



Jordmora

NR. 2-2015 • ÅRGANG 13

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



TEMA **Opplever
fødsler
forskjellig**

Innhold

NR. 2-2015 • ÅRGANG 13

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

ANSVARLIG REDAKTØR

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

REDAKSJONSRÅD

Hanne Graarud Steien, Hanne Schjelderup-Eriksen, Linn Holberg, Eli Aaby, Aaste Gjernes, Raija Dahlø

ANNONSER OG ABONNEMENT

Hanne Graarud Steien
Tlf. 97 08 38 68
hanne@hannegs.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

Ingvald Bergsagel
Tlf. 93 49 84 22

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE:

24. september 2015

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.

- | | |
|--|---|
| <p>3 Leder:
Hanne Schjelderup-Eriksen</p> <p>4 Smånytt</p> <p>6 Veslas koffert</p> <p>9 Aktuelle bøker</p> <p>10 Utvidet rett for jordmødre og helsesøstre</p> <p>12 Sjekklister skal bedre pasientsikkerheten</p> | <p>14 Fødselsopplevelse</p> <p>26 Tilbakeblikk</p> <p>28 Når bønder venter barn</p> <p>34 Bli medlem</p> <p>35 På plakaten</p> <p>36 Innmelding i NSF og Jordmorforbundet</p> |
|--|---|

«Det er på høy tid at vi tar plass i omsorgen for friske kvinner.»

Cecilie Sommerstad, side 10



28



6



14



■ **LEDER:**
Hanne Schjelderup - Eriksen



Vellykket vervekampanje

Det er en glede å fortelle dere at Jordmorforbundet NSF lykkes svært godt med vervekampanjen vår. Vi har fått 79 nye medlemmer i faggruppen vår bare siden 1. Januar 2015. Norsk Sykepleierforbund er på vei til å lykkes stort med jordmorsatsingen. Nå velger 40 prosent av de yrkesaktive jordmødrene i landet å organisere seg i NSF. Størstedelen velger også å organisere seg i Jordmorforbundet NSF, som har hatt en medlemsvekst på 27 prosent fra 1. januar 2014. Det er fantastisk! Det ser ut til at vi i fellesskap har funnet nøkkelen som skal til for at vi nå lykkes med dette arbeidet. Jordmorforbundet NSF setter stor pris på alles arbeidsvilje og frikjøpte ressurser bevilget til faggruppen det siste året som har gjort dette mulig. Nå tettes også lekkasjen av medlemmer i NSF som tidligere strømmet til andre fagorganisasjoner etter endt jordmorutdanning. Vi beholder rundt 50 prosent av de nydannete jordmødrene i Jordmorforbundet NSF. Vi har fokus på å øke dette tallet med målrettet satsing mot denne viktige gruppen. Her er vårt tette samarbeid med NSF's fylkeskontor der det er jordmorutdanning er av vesentlig betydning.

Det er et demokratisk prinsipp at fagorganisasjoner med flest medlemmer skal ha størst gjennomslagskraft, derfor er alle våre medlemmer i Jordmorforbundet med på å styrke den mest innflytelsesrike fagorganisasjonen for jordmødre i Norge. Medieprofilen til Jordmorforbundet er også tydelig. En oversikt fra 2014 viser at Jordmorforbundet NSF har vært 109 ganger i media for å fronte aktuelle saker. Jordmorforbundet og NSF sørget for at vi fikk den første Jordmorboka på norsk, som brukes på jordmorutdanningene i Norge. Den revideres nå og lanseres som App, som blir gratis for dem som allerede har kjøpt boka. Jordmorforbundet verner om dine arbeidstidsbestemmelser og kjemper for å bevare Arbeidsmiljøloven (AML). Vi firer ikke på tredje-hver-helg prinsippet eller normalarbeidsdagen. Vi har klart for oss hvor viktig familietid og frihelgene er for våre medlemmer. NSF har et landsmøtevedtak på at vi ikke skal jobbe oftere enn tredje hver helg. Vi tar i bruk de virkemidlene vi kan, og gikk ut i politisk streik for å bevare Arbeidsmiljøloven.

Det har vært en travel vår for Jordmorforbundet NSF med mange spennende møter. Jordmorforbundets leder har nylig vært på EFNMA og WHO møte i Riga. På møtet stilte også nasjonale sjefleger, europeiske jordmorledere og sjefsyrkepleiere for å styrke det internasjonale arbeidet for å oppnå WHO's helsemål for 2020. De andre norske delegatene var Bente Skulstad i funksjon som nasjonal sjefsyrkepleier, Karen Bjørø på vegne av Norsk Sykepleierforbund og helsedirektør Bjørn Guldvog. Jordmorforbundet jobber også strategisk for å få gjennomslag for å styrke landets svangerskap-, fødsel- og barselomsorg. Vi har hatt møter med sentrale politikere i Arbeiderpartiet (deriblant nestleder Trond Giske og Tove Karoline Knutsen i helse- og omsorgskomiteen), Tone W. Trøan stortingspolitiker for Høyre, partileder i Rødt Bjørnar Moxness, samt en rekke av landets ordførere.

Gratulerer til alle jordmødre med utvidet rekvireringsrett for prevensjonsmidler! Jordmorforbundet NSF mener dette vil åpne for et bredere og bedre tilbud til kvinnene, og bidra til færre uønskete graviditeter. Rekvireringsretten innebærer at jordmødre med dokumentert kompetanse kan rekvirere alle hormonelle prevensjonsmidler og administrere alle prevensjonsmetoder inkludert de langtidvirkende reversible prevensjonsmidlene (LARC), det vil si kobberspiral, hormonspiral og p-stav, til alle kvinner fra 16 år. Rekvireringsretten knyttes til jordmødres profesjon som kvalifisert helsepersonell og ikke til tjenestested.

I høst arrangerer Jordmorforbundet vår generalforsamling og fagkonferanse i Tromsø. Kryss av 17. og 18. september i kalenderen og delta på årets happening for jordmødre. Programmet blir fantastisk spennende. Se jordmorforbundet.no og meld deg på.

Med ønske om en riktig god sommer til dere alle!

Hanne Schjelderup-Eriksen
LEDER JORDMORFORBUNDET NSF

Diaré hemmer utvikling

Små barn med mye diaré utvikler seg dårligere enn friske barn. Det antyder en studie som norske forskere har gjort i New Delhi. Forskerne målte barnas utvikling med metoden ASQ-3, som kartlegger barnets kommunikasjon, motorikk, problemløsningsevner og selvhjelpsferdigheter.

– Studien viser blant annet at jo flere dager med diaré, jo lavere skår på utvikling, sier psykologspesialist Ingrid-Kvestad til Forskning.no.

Gratis prevensjon



Stortinget har vedtatt å utvide ordningen med bidrag til prevensjonsmidler til kvinner mellom 16 og 20 år. Spiral og P-stav blir gratis eller rimeligere. Samtidig kan unge kvinner få p-piller for et halvt år av gangen. Dette er fordi langtidsvirkende metoder har ofte færre brukerfeil og høyere sikkerhet mot graviditet.

Kilde: Helsedirektoratet.no

SMÅNYTT



IVF-gravide har økt risiko

Risikoen for høyt blodtrykk hos gravide er økt etter prøverørsgraviditeter der kvinnen får satt inn et befruktet egg som har vært frosset. Det viser en nordisk studie som er publisert i Human Reproduction. Forskerne har sett på IVF-graviditeter for å finne ut om risikoen for tilstander med høyt blodtrykk hos mor, blant annet svangerskapsforgiftning, er forhøyet.

– Vi så at risikoen for høyt blodtrykk var nokså mye høyere ved tilbakesetting av befruktede egg som hadde vært frosset, enn ved tilbakesetting av ferske egg, sier førsteforfatter Signe Opdahl.

Hva det er som medfører den økte risikoen for høyt blodtrykk vet hun ikke.

– Resultatene er tydelige, og dette er en stor studie. Vi trenger mer opplysninger om det enkelte svangerskapet for å finne ut hva dette kommer av. Vi vet ikke hvem av kvinnene som har fått hormoner eller hvilken frysemetode som er brukt, sier hun.

Kilde: Dagens Medisin

«Møter du noen uten smil, så gi ditt.»

Svensk ordtak

Stress gir eksem

Stress under graviditeten øker risikoen for barneeksem. Det viser en dansk studie utført av det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Kvinner som hadde høy arbeidsbelastning og lav innflytelse på jobbhverdagen sin, hadde høyere risiko for å få barn som ved sjuårsalderen utviklet barneeksem, sammenliknet med kvinner som hadde lave krav og høy innflytelse i jobben sin.

Kilde: Helsesrådet nr. 3/15 2015



Syk av kringling

Gravide blir syke av dårlig samliv. Kringling, usikkerhet og høyt konfliktnivå kan føre til at gravide blir mer utsatt for å få influensa, forkjølelse eller andre infeksjonssykdommer. Ifølge stipendiat Roger E. Henriksen ved Høgskolen i Bergen har de dobbelt så stor risiko for infeksjonssykdom som de som lever i gode parforhold.

Kilde: Forskning.no

Liten risiko for misdannelser

Nyfødte barn til kvinner som behandles med antidepressiva av typen SSRI eller venlafaxin tidlig i graviditeten har liten risiko for misdannelser. Det viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet. Studien omfatter over 2,3 millioner fødsler i Norge, Danmark, Sverige, Finland og Island mellom 1996 og 2010.

Kilde: Fhi.no

Ny vaksine mot klamydia

En ny, dansk vaksine mot klamydia er klar for uttesting på mennesker i 2016.

– Det har lyktes oss å utvikle en helt ny type vaksine, som rammer bakterien der det gjør aller mest vondt, og som angriper både med T-celler og antistoffer, sier forsknings sjef Peter Lawætz Andersen, ifølge Statens Serum Instituts nettside.

Vaksinen skal stoppe bakterien før den gjør skade, og samtidig minske risikoen for å smitte videre.

Kilde: Dagens medisin

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox



Angst av antidepressiva

Tre år gamle barn av mødre som hadde brukt antidepressiva i svangerskapet viste flere symptomer på angst enn deres søsken som ikke hadde blitt eksponert for antidepressiva i svangerskapet. Dette viser funn fra en studie utført av forskere fra Folkehelseinstituttet, Universitetet i Oslo og Hospital for Sick Children i Canada.

Sammenhengen mellom antidepressiva-eksponering i mors liv og økte angstsymptomer hos barnet var til stede også etter at forskerne hadde justert for blant annet genetiske effekter, delte miljøfaktorer mellom søsknene og ulike nivåer av depresjon hos mødrene under svangerskapet. Studien viser betydningen av å følge barn over tid for å studere mulige langtidskonsekvenser av legemiddeleksponering i svangerskapet.

Kilde: Fhi.no

Vuggesang går i arv

– Sangene går gjerne i tradisjon, fra generasjon til generasjon. Så lurer det seg underveis inn noen nye, spesielt slike som er blitt kjent på tv eller som barna fanger opp i barnehagen, forteller Lisa Bonnár.

Hun tok i fjor doktorgradsavhandling på vuggesang. Hun forteller at det ikke finnes eksakte tall for hvor mange prosent av foreldrene som synger vuggesang for sine små, men at antallet ganske sikkert er synkende.

– Vuggesang møter hard konkurranse fra tv, spill og annen moderne teknologi, forklarer Bonnár. Men selv om det blir færre som synger, er det likevel fortsatt mange foreldre som har vuggesang som fast innslag på sengekanten, forsikrer forskeren.

Det er først og fremst foreldre med høy utdanning som opprettholder tradisjonen, viser studier fra utlandet.

– Det å synge for sine små er et viktig redskap for å få barn til å roe

seg ned når det nærmer seg sovetime. Vuggesang er den ultimate omsorg og et hverdagsritual som skaper gode følelser både hos dem som synger og de som blir sunget for, sier Bonnár.

Hun peker på at vuggesangene gir barna en trygghetsfølelse og et positivt «eierforhold» til sangene. Samtidig får foreldrene mulighet til å kjenne på gode minner fra egen barndom.

Kilde: Forskning.no



Veslas koffert

To nybakte mødre bodde vegg i vegg med hverandre på intensivavdelingen i seks uker i 2013 uten å vite at de begge hadde født et barn med Downs Syndrom. Deres opp- og nedturer resulterte i Veslas koffert.

Tekst Karete Roksvåg, Veslas koffert

Gratulerer! «Fin gutt!» «Nydelig!» I det ene øyeblikket hagler det av gratulasjoner, komplimenter og rosord om det lille nurket blant helsepersonellet der inne på barselavdelingen. Stoltheten, morslykken og forelskelsen er til å ta og føle på. Så kommer diagnosen og sjokket, og forelskelsen snur brått til vantro og sorg. Så blir tonen en annen: «Hvordan går det med deg?» Trykket på «går» stikker meg i ryggen og fortsetter som et lyn nedover ryggmargen. Sa de ikke nettopp at jeg hadde fått en nydelig baby? For et øyeblikk siden var de samme fjesene fylt av brede, gode smil. Nå er de alvorlige, tunge. Jeg har blitt en de skal muntre opp, en de skal trøste. Jeg blir forvirret. Har jeg fått en baby eller har jeg fått en diagnose? Skal jeg være glad, eller skal jeg være trist?

