



Jordmora

NR. 3-2015 • ÅRGANG 13

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF

En mor blir til

Følelser gjennom svangerskapet

Sykepleien

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

ANSVARLIG REDAKTØR

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

REDAKSJONS RÅD

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

Januar 2016

INNSENDING AV ARTIKLER

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

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



Innhold

NR. 3-2015 • ÅRGANG 13

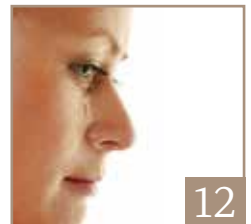
- 3 Leder: Hanne Schjelderup-Eriksen
- 4 Tre på gangen
- 5 Leder: Hanne Graarud Steien
- 6 Smånytt
- 8 Utvikler norsk gulsott-app
- 10 På plakaten
- 11 Rekvireringsrett krever kompetanse
- 12 Til stede når et barn dør
- 16 Bevegelse i fødsel
- 19 Aktuelle bøker
- 20 Nyttig å vite om KISS
- 24 Svar til Høie
- 26 En mor blir til
- 36 Bli medlem

«Det mangler minst 1000 jordmorstillinger i kommunene.»

Hanne Schjelderup-Eriksen, side 24



16



12



8

■ LEDER:
Hanne Schjeldrup - Eriksen



Det må ansettes flere jordmødre

I de nye nasjonale faglige retningslinjene for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien – utgitt av Helsedirektoratet i april 2014, er en av de viktigste anbefalingene at sykehusoppholdets varighet skal tilpasses kvinnens og den nyfødtes behov. Vurderingen gjøres i samråd med kvinnen. Hjemreise forutsetter et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner. Kvinner blir nå sendt tidligere og tidligere hjem fra sykehusene. Barselomsorgen dreies mot å foregå hjemme. En god hjemmebasert barselomsorg er helt avhengig av økte jordmorsressurser. Jordmødres oppgaver utvides ytterligere kommende år, blant annet som følge av utvidet forskrivningsrett. Regjeringen Solberg har i offentligheten og regjeringserklæringen gjentatte ganger uttalt at den ønsker en styrking av den kommunale jordmortjenesten. Bevilgninger gitt til å styrke jordmortjenesten i løpet av de siste årene, har ikke vært øremerket og dermed gått til andre formål. Kommunal Rapport har sjekket antall jordmødre som er registrert hos Statistisk sentralbyrå. Tallene for 2014 viser kun 288 jordmorårsverk i kommune-Norge. Det er altså fremdeles ansatt færre enn 300 jordmødre i den kommunale svangerskapsomsorgen, som skal dekke flere enn 60 000 gravide hvert år. Med så få stillinger per kommune er det sannsynlig at det ikke er et likeverdig tilbud om oppfølging av jordmor til gravide kvinner i Norge. Hele 196 kommuner står oppført uten egen kommunejordmor.

Jordmorforbundet NSF har frontet jordmormangelen med utallige medieoppslag i forbindelse med kommunevalget. I tillegg til å sette problemstillingen på dagsorden, har vi blitt kontaktet av helsepolitiske rådgivere på Stortinget. De ønsket innspill og videre samarbeid med oss i forbindelse med høstens stortingshøring om en styrket jordmortjeneste. Jordmorforbundet NSF understreker at regjeringen må prioritere den kommunale jordmortjenesten i de årlige budsjettene for å sikre en opptrapping i tråd med Stortingets mål. Jordmødre må sikres tilbud om hele stillinger, og det må hindres frafall fra yrket. I tillegg må finansieringsordningen for jordmortjenesten endres på bakgrunn av en evaluering

av takstordningen for jordmødre, slik at det blir mer attraktivt for kommuner å ansette jordmødre.

