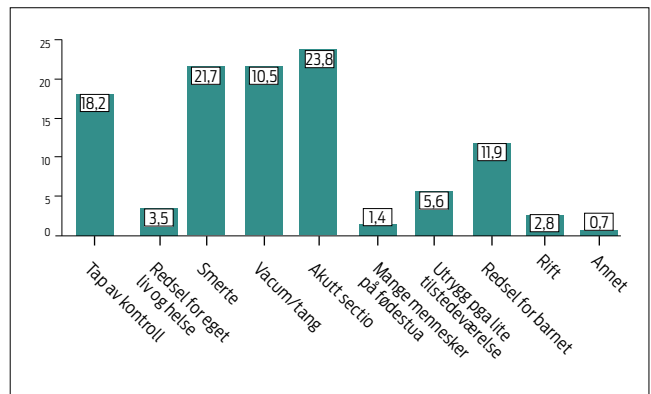
Smerte og tap av kontroll

I vår studie oppga 22 % av kvinnene at smerte var en hovedårsak til at fødselen var traumatisk, og 18 %

FIGUR 2: Årsaker til ønske om keisersnitt i % (n=200)



FIGUR 3: Årsaker til tidligere traumatiske fødselsopplevelser i % (n=143)



oppgå tap av kontroll som en årsak til traumatisk fødsel. Vi vet i dag at smerte og tap av kontroll er viktige årsaker til negative fødselsopplevelse, som igjen kan ha innvirkning på hvordan kvinnen ser på en eventuell neste fødsel (25). Psykologiske faktorer kan påvirke smertefølelsen, og redsel kan forsterke selve smertepplevelsen og er i seg selv en negativ opplevelse (25).

Gjennom støttesamtalen kan jordmor få kvinnen til å reflektere over sine følelser rundt fødsel. Laache (11) påpeker at den enkelte kvinnes historie må stå i fokus, men at hun også får en realistisk forklaring på hva som skjer under fødselen. Gjennom empatisk kommunikasjon kan en oppnå dette ved at kvinnen får fortelle sin historie, og satt sin angst for fødselen i sammenheng med sin tidligere traumatiske fødsel (11). Dette diskuterer også Brudal (26) som fremhever hvor viktig det er at kvinnens subjektive opplevelse



ANGST FOR FØDSEL: Den enkelte kvinnens historie må stå i fokus, og hun må få en realistisk forklaring på hva som skjer under fødsel. Gjennom empatisk kommunikasjon kan en oppnå dette ved at kvinnen får fortelle sin historie, og satt sin angst for fødselen i sammenheng med sin tidligere traumatiske fødsel. Foto: Colourbox

av fødselen kommer frem. Det er ikke alltid samsvar mellom den medisinske journalen over fødselen og kvinnens indre journal. Det er for den fødende viktig å ha en følelse av kontroll og mestring under fødsel. Hvis den svikter, kan den fødende gå inn i en krise. Et frafall av følelsen av sammenheng og mestring kan resultere i en posttraumatisk stresslidelse (25, 26). Det er derfor viktig at jordmor vet om hvilke reaksjoner en kvinne kan få når hun gjennomgår en fødsel som oppleves som et traume. Jordmor kan tilrettelegge for samtale og bearbeiding under svangerskapet, men også i en postpartum-samtale hvor kvinnen får rom til å fortelle sin opplevelse av fødselen.

«Negative fødselsopplevelser må sidestilles med andre traumer i livet.»

Resultatene fra vår studie viser at det er 77 kvinner (38,5 %) av studiepopulasjonen på 200 kvinner som ombestemmer seg, og endrer sitt opprinnelige

ønske om keisersnitt til et ønske om en vaginal fødsel etter samtale med jordmor i psykososialt team. Tidligere traumatisk fødselsopplevelse representerer en klar hovedårsak til et ønske om keisersnitt og utgjør i alt 71,5 % av kvinnene i studiepopulasjonen. Vår studie viser også at det er disse kvinnene som ombestemmer seg oftest. 67 av 143 kvinner som har opplevd tidligere traumatiske fødsler ombestemmer seg, noe som utgjør nær 43 % av de kvinnene som oppga tidligere traumatisk fødselsopplevelse som sin årsak for et ønske om keisersnitt.