Sjokk og vantro

Kaoset og følelsene raser på innsiden,

men utenfor er det stille. Fryktelig stille. Ingen vet helt hva de skal si. Det går sakte og forsiktig i dørene. Det strykes så forsiktig på skulderen. Kontrasten mellom det lykkelige livet på barselavdelingen er absurd; pappaer som flyr rundt med bilseter, og besteforeldre på besøk med lyseblå og rosa gaver. Det lille nurket er ikke det nurket som vi har ventet på så lenge.

Her begynner historien om Veslas koffert. Mellom 2013 og 2014 ble fem av oss seks som står bak dette initiativet, mamma til et lite barn med Downs Syndrom. Nyheten kom helt ut av det blå, og startet det som skulle bli en lang berg-og-dal-bane av følelser. Prosessen med å bearbeide sorgen og å akseptere diagnosen fortonet seg ulikt for oss alle. Det samme gjaldt erfaringene og opplevelsene fra sykehusoppholdet, selv om fire av oss fødte ved samme sykehus. To ting går likevel igjen i historiene våre, og i de mange tilbakemeldingene som

vi mottar fra andre foreldre til barn med Downs Syndrom (DS), og er det som Veslas koffert har vokst ut fra, og som stadig driver oss videre.

Støttende fellesskap

Det første er en følelse av ensomhet, og å være alene. Det er sjeldent det er flere nybakte foreldre til barn med DS på barsel, eller nyfødt intensiv samtidig, og dersom dette er tilfelle, forhindrer taushetsplikten som regel disse foreldrene å få informasjon om hverandre. To av mødrene i Veslas koffert bodde vegg i vegg med hverandre på intensivavdelingen i seks uker uten å vite at de begge hadde fått et barn med DS. Ved en tilfældighet, to dager før den ene reiste hjem, oppdaget de hverandre, og har siden vært uatskillelige. I en sorgprosess oppstår det ofte tanker og følelser som kan forbindes med tabu, og som mange foreldre synes er vanskelig å dele med familie og venner som ikke har lignende erfaringer. Vissheten om at noen går, eller har gått samme veien før, er betryggende og skaper grunnlag for et støttende fellesskap. Felles skjebne – felles trøst, er det noe som heter. Kan taushetsplikten omgås ved å stille et hypotetisk spørsmål til foreldrene om de ønsker kontakt med noen i samme situasjon?

Usynlig informasjon

Heldigvis er det mange som går den samme veien samtidig, og som har gått den før! Norsk Nettverk for Downs

Frivillig arbeid

Veslas koffert er basert på frivillig arbeid, private donasjoner og sponsoringer fra næringsliv. Organisasjonens viktigste kanal, for å mobilisere frivillighet er Facebooksiden; (<https://www.facebook.com/pages/Veslas-koffert/919542701407108>). Veslas koffert har per i dag et stort team av frivillige som strikker, hekler og syr, men trenger stadig nye hender og villige donatorer for at prosjektet skal være bærekraftig i et langtidsperspektiv. Ved å gi informasjon om

Downs Syndrom og å avkrefte myter ønsker Veslas koffert også å drive med holdnings- skapende arbeid. Prosjektet er inspirert av Jack's Baskets – et lignende initiativ i USA.

Veslas koffert samarbeider med NNDS og Ups & Downs-foreningene i Norge.

Ønsker ditt sykehus/nyfødt intensivavdeling å ta imot Veslas koffert? Ta kontakt med Karete Roksvåg eller Iben Hansen v/Veslas koffert (karete.roksvag@veslaskoffert.com) (iben.hansen@veslaskoffert.com).



MOR OG SØNN: Syver og Karete Roksvåg. Foto: Privat.

Syndrom (NDS) er en landsdekkende frivillig organisasjon som arbeider for mennesker med DS, og som tilbyr støtte og informasjon til foreldre og familier. Ups & Downs-foreningene er lokale frivillige støtteforeninger med foreldre i spissen. De arrangerer sosiale sammenkomster, men som ofte også tilbyr seg å snakke med nye foreldre, enten på sykehuset eller hjemme. Begge har levende og dynamiske sider på Facebook med god takhøyde, og kan tilby uvurderlig støtte ved lange kvelder og netter på sykehuset, og i «det nye livet» der hjemme. Denne informasjonen finnes, men dessverre distribueres den ikke i tilstrekkelig grad på sykehusene. Og fordi den ofte er vanskelig å finne fram til på egen hånd, når

den derfor sjeldent frem til de nybakte foreldrene.

Se muligheter

Det andre som går igjen i våre, og mange andres erfaringer, er opplevelsen av at helsepersonellet ofte har et ensidig, og i overvekt negativt fokus på DS. Den medisinske informasjonen som gis vektlegger ofte de potensielle helsemessige utfordringene som mennesker med DS kan ha/få, noe legene også er pliktige til å gi. Men like viktig, om ikke viktigere, er det å gi informasjon om hvilke muligheter medisinen og det offentlige støtteapparatet i Norge gir, og som kan øke livskvaliteten til både barnet og familien. Helsemessige utfordringer kan det gjøres

noe med! Samme informasjon bør også fremheve barnets unike muligheter og potensial, og gi en tidsriktig og oppdatert framstilling av hvordan det kan være å ha et barn, og å være et menneske med DS i Norge i dag. De aller fleste lever meningsfulle og tilnærmet «normale» liv integrert i barnehage, skole og jobb.

For mye negativ fokus er med på å gi foreldrene en følelse av at barnet ikke er ønsket i samfunnet og vil dermed forsterke sorgfølelsen. Det er en tung bær å bære. Og for par som befinner seg i den tunge og vanskelige situasjonen der de skal avgjøre om fosteret i magen skal få leve, er nøytral og nyansert informasjon avgjørende, i dobbel betydning, for å kunne ta et informert valg.

I møte med foreldrene

Jordmødre er en faggruppe som jobber tett på foreldre i sine livs største øyeblikk. Et øyeblikk som samtidig også kan være fylt av sorg. Hvordan overleverer man en slik beskjed? Hvordan snakker man, og hvordan oppfører man seg i etterkant? Hvordan møter man disse foreldrene der de er?

Helsepersonell må være bevisst på hvordan de omgår både foreldrene og barnet, og på hvilke signaler de sender ut før, under og etter at beskjeden har kommet. Hvilke følelser helsepersonellet legger vekt på når beskjeden overleveres er svært viktig: har man en overraskende eller uventet nyhet, eller har man en dårlig eller trist beskjed? Man bør i alle tilfeller tilstrebe å være nøytral og balansere informasjonen som gis.

Det er ulikt hvordan vi mennesker reagerer på en slik beskjed, og det er forskjell på omstendighetene rundt. Kanskje er det andre medisinske forhold rundt barnet som gjør at syndromet blir lite i sammenheng. Det finnes ingen fasit på dette. Det vi vet er at måten beskjeden overleveres og formidles på er avgjørende for hvordan foreldrene selv møter og bearbeider den. Det vi vet er at de holdningene som helsepersonellet selv viser til Downs Syndrom, har stor innvirkning på foreldrenes egne holdninger.

Mindre ensomt

Med Veslas koffert ønsker vi å sende en helt konkret og personlig hilsen for å vise at vi har et godt og oppegående, varmt og hjertelig nettverk som venter på disse foreldrene og barnet deres, og at barnet er ønsket og ventet i samfunnet. Kofferten skal inneholde informasjonsmaterieell fra NNDS, Habiliteringstjenesten for barn og unge, Ups & Downs-foreningene, og eventuelle lokale fadderordninger, eller kontaktfamilier, dersom det finnes på stedet. I tillegg vil den inneholde håndlagde gaver til barnet; teppe, lue, sokker og en babyleke. Til foreldrene gir vi boka «Livet med Marikken», skrevet av far og journalist Eivind Eidslott, essayet



PERSONLIG HILSEN: Kofferten inneholder informasjonsmaterieell i tillegg til håndlagde gaver til barnet. Foto: Privat.

«Velkommen til Nederland» av Emily Perl Kingsley, en sjokolade, satt sammen spesielt for Veslas koffert, samt en hilsen fra mammaene bak initiativet, og deres personlige fødselshistorier.

Ved å samle og tilgjengeliggjøre den informasjonen som finnes, og å vise at det finnes et støttende fellesskap, tror vi at Veslas koffert kan bidra til å gi foreldrene et mer positivt bilde på fremtiden, og å gjøre deres situasjon mindre ensom.

Kan gjøre en forskjell

Visjonen vår er å være et konkret tiltak og et hjelpemiddel i oppfølgingen av nybakte foreldre til barn med Downs Syndrom ved norske sykehus, slik at den blir bedre, og slik gi foreldrene en enklere start på livets reise.

Oslo universitetssykehus var tidlig ute med å ønske tiltaket velkomment og var det første sykehuset som vi gjorde

avtale om utlevering til. Den fantastiske Ann Mari Haug, som er ansatt som vernepleier og som har ansvar for oppfølging av nye foreldre til barn med DS ved sykehuset, har vært oppmuntrende og kommet med verdifulle råd. I våres inngikk vi en avtale med Sykehuset Telemark HF, som i likhet med OUS, har vært utelukkende positiv til prosjektet. Utlevering til begge sykehus starter i begynnelsen av juni, noe vi gleder oss enormt til. Det blir spennende når de første tilbakemeldingene på prosjektet kommer fra sykehus og foreldre. Vi håper og tror at vi kan gjøre en forskjell!

Framover ønsker vi å gjøre avtaler med sykehus som har som har engasjerte medarbeidere og som har god kompetanse på oppfølging av foreldre som har fått et barn med Downs Syndrom, og på sikt håper vi å kunne levere koffert til alle landets nyfødte intensivavdelinger! ■

Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Tittel: **Effective Birth Preparation – Your practical guide to a better birth**
Forlag: Intuition UN Ltd
Anmelder: Ingebjørg Laache, jordmor, St. Olavs Hospital, Trondheim



Mental trening før fødselen

Forfatteren av «Effective birth preparation», Maggie Howell, er grunnlegger av Natal Hypnoterapi, som gjennom sine kurs, cd-er og bøker hevder å ha hjulpet over 100.000 kvinner med å bekjempe frykt og usikkerhet knyttet til fødsel.

Denne bokutgivelsen, som også inkluderer et lydspor, er i første omgang rettet mot gravide, og derfor nyttig for jordmødre å kjenne til.

Her presenteres mange personlige historier om store, positive endringer i tanker og følelser rundt svangerskap og fødsel. Nesten hver side i boken har også et relevant visdomsord, og det er satt av mye plass til å skrive ned egen graviditets- og fødeprofil.

Boken er delt inn i tre hoveddeler. Den første delen starter med den instinktive fødsel, tar oss videre til den fryktbaserte fødselskulturen og så til redselen for smerte som påvirker tanken på fødsel.

Del to beskriver natal hypnoterapi, mens del tre tar leseren gjennom fem skritt til en bedre fødsel, der gis det praktiske råd og treningsoppgaver.

Dersom den gravide, samtidig som hun leser boken, også konsulterer en som mestrer denne mentale treningen, skal dette øke sjansene for å snu negative tanker og følelser for fødsel til positive.

Boken er så langt kun tilgjengelig i engelsk versjon.

BOKANMELDELSE

Tittel: **Metodebok**
Forlag: Sex & samfunn
– Senter for ung seksualitet
Anmelder: Raija Dahlø, førstelektor, Jordmorutdanningen, HiST, Trondheim.



Metodisk om sex

Sex og samfunn – Senter for ung seksualitet har igjen i 2015 utgitt en oppdatert metodebok, den sjuende reviderte utgaven. Redaktør er Siv Gamnes, og medisinsk ansvarlig er Marius Johansen.

Boken er rettet mot leger i allmennpraksis og helsepersonell som arbeider ved prevensjonskontorer og ungdomshelsestasjoner, men er også relevant for jordmødre, ikke minst siden vi nå får utvidet rekvireringsrett på prevensjon.

Innholdet i boken er basert på nyere forskningsresultater og behandlingsregimer. Boken inneholder kapitler om prevensjonsmidler, menstruasjon, svangerskap og svangerskapsavbrudd, infeksjoner og sexologi. I boken finnes det også et kapittel om kommunikasjon. Flere nyttige prosedyrer er også med.

Boken er egnet som oppslagsbok, det er en tydelig kapitelinndeling og kapitlene er delt i mindre underkapitler på en ryddig måte. Hvert kapittel begynner med et kort sammenheng, og metodeboken er i det hele tatt svært brukervennlig.

Det bemerkes dessuten i boken at det finnes flere nyttige dokumenter som ikke er kommet med, men som kan lastes ned fra sexogsamfunn.no.

Til revisjon av boken har Sex og samfunn mottatt økonomisk støtte fra statsbudsjettet, formidlet av Helsedirektoratet. Stoffet i boken er derfor tilpasset for å gjelde alle aldersgrupper, ikke bare ungdom, på grunn av Helsedirektoratets ønske om at denne Metodeboken skal være en standard for ungdomshelsestasjoner og for andre som jobber med seksuell helse.

Rekvireringsretten blir utvidet

– Jeg er ikke bekymret. Det er på høy tid at vi tar plass i omsorgen for friske kvinner, svarer Cecilie Sommerstad på spørsmålet om hva hun mener om utvidet rekvireringsrett på prevensjonsmidler. Tekst Eli Aaby, jordmor, Ahus

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2014 ut et forslag om utvidet rekvireringsrett på prevensjonsmidler for jordmødre og helsesøstre på høring. Forslaget ble hovedsakelig svært godt mottatt av dem som svarte på høringen. Helsedirektoratet er nå i ferd med å utarbeide tekst til nytt rundskriv og kvalitetssikre opplæring. (NSFs høringssvar finnes på NSFs hjemmeside under høringsuttalelser, dato 16.09.2014).