I høst legger helseminister Bent Høie (H) fram en nasjonal helse- og sykehusplan, der fremtidens sykehus-Norge skal meisles ut. Høie har allerede uttalt at han mener sykehusene må ha et befolkningsgrunnlag på 60 000 til 80 000 for å opprettholde akuttkirurgi døgnet rundt. Det vil si at halvparten av norske sykehus er for små. Det vil føre til at mange sykehus blir nedlagt. Og det vil bety mindre trygghet for folk flest. Sentraliseringen fører til at fødetilbudet bygges ned i raskt tempo. Langt flere fødende enn før rekker ikke fram til fødestedet i tide. Samtidig ser vi jordmormangel, spesielt på de store fødeklinikkene. Flere kvinner i aktiv fødsel blir avvist på døra, eller får ikke komme inn tidsnok ved ønsket fødested. Risikoen for å føde før du rekker fram til sykehuset, har nå økt dramatisk med rundt 500 transportfødsler årlig, en dobling av antallet de siste år. Det er i fylker med størst avstand mellom sykehusene flest ikke når fram. Sentraliseringen skulle gjøre fødsler enda tryggere. Det finnes ingen bevis for at det har skjedd. Barna som blir født før mor rekker fram til sykehuset, har dobbelt så stor risiko for å dø i forbindelse med fødselen, konkluderer forskningsrapporten til overlege Bjørn Gunnarson.

Norge står overfor store arbeidskraftutfordringer i helsesektoren. Situasjonen er slik at vi ikke har en nasjonal oversikt over personellsituasjonen for jordmødrene som viser hvor de jobber, hva de jobber med og alder. Det må i større grad enn før satses på strategisk kompetanseplanlegging og rekruttering. Jordmorforbundet NSF forventer at helsemyndighetene tar tak i dette og sørger for å få et nasjonalt system på plass. Utdanningskapasiteten må økes, og det må ansettes flere jordmødre i fullstillinger. Nyutdanna jordmødre må få nødvendig opplæring og erfaring til å dekke opp for erfarne jordmødre som går av med pensjon.

Hanne Schjeldrup-Eriksen
LEDER JORDMORFORBUNDET NSF

3 på gangen

Tekst Hanne Graarud Steien

1. Hvorfor har du meldt deg inn i Jordmorforbundet NSF?
2. Hva er mest positivt ved Jordmorforbundet NSF?
3. Hvorfor vil du anbefale nyutdannede jordmødre å bli medlem?



Linda Magerøy

Jordmor ved St. Olav, Trondheim

1. Etter endt utdanning valgte jeg å avslutte NSF-medlemskapet og fortsette som medlem i DNJ. Den dagen jeg fant ut at DNJ ikke deltok i den politiske streiken i januar, måtte jeg ta et valg på nytt. Jordmorforbundet deltok, og da visste jeg at jeg i praksis ikke hadde noe egentlig valg. Å stå samlet sammen med flest mulig arbeidsfolk om viktige kampsaker, og en overordnet idé om betydningen av fagorganisering.
2. At solidaritetstanken har en overordnet plass.
3. Av de ovennevnte grunner.



Helene Saksvik Ringås

Jordmor på Ahus (i permisjon)

1. Jeg meldte meg inn da jeg var student. Dette var en naturlig overgang for meg da jeg var medlem av NSF som sykepleier. Det var en fordel at medlemskapet var gratis da jeg var student, og jeg kunne fortsette å ha mine forsikringsavtaler.
2. At NSF er en stor organisasjon, og på grunn av dette står man i et sterkt fellesskap. De har gode forsikringsavtaler som medlemmene nyter godt av. De kjemper også for Arbeidsmiljøloven og for at arbeid hver tredje helg består. Dette er viktige saker for meg.
3. Nettopp på grunn av gode forsikringsordninger og at man har en stor organisasjon i ryggen. I tillegg er det spennende lesning i Jordmora.



Janne Teigen

Jordmor ved Sykehuset Telemark, forfatter, forsker og foredragsholder

1. Jeg driver en del med forskning ved siden av klinisk arbeid og ser at Jordmorforbundet, siden de ligger under NSF, har større muligheter til å støtte dette økonomisk. Grunnet størrelsen på organisasjonen vil de også ha større innflytelse. Jeg vet at mange på min arbeidsplass har meldt seg inn, og dette var også en medvirkende årsak. Men for meg; primært fordi jeg får muligheten til mer forskningsmidler og en mulighet til bredere formidling av denne forskningen.
2. Jeg føler vel at de har markedsført seg godt. Jeg har møtt interesse på hovedkontoret for mine prosjekter, og dette gir lyst til å jobbe videre med dette. De har gode og oppdaterte nettsider, noe som for meg er positivt.
3. Jeg føler at Jordmorforbundet NSF er fremtiden for oss jordmødre. De har en økende medlemsmengde og virker på meg innovative i sitt arbeid.