I en studie av Nerum (27) var studiepopulasjonen 86 kvinner. Studien gikk ut på å avdekke om mors ønske om keisersnitt kunne endres gjennom kriseorientert veiledning. Etter samtale med jordmor ombestemte 86 % av studiepopulasjonen seg. Av disse igjen fødte 69 prosent vaginalt, og 31 prosent fikk utført keisersnitt på obstetriske grunnlag (27). Til sammenlikning viser vår studie at 38,5 % ombestemte seg. Av disse fødte 83 % vaginalt, og 17 % ble forløst med keisersnitt. Studien til Nerum (27) viser at det hjelper med kriseorientert veiledning, noe som illustreres av et resultat på at 86 % av kvinnene endret ønske og gikk for vaginal fødsel, mot 38,5 %

i vår studie. Det er en diskrepans i hvordan samtale-ene med kvinner som ytrer et ønske om keisersnitt blir utført ved norske sykehus, og kanskje hadde det vært fruktbart med et samarbeid og utveksling av erfaring i hvordan en kan legge opp behandlingen til kvinner med fødselsangst.

Lukasse et al (28) sammenliknet opplevelsen og følelsen gjennom svangerskap og fødsel hos kvinner som ønsket keisersnitt under svangerskapet og ble forløst med elektiv keisersnitt, og sammenliknet dette med kvinner som ønsket å føde vaginalt. Studien viste at selv om kvinnene fikk innvilget ønske om keisersnitt garanterte ikke dette for en positiv fødselsopplevelse. Kvinner som ble forløst med keisersnitt etter eget ønske, opplevde større grad av fødselsangst enn kvinner som fødte vaginalt (28). Studien til Karlstrom et al (9) konkluderte også med at det å etterkomme et ønske om keisersnitt ikke garanterer for en positiv fødselsopplevelse.

Hvordan gikk det med fødselen?

77 av kvinnene (38,5 %) endret sitt opprinnelige ønske om keisersnitt, og bestemte seg for å føde vaginalt. Av disse fødte 64 (83 %) vaginalt, og 13 (17 %) endte likevel opp keisersnitt på grunn av truende asfyksi (23 %) langsom fremgang (46 %) eller annet (31 %). Tall fra medisinsk fødselsregister viser at 8,2 % ble forløst med akutt keisersnitt etter fødselens start av fødepopulasjonen på St. Olavs Hospital (3). Det er en betydelig større andel av kvinnene som ender opp med akutt keisersnitt i vår studie sammenliknet med normalpopulasjonen ved St. Olavs Hospital. En grunn til at det er høyere tall av akutte keisersnitt er at det blir gjort avtale med kvinnene om at de skal forsøke med vaginal fødsel, men at keisersnitt er en utvei hvis fødselen oppleves for traumatisk. Flere av disse gravide har hatt keisersnitt tidligere, og det vil alltid være en høyere andel av akutte keisersnitt i en populasjon av tidligere keisersnitt. En svensk studie av Sydsjø and Sydsjø (29) så på obstetrisk utfall hos 353 kvinner med fødselsangst som gikk til samtale under svangerskapet. De sammenliknet dette med 579 kvinner uten fødselsangst. Det viste seg der at fødselsangst disponerte for haste- og katastrofekeisersnitt selv etter samtale, med hypotesen om at angst kan hemme fødselens naturlige fremgang.

Implikasjoner for utøvelsen av jordmorfaget

Vi vet at svangerskap, fødsel og barseltid er en stor

og skjellsettende periode i en kvinnes, hennes partner og families liv (26). Ringvirkningene av et svangerskap og fødsel kan være store, og overgangen til å bli foreldre er overveldende. Hvis en kvinne bærer med seg opplevelser og hendelser i livet som gjør at hun gruer seg til fødselen og ikke har tro på sin egen fødekraft, kan dette ha innvirkning på hennes tilknytning til barnet, og hennes reaksjoner på å bli mor (11, 26). Forskning viser at negative fødselsopplevelser må sidestilles med andre traumer i livet, og enkelte kvinner opplever post traumatisk stressyndrom som følge av en traumatisk fødsel (30). En løsning hadde kanskje vært å utarbeide en praksis på å gi alle gravide muligheten til å komme på ettersamtale etter fødselen, enten til jordmor i kommunen, eller at hun får tilbud

«Det er ikke alltid samsvar mellom den medisinske journalen over fødselen og kvinnens indre journal.»

om en telefonsamtale med jordmor eller lege som ledet fødselen.

Denne studien er kvantitativ og datamaterialet var basert på journalnotat, dette regnes som sekundærkilder (20). Journalnotatene var ikke skrevet med tanke på forskning. Dette medfører at det er to ledd i fortolkningen av data. Det ble derfor gjort en test på studiens interreliabilitet ved at student og veileder gikk gjennom et visst antall av de samme journaler, for å forsikre at tolkningen var lik (20).