Erfaring fra mödravårdscentralen

Jordmora har snakket med jordmor og seniorrådgiver Cecilie Sommerstad i Helsedirektoratets folkehelsedivisjon, avdeling for oppvekst og aldring. Sommerstad er utdannet jordmor og sexologisk rådgiver i Norge. For å bygge på sin kompetanse innen kvinnehelse, har hun praktisert på mödravårdscentralen

inspirasjon i arbeidet med å utvide kompetansen og arbeidsfeltet til jordmødre og helsesøstre i Norge. Før hun begynte å arbeide i Helsedirektoratet startet hun «Det Gule Huset» i Moss. Her driver hun fortsatt privat jordmørtjeneste én dag i uka.

Kompetanse og ansvar

Når jordmødre og helsesøstre nå kan rekvirere prevensjon til friske kvinner i alle aldre, vil det ikke begrenses til å gjelde dem som arbeider på ungdomshelsetasjonene slik som det har vært frem til våren 2015. Utvidelsen gjelder også rett til å rekvirere og administrere langtidsvirkende prevensjon (LARC = Long-acting reversible contraception). Dette er kobber- og hormonspiral, p-stav og p-sprøyte.

Det er mange ting som må på plass, mener Sommerstad.

ner og sonder. Det er klart vi kan legge inn spiraler og implantater når vi får opplæring i det, sier Sommerstad.

– Jordmødrene som har kompetansen i dag, er flinke til å sette spiraler og ta celleprøver. Jeg er ikke bekymret. Det er på høy tid at vi tar plass i omsorgen for friske kvinner, slik som det er i Sverige. Der har også jordmødrene henvisningsrett til spesialist dersom man oppdager patologi ved en gynekologisk undersøkelse eller i et anamneseopptak, fortsetter hun.

Nytt opplæringsprogram

Jordmødre som blir utdannet etter dagens læreplan har forskrivningsrett til kvinner i aldersgruppa 16–19 år. Jordmødre med eldre utdanning har kunnet få dette etter å ha tatt et ekstra kurs, som tidligere ble holdt av foreningene og av høyskolene. Helsedirektoratet er i god dialog med høyskolene om utvidelse av læreplanene og Sommerstad forteller at det arbeides med et opplæringsprogram som skal være nasjonalt standardisert og tilbys på høyskolene både for dagens studenter og jordmødre med gammel utdanning.

En utfordring her er at opplæringsprogrammet må gjøres lett tilgjengelig for alle jordmødre og helsesøstre. Bestått eksamen må også koples til autorisasjonsregisteret.



«Det er klart vi kan legge inn spiraler og implantater.» Sommerstad

i Tanumshede i Sverige. Hun sier at det var nyttig å lære hvordan jordmødrene arbeider med hele spekteret av kvinnehelse i alle aldre ved mödravårdscentralen. Det hun lærte her har vært til

– Jordmødre og helsesøstre har litt ulikt behov for utvidelse av kompetansen. Jordmødre kan mer om kvinnehelse og reproduktiv helse. Vi er alle sykepleiere som kan legge inn veneflo-

– Vi må gjøre dette så enkelt som mulig. Det er ikke tilstrekkelig med kun teoretisk opplæring. Praksis er også nødvendig. Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra utdanningene der man skal se nærmere på hvordan man kan sikre god teoretisk og praktisk opplæring for jordmødre og helsesøstre. Jeg tror at helsesøstrene kommer til å få flere konsultasjoner for de yngste kvinnene, og jordmødrene med dem som har født og helt opp til menopausen, sier Sommerstad.

Kun for de over 16 år

De nye endringene gjelder prevensjonsmidler, men bare til kvinner over 16 år. Hva med de yngste? Hvorfor må de fortsatt gå til fastlegen og ikke helsesøster?

– Dette har antakelig med lovverket å gjøre, samt med politisk prioritering av oppgaver. Seksuell lavalder er 16 år. Helsedirektoratets anbefaling går imidlertid ut på at den utvidete rekvireringsretten også burde omfatte de under 16 år, sier Sommerstad. Flere av høringsinstansene problematiserer dette med at vi som treffer de aller yngste ikke kan skrive ut prevensjon til dem, legger hun til.

Sommerstad mener de likevel kan hjelpe, gi råd og sende dem til for eksempel helsestasjonslegen for å få prevensjon. Hun er glad for at unge kvinner lettere kan få tilgang til spiral, p-stav og p-ring som har mindre hormoner enn p-piller.

– Det er fint med en større meny å velge i, og gledelig at pris ikke er noen hindring lenger. Bidragsordningen i dag gjør at disse metodene også er gratis for de yngste. Kondom er fortsatt mannens prevensjonsmiddel, sier Sommerstad.

Nytt for undertegnede, er at spiral (både kobberspiral og hormonspiral) nå anbefales til unge kvinner, også dem som ikke har født. (Se blant annet britiske NICE guidelines).



LANGTIDSVIRKENDE: Utvidelsen gjelder også rett til å rekvirere kobber- (avbildet) og hormonspiral, p-stav og p-sprøyte. Illustrasjonsfoto: Scanpix.

Takstsystemet må endres

De nye barselretningslinjene med krav til hjemmebesøk av jordmor etter fødsel og utvidet rekvireringsrett, vil utvide jordmødrenes arbeidsområde. Det gjør også at det er behov for å endre finansieringen av jordmortjenesten. Cecilie Sommerstad sender stafettpinnen videre til jordmororganisasjonene.

Leder i Jordmorforbundet, Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen sier at dette er en større diskusjon.

– Det handler om å forene «sørge-for-ansvaret» med «finansieringsansvaret» i primærhelsetjenesten. Det kjente problemet med de små jordmorstillingene i kommunene har blant annet sin årsak i den grunnleggende ulikheten mellom finansiering av jordmortjenesten og fastlegetjenesten. Legetjenesten er statlig finansiert, mens jordmortjenesten betales av kommunen. Da er det klart at når kommunen kan få svangerskapsomsorgen og prevensjonsveiledningen betalt av staten ved at fastlegene

gjør det, så ser ikke rådmannen behov for større jordmorstillinger, selv om kvinnene foretrekker å gå til jordmor, sier Schjelderup-Eriksen.

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er i hovedsak finansiert av kommunene, og erfaringene de siste årene med at bevilgninger til disse har gått til andre etater i kommunene, gjør at vi må tenke nytt.

– Jordmorforbundet NSF ønsker årsverkstakster – takster som gjør at jordmortjenesten er 100 prosent statlig finansiert og ikke basert på aktivitet, slik som dagens takstsystem er, sier Schjelderup-Eriksen. Hvis myndighetene ønsker å videreføre dagens system, mener Jordmorforbundet NSF at finansieringen av jordmortjenesten skal likestilles med fastlegene, avslutter hun. ■

Referanser:

1. <http://www.sexogsamfunn.no/For-fagfolk/Metdebok/>
2. <https://www.nsf.no/nsf-mener/horingsuttalelser>
3. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg30>

Sjekklister skal bedre pasientsikkerheten

I prosjektet Trygg Fødsel tester jordmødre i Bergen og Voss ut sjekklister til bruk i fødselsforløpet. Bedre sjekklister kan bidra til færre fødselsskader og sikre god behandling.

Bakgrunn

I Norge fødes cirka 60 000 barn årlig. Noen av fødselene har et uheldig resultat med varig neurologisk og fysisk skade hos barnet. Svangerskap og fødsler er komplekse hendelser, og noen medfødte tilstander hos barn kan vi aldri unngå, mens andre skyldes menneskelig svikt eller systemsvikt. De fleste foreldre som opplever å få et skadet barn, melder hendelsen inn til Norges Pasientskadeerstatning (NPE).

Dr. Stine Andreassen og medarbeidere har systematisk gjennomgått alle NPE-saker i fødselshjelpen fra tidsrommet 1994–2008. Årsaken til utfallet av de ulike hendelsene er komplekse. Forskergruppen konkluderer likevel med at menneskelig feil er sterkt medvirkende i 89 % av sakene. I de resterende 11 %, så man avvik fra allerede godkjente metoder under igangsettelse av fødsel, og medikamentell stimulering av rier. Sakkyndige vurderte at i 20 % av tilfellene var ri-stimulerende medikament «Oxytocin» feildosert. På bakgrunnen av dette så man stor nytteverdi av å gjennomføre kvalitetsforbedringstiltak knyttet til fødsler, og «Trygg fødsel» ble initiert som innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet i Helse Vest.

Målet med prosjektet:

- Å redusere frekvensen av alvorlige fosterskader og fosterdød med 50%.
- Å bedre pasientsikkerheten til mor og barn.
- Å innføre målrettet bruk av ristimulerende medikament.
- Å bedre kvinners/parets fødselsopplevelse.

Tiltak

Helse Bergen fikk tildelt pilotstatus, det vil si at sjekklistene skulle prøves ut her før programmet ble utrolert i hele Helse Vest. Høsten 2014 ble det opprettet en prosjektgruppe ved Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssjukehus. Senere ble fødeavdelingen på Voss SH trukket inn. Gruppens hovedoppgave var å utarbeide og implementere sjekklistene til bruk på ulike tidspunkt i fødselsforløpet. Målet med bruk av sjekklistene var å hjelpe personalet til å følge allerede etablerte retningslinjer for å sikre en standardisert behandling.

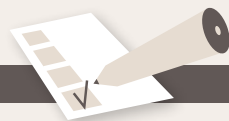
Innføring av sjekklistene ble delt opp i 3 trinn:

1. Sjekkliste ved innkomst til fødeavdeling, samt «timeout» minimum hver 4. time for alle i fødsel.

Av **Bente Bjørnås**, jordmor

Siw Gjelsten, jordmor

Anne Tandberg, overlege
PhD



2. Sjekkliste for Oxytocin-stimulering (ristimulerende medikament).
3. Sjekkliste for vaginal operativ forløsning. (Vakuum/tang)

Prosessten

Gruppen startet med å informere ansatte om prosjektet, en utfordrende oppgave på en stor arbeidsplass. Prosjektgruppen var opptatt av å skape engasjement rundt prosjektet. Det ble arrangert to kick-off møter for alle ansatte ved Obstetrisks seksjon ved HUS. Her deltok prosjektgruppen for «Sikre fødsler» ved Hvidovre Hospital i Danmark, og delte sine erfaringer vedrørende implementering av sjekklister i fødselsomsorgen. Videre ble informasjon gitt via e-post, ved avdelingsmøter, fagdager og via en nyopprettet webside til intern bruk i Helse Vest.

Retningslinjer vedrørende bruk av medikamentet Oxytocin ble også endret.

Prosjektet har en god ledelsesforankring. Støtte og forståelse for frikjøp av tid, og interesse for gruppens arbeid har vært viktig!

Behovet for avklaring av definisjoner ble raskt avdekket. Likeså viktigheten av felles oppfatning av ulike begreper.

Vi startet opp med bruk av «Varsel- og tiltakslinje» i fødeprogrammet Natus. I praksis innebærer dette blant annet en økt bevissthet i forhold til definering av fødselens aktive fase, og forventet framgang. Bruken av Oxytocin ble vurdert som et ristimulerende tiltak først når tiltakslinjen i fødeprogrammet ble krysset. I perioden mellom varslings og tiltak ble det økt fokus på «myke tiltak» (for eksempel hvile, aktivitet og næringstilførsel). Hensikten var og er å øke bevisstheten på effekten av stimulering med Oxytocin, og å unngå både over- og understimulering.

Sjekkliste/time-outskjema ved oppstart av Oxytocin ble innført i oktober 2014, og implementering har gått gradvis. Så langt i år har sjekklister vært brukt i 80 % av fødsler med ri-stimulering i stadium 1 og 2 ved de to fødeavdelingene som bruker Oxytocin ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus.

Det er også utarbeidet en tilpasset sjekkliste til lavrisikoenheten Storken. Der benyttes Oxytocin bare i siste fase av fødselen.

Sjekkliste for operative vaginale forløsninger ble innført medio mars 2015. Innsjekk ved innkomst til fødeavdeling, er under utarbeiding.

Vi har videre fått informasjonstavler i fødegangene, med oppdatert informasjon om prosjektet, tall på bruken av sjekklister og andre relevante resultater. Hensikt med tavlen er fokus og åpenhet.

Gruppens brukerrepresentanter ble rådført i forhold til tavlene, og har vært svært positive til tiltaket. Brukerrepresentantene har også vært med under mesteparten av prosessen, og kommet med nyttige innspill.

Videre har man innført tavler på hver fødestue. Her dokumenteres viktig informasjon om fødekvinnen, og eventuelle risikofaktorer hos kvinnen eller fosteret. Dette er ment som en trygghet for fødeparet («de vet at vi vet»). I tillegg viser dette seg å være et godt hjelpemiddel for helsepersonell i akutte situasjoner. Det være seg barneleger, anestesipersonell og gynekologer som vil bli tilkalt til akutte situasjoner på fødestuen. Tavlen vil her raskt kunne gi relevant, begrenset og nyttig informasjon.

Resultater

Foreløpig måler vi bruken av de ulike sjekklister og har innført, samt bruken av varsel- og tiltakslinje i fødeprogrammet Natus.

Indikatorer er:

- antall dager siden nyfødt med Apgar etter 5 min < 7.
- antall dager siden et barn er født med arteriell pH < 7. (navlestrengsprøve)
- antall dager siden et barn er født med metabolsk acidose.