■ **LEDER:**
Hanne Graarud Steien



110 ganger i media!

Denne høsten er en travel tid for Jordmorforbundet NSF, og det gleder vi oss over! Vi har hatt en medlemsvekst på 29 prosent det siste året, og det er veldig bra. NSF's mediebarometer viser at vi bare det siste året har vært 110 ganger i media. Stortingspolitikere og lokale politikere, byråkrater fra Helse- og omsorgsdepartementet, ungdomspolitikere, barneombudet og et stort antall frivillige organisasjoner tar ofte kontakt med Jordmorforbundet NSF for å få faglig innspill. Vår leder, Hanne Schjelderup-Eriksen, og styret i Jordmorforbundet, er travelt opptatt med å besvare alle henvendelser. Jordmoryrket har en stor bredde, og er derfor en viktig aktør for faglig innspill i forhold til ulike temaer når det gjelder gravide, kvinner, babyer, ungdom og familie.

Litt fra Jordmorforbundet i media i sommer:

Aftenposten 11.08.2015: «Jordmormangel i hele landet. Jordmorforbundet mener regjeringen må prioritere den kommunale jordmortjenesten i de årlige budsjettene for å sikre en opptrapping i tråd med Stortingets ambisiøse mål for jordmortjenesten.»

Aftenposten 10.08.2015: «Flere gravide bruker privat hjelp ved fødsel. Leder Hanne Schjelderup-Eriksen sier det er få store fødesteder som klarer å innfri kvalitetskravet fra Helsetilsynet om at sykehusene skal kunne tilby kvinner en-til-en-omsorg i fødsel.»

P4 radio 10.08.2015: Hanne Schjelderup-Eriksen blir intervjuet angående temaet rundt jordmormangelen.

NRK Dagsrevyen har også vært i kontakt med oss, der nestleder i Jordmorforbundet Trude Hartmann Bjørndalen har vært vår talsperson.

I høst skal jordmoryrket også presenteres på NRK, i serien som heter Mitt yrke. Det er en serie som tar for seg ulike yrker og den skal sendes på NRK 2 og også være tilgjengelig på NRK nett-tv. Det er Jordmorforbundet NSF som fikk denne forespørselen om å bidra i filmen, som er filmet ved Sykehuset Telemark. I tillegg skal denne filmen brukes som opplysningsfilm på videregående skoler, sånn at elever kan finne ut litt om yrket vårt. Som sikkert mange har fått med seg i media, er det stor jordmormangel rundt om i landet, og med denne presentasjonen ønsker vi å rekruttere flere jordmødre.

I september var det fagdag og generalforsamling i Tromsø, med spennende forelesere og mulighet for få øve seg på å sette inn spiral. Lokalfaggruppen i Tromsø hadde satt sammen et flott program og laget fine rammer rundt dagene. Jeg håper dere som deltok hadde en fin konferanse med faglig påfyll og kanskje noen nye ideer?

Vi ønsker å ta godt vare på deg som medlem i Jordmorforbundet NSF. Vi håper du nyter godt av våre mange medlemsfordeler. Vi er en del av Norges fjerde største organisasjon og derfor har vi et stort apparat som kan hjelpe deg som medlem når du trenger det. Med ønske om en fin høst til dere alle.

Hanne Graarud Steien

JORDMOR OG REDAKTØR



Nytt legevaktnummer

1. september fikk hele Norge felles legevakt-nummer: 116117. Nummeret uttales «hundreogseksten-hundreogstytt». Når du ringer dette nummeret blir du automatisk loset til nærmeste legevakt. Helsedirektoratet sier at grunnen til at alle legevakter skal over til ett nummer, er at det skal bli lettere for befolkningen å huske det. Nummeret er gratis å bruke.

Kilde: Sykepleien.no



Utsetter vaksine

Myndighetene utsetter planen om å tilby hepatitt B-vaksine til alle spedbarn. Planen var å innføre vaksinen i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet fra første halvår 2016. Men på grunn av høye kostnader, har myndighetene utsatt den eventuelle innføringen av vaksinen til tidligst å gjelde fra og med 2017.