Siden studien er kvantitativ vil det være et fokus på tall og årsakssammenhenger. I en kvalitativ studie kunne en ha intervjuet kvinnene og fått frem meningssammenhenger, samt fått en forståelse for opplevelsen hos den enkelte kvinne (21). Dette medfører en begrensning i denne studien, ettersom tolkning av data må skje i flere ledd. Det er ingen garanti for at all informasjon om kvinnen har kommet frem, eller at all informasjon har blitt nedskrevet. Journalgjennomgang var imidlertid den eneste måten å få gjennomført denne studien i denne omgang. Utarbeidelsen av variablene er gjort i samarbeid med jordmødre og leger i psykososialt team, samt på bakgrunn av tidligere forskning. Valget av en kvantitativ metode kan forklare sammenhenger og årsaksforhold, men forteller ikke





SAMTALER HJELPER: Resultatene fra studien viser at 38,5 prosent av kvinnene ombestemmer seg, og endrer sitt opprinnelige ønske om keisersnitt til et ønske om vaginal fødsel, etter samtale med jordmor. Foto: Colourbox

hele sannheten og viser ikke kompleksiteten bak et ønske om keisersnitt.

Konklusjon

Flere studier er unisone på at en tidligere traumatisk fødsel kan være et predikativ for et ønske om keisersnitt (24, 31, 32). Vår studie bekrefter også at det er kvinner som har født før som ønsker keisersnitt mest, men som også hører til den gruppen som ombestemmer seg etter støttesamtale med jordmor. Denne forskningen kan initiere til videre forskning av både kvalitativ og kvantitativt design. Det hadde vært interessant å se på hva det var som gjorde at fødselen opplevdes som traumatisk, hva som gjorde at de ombestemte seg og hvordan de opplevde fødselen når de hadde et initialt ønske om keisersnitt.

Videre forskning er viktig for å utforske årsaker og sammenhenger mellom ønske om keisersnitt uten medisinsk indikasjon. Det er nødvendig med et større utvalg for å få et bredere generaliseringsgrunnlag. ■

Referanser

1. WHO. Workshop on Perinatal Care Proceedings. In: Venice16.-18. April, editor. København1998.

2. ICM. Core Documents, ICM International Code of Ethics for Midwives. 2008 [cited 2013 10.11.13]. Available from: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001 ENG Code of Ethics for Midwives.pdf.
3. Folkehelseinstituttet. Årstabeller for Medisinsk fødselsregister 2011 [cited 2013 10.11.2013]. Available from: <http://www.fhi.no/dokumenter/2a92108f4f.pdf>.
4. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Hager R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003;188(4): 864-70.
5. Hager RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Oian P, et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2004;190(2): 428-34.
6. Villar J, Valladares E, Wojdyła D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367 (9525): 1819-29.
7. Reuwer P, Bruinse H, Franx A. Proactive support of labor: Cambridge University Press; 2009.
8. Dahlø R, Laache I. Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer. En veileder for helsepersonell. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS; 2010.
9. Karlstrom A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson I. Behind the myth—few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*. 2011;27(5): 620-7.
10. Karlstrom A, Radestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Caesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth* (Berkeley, Calif). 2010;37(1): 11-20.
11. Laache I. Tilstander hos kvinnen som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid (Conditions that can affect pregnancy and childbirth). In:

- Brunstad A, Tegnander E, editors. Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde (Textbook for Midwives Responsibility, function and method). Oslo: Akribes; 2010. p. 352–72.
12. NOU. Kvinners helse i Norge Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1999:13.
 13. Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999).
 14. Lov om helsepersonell, (1999).
 15. Brudal L. Positiv psykologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
 16. Antonovsky A. Hålsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 2005. 271 s.: tab. p.
 17. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2007;86(4): 451-6.
 18. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2006;113(6): 638-46.
 19. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2009:67-73.
 20. Johannessen A, Tufta PA, Kristoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt; 2010. 436 s.: ill. p.
 21. Jacobsen DI. Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene. 2 ed. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2010. 294 s.: ill. p.
 22. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2009;88(7): 807-13.
 23. Hildingsson I, Karlstrom A, Nystedt A. Parents' experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden. Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives. 2013;4(1): 3-8.
 24. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. Archives of women's mental health. 2013;16(1): 1-10.
 25. Ulvlund I. Fødselsmerter og smertelindring. In: Brunstad A, Tegnander E, editors. Jordmorboka Ansvar, funksjon og arbeidsmåte. Oslo: Akribes; 2010. p. 276–87.
 26. Brudal L. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. 2, editor. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
 27. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? Birth (Berkeley, Calif). 2006;33:221–8.
 28. Lukasse M, Vangen S, Oian P, Kumle M, Ryding EL, Schei B. Childhood abuse and fear of childbirth—a population-based study. Birth (Berkeley, Calif). 2010;37(4): 267-74.
 29. Sydsjø G, Sydsjø A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;1 (Jan): 44-9.
 30. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. Birth (Berkeley, Calif). 2001;28(2): 111-8.
 31. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 1997;76(9): 856-61.
 32. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. Birth (Berkeley, Calif). 1998;25(4): 246-51.