Viktige suksesskriterier:

- Frikjøp av tid til å jobbe med prosjektet.
- Forankring i ledelsen og etterspørsel av resultat
- Fremdriftsplan (tidsfrister)
- Håndtering av utfordringer (motstand/engasjement)

«Vi håper å bidra til en betydelig nedgang av fødsler der barn blir født med skader.»

- Sørge for input utenfra, det være seg tidligere prosjektdeltakere/-ledere, eller andre som jobber med lignende prosjekt.
- Hjelp til å lære og bruke analyseverktøy og statistikk.

Veien videre

I fortsettelsen av prosjektet vil vi erstatte papirsjekklister med et lite laminert kort i lommeformat. Dette skal dekke innsjekk, sjekkliste før oppstart med Oxytocin drypp og sjekkliste for operativ forløsning.

Vi håper å kunne bidra til en betydelig nedgang av fødsler der barn blir født med skader på grunn av oksygenmangel, og også til at alle fødekvinne får den beste vedtatte behandlingen. ■



Fødsler oppleves forskjellig

Påvirker obstetisk selektering kvinners fødselsopplevelse?

Innledning

Vi ønsker å bidra til å redusere antall kvinner i Norge som opplever fødselen sin som negativ. Vi trenger derfor å vite hva som påvirker kvinners opplevelse av fødsel, slik at vi kan justere vår yrkesutøvelse i en retning som fremmer positive fødselsopplevelser. På bakgrunn av ulike opplevelser som jordmorstudenter i praksis ønsket vi å fordype oss i kvinners fødselsopplevelse, og om det er en sammenheng med selekterte obstetriske faktorer.

Helhet og kontinuitet er «gullstandard» for hvordan vi skal drive fødselsomsorg (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013). Fødselsopplevelse påvirkes av flere faktorer. Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja, og Berg (2010) trekker frem trygghet og opplevd

gangen til morsrollen (Nilsson, Thorsell, Hertfelt Wahn, & m, 2013).

I Norge fødes cirka 60 000 barn hvert år (Folkehelseinstituttet, 2014). Litteraturen viser til tall mellom 7–34 prosent kvinner som har en negativ fødselsopplevelse (Garthus-Niegel, Knoph, von Soest, Nielsen, & Eberhard-Gran, 2014; Hildingsson, Johansson, Karlström, & Fenwick, 2013; Larsson, Saltvedt, Edman, Wiklund, & Andolf, 2011; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004), og det vil si cirka 4000–20 000 kvinner hvert år i Norge. Antallet planlagte keisersnitt har økt betraktelig i nyere tid, og det er sett at tidligere negativ fødselsopplevelse gir økt risiko for ønske om planlagt keisersnitt ved neste fødsel (Karlström, Nystedt, Johansson, & Hildingsson, 2011). Ved et universitetssykehus på Østlandet har antall planlagte keisersnitt faktisk doblet seg på ti år (Folkehelseinstituttet, 2014), og man kan undre seg over om disse tallene har en sammenheng.

De ovennevnte tallene, og erfaring fra praksis vekket en interesse i oss for å finne ut hva som egentlig påvirker opplevelsen kvinnene sitter igjen med etter fødsel. Hensikten med vår oppgave ble derfor å fordype oss i om kvinners fødselsopplevelse kan ha sammenheng med gitte obstetriske faktorer.

I begrepet fødselsopplevelse valgte vi å fokusere på de fire områdene; egen kapasitet, profesjonell

«Tap av kontroll kan gi utrygghet og en følelse av å takle fødselen dårligere enn forventet.»

kontroll, opplevelse av smerte, støtte, jordmors omsorg, informasjon, deltakelse og medbestemmelse som viktige elementer i fødselsopplevelsen. Selve fødselsopplevelsen er viktig for den fødende kvinnen i forhold til selvtillit, tilknytning til barnet, og over-

■
Av Anette Selman
Osgjelten, jordmor

Helene Normann Furnes,
jordmor

Helene Saksvik Ringås,
jordmor



støtte, opplevd trygghet og deltakelse. Områdene kan sees på isolert eller som en total opplevelse av fødselen. Vi ønsket å se på om det er noen forskjell i kvinners opplevelse av de ovennevnte punkter ut fra de selekterte obstetriske faktorene; paritet, fødselsstart og forløsningsmetode i tillegg til faktorene alder og epidural (EDA).

Metode

Vi valgte en kvantitativ tilnærming. Kvantitativ metode er ofte brukt for å undersøke fødselsopplevelse. En deskriptiv tverrsnittsstudie ble vår studiedesign ettersom vi var avhengige av å gjøre datainnsamling innenfor et forholdsvis kort tidsrom. En tverrsnittsstudie undersøker prevalens av et fenomen på et gitt tidspunkt i en definert populasjon ved planlagt datainnsamling (Nortvedt, Jamtvedt, Graverhold, & Reinart, 2007). Tverrsnittsstudie gir også mulighet for å søke en sammenheng mellom en eller flere variabler. Hensikten med en deskriptiv studie er å observere, beskrive og dokumentere aspekter av en situasjon slik den framstår i øyeblikket (Polit & Beck, 2012). Vi har beskrevet fødselsopplevelsen til vår studiepopulasjon slik som de selv oppfattet den 2–3 dager postpartum.

Vi utarbeidet et spørreskjema bestående av spørsmål angående de selekterte obstetriske faktorene vi ønsket og se opp mot kvinners fødselsopplevelse, i

tillegg til et validert instrument; «The Childbirth Experience Questionnaire», forkortet CEQ. CEQ er utviklet av Anna Dencker og medforfattere og er utviklet for å måle kvinners fødselsopplevelse innenfor områdene egen kapasitet, profesjonell støtte, opplevd trygghet og deltakelse, og ved sum av disse den totale fødselsopplevelsen. Vi fikk tillatelse av Anna Dencker til å bruke CEQ i vår spørreundersøkelse.

Gjennomføring

Vi gjennomførte en anonym spørreundersøkelse ved en kvinneklinikk på et sykehus på Østlandet, på henholdsvis barselhotellet (heretter kalt avdeling A) og barselavdelingen (heretter kalt avdeling B) ved sykehuset. Avdeling A er for friske kvinner med friske nyfødte, mens avdeling B er for kvinner og nyfødte med komplikasjoner og/eller større behov for oppfølging. Studien ble godkjent av klinikkleidelsen ved kvinneklinikken og Personvernombudet.

Oppstart av spørreundersøkelsen kom i gang 3.9.14. Vi leverte ut 100 spørreskjemaer til hver avdeling, til sammen 200 skjemaer og målet vårt var å få inn 100 svar. Skjemaene ble delt ut til kvinnene av personalet ved avdelingene for å sikre kvinnenes anonymitet og personvern. De ble delt ut og samlet inn igjen den dagen kvinnene skulle reise hjem, omtrent dag 2–3 postpartum. Vi avsluttet innsam-

FREMME POSITIVE OPPLEVELSER: – Vi trenger å vite hva som påvirker kvinners opplevelse av fødsel for å gjøre en bedre jobb, sier jordmødrene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

lingen av skjemaene etter planen 1.10.14, og hadde da fått inn ønsket antall svar.

Inklusjonskriterier og utvalg

Inklusjonskriterier var første- og flergangsfødende kvinner med ett barn i hodeleie til termin (= 37 uker) og med planlagt vaginal forløsning. Kvinnene var innlagt på avdeling A eller B i løpet av september 2014.

Det endelige studieutvalget vårt inkluderte 102 kvinner. Vi ekskluderte 8 fordi de ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. Vi fikk en svarprosent på 82,2 prosent.

Registrering av data og analyse

For registrering og analyse av dataene brukte vi dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22) for Windows.

Grunnet skjevfordeling av materialet brukte vi median og interkvartil bredde. Testen vi anvendte for å finne p-verdi mellom to gruppers median var ikke-parametrisk test av uavhengig utvalg med

«Fødselsstart påvirker fødselsopplevelsen.»

Mann-Whitney U test. Alder har flere grupper, og der brukte vi ikke-parametrisk test av uavhengig utvalg med Kruskal-Wallis test for å finne p-verdi. Signifikans nivå ble satt til p-verdi < 0,05.

Resultater

Egen kapasitet

For kvinnes opplevelse av egen kapasitet var alder ($p = 0,032$), paritet ($p = 0,049$) og fødselsstart ($p = 0,015$) statistisk signifikant. Fødekvinne i aldersgruppen 25–29 år, flergangsfødende og de som hadde spontan fødselsstart opplevde høyest grad av egen kapasitet. Forløsningsmetode ($p = 0,051$) og epidural ($p = 0,136$) var ikke statistisk signifikant for opplevelse av egen kapasitet.

Profesjonell støtte

Profesjonell støtte ble ikke påvirket statistisk signifikant av noen av de selekterte obstetriske faktorene med følgende p-verdier: alder ($p = 0,105$), paritet ($p = 0,376$), fødselsstart ($p = 0,06$), forløsningsmetode ($p = 0,951$) eller EDA ($p = 0,839$).

Opplevd trygghet

Opplevd trygghet var statistisk signifikant forbundet

med paritet ($p = 0,01$), fødselsstart ($p = 0,024$) og forløsningsmetode ($p = 0,028$). Førstegangsfødende, induserte og kvinner med operativ forløsning opplevde mindre trygghet enn de andre gruppene. Alder ($p = 0,873$) og EDA ($p = 0,079$) hadde ingen statistisk signifikant sammenheng med opplevelsen av trygghet.

Deltakelse

Fødselsstart ($p < 0,001$) var statistisk signifikant for deltakelse. Induserte kvinner følte at de deltok minst i fødselen. Alder ($p = 0,1$), paritet ($p = 0,485$), forløsningsmetode ($p = 0,124$) og EDA ($p = 0,414$) hadde ingen statistisk signifikant sammenheng med kvinners opplevelse av deltakelse i fødsel.

Total fødselsopplevelse

Faktorer statistisk signifikant for total fødselsopplevelse var paritet ($p = 0,045$), fødselsstart ($p = 0,001$) og forløsningsmetode ($p = 0,042$). Førstegangsfødende, induserte og kvinner med operativ forløsning hadde lavere totalscore enn de andre gruppene. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom den totale fødselsopplevelsen og alder ($p = 0,129$) eller EDA ($p = 0,118$).

Diskusjon

Fødselsstart viste seg å være en statistisk signifikant faktor for kvinnes opplevelse av egen kapasitet, opplevd trygghet, deltakelse og den totale fødselsopplevelsen. Induserte kvinner scorete lavere enn kvinner med spontan fødselsstart på alle de nevnte områdene. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom fødselsstart og profesjonell støtte ($p = 0,06$). I litteraturen om hva som påvirker fødselsopplevelse er fødselsstart lite nevnt, og det var derfor noe overraskende for oss at akkurat det så tydelig var viktig for majoriteten av områdene i CEQ. Induksjon framstår som en klar risikofaktor for å oppleve fødselen mindre positiv enn spontan fødselsstart i vårt utvalg. De som var prosentmessig hyppigst indusert i vårt studieutvalg var kvinnene i aldersgruppen under 24 år og over 35 år, og førstegangsfødende. De induserte kvinnene hadde oftere operativ forløsning og epidural.

Ved spesifikt søk på induksjon og fødselsopplevelse fant vi litteratur som peker i retning av at fødselsstart påvirker fødselsopplevelsen, men det er gjort lite forskning på dette temaet.

I vår studie vet vi ikke hvorfor kvinnene var indusert, og dermed ikke om årsaken kan ha en påvirkning på fødselsopplevelsen. Hildingsson et

al. (2011) viste at årsak til induksjon kunne påvirke opplevelsen på den måten at dersom det var en hel-segevinst for mor eller barn å bli satt i gang var det lettere å forstå at det måtte gjøres, og det ga kvinnene en større fortrolighet med beslutningen. De samme forskerne fant også at svangerskapslengde kunne være en faktor som påvirket opplevelsen av induksjon. Kvinnene som ble indusert ved termin var mindre fornøyde fordi de følte de kunne ha kommet i gang av seg selv, kontra overtidige kvinner som var glade for at svangerskapet skulle avsluttes mens mor og barn fortsatt var friske.

Spontan fødselsstart kan tenkes å fremme egen kapasitet ved at det er egen kropp som setter i gang fødselen når tiden er inne. Det er forbundet med færre intervensjoner og følelsen av å klare det selv kan tenkes å være sterkere enn hos kvinner som blir indusert. Under området egen kapasitet ble kvinnene spurt blant annet om fødselen gikk som forventet. Det er nærliggende å tro at en del av de induserte kvinnene som var friske frem til fødselsstart vil svare negativt på dette spørsmålet. På bakgrunn av studien til Hildingsson et al. (2011), kan man tenke seg at kvinner som har hatt komplikasjoner i svangerskapet har vært mer forberedt på induksjon, og dermed ikke har svart så negativt på dette spørsmålet. I tillegg så vi en større andel operative forløsninger hos de induserte kvinnene, og det er nærliggende å tro at de ikke forventet det på forhånd og dermed svarte negativt på om fødselen forløp slik som de hadde forestilt seg. Induksjon er forbundet med mer smerter og mer bruk av medikamentell smertelindring enn spontan fødselsstart (Mayes, Midwifery: A Textbook for Midwives, 2012), og det stemmer overens med våre funn av hyppigere bruk av epidural hos de induserte kvinnene. Det kan også være en årsak til at induserte kvinner følte mindre kapasitet enn spontant startende kvinner, især om de i utgangspunktet ikke hadde tenkt seg at de skulle benytte seg av medikamentell smertelindring (Nilsson et al., 2013).