Kilde: Dagens Medisin

SMÅNYTT

Rikets tilstand

Nye fødselstall er nå tilgjengelig i Medisinsk fødselsregisters statistikkbank. Tallene er foreløpige, og kan endre seg noe, men vi vet følgende om norske fødsler anno 2014:

Det er registrert 59 937 fødte, noe som bare er 44 færre enn året før. Det ble født flest gutter (51,4 prosent). Kun Troms og Finnmark kunne rapportere om flere jentefødsler enn guttefødsler. Andelen flerlinger har fortsatt å falle. Vi må helt tilbake til 1996 får å finne lavere andel tvillinger og trillinger enn i 2014. Derimot fortsetter gjennomsnittsalderen på førstegangsfødende å stige. I 2014 var landsgjennomsnittet på 28,7 år. Ni av ti norske barn blir født innenfor det som Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer som terminfødte – altså med en svangerskapsvarighet fra og med 37 uker og 0 dager til og med 41 uker og seks dager. Prosentandelen terminfødte barn har dermed økt fra 85 prosent i år 2000 til 91 prosent i 2014.

Kilde: Folkehelseinstituttet



«Da jeg kom til verden, var det vanligere å bli født enn det er nå.» Jan P. Syse

Vanskelig tema

I fjor kom Helsedirektoratet med nye faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen, herunder hvordan man kan avdekke vold. Her blir jordmødre anbefalt å gjøre det til en del av rutinen å spørre alle gravide om vold. Mange jordmødrer har ikke hatt trening i dette og samtalen om vold kan være vanskelig å få til.

– For eksempel hvis kvinnen kommer med sin partner eller har med seg tolk. Selv om tolken har taushetsplikt, er det ikke sikkert kvinner som blir spurt, stoler på at tolken overholder taushets-

plikten, sier forsker og jordmor Mirjam Lukasse ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Hun tror at det i noen tilfeller kan være lettere å spørre kvinnen om hun noen ganger er redd hjemme, fremfor å spørre direkte om hun blir utsatt for overgrep.

– Kvinnen må kanskje bli spurt ved flere anledninger før hun tør å svare, sier Lukasse.

Hun mener at temaet krever tid og kunnskap om hva man bør gjøre i de tilfellene det avdekkes vold og overgrep.

Kilde: Høgskolen i Oslo og Akershus.



Sol og reproduksjon

Perioder med høy UV-stråling kan påvirke befolkningen over flere generasjoner, viser en studie ved NTNUs institutt for biologi. Forskere har studert kirkebøker fra perioden 1750–1900 og vurdert livshistorievariabler ut i fra hvor mange år det gikk mellom hver barnefødsel og hvor mange av barna som overlevde i dette tidsrommet. Informasjonen ble så sammenlignet med miljøfaktorer, og blant annet solaktiviteter. Et av funnene var at barn som ble født i år med mye sol, hadde høyere sannsynlighet for å dø, sammenlignet med barn som ble født når det var mindre sol. De levde 5,2 år kortere enn andre barn. Størst var sannsynligheten for å dø i løpet av de to første leveårene. Barn som overlevde, fikk i sin tur færre egne barn, som igjen fødte færre barn enn andre. Dette viser at den økte UV-strålingen påvirket generasjoner. Det ble brukt informasjon om antall solflekker som en indikasjon på hvor mye UV-stråling det var et gitt år. UV-stråling har positiv effekt på menneskers D-vitamninnivå, samtidig som det kan gi reduksjon av vitamin B9 (folat). Det er også kjent at folatnivå under graviditet har sammenheng med høyere barnedødelighet.

Kilde: Gemini

Høy IQ av amming

Barn som blir ammet får visstnok høyere intelligens enn barn som ikke blir det. Dette viser en studie som er publisert i tidsskriftet The Lancet. Studien er gjort av forskere ved Universidade Federal de Pelotas i Brasil, og baserer seg på data fra 3500 personer, som er fulgt gjennom 30 år, fra de var nyfødte. Forskerne mener effekten amming har på utviklingen av hjernen og intelligens, er solid.