ANNONSE



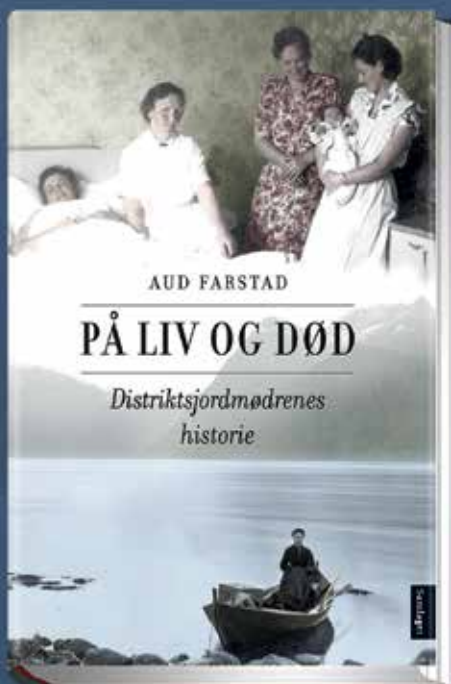
AUD FARSTAD På liv og død Distriktsjord- mødrenes historie

Ikkje nokon augneblink i menneskelivet er så kritisk som fødselen. Til alle tider har kvinner hjulpet kvarandre når barn kom til verda. Etter kvart som legevitskapen vaks fram, vart denne hjelperolla profesjonalisert, også i Noreg. Les det imponerande verket om norske distriktsjordmødrer!

«En rik, fengslende og analytisk sterk beretning om fødsler, kvinnefelleskap og fremveksten av en helt spesiell yrkesgruppe».

Kaja Schjerven Mollerin, *Klassekampen*

Kjøp boka i næraste bokhandel eller på samlaget.no!



Samlaget

Pris kr 399,-



Maternell tidlig varsling

Helse sør øst, og dermed Ahus, har besluttet å innføre NEWS for alle voksne pasienter. NEWS (National Early Warning Score) er et verktøy for å oppdage tidlig forverret tilstand hos pasienter i sjukehus.

Tekst **Eli Aaby**, jordmor, Ahus/redaksjonsmedlem i Jordmora

N EWS er ikke validert for gravide og barselkvinner (Jordmora 3/16: Verktøy kan redde liv). Høsten 2015 fikk Kvinneklubben på Ahus godkjenning fra sykehusledelsen

til å lage et verktøy og kursopplegg for gravide og barselkvinner.

Hvor langt har vi kommet?

Vi etablerte en arbeidsgruppe lokalt

med jordmødre, fødselsleger, anestesilege med spesialkompetanse i obstetrisk anestesi og intensivsykepleier fra simuleringscenteret (SIM Ahus). Vi har satt oss grundig inn i litteraturen om

MTV skåringskjema



MTV S	RØD	GUL	HVIT	GUL	RØD
Respirasjon	≤ 10		11-19	20-24	≥ 25
SpO2	≤ 95		≥96		
Temperatur	≤35	35,1 – 35,9	36,0 – 37,4	37,5 – 37,9	≥38
Systolisk BT	<90	90 – 99	100 – 139	140 – 159	≥160
Diastolisk BT	<40	40 -49	50 – 89	90 – 99	≥100
Puls/min	≤50	51 – 60	61 – 99	100 – 119	≥120
Bevissthet			Våken og orientert (A)		Endret (desorientert/ V/P/U)

LOMMEFOLDER: Jordmor kan ha skåringsskjemaet lett tilgjengelig i lommen når hun observerer pasientene og gjør vurderingene. Legg merke til at ved bekymring er lavt skår ingen hindring for å kontakte ansvarshavende jordmor og/eller lege.

skåringsverktøy for gravide og barselkvinner fra Irland og Storbritannia. Vi har valgt å lage et forslag til verktøy med fargekoder vi kjenner igjen fra Nyfødt tidlig varsling (NTV) og STAN konseptet, og bruker et norsk navn: Maternell tidlig varsling = MTV (se illustrasjon).