Som Henderson og Redshaw (2013) skrev i sin artikkel opplevde induserte kvinner at det var mange behandlere innom og mange å forholde seg til; det kan påvirke hvordan man opplever profesjonell støtte. Vi har i praksis opplevd at jordmor gjerne har ansvar for flere kvinner tidlig i induksjonsfasen, og kvinnene kan da føle på mindre tilstedeværelse og kontinuitet som vi vet påvirker fødselsforløpet og fødselsopplevelsen (Hodnett et al., 2013). Spontant startende kommer ofte inn i

etablert aktiv fødsel og jordmor ser frem til at det kanskje blir fødsel på hennes vakt. Begge parter ser enden på det i fellesskap, til forskjell fra induserte kvinner som gjerne kan bruke flere vaktskift på i det hele tatt å komme i aktiv fødsel. På tross av dette fant vi ingen statistisk signifikant sammenheng mellom fødselsstart og profesjonell støtte i vår studie, men en mulig antydning om at det var av betydning. Forskningen vi fant på området gir et innblikk i hvor viktig profesjonell støtte er for kvinnenes videre mentale helse. Michels et al. (2013) fant i sin studie at kvinnene som syntes de ble godt ivaretatt hadde signifikant større sannsynlighet for å oppleve god psykisk funksjon etter fødselen. Det påvirker igjen amming og samspill med barnet, som er viktig for fremtiden (Beck & Watson, 2008).

Det at fødselsstart påvirker opplevd trygghet



BESVÆR: Mer smerte kan også forklare hvorfor førstegangsfødende oftere benytter epidural som smertelindring enn flergangsfødende. Alt dette kan påvirke hvor trygge kvinnene føler seg under fødselen, og hvordan hun opplever egen kontroll. Illustrasjonsfoto: Scanpix.

tenker vi kan skyldes blant annet at induksjon er forbundet med flere intervensjoner i fødselsforløpet (Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwives, 2012). Kvinnene blir tenkelig avhengige av den medisinske kompetansen på en annen måte enn spontant startende, som etter større sannsynlighet opplever en fødsel med færre intervensjoner. Ved operativ forløsning kan tryggheten rokkes ved at det blir mange mennesker å forholde seg til, en uventet situasjon og kanskje haster det. Det å være redd for seg selv eller barnet er forbundet med en mindre positiv fødselsopplevelse (Gartner et al. 2014).

Median score for deltakelse var 11 for kvinner med spontan fødselsstart, og 8 for induserte kvinner, med en mulig maksimal score på 12. Kvinner med spontan fødselsstart har gjerne større mulighet for å påvirke i hvilken grad de ønsker å bevege seg rundt og hvilken stilling de ønsker å føde i, mens induserte kvinner kanskje i større grad blir bundet til intervensjonene. Vi tenker at dette kan være

«Tap av kontroll kan gi utrygghet og en følelse av å takle fødselen dårligere.»

mulige årsaker til at det er såpass stor forskjell på de to gruppenes opplevelse av deltakelse i fødsel. Epidural kan også virke negativt for fri bevegelse etter som det krever monitorering av fosteret (Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwives, 2012), samt at epidural erfaringsmessig kan gi nedsatt følelse i beina og mindre mulighet for bevegelse.

Ved at alle de fire områdene påvirkes av fødselsstart, påvirkes også den totale fødselsopplevelsen. Waldenström et al. (2004) gjorde tilsvarende funn, nemlig at fødselsstart er signifikant for en mindre positiv fødselsopplevelse. Når vi ser av litteraturen hvor viktig egen deltakelse, egen kapasitet og profesjonell støtte er for positiv fødselsopplevelse (Hodnett et al. 2013; Garthus-Niegel et al 2013; Cipoletta & Balasso 2011; Bryanton et al 2008; Waldenström et al 2004; Nilsson et al 2013, 2014; Dencker et al 2010), ser vi med bekymring på de induserte kvinnene i vår studie. Dette er et viktig funn som vi vil ta med oss videre i vår nye arbeids hverdag som nyutdannede jordmødre. Det at det er gjort såpass lite forskning på hvordan fødselsstart påvirker fødselsopplevelse, gjør at dette funnet blir

spesielt interessant for oss og er noe vi ønsker å rette mer fokus mot.

I vårt utvalg var paritet en signifikant faktor for kvinnenes opplevelse av egen kapasitet og opplevd trygghet, samt den totale fødselsopplevelsen. Førstegangsfødende scorete lavere enn flergangsfødende innenfor disse områdene. Vi må se våre resultater i sammenheng med at det brukte instrumentet i utgangspunktet ikke er validert for flergangsfødende. Vi har likevel valgt å se funnene våre som interessante.

I vårt studieutvalg var førstegangsfødende hyppigst indusert. De hadde oftere operativ forløsning og hyppigere bruk av epidural som smertelindring. Sett i sammenheng med litteraturen som sier at førstegangsfødende oftere har et lengre fødselsforløp som igjen generer flere risikofaktorer, og at de har økt risiko for operative forløsninger (Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwives, 2012) stemmer dette godt overens. Et lengre fødselsforløp med flere intervensjoner kan medføre mer smerte, kvinnene kan bli mer slitne under fødsel og det kan påvirke hvordan kvinnen opplever at hun håndterer situasjonen, som igjen påvirker fødselsopplevelsen. Mer smerte kan også forklare hvorfor førstegangsfødende oftere benytter epidural som smertelindring enn flergangsfødende. Alt dette kan påvirke hvor trygge kvinnene føler seg under fødselen, og hvordan hun opplever egen kontroll. Tap av kontroll kan gi utrygghet og en følelse av å takle fødselen dårligere enn forventet. Flergangsfødende kvinner har vært igjennom en eller flere fødsler før og vet sannsynligvis mer om hva en fødsel går ut på, og hva de kan forvente. På den andre siden kan en flergangsfødende ha en tidligere negativ fødselsopplevelse i bagasjen som påvirker hennes opplevelse, og hun trenger ikke nødvendigvis ha en vaginal forløsning bak seg. En førstegangsfødende vil kanskje være mer avhengig av jordmor og partner for å oppleve trygghet og mestring på grunnlag av redsel for det ukjente. Det og ikke vite hva man kan forvente seg kan skape usikkerhet.

Vi kan se dette opp mot Banduras teori om menneskers tro på egen mestring, og forventning og mulighet til å gjennomføre noe. En kvinne som har sterk tro på egen mestring vil ha troen på at hun vil takle fødselen, uavhengig av hvordan den utvikler seg. På den andre siden vil kvinner med en svak mestringstro føle liten kontroll, og handlekraft. Som jordmor er det viktig å prøve å få kvinnen til å tro på seg selv og sin evne til å mestre fødselen (Hildings-



son et al., 2013), og ha i bakhodet at kvinner med en sterk mestringstro gjerne møter bedre forberedt enn kvinner med en svak mestringstro (Bandura, 1977). Hvilken kvinne man møter i fødsel er av betydning for hvordan jordmor jobber for å hjelpe kvinnen igjennom fødselen og fremme hennes egen styrke. En positiv innstilling til fødselen assosieres med en positiv fødselsopplevelse (Hildingsson et al. 2013), og motsatt assosieres en negativ innstilling til fødselen med en negativ fødselsopplevelse (Haines et al., 2012). Det er grunn til å tenke at de som kommer med en positiv innstilling til fødselen har høyere mestringstro enn de som kommer med negativ innstilling til fødselen. Det er også nærliggende å tenke at flergangsfødende har høyere mestringstro enn førstegangsfødende, især dersom de har en tidligere positiv fødselsopplevelse. På den andre siden kan flergangsfødende ha fått forsterket lav mestringstro dersom de har en tidligere negativ fødselsopplevelse bak seg og i utgangspunktet hadde liten tro på egen mestring.

Vi fant også at paritet var av signifikant betydning for den totale fødselsopplevelsen, hvor de førstegangsfødende hadde lavere score sammenliknet med flergangsfødende. Dette har en naturlig sammenheng med at områdene egen kapasitet og trygghet er tungtveiende områder innenfor CEQ, og en lavere score på disse vil påvirke totalscoren på fødselsopplevelsen.

Vi fant ingen statistisk signifikant sammenheng

mellom paritet og opplevelse av profesjonell støtte og deltakelse. Alle fødende har krav på god jordmor omsorg i form av tilstedeværelse, informasjon og at jordmor forstår kvinnens behov samt bidrar til opplevelse av ivaretagelse (Helsedirektoratet, 2010). Kvinners rett til deltakelse er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1; pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er gledelig å finne at kvinner uavhengig av paritet opplevde god profesjonell støtte, og mulighet til medvirkning og deltakelse i egen fødsel.

Vi fant statistisk signifikant sammenheng mellom forløsningsmetode og hvordan kvinnene opplevde trygghet i fødselen, samt den totale fødselsopplevelsen. Kvinnene med operativ forløsning følte seg signifikant mindre trygge, enn de med spontan vaginal forløsning. Kvinnene med operativ forløsning scoret lavere på områdene egen kapasitet og deltakelse, men uten statistisk signifikans. Kvinnene i vårt studieutvalg med hyppigst forekomst av operativ forløsning viste seg å være induserte kvinner, førstegangsfødende, aldersgruppene under 24 og over 35 og de med epidural.

En mulig årsak til at kvinner føler seg mindre trygge ved en operativ forløsning kan som tidligere nevnt være at fødselen tar en annen vending enn de var forberedt på, og hadde en forventning om (Waldenström et al. 2004; Dencker et al. 2010). En ikke planlagt operativ forløsning kan være nødvendig på

MINDRE FORNØYD: Kvinnene som ble indusert ved termin var mindre fornøyde fordi de følte de kunne ha kommet i gang av seg selv. Illustrasjonsfoto: Scanpix.

bakgrunn av en akutsituasjon hvor mors og/eller barnets helse står i fare (Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwives, 2012), og kvinnene kan både bli redde for seg selv og barnet. I en slik situasjon kan det være avgjørende for kvinnen at det blir forklart for henne hva som skjer, og at hun kan oppleve en større trygghet dersom hun får mer oversikt over situasjonen selv. Kvinner i fødselsomsorgen har rett til å få informasjon om behandlingen som blir gitt/ tilbudt, og den skal være så god og tilpasset hennes nivå at hun kan ta et informert valg når hun medvirker ved for eksempel valg av forløsningsmetode (pasrl, 1999). I løpet av vår praksisperiode ved fødeavdelingen har vi sett at det i noen akutsituasjoner blir nedprioritert å informere kvinnen og hennes partner, og de har blitt lite involvert i det som skjer. I andre akutsituasjoner har vi opplevd at informasjonen til kvinnen var god, og at kvinnen og hennes partner ble ivaretatt og tatt med i avgjørelsen på en måte som kanskje bidro til at de følte seg mer deltagende. Det er nærliggende å tenke at kvinnene i disse forskjellige situasjonene vil oppleve forskjellig grad av trygghet. Ved en akutsituasjon blir kvin-

«Kvinnene kan både bli redde for seg selv og barnet.»

nen avhengig av den medisinske kompetansen på en annen måte, enn hvis fødselen gjennomføres uten komplikasjoner. Det å føle seg trygg på den medisinske kompetansen er viktig for opplevelsen av trygghet, særlig når man ellers opplever situasjonen som utenfor egen kontroll. Det kan også tenkes at noen kvinner har vært involvert i ubehagelige sykehusopplevelser tidligere som kan påvirke hvordan de takler en ny ubehagelig opplevelse på sykehus.

Det var ikke signifikant sammenheng mellom operativ forløsning og opplevelsen av egen kapasitet, men vi så at kvinnene i vårt utvalg med operativ forløsning scoret lavere enn de med spontan vaginal forløsning innenfor området. Denne observasjonen kan si oss noe om at når det er behov for tiltak som vakuumpompe eller keisersnitt for å forløse barnet, kan kvinnen kanskje sitte igjen med følelsen av at hun ikke klarte det selv, og dermed en svakere opplevelse av mestring. Fødselen ble kanskje ikke slik kvinnen hadde forestilt seg, og hun kan føle at hun mistet kontrollen. I noen tilfeller kan det derimot være en lettelse for kvinnen å få hjelp til å forløse barnet fordi hun er sliten, og ikke makter mer. Hun

kan i tillegg være redd for barnet, og av den grunn oppleve det som en lettelse at hun får hjelp (Hildingsson et al., 2013).

Forløsningsmetode var heller ikke signifikant for hvordan kvinnene opplevde profesjonell støtte. Om kvinnen følte seg godt ivaretatt av jordmor, om jordmor brukte tid med kvinnen og partneren og forsto behovene deres, var alle elementer under området profesjonell støtte. Vi så at kvinnene scoret høyt innenfor området profesjonell støtte, uavhengig av forløsningsmetode. Det gleder oss, og det forsterker inntrykket vi har fra praksis. Vi synes å ha observert at der jordmor har brukt nok tid på fødekvinne og partneren, informert underveis i fødsel, forstått fødekvinnes behov og bidratt til en god følelse av ivaretagelse, er forløsningsmetode underordnet i fødselsopplevelsen. Med tanke på at kvinnene i vår studie, uavhengig av forløsningsmetode, scoret høyt på profesjonell støtte kan man spørre seg om det kan ha bidratt til at området egen kapasitet ikke blir påvirket statistisk signifikant av forløsningsmetode. Man kan tenke seg at det kan være en sammenheng mellom å oppleve god profesjonell støtte og god egen kapasitet på den måten at jordmor legger til rette for at kvinnen kan få bruke sin kraft og sine ressurser, eller hjelper henne til å finne styrken i seg selv.