I hvitt felt er det normalverdier, i gult felt avvikende verdier og i rødt er det patologi. Skåringskjemaet hører sammen med et flytskjema som viser hvilke handlinger de ulike skåringsverdiene skal føre til. Dette flytskjema har vi også prøvd å tilpasse norske forhold.

Vi har lagt et heldagskurs med fokus på ABCDEF til gravide og barselkvinner. Kommunikasjon etter ISBAR-modellen er sentral i undervisningen. Oppsummering etter kritiske hendelser viser at det oftest svikter i kommunikasjonen mellom helse-

personell, også i fødselshjelpen. Vi har tilpasset ISBAR-modellen til våre pasienter på den måten at vi har lagt til vurdering av smerte og fosterlyd. (se illustrasjon). På kurset presenterer vi skårings- og varslingsverktøyet og bruker det i simuleringstreningene. Vi arbeider tverrfaglig og kurset er tverrfaglig. Kurset inneholder både teoretisk

«Vi har tilpasset ISBAR-modellen til våre pasienter.»

undervisning og simuleringstrening. Vi har per i dag holdt 6 tverrfaglige heldagskurs på Ahus og får god respons fra våre egne ansatte. I disse dager tar vi i bruk verktøyet på observasjonspos-

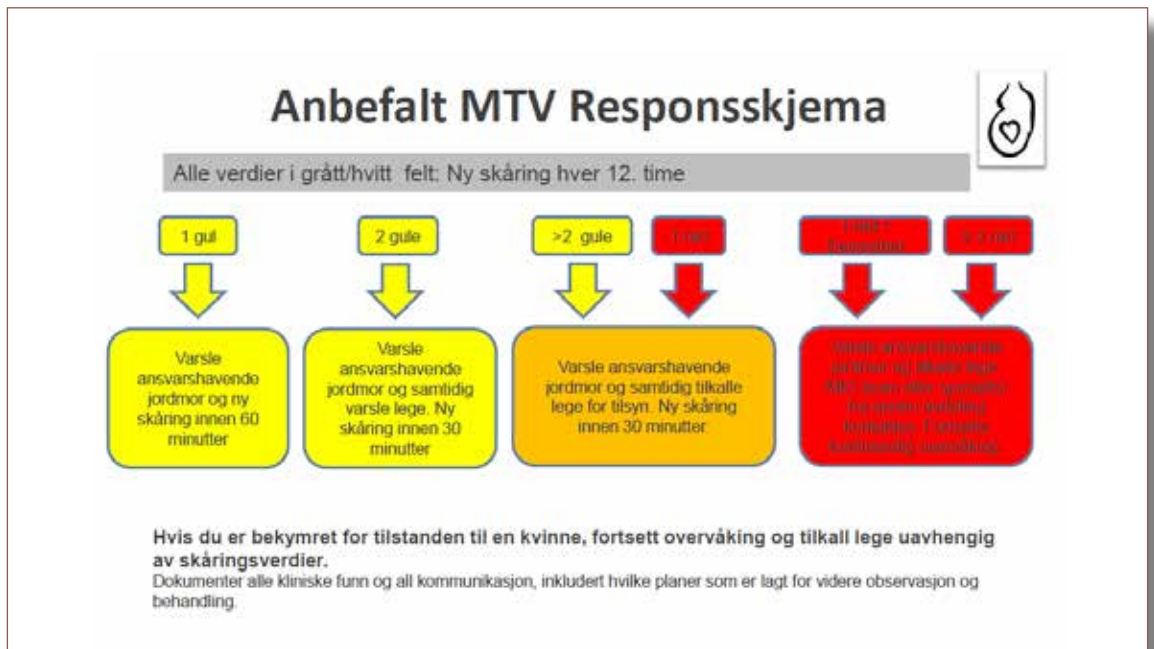
ten for gravide og barselavdelingen.

Invitasjon til samarbeid

Kvinneklubben på Ahus har også fått økonomisk støtte fra Legeforeningens fond for kvalitetsarbeid til å utvikle et landsomfattende verktøy for tidlig varsling av forverret tilstand (EWS) hos gravide og barselkvinner.

Vi inviterer til samarbeid og har allerede fått tilslutning fra Jordmorforbundet i NSF, Den norske jordmorforening og Norsk gynekologisk forening. Vi inviterer jordmødre og fødselsleger til å være med i en arbeidsgruppe. Vi tenker oss at mye av kontakten og de faglige diskusjonene vil skje per mail.

Vi inviterer til et heldags kurs og arbeidsseminar på Ahus 30. mai 2017. Er dette interessant for din fødeavdeling? Ta kontakt med Eli.Aaby@ahus.no ■



FLYTSKJEMA: Skjemaet viser hvordan jordmor og lege skal handle etter at jordmor har gjort observasjoner og sammenliknet funn med verdiene i skåringskjemaet.



tlf MIG 64260
tlf STANS 8888

ISBAR-sjekkliste

(Kommunikasjon om pasientbehandling)

Husk å dokumentere i pasientjournalen etterpå!

Identitet Si ditt navn, stilling og avdeling					
Pasientnavn:			Fødselsdato:		
Situasjon "Jeg ringer fordi..." beskriv:					
Bakgrunn Pasientens innleggelsesdiagnose og et kort resume av forløpet:					
Aktuell tilstand Din vurdering av problemet:				Råd til videre behandling:	
Vitale parametre		Kl:	*	Kl:	*
A	Respirasjons frekvens				
	B	O ₂ metning			
C	Systolisk blodtrykk				
	Diastolisk blodtrykk				
	Puls				
D	Blodsukker-måling				
	Bevissthet				
E	Temperatur				
	Smerter				
	Fosterlyd				
MTV score		Total poengsum		Total poengsum	

Noter navn på den du har snakket med:

ISBAR-SKJEMA: Det vanlige skjemaet er utvidet med fosterlyd og smerter. Vi kopierer dette også i lommeformat, sånn at jordmor kan bruke det til å notere på når hun gjør observasjonene. Hun kan ha dem foran seg når hun dokumenterer og særlig når hun kontakter ansvarshavende jordmor og lege.



Spre informasjonen!

Kontaktperson: Hanne Graarud Steien

Tlf: 970 83 868

E-post: hanne.steien@nsf.no

3. european congress on intrapartum care

Når: 25.–27. mai 2017

Hvor: Stockholm, Karolinska Instituttt

Dette er en meget spennende kongress, som absolutt er verdt med å få med seg.

Program finner du på: <http://www.mcascientificevents.eu>

GynZone Workshops om vannfødsler

Når: 20. september 2017 klokken 13–17

Hvor: Farris bad, Larvik

Pris: 1000 DKK

Du lærer om fordeler for mor og barn ved smertelindring og fødsel i vann. Arbeidsstillinger, ergonomi og sikkerhet.

Undervisere: Anne Fjeldberg, jordmor ved Rikshospitalet i Oslo og Elisabeth Mortensen fra Fjordblink medical i Danmark. Kurset foregår på norsk/dansk.

Kursgebyr dekker: Undervisning, 5 timers e-læring, powerpoints, kaffe og kake samt kursbevis.

Workshop skjer dagen før generalforsamling i Jordmorforbundet NSF den 21. september. Samme kurs holdes i Oslo 1. november 2017 kl 13–17, og for jordmorstudenter lørdag 4. november, da til halv pris (500 NOK). Gå inn på Gyn Zone sine nettsider for påmelding: www.gynzone.net

Vil du bli ammehjelp?

Vi trenger stadig nye ammehjelpere over hele landet. Vi har både leger, helsesøstre, jordmødre, fysioterapeuter, sykepleiere og barnepleiere som er ammehjelpere. Dersom du har egen ammeerfaring, kan du bli ammehjelper du også.

Mor-til-mor er prinsippet som ligger til grunn for Ammehjelpens arbeid. Derfor er det et krav at du må ha egen ammeerfaring. I tillegg må man ha dokumentert gode kunnskaper om amming. Ammehjelper-oppgaven må fylles ut og sendes inn av alle. Gå inn på nettsiden til ammehjelpen for ytterligere informasjon: www.ammehjelpen.no

Den 31. internasjonale jordmorkongress ICM

Når: 18.–22. juni 2017

Hvor: Toronto, Canada

Landsstyret i Jordmorforbundet drar ned sammen med de 8 som har vunnet dette i vervepremie! Meld deg på hvis du har mulighet, det blir en opplevelse for livet. På jordmorforbundets hjemmesider finner man en lenke til påmelding under kurs.