Hvordan forløsningsmetoden påvirker fødselsopplevelsen er motstridende i litteraturen. Bryanton et al. (2008), Waldenström et al. (2004) og Hildingsson et al. (2013) støtter at dette kan være en faktor som påvirker hvordan kvinner opplever fødselen. Waldenström et al. (2004) fant en særlig sammenheng mellom ikke planlagt keisersnitt og instrumentelle forløsninger, og en negativ fødselsopplevelse. Dencker et al. (2010) trekker også frem ikke planlagte medisinske intervensjoner som operative og instrumentelle forløsninger som faktorer som påvirker fødselen negativt. Andre forskere fant derimot ingen korrelasjon mellom forløsningsmetode og negativ fødselsopplevelse (Spaich et al., 2013). Forløsningsmetode var ikke statistisk signifikant for negativ fødselsopplevelse i vårt utvalg, men det synes likevel å kunne være en påvirkende faktor. Kvinner med operativ forløsning var hyppigere representert i gruppen med negativ fødselsopplevelse enn kvinner med spontan vaginal forløsning. Dersom vi hadde hatt større grupper kan man tenke seg at funnet vårt hadde blitt statistisk signifikant.

Alder viste seg å være signifikant for egen kapasitet. Det var kvinnene mellom 25–29 år som opplevde høyest grad av egen kapasitet med median-



AVGJØRENDE START: Fødselsstart viste seg å være en statistisk signifikant faktor for kvinnenes opplevelse av egen kapasitet, opplevd trygghet, deltakelse og den totale fødselsopplevelsen. Induserte kvinner scoret lavere enn kvinner med spontan fødselsstart på alle de nevnte områdene. Illustrasjonsfoto: Scanpix.

score på 23, mens de tre andre gruppene var ganske like med medianscore på 20 og 20,5.

I studien til Kringeland et al. (2010) viste de til tall fra den norske mor-barn undersøkelsen hvor kvinnene i alderen over 35 år var overrepresentert med tanke på ikke å føde i henhold til ønsket for-

løsningsmetode. Om fødselen forløp slik som kvinnene hadde forventet var et av spørsmålene under egen kapasitet, og kan tenkes å trekke ned scoren for denne gruppen ettersom det i vårt studieutvalg var høyest risiko for operative forløsninger i denne aldersgruppen. I tillegg hadde aldersgruppen over 35

år størst risiko for induksjon i vår studie. Aasheim et al. (2013) konkluderte med at fødsel etter fylte 32 år kan ha en negativ effekt på fødselsopplevelsen ved spontan vaginal fødsel. De fysiologiske betingelsene som kan oppstå med alderen som dårligere uterin funksjon og dårligere fysisk helse kan påvirke fødselen, og være del av en forklaring (Aasheim et al., 2013). Man kan jo spekulere i om de nevnte fysiologiske faktorene i studien til Aasheim et al. (2013) kan være medvirkende årsaker til at det er lavere forekomst av spontan fødselsstart i aldersgruppen over 35 år i vårt utvalg. Det er interessant at denne gruppen hadde lavest andel av epidural, ettersom vi vet at det er en risikofaktor for operativ forløsning og hyppigere brukt ved induksjon. Det er også interessant at det var hovedvekt av flergangsfødende i denne gruppen. Det kan være vi hadde fått andre tall dersom gruppene våre hadde vært større, men det vet vi ikke.

Når det gjelder kvinner som er under 24 år har vi ikke funnet litteratur som sier noe spesifikt om deres fødselsopplevelse, men de scorer signifikant lavere på egen kapasitet i vår studie. Vi har gjort oss noen refleksjoner rundt dette, og tenker at unge kvinner har generelt mindre mestringserfaring som gir mindre rom for å overføre mestringstro fra andre felt, og dermed kan de oppleve lavere

«Området egen kapasitet fikk generelt lavere score.»

egen kapasitet jamfør mestringsteorien til Bandura (1977). I tillegg er majoriteten i denne gruppen førstegangsfødende og har ingen erfaring med å mestre en fødsel. Gruppen under 24 år hadde på linje med aldersgruppen over 35 år større risiko for å bli indusert og for operativ forløsning. Dette er som vist før viktige faktorer for opplevd egen kapasitet. De hadde også en forholdsvis høy bruk av epidural. Kvinnene under 24 år scoret lavest av alle aldersgruppene på deltakelse. Dersom man har liten egen kapasitet og lav mestringstro er det også nærliggende å tenke at man har lavere deltakelse i fødsel. Det hadde vært interessant å gå dypere i materien på hvordan denne aldersgruppen opplever fødselen sin, og hvilke faktorer som påvirker den. Det kan synes som vi har en jobb å gjøre med å styrke denne gruppen kvinner til å ha mer tro på egen mestring og bedre forutsetninger for å delta i egen fødsel.

Hvorfor gruppen 25–29 år står frem som de som opplever mest egen kapasitet har vi heller ingen støttende litteratur på. Det eneste som skiller denne gruppen fra aldersgruppen 30–34 år slik som vi ser det er at det er den aldersgruppen som har høyest forekomst av epidural. Innenfor området egen kapasitet måles blant annet smerteopplevelsen, og den vil med stor sannsynlighet påvirkes av at kvinnen får en god epiduralbedøvelse. Det kan medføre at kvinnen scorer sin smerteopplevelse lavere enn kvinner uten epidural. Med en god smertelindring vil kvinnen med sannsynlighet oppleve å få litt «pause» fra det harde ri-arbeidet. Det kan gi en gjenvinnelse av kontroll som kan virke mer positivt for fødselsopplevelsen (Nilsson et al., 2013).

Epidural viste seg ikke å være signifikant for noen områder innenfor fødselsopplevelse i vår studie. Vi ser allikevel når det gjelder den totale fødselsopplevelsen at kvinnene i vår studie med epidural hadde lavere totalscore enn kvinnene som ikke hadde epidural. Det er interessant, og man kan undre seg hvorfor det er slik. Litteraturen for øvrig er motstridende på området, med funn som peker i retning av at det både påvirker og ikke påvirker fødselsopplevelsen. Hyppigst forekomst av epiduralbruk i vårt utvalg var hos førstegangsfødende, induserte kvinner og kvinner med operativ forløsningsmetode. Kan disse obstetriske faktorene være medvirkende årsaker til at totalscoren var lavere hos kvinner med epidural?

Det viste seg at området egen kapasitet fikk generelt lavere score, i forhold til mulig totalscore, enn de andre områdene. Mulige årsaker til dette kan være at kvinnes score for smerte, og hvor slitne de var, var spørsmål under dette området. Veldig mange kvinner satte kryss langt til høyre på VAS-skalaen om smerte, med verst tenkelig smerte som endepunkt på høyre side. Mange kvinner krysset også av for at de var slitne under fødsel, og det er derfor ikke så overraskende likevel at det var en jevnt over lavere score på dette området. Spørsmål om fødselen gikk slik som forventet var også under dette området. Forventning i forkant om hvordan fødselen skal forløpe kan påvirke hva slags opplevelse kvinnene sitter igjen med (Hildingsson et al. 2013; Waldenström et al. 2004; Haines et al. 2012). I helsevesenet måles ofte opplevelse som diskrepansen mellom forventning og opplevelse av resultat (Hodnett, 2002).

Det kunne vært interessant og sammenlikne



STUDERER FØDELSOPPLEVELSER: På bakgrunn av erfaringer i praksis, ønsket de å fordype seg i kvinners fødselsopplevelse. Fra venstre: Helene Normann Furnes, Helene Saksvik Ringås og Anette Selman Osgjelten. Foto: Privat.

jordmorstyrte enheter med ordinære fødeenheter for å se om kvinnene opplevde ulik grad av egen kapasitet. Er jordmødrene flinke nok til å fremme kvinnes egen kapasitet, eller styres de for mye av prosedyrer og forventet framgang i fødsel? På sykehuset hvor vi foretok vår datainnsamling er fødeavdelingen delt i to enheter, med en normalitet og en enhet for kvinner som trenger spesiell oppfølging/overvåkning eller ønsker epidural. Vi vet ikke hvilken enhet våre kvinner fødte ved, og vi ser at det kunne vært interessant og inkludert dette som et eget spørsmål for å kunne sammenlikne egen kapasitet hos kvinnene ved de ulike enhetene.

Konklusjon

I vårt utvalg hadde kvinners fødselsopplevelse en statistisk signifikant sammenheng med selekterte obstetriske faktorer hvor paritet, fødselsstart og

forløsningsmetode skilte seg ut som mest betydningsfulle for områdene egen kapasitet, opplevd trygghet og deltakelse.

Førstegangsfødende opplevde statistisk signifikant mindre grad av egen kapasitet og trygghet, enn flergangsfødende.

Induserte kvinner opplevde statistisk signifikant mindre grad av egen kapasitet, trygghet og deltakelse i fødselen enn kvinner med spontan fødselsstart.

Kvinner med operativ forløsning opplevde statistisk signifikant mindre grad av trygghet enn kvinner med spontan vaginal forløsning.

Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom profesjonell støtte og de selekterte obstetriske faktorene. Det var gledelig å se at kvinnene uavhengig av de obstetriske faktorene opplevde god profesjonell støtte i fødselen. ■

Referanser:

1. Aasheim, V., Waldenström, U., Rasmussen, S., & Schytt, E. (2013). Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age – a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 53.
2. Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91(11), 1261–1272. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x
3. Aune, I., Dahlberg, M. U., & Ingebrigtsen, O. (2012). Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, 28(4), 432–438. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.006>
4. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
5. Beck, C. T. (2011). A metaethnography of traumatic childbirth and its aftermath: amplifying causal looping. *Qual Health Res*, 21(3), 301–311. doi: 10.1177/1049732310390698
6. Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of Birth Trauma on Breast-feeding: A Tale of Two Pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228–236. doi: 10.1097/1001.NNR.0000313494.0000387282.0000313490.

7. Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(1), 24–34. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x
8. Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi: en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforl.
9. Cipolletta, S., & Balasso, S. (2011). When everything seems right: the first birth experience of women in an Italian hospital. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 374–381. doi: 10.1080/02646838.2011.618944
10. Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lijla, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1), 81.
11. Eriksen, T. B., & Henriksen, P. (2005). *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon*. Oslo: Kunnskapsforl.
12. Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
13. Folkehelseinstituttet. (2014). Medisinsk fødselsregister. Retrieved 4.9.14, from <http://www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk>
14. Garthus-Niegel, S., Knop, C., von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The Role of Labor Pain and Overall Birth Experience in the Development of Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Cohort Study. *Birth*, 41(1), 108–115. doi: 10.1111/birt.12093
15. Gartner, F., Freeman, L., Rijnders, M., Middeldorp, J., Bloemenkamp, K., Stiggelbout, A., & van den Akker-van Marle, M. (2014). A comprehensive representation of the birth-experience: identification and prioritization of birth-specific domains based on a mixed-method design. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 147.
16. Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 55.
17. Hardin, A. M., & Buckner, E. B. (2004). Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *Journal of Perinatal Education*, 13(4), 10–16.
18. Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. helsedirektoratet.no: Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Sider/default.aspx>.
19. Helsedirektoratet. (2014). Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien. helsedirektoratet.no: Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien-retningslinje-for-barselomsorgen/Sider/default.aspx>.
20. Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. doi: 10.1111/aogs.12211
21. Hidaka, R., & Callister, L. C. (2012). Giving birth with epidural analgesia: the experience of first-time mothers. *J Perinat Educ*, 21(1), 24–35. doi: 10.1891/1058-1243.21.1.24
22. Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A., & Fenwick, J. (2013). Factors Associated With a Positive Birth Experience: An Exploration of Swedish Women's Experiences. *International Journal of Childbirth*, 3(3), 153–164.
23. Hildingsson, I., Karlström, A., & Nystedt, A. (2011). Women's experiences of induction of labour—findings from a Swedish regional study. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*, 51(2), 151–157. doi: 10.1111/j.1479-828X.2010.01262.x
24. Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5, Supplement), S160–S172. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70189-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70189-0)
25. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
26. ICD-10. (2012). Oslo: Helsedirektoratet.
27. Jepsen, I., & Keller, K. D. (2014). The experience of giving birth with epidural analgesia. *Women and Birth*, 27(2), 98–103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.01.005>
28. Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M., & Hildingsson, I. (2011). Behind the myth – few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, 27(5), 620–627. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.005>
29. Kringleland, T., Daltveit, A. K., & Moller, A. (2010). How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? a population-based cohort study from Norway. *Birth*, 37(1), 21–27. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00374.x
30. Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2012). (Not enough people to look after you: an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 28(1), 98–105. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.007
31. Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sex Reprod Healthc*, 2(2), 83–89. doi: 10.1016/j.srhc.2010.11.003
32. Lysø, K. O. (1994). *Statistikk*. Nordås: Caspar forl.
33. Mays: *Midwifery: A Textbook for Midwives*. (2012). (14 ed.); Bailliere Tindall.
34. Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 31(2), 172–182. doi: 10.1080/02646838.2013.791921
35. Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 39(3), 298–309. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x
36. Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25(3), 114–121. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001>
37. Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & m, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013, 6. doi: 10.1155/2013/349124
38. Nordvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverhold, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
39. Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
40. *Pasient- og brukerrettighetsloven*. (1999). *Lov om Pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*. Retrieved from http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3.
41. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
42. Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., & Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170(2), 401–406. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.040>
43. Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92(3), 318–324. doi: 10.1111/aogs.12072
44. Söderquist, J., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 113–119. doi: [doi:10.1080/01674820600712172](http://dx.doi.org/10.1080/01674820600712172)
45. Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K. A., Zanetti, R., ... Geisshuhler, V. (2009). Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand? *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 30(3), 175–180. doi: 10.1080/01674820902789233
46. Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31(2), 102–107. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x
47. Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, 31(1), 17–27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
48. Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., & Small, R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study. *Midwifery*, 30(9), 1029–1035. doi: 10.1016/j.midw.2014.04.005



KRIGSBARN: Italia, 1943. En amerikansk sykepleier mater en nyfødt baby med pipette, mens den italienske moren ser på. Barnet ble født midt i kampsonen, og ble tatt i mot av leger fra den allierte amerikanske armé. Krybben ble laget av en trekasse, som tidligere inneholdt hærens matrasjoner.