Generalforsamling og fagdag 21.–22. september 2017

I år feirer faktisk Jordmorforbundet NSF 50 år, og lokallagene i Telemark og Vestfold er denne gangen ansvarlige for dette. Arrangementet finner sted på Farris bad i Larvik. Her er litt av det du kan få med deg:

- Tilde Borch Østborg, gynekolog, Stavanger universitetssykehus: Hjemmefødsel vs institusjonsfødsel – «Hvordan stikke hodet inn i et vepsebol».
- Sonja Hessling og Lita Tobiassen, kommunejordmødre i Vestfold: Svangerskapsomsorg – arbeidsområde av stor betydning og jordmor er viktig!
- Kari Klocke, jordmor, Ullevål: Bevegelse i fødsel.
- Cathrine Os, jordmor, Ahus: Manuell rotasjon i fødsel. Hjemmefødsel

Fullstendig program ligger på våre nettsider.

Følg oss på sosiale medier! Instagram (nsfjordmor), Facebook og twitter!

Metodeboka fra sex og samfunn ligger nå på nett, *eMetodebok for seksuell helse*, emetodebok.no. Husk at du kan søke støtte til kurs og konferanser på våre nettsider. Tildelingen skjer 5 ganger per år og gjelder for arrangementer som skjer de 2–3 påfølgende månedene etter søknadsfristen. Søknadsfristene er: 1. mars, 1. mai, 1. august, 1. oktober og 31. desember.



Nytt klassifiseringsprosjekt

Det er satt i gang et nytt landsomfattende prosjekt om keisersnitt i Norge. Nor-Why-Cesarean-prosjektet skal kartlegge hvorfor det er så store variasjoner ved bruk av keisersnitt i fødsel.

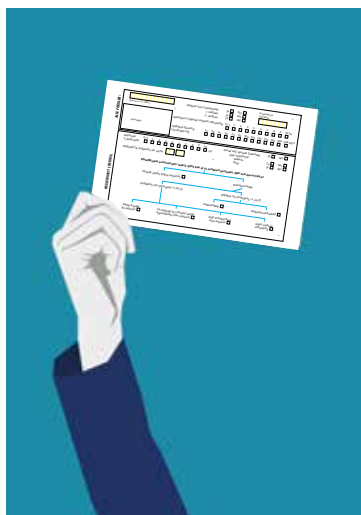
Tekst **Eli Aaby**, jordmor, Akershus universitetssykehus/Jordmorforbundet, NSFs representant i ressurs gruppa for keisersnittprosjektene

I kjølvannet av forbedringsprosjektet om keisersnitt i 2014–15 har man satt i gang Nor-Why-Cesarean. Prosjektet har fått penger fra Den norske legeforening og støttes av Medisinsk fødselsregister. Leder for prosjektet er Jørg Kessler, overlege ved Kvinnekliniken på Haukeland.

Stor variasjon

Bakgrunnen for det forrige prosjektet var at det er store variasjoner i andelen keisersnitt mellom fødeavdelingene og mellom helseregionene. Målet var å redusere variasjonen i bruk av keisersnitt i veldefinerte, sammenliknbare grupper av fødende kvinner (Robsongrupper) og sikre at inngrepet bare utføres der det er godt medisinsk begrunnet. 25 fødeavdelinger som har 90,5 prosent av fødslene i Norge deltok i prosjektet og valgte mellom følgende forbedringsområder:

- Håndtering av langsom framgang og bruk av oxytocin
- Fosterovervåking og diagnose av truede asfyksi
- Ikke-medisinske årsaker til keisersnitt
- Indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel
- Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under fødsel.



SAMLER INN DATA: Fødslene som ender med akutte keisersnitt skal klassifiseres lokalt etter det nye klassifiseringsskjemaet. Opplysningene som samles inn skal kobles med alle de andre opplysningene for hver fødsel som allerede sendes inn til MFR. Illustrasjonsfoto: Colourbox

«Medisinsk fødselsregister (MFR) er en viktig samarbeidspartner i dette prosjektet.»

Samle inn data

Fra 2014 til 2015 er andelen keisersnitt gått ned med ett prosentpoeng. Om dette skyldes forbedringsprosjektet, er vanskelig å si. Forskjellene mellom helseregionene i andel keisersnitt er fortsatt store.

Hvorfor gjør vi keisersnitt i fødsel? Det er det selvsagt mange gode grunner til. Men det er ingen som helt vet svaret. Nor-Why-Cesarean er et kvalitetsforbedringsprosjekt hvor nesten de samme fødeavdelingene deltar. Medisinsk fødselsregister (MFR) er en viktig samarbeidspartner i dette prosjektet. I løpet av 6 måneder – fra 15. februar til 15. august – skal det samles inn data om alle fødsler. Fødslene som ender med akutte keisersnitt skal klassifiseres lokalt etter et klassifiseringsskjema som er utarbeidet av den irske fødselslegen Mike Robson.

Hensikten er å få en oversikt vi ikke har i dag over når i fødselsforløpet og hvorfor akutte keisersnitt blir utført. Spørsmålet er om vi også kan få en bedre kontroll på bruk av oxytocin?

Tett samarbeid

Innsamlingen av data krever et tett samarbeid mellom jordmødre, leger og sekretærer. Jordmødrene må fylle ut et registreringsskjema for hver fødsel. Unntatt er premature (<37,0 uker), fler-

linger, akutte keisersnitt før fødselsstart og elektive keisersnitt. De fødsleene som ender i akutte keisersnitt skal klassifiseres av leger som har blitt kurset i det nye klassifiseringsverktøyet. Skjemaene sendes fortløpende inn til MFR.

Det er ikke mange kompliserte opplysninger vi jordmødrene skal fylle inn. Det må gjøres nøyaktig fordi hvert skjema skal leses av maskinelt hos MFR. De opplysningene som registreres vil bli koblet med alle de andre opplysningene for hver fødsel som vi allerede sender inn til MFR.

Etter endt prosjekt vil hver fødeavdeling få en oversikt over resultatene av sitt eget arbeid, og for alle deltagende fødeavdelingene samlet. Målet er at man på hver fødeavdeling kan få en oversikt over hva som kan gjøres for å forbedre egen praksis. ■

ALLE FØDSELER:	<input type="text" value="Person-nr. (11 siffer)"/> + <input type="text" value="Navnelapp"/>	Oxytocin som røstimulering: 1. stadium: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> 2. stadium: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Registrerings-nr. (16/52st) <input type="text"/> +
	Mormunn v/opplast oxytocin stimulering: 0/1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> cm Maksimal dosering: (10 IE/1000 ml) 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 135 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 165 <input type="checkbox"/> 180 >180 ml/t		
KEISERSNITT I FØDSEL:	Mormunn v/keisersnitt: 0/1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> cm Tidspunkt for avgjørelse om sectio: <input type="text"/> : <input type="text"/>	Forsøk vag. operativ forløsning: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Type instrument: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vakuum: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Tang: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
	Klassifisering av keisersnitt i fødsel. Fylles kun ut av sertifisert personale. OBS! Sett kun ett kryss!		
Truende asfyksi (ingen oxytocin) <input type="checkbox"/>			
Ineffektive rier (fremgang <1 cm/t) <input type="checkbox"/>			
Effektive rier (fremgang >1 cm/t) <input type="checkbox"/>			
Feilinnstilling <input type="checkbox"/>			
Mekanisk misforhold <input type="checkbox"/>			
Dårlig respons på oxytocin <input type="checkbox"/>			
For hyppige rier / ristorm / uterin hyperaktivitet etter oxytocin <input type="checkbox"/>			
Tegn til fosterstress etter oxytocin <input type="checkbox"/>			
Ingen oxytocin stimulering <input type="checkbox"/>			

OVERSIKTLIG: Registreringsskjemaet er oversiktlig og mange av opplysningene kan skrives inn i løpet av fødselen eller rett etterpå.

ANNONSE



Fjordblink

Welcoming Water






- Mulighet for varierende hvile- og fødestillinger
- Høydejusterbart og mobilt for optimalt og ergonomisk arbeidsmiljø
- Maksimal hygienisk sikkerhet

Fjordblink deltar på Jordmorforbundets fagkonferanse d. 22. september

www.fjordblink.com



#JordmorKan

Jordmødre er eksperter på svangerskap, fødsel og barseltid. Men visste du at jordmødre også er spesialister på kvinnehelse, seksuell - og reproduktiv helse og det nyfødte barnet?

DU KAN SPØRRE JORDMOR OM

pubertet
 prevensjon
 seksuell helse
 familieplanlegging
 ernæring og livsstil
 vold og seksuelle overgrep
 svangerskap
 ultralyd i svangerskapet
 fødsel
 det nyfødte barnet
 amming
 barseltid
 abort
 celleprøve
 overgangsalder

Jordmortjenesten representerer en unik kontinuitet i friske kvinners liv. Jordmødre i Norge arbeider på kvinneklinikker på sykehus, på fødestuer, på helsestasjoner eller i privat praksis. Jordmortjenesten er en lovpålagt kommunal tjeneste og skal være et lavterskeltilbud for alle kvinner i fertil alder.

Vil du vite mer?

Snakk med jordmor der du bor.



Stempel/ Navn på
 Helsestasjon/ Sykehus



Jordmorforbundet NSF
www.jordmorforbundet.no