Kilde: Scanpix





Når bønder venter barn

Støyende maskiner, lumske bakterier, plantevernmidler, lukt og tunge løft – gravide bønder møter mange utfordringer. Melkebonde og jordmor Marita Bjøru presenterer noen av de viktigste.

Av Marita Bjøru, jordmor og melkebonde

For noen år siden fikk undertegnede en veterinær – som i tillegg hadde melkeproduksjon på gården sin – til svangerskapskontroll. Hun hadde med et skjema; «Krav om svangerskapspenge til selvstendig næringsdrivende og frilanser (NAV 14-04.10)».

Jeg hadde tidligere jobbet mest med fødende og barselkvinner, og hadde aldri hørt om skjemaet.

Medisinsk risikovurdering

I skjemaet skulle jeg skrive en medisinsk risikovurdering med tanke på både kvinnens yrke som distriktsveterinær for produksjonsdyr, og med melkekyr hjemme.

Blant annet sto det: «På bakgrunn av kvinnens beskrivelse av sitt arbeid, skal lege/jordmor så nøyaktig og utfyllende som mulig, beskrive den medi-

sinske risiko kvinnens arbeid medfører for fosteret (felt 5)».

Heldigvis kunne hun «diktere» hva jeg skulle skrive, da dette var hennes tredje barn. Hun hadde også tidligere veiledet andre jordmødre.

Jeg syntes dette var veldig flaut.

Lite om landbruk

Da jeg kom hjem, begynte jeg å søke etter mer informasjon.

Arbeidstilsynet har laget «Veiledning om arbeidstakere som er gravide, nylig har født eller ammer – risikovurdering og iverksetting av tiltak (bestillingsnummer 587)». Det var mye tekst, men landbruket var nevnt bare i én setning.

Jeg søkte også på finsk, som er morsmålet mitt, og kom ofte over navnet «Marja Kallioniemi». Hun har forsket på kvinner som jobber heltid på gård, og leverte doktoravhandling om dette 2013.

Sammen med en kollega har hun også skrevet et infohefte som har blitt delt til helsestasjoner i Finland, og som kan lastes ned fra nettet. Hun er det nærmeste jeg har kommet en ekspert i Norden på temaet «Landbruk og graviditet», og hun skal være min mentor i veien videre.

Sykemelding eller svangerskapsenger

I praksis har jeg opplevd – til og med i mitt eget tilfelle – at jeg har sendt en gravid til legen for å få sykemelding.

Jeg har da ikke tenkt på at jeg som jordmor kan sette meg inn i hvilke utfordringer arbeidshverdagen til vedkommende gir, og kanskje da finne ut at svangerskapsenger er den rette veien å gå.

Av og til må man sette opp en ny time bare for å vurdere arbeidssituasjonen.

Den gravide kan være frisk, samtidig som arbeidsmiljøet setter grenser og skaper problemer – og gir dermed risiko for skade på fosteret.

Ofta kan man tilrettelegge, men det fins situasjoner i diverse yrker der tilrettelegging ikke er nok, eller der gravide ikke kan omplasseres.

HMS i landbruket

I landbruket betaler man medlemskap til Landbrukets HMS og får veiledning i å sette søkelys på forebyggende HMS-arbeid på gården.

Alle i næringen skal ha egen HMS-mappe lett tilgjengelig, og alle som er involvert i gården og gårdsarbeid (familie, slekt, avløsere og så videre) skal ha kjennskap til det individuelle HMS-

Jordmorblogg

Artikkelforfatteren driver bloggen jordmoren.blogg.no og Facebook-siden «Landbruk og graviditet».

Nettsiden www.jordmoren.no forventes ferdig høsten 2015. Der skal det legges ut allmenn informasjon om graviditet, fødsel og barsel fra brukernes vinkel.

systemet på den aktuelle gården. Der nevnes sjelden graviditet.

Generelt i yrkeslivet skal en arbeidstaker så fort hun vet hun er gravid, i samarbeid med arbeidsgiver vurdere risikoer knyttet til fosteret, seg selv og senere eventuelt amming. Risikovurdering handler om varighet, farlighet og hvor sterkt man blir påvirket.

Idealet er at det naturlig har blitt innarbeidet prosedyrer. Det gir økt trygghet, samt bedre forebygging og sikkerhet for alle om man vet hvordan man håndterer situasjoner og arbeid når en medarbeider blir gravid. I landbruksammenheng er det snakk om mannen og andre medarbeidere på gården.

Ansvar for å melde

Jordmor eller lege har ansvaret for å melde fra om fosterskadelige påvirkninger i kvinnens arbeid. Her må fagpersonen bruke sitt beste skjønn, og ingen forventer at en jordmor opptrer som toksikolog eller yrkeshygieniker.

En tommelfingerregel er at om den gravide er redd for at hun utsettes for fosterskade, og jordmoren etter beste skjønn finner det mulig, skal man fylle ut skjemaet «Krav om svangerskapsenger til selvstendig næringsdrivende og frilansere (NAV 14-04.10)».

Om den gravide ikke kan omplasseres fra et fosterskadelig arbeidsmiljø, har hun rett på svangerskapsenger. Hun skal ikke sykmeldes. Den gravide søker selv og må ha dokumentasjon fra jordmor (eller lege).

Hvis kvinnen jobber som avløser, og har arbeidskontrakt med for eksempel avløserlag eller med gården, og hun dessuten mottar vanlig månedlig lønn, skal hun gi utfylt «Tilrettelegging/omplussing pga. graviditet (Best. nr. 474b)» til arbeidsgiver og videre til NAV.

Man kan ha graderte svangerskapsenger og visse arbeidsoppgaver kan falle bort. For eksempel kan man ha avløser bare for melking i båsfsjø, kjøring av traktor i kornproduksjon eller lignende avtaler.

Eksempler på fosterskade er ufrivillig abort, for tidlig fødsel, veksthemning, dødfødsel eller misdannelser. Fosterskade kan også være sykdom som oppstår i fostertiden, men som viser seg først seinere i livet, for eksempel psykisk utviklingshemming, nedsatt forplantningsevne og forskjellige sjeldne kreftformer. Barnet kan også bli påvirket gjennom morsmelk.

Den gravide bondes utfordringer

I arbeidet som bonde er det en rekke utfordringer for gravide som jordmødre og ikke-bønder ikke nødvendigvis tenker på.

Her er noen av dem:

1) Arbeidsutstyr og personlig verneutstyr

Arbeidsutstyr og personlig verneutstyr er vanligvis ikke utformet for gravide kvinner. Graviditet og amming innebærer fysiologiske endringer som kan gjøre at bruk av slikt utstyr ikke bare blir ubekvemt, men også usikkert.

Dette gjelder for eksempel om utstyret ikke passer eller hvis kvinnens bevegelighet, fingerferdighet eller koordinasjonsevne blir midlertidig nedsatt som en følge av graviditeten eller av at hun nylig har født.

2) Arbeider alene

Gravide kvinner er mer utsatt for risiko enn andre når de arbeider alene, særlig dersom de skulle falle eller ha behov for øyeblikkelig medisinsk hjelp.

3) Støt, vibrasjoner og bevegelser

Støt, for eksempel som følge av fall eller slag direkte mot den gravides mage, kan utgjøre en fare for gra-

viditeten, spesielt i den siste halvdel. Morkaken kan løsne og det kan bli blødninger i livmoren. De som jobber med dyr, er spesielt utsatt.

Lavfrekvente vibrasjoner, for eksempel som fører eller passasjer i terrenggående kjøretøyer, eller for kraftige bevegelser, kan øke risikoen for abort. Eksponering av hele kroppen for vibrasjoner over lang tid kan øke risikoen for prematur fødsel eller lav fødselsvekt.

Traktorkjøring er dessuten en av de vanligste oppgaver på de fleste gårder, og noe som dermed kan medføre økt risiko.

4) Støy

Langvarig eksponering for kraftig støy kan føre til økt blodtrykk og tretthet hos kvinnen. Gravide kan reagere hormonelt på kraftig støy, og det kan få betydning for fosterets generelle utvikling, for eksempel vekt ved fødselen.

Undersøkelser viser dessuten at barnets hørsel kan påvirkes av langvarig eksponering for kraftig støy under graviditeten og at lave frekvenser har større skadepotensial.

Støy over 85 dB gjennom en arbeidsdag påvirker sannsynligvis fosterets øre. Hørsel utvikles i siste halvdel av graviditet, og fosteret skades mest av lavfrekvent støy under 500 Hz.

Støyen dempes på veien til fosterets ører, men denne dempingen er likevel meget liten ved lave frekvenser.

En tommelfingerregel er at om man må heve stemmen for å snakke med en annen person én meters unna, så er det altfor høy støy i bakgrunnen.

Man må også ta hensyn til at morens bruk av personlig hørselsverneutstyr ikke beskytter det ufødte barnets ører.

5) Stående og gående arbeid

Fysiologiske endringer under graviditeten, som økt blod- og slagvolum, generell utvidelse av blodårene og mulig sammenpressing av vener i mage og bekken, øker blodtilførselen i armer og ben ved stående aktiviteter.

Sammenpressing av vener kan redusere blodets tilbakestrømming fra bekkenet, noe som fører til en kompensierende økning av morens puls og sammen-trekninger i livmoren. Dersom kompensasjonen ikke er tilstrekkelig, kan kvinnen oppleve svimmelhet og ubehag. I tillegg kan man få ryggsmertesmerter, hemoroider og åreknuter.

Langvarig stående og gående arbeid mistenkes

FJØSETS DUF-TER: Gravide kan bli svært ømfintlige for lukt, noe som ikke alltid er forenelig med å jobbe i fjøs. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



for å kunne være årsak til hemmet vekst hos fostre og for å gi fare for tidlig fødsel.

Gravide bør høyst ha 1–1,5 time stående og gående arbeid av gangen og deretter minst 30 minutter hvile.

6) Utilstrekkelige hvilemuligheter, hygieniske anlegg og ernæring

Hvile er viktig for gravide og kvinner som nylig har født. Trettheten øker under og etter graviditeten og kan forverres av faktorer i arbeidet.

Behovet for fysisk hvile kan kreve tiltak som sørger for at den gravide har tilgang til et sted der hun med passende mellomrom kan sitte eller ligge ned under behagelige, private forhold uten å bli forstyrret.

På grunn av trykk på blæren og andre endringer som skjer under graviditeten, må gravide gå oftere på toalettet, og behovet kan være mer akutt enn hos andre. Ammende kvinner kan ha samme behov på grunn av økt væskeinntak, for å øke morsmelkproduksjonen.

Hvis det på grunn av avstand, arbeidsprosesser, arbeidssystemer eller lignende ikke er enkel tilgang til toaletter og tilhørende hygieniske anlegg på arbeidsplassen, kan det oppstå økt risiko for helse og sikkerhet, herunder betydelig risiko for infeksjoner og nyresykdommer.

Balansert og næringsrik mat og drikke med jevne mellomrom, særlig rent drikkevann, er svært viktig for helsen til gravide, kvinner som nylig har født og deres barn.

Appetitt og fordøyelse påvirkes av tidspunkter, hyppighet og varighet av matpauser, og dette påvirker også helsen til det ufødte barnet.

Det skjer også en påvirkning under og etter graviditeten på grunn av hormonelle og fysiologiske endringer. Slike endringer kan blant annet resultere i eller påvirke svangerskapskvalme, stillingen til barnet i livmoren og de ernæringsmessige behovene til moren, det ufødte barnet eller barn som blir ammet.

7) Tunge byrder

Leddbandene blir slappere i graviditet, og på grunn av voksende mage kan man ikke lenger løfte og bære nær kroppen. Risikoen for å føde for tidlig eller hemme veksten hos fosteret kan øke ved fysiske belastninger og gjentakende tunge løft.

Gravide burde ikke løfte mer enn tolv kilo av gangen, og i løpet av arbeidsdagen skal det ikke bli samlet mer enn 1000 kilo. Løfting skal deles jevnt

utover dagen. Etter syvende graviditetsmåned skal grensene halveres.

8) Stress

Hormonelle, fysiologiske og psykologiske endringer, spesielt om de kommer raskt, kan under og etter

«Den gravide kan være frisk, samtidig som arbeidsmiljøet setter grenser.»

graviditeten medføre større mottakelighet for stress, angst eller depresjon.

Usikkerhet med hensyn til økonomi, følelser og arbeidssituasjon kan påvirkes av endringer i økonomiske forhold som graviditeten medfører.

Det kan være vanskelig å kombinere arbeid og privatliv. Dette gjelder særlig ved lange, uforutsigbare eller sosialt ugunstige arbeidstider, eller om annet familieansvar er involvert.

Ytterligere yrkesrelatert stress kan forekomme dersom kvinnen er engstelig for graviditeten eller for resultatet av den, særlig hvis hun tidligere har opplevd spontanabort, dødfødt barn eller andre unormale forhold. Slik engstelse kan øke på grunn av belastninger fra omgivelsene på arbeidsplassen.

Stress knyttes i noen undersøkelser til økt forekomst av spontanabort og nedsatt evne til å amme. Det samme gjelder kvinner som har vært alvorlig syke eller opplevd traumer, som for eksempel keisersnitt, i tilknytning til graviditet eller fødsel.

Også graviditet etter mange års ufrivillig barnløshet kan øke stress.

Under visse forhold kan imidlertid det å komme tilbake til arbeidet etter slike hendelser være med å avhjelpe stress, men dette forutsetter et solidarisk og støttende arbeidsmiljø.

9) Toksoplasmose

Sykdommen er mer utbredt i milde og fuktige strøk, og vanligere i Mellom- og Sør-Europa enn i Nord-Europa. Risiko for smitte er cirka 20 ganger større i sydlige land i Europa enn i Norge.

Primærinfeksjon hos gravide er alvorlig på grunn av fare for overføring til barnet gjennom skader på nervesystemet (hjerneskode), syn og hørsel eller dødfødsel. Overføring fra mor til barn ses dog relativt sjeldent.

Den hyppigste smittevei er inntak av utilstrekke-

lig tilberedt kjøtt og kjøttprodukter fra sau og gris. Smitten kan også overføres ved direkte kontakt med avføring fra katter, blant annet ved rengjøring av katekassen og hagearbeid. Parasittegg i katteavføring kan være smittsomme i flere måneder. Uvaskete grønnsaker, frukt og bær kan også være smitekilder.

Toksoplasmose kan også oppstå ved smitte fra infiserte pattedyr og spesielt ved kasting av dyrefoster eller dødfødsler der det er mistanke om toksoplasmose-smitte.

Gravide bør helst unngå alle dyrefødsler, spesielt hos storfe og småfe. Gravide som er spesielt utsatte for smitte, er dyrleger, dyrlegeassistenter, slakteriarbeidere, landbrukere og kennelpersonale.

Hvis en blodprøve har fastslått immunitet over for toksoplasmose, kan den gravide ikke bli smittet. Derfor er det naturlig å ta toksoplasmose-antistoffer så tidlig som mulig i graviditeten.

10) Listeriose

Listeriose er en næringsmiddelbåren zoonose, som forårsakes av bakterien *listeria monocytogenes*. Bakterien er utbredt overalt i naturen og finnes hos de fleste dyrearter.

Sykdommen kan ramme alle varmblodige dyr og kan forårsake hjernebetennelse og abort hos dyrene. Særlig sau og storfe som får silofôr, er utsatt for sykdom.

Enkelte bearbejdede matvarer med lang holdbarhetstid som spises uten videre varmebehandling, er mulige risikoprodukter. Det kan være oppskåret,

«Å være gravid skal tross alt være en naturlig del av livet på gården.»

køkt kjøttpålegg, rått kjøtt, inkludert gravet og speket kjøtt, samt gravlaks, røkelaks, rakfisk og meieri-produkter laget av upasteurisert melk.

Hos gravide gir smitte vanligvis ingen symptomer. Det vil si at man kan smitte sitt barn uten selv å bli syk. Infeksjon i livmoren kan føre til fosterdød. Listeriose hos nyfødte kan, om smitten har skjedd i livmoren, opptre som prematur fødsel med nedsatt allmenntilstand og symptomer på multiorgansvikt.

Dersom smitten er skjedd i fødselskanalen, kommer symptomene etter tre eller flere dager i form av hjernehinnebetennelse. Ved infeksjon hos nyfødte er det høy dødelighet.

11) Kjemiske farer

Plantevernmidler medfører de verste kjemiske risikene innen landbruk, og forebygging av eksponering må gis høyeste prioritet.

Kjemikaliene kan komme i kroppen gjennom hud, pusting eller svelging. Det er ingen kjent grenseverdi, og derfor skal gravide ha ingenting å gjøre med plantevernmidler.

Gravide kan ikke heller ta på maskiner eller deler der det har vært kontakt med slike midler. Dette inkluderer også klær og sko brukt under sprøyting.

Gravide kan ikke være i drivhus når det skjer sprøyting og må vente minst to dager, om ikke lenger, etter fullstendig lufting.

Dersom skadene skjer på kjønncellene, kan skadene overføres til neste generasjon, og hvis skadene skjer i andre celler i kroppen kan det føre til kreft.

I tillegg kan slike stoffer gi skader på fosterets arvestoff, både i kjønnceller og andre celler i kroppen. Skader på fosteret kan føre til abort, misdannelser eller kreft i barndommen.

12) Q-feber og papegøyesyke (ornitose)

Q-feber og papegøyesyke er også såkalte zoonoser, som altså kan smitte fra dyr til menneske. De er bakterieinfeksjoner som kan føre til influensaliknende symptomer.

I Norge forekommer disse infeksjonene forholdsvis sjeldent, men personer som arbeider ved dyrelaboratorier, slaktere, veterinærer, bønder samt personale i dyrebutikker, dyrehager og oppdrettere av stuefugler er spesielt utsatt.

Ornitose er primært en sykdom hos fugler, og reservoar for bakterien er hovedsakelig selskapsfugler og ville fugler, men også enkelte andre dyrearter, deriblant småfe, storfe, gris og katt.

Q-feber rammer primært storfe, sau og geit, men også kjæledyr, som for eksempel katt, kanin og fugler, kan bli syke. Bakterien skilles hos dyr ut i melk, urin, avføring, og i store mengder i fostervann, morkake og fosterhinner.

13) Luktesans og varme

Når man er gravid, er luktesansen forsterket, spesielt de tre første månedene av svangerskapet. Ifølge gravide selv, er dette veldig plagsomt, og det kan være at man for eksempel ikke tåler lukter fra fjøs. Stress og dårlig ernæring kan også forsterke lukter.

Arbeidstemperaturer over 35 °C kan også være til skade for fosterets utvikling på grunn av overoppheting av vev eller sviktende blodtilførsel.



BLI MEDLEM

JORDMORFORBUNDET NSF

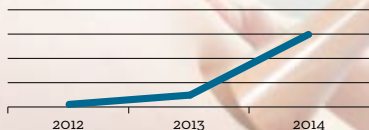
FORDI STØRRELSEN TELLER

NSF er den største landsomfattende fagorganisasjonen for jordmødre, jordmorstudenter, spesialsykepleiere og sykepleiere. Vi ønsker flere jordmødre inn i vår slagkraftige og store organisasjon.

Vi har det mest omfattende medlems-tilbudet for jordmødre i Norge:

- Gjennomslag for viktige jordmorsaker
- Svært gunstige forsikrings- og banktjenester
- Stipendordninger (totalt 5 millioner pr år)
- Årlige kurs og konferanser
- Gratis advokatbistand ved behov
- Lavest kontingent med livs-, skade- og ulykkesforsikring inkludert.

REKORDVEKST I JORDMORFORBUNDET



Stadig flere jordmødre ser fordelen av å være medlem i Jordmorforbundet, og bare i fjor økte medlemstallet med over 20%. Av alle jordmødre i Norge er om lag 40% nå medlem i NSF.

Bli medlem i Jordmorforbundet NSF for å styrke den mest innflytelsesrike organisasjonen for jordmødre i Norge.

FLOTTE VERVEPREMIER:

- **Verv 1 medlem** supergavekort 650,-/gavekort hos Bergans, bekken/ fosterdukke verdi 650,-
- **Verv 2 medlemmer** supergavekort 1300,-/gavekort fra Bergans
- **Verv 3 medlemmer** supergavekort 3000,-/gavekort fra Bergans
- **Verv 5 medlemmer** supergavekort/reisegavekort på 6000,-
- **Verv 10 medlemmer** reisegavekort på 12 000,- eller Iphone 6 eller mac air

Verveperioden gjelder til 1. november 2015



BLI MEDLEM:
Send SMS med kodeord
JORDMOR til 26199



Den som verver er også med i NSF vervekampanje med egne premier, se nsf.no eller scann inn QR-koden.



Scann inn QR-koden for å komme til supergavekortet, eller se www.gavekortorget.no

www.jordmorforbundet.no

Spre informasjonen!

Kontaktperson: Hanne Graarud Steien

Mobil: 97083868

E-post: hanne@hannegs.no

Radisson Blu hotell, Tromsø

Jordmorforbundet NSF's generalforsamling og fagkonferanse

17.–18. september 2015

Jordmorforbundets generalforsamling og fagkonferanse arrangeres denne høsten i Nordens Paris – på Radisson Blu hotell midt i Tromsø sentrum. Det blir et innholdsrikt program og man får møte mange flotte kolleger. Torsdagen blir det festmiddag med underholdning.

Omgivelsene er vakre, med utsikt til Ishavskatedralen og fjellene omkring i flotte høstfarger. Flybilletter er rimelige, spesielt hvis du booker i god tid. Ønsker du å bli over helgen og se deg om i Tromsø, gir hotellet en god pris på videre overnatting. Lokale jordmødre gir gode tips om hva som er verdt å se.

Sett av helgen nå! Påmeldingen åpner snart på forbundets nettsider. Velkommen til oss!

Park Inn Alna, Oslo

Kompetent ledelse

24.–25. september 2015

Ønsker du å utvikle din lederkompetanse og bli en bedre leder? Da bør du melde deg på dette kurset som holdes i Oslo. Dette er aktuelt for alle ledere, på alle nivå i helse- og omsorgssektoren. Velkommen til NSF's lederkonferanse «Kompetent ledelse»

For mer informasjon: www.nsf.no/kurs-og-konferanser/2452257/10518

Bergen

Perinataldagene

4.–6. november 2015

Spennende program som omfatter internasjonal helse, infeksjoner i nyfødtp perioden, legemiddelassistert (LAR) i svangerskapet, nyheter innen perinatalmedisin og mye mer. Det blir også frie foredrag med gjeve priser, heder og ære. Velkommen til de 28. perinataldagene!

For mer informasjon: www.perinatalforeningen.no

Nordisk ammekonferanse

Velkommen til den 6. Nordiske Ammekonferansen 24.–25. september 2015 i Stockholm. Hold av dagene allerede nå. Konferansen kommer til å belyse amming i et folkehelseperspektiv, menneskelige rettigheter-perspektiv samt amming når mor og barn kommer hjem. Det vil si hvordan ammingen kan støttes for å gjøre det mulig for mødre å amme sine barn.
Se www.amnis.org.

Thon Conference Vika Atrium, Oslo

Ammeveiledningskurs Trinn I og II

12.–13. oktober 2015

Kurset vil bli holdt på Thon Conference Vika Atrium i Oslo med mulighet for overnatting på konferansehotellet. Program Trinn I og II: www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/nasjonal-kompetansetjeneste-for-amming
Påmelding og informasjon: <https://viaregi.revio.no/Ammeveiledning2015>

Ammeveiledningskurs Trinn III og IV arrangeres våren 2016. Dato er ikke bestemt, men legges ut i løpet av høsten 2015.

Ammeveiledning Trinn I-IV arrangeres årlig. Det anbefales å følge hele kursrekken fra Trinn I-IV.

Kursene har fått meget god evaluering. Kursene gir tellende timer til klinisk spesialist i sykepleie og gir et viktig grunnlag for de som ønsker å ta høgskolestudiet «Videreutdanning i ammeveiledning».

Gøteborg

Nordisk jordmorkonferanse

12.–14. mai 2016

Dette blir tre dager med interessante foredrag, symposium og workshops som vil belyse nye perspektiver i jordmorfaget, med fokus på forskning og nye oppdagelser i praksisfeltet. En god arena og mulighet til å bygge nettverk og vennskap med nye kollegaer.



INNMELDING I NSF OG I JORDMORFORBUNDET

INNMELDING NSF ORDINÆRT MEDLEMSKAP

PERSONOPPLYSNINGER

Etternavn: _____ Fornavn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ Poststed: _____

E-mail: _____

Fødselsnummer: (11 siffer) _____

Telefon privat: _____ Mobiltelefon: _____

UTDANNING

Eksamensdato: _____ Sykepleierhøgskole/sted: _____

ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsgiver: _____ Ansettelsesdato: _____

Arbeidssted: _____ Avdeling: _____

Stillingsbetegnelse: _____

KONTIGENT

 I arbeid Ikke i arbeid, spesifisert: _____ Trekk kontigent vi lønn Innbetaling vi giro Antall avdrag (1, 2, 4, 12):

TIDLIGERE MEDLEMSKAP I NSF

 Ja Nei Tidligere medlemsnr: Tidsrom:

EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP

 Ekstraord. medl. § 4D Dato, søkn. norsk autorisasjon:

FYLLES UT AV NSF

Medlemsnr.: _____ HPR-nr.: _____

INNMELDING TIL JORDMORFORBUNDET NSF

Medlemsnummer (for de som allerede er medlem i NSF): _____

Utdanningssted for jordmorutdanning: _____

Eksamensdato for jordmorutdanning: _____

Vervet av: _____ Medlemsnr.: _____

- Skjemaet sendes: Medlemstjenesten@sykepleierforbundet.no eller: NSF Medlemstjenester, Postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo.
- Du må være medlem av NSF for å kunne være medlem i Jordmorforbundet NSF.