Kilde: BBC News



Nikotin og fruktbarhet

Røyking før og under svangerskapet er en hovedårsak til redusert fruktbarhet, i tillegg til økt sykkelighet og dødelighet hos mor, foster og spedbarn, informerer Folkehelseinstituttet på sine nettsider. Det er gjort dyreforsøk som viser at høye doser av nikotin reduserer blodstrømmen i livmor og morkake, noe som kan føre til oksygenmangel hos fosteret.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox

Fruktbart i Norge

De nordiske landene skårer høyest i Europa når det gjelder fruktbarhet, informerer Folkehelseinstituttet (FHI) på sine hjemmesider. Gjennom Medisinsk fødselsregister, registrerer de alle fødsler i Norge. I følge de siste tallene, som gjelder for 2014, føder norske kvinner i gjennomsnitt 1,76 barn. FHI har også studert fruktbarheten i Norge gjennom de siste 100 årene, og har funnet ut at fruktbarheten i Norge var på 4,4 rett før år 1900. Utover på 1900-tallet sank derimot tallet til 1,9 i «de harde 1930-årene». Men rett etter andre verdenskrig pekte pilen kraftig oppover igjen. Samlet fruktbarhet økte til 2,9 på slutten av 1960-tallet. Så faller tallet igjen – til 1,7 – på begynnelsen av 80-tallet. Det viser seg at fruktbarheten fordeler seg ulikt mellom fylkene. Rogaland viser seg å være et særskilt fruktbart fylke i 2014 med 1,9 barn per kvinne i snitt, mens Hedemark og Vestfold scorte lavest med kun 1,64 barn.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Krenkelser setter spor

Det å bli avvist eller møtt av en irritert jordmor når du ber om hjelp, kan oppleves som svært krenkende. Ifølge en europeisk spørreundersøkelse – der 7200 gravide kvinner fra Norge, Sverige, Danmark, Belgia, Island og Estland deltok – er det mange som opplever at helsepersonell krenker dem. Blant kvinnene som svarte, var 2500 norske kvinner som gikk til svangerskapskontroll. 15 prosent av de norske kvinnene svarte at de har opplevd krenkelser. 56 prosent av disse mente at de i ettertid har vært plaget av opplevelsene. Forsker og jordmor Mirjam Lukasse ved Høgskolen i Oslo og Akershus har vært med i forskningsprosjektet. Hun forteller at kvinnenes opplevelser er personlige, men at de likevel sitter igjen med en følelse av at de ikke har fått den omsorgen de skulle hatt. Jordmoren og forskeren mener at helsepersonell trenger mer bevissthet rundt den maktposisjonen de har overfor pasientene fordi disse kvinnene vil ha økt risiko for fødselsangst og oftere vil ønske keisersnitt.

Kilde: Høgskolen i Oslo og Akershus



Utvikler norsk gulsott-app

En norsk utviklet app kan gjøre det enklere å diagnostisere gulsott. Teamet bak prosjektet Picterus forteller her selv hvordan og hvorfor.

Tekst **Lise Lyngsnes Randeberg**, professor IME, NTNU, **Gunnar Vartdal**, siv.ing., **Anders Aune**, barnelege, St. Olavs Hospital, Trondheim

Teknologiutviklingen går raskt, og kameraene på enkelte smarttelefoner er nå gode nok til bruk for optisk diagnostisering av gulsott.

En app som utnytter dette, vil kunne være til stor hjelp i arbeidet med å redusere barsedødeligheten i fattige deler av verden der man ikke har andre muligheter for diagnostikk.

Den kan i tillegg bidra til å redusere liggetiden til nyfødte på norske sykehus og forhindre unødvendige sykehusbesøk, siden foreldre eller helsesøster enkelt kan overvåke tilstanden til barnet.

Appen, som undertegnede trio for tiden jobber med å utvikle i Trondheim,

har som mål å møte disse utfordringene.

Potensielt farlig

Gulsott hos nyfødte er en tilstand med høyt nivå av avfallsstoffet bilirubin i blodet, også kalt hyperbilirubinemi. Det er en tilstand som forekommer hos over halvparten av alle nyfødte, og som vanligvis går over av seg selv.

Tilstanden er likevel potensielt farlig, siden bilirubinet i enkelte tilfeller akkumuleres i basale kjerner i hjernen, hvor det vil forårsake permanent skade. Denne tilstanden, som kalles kjernikerus, manifesterer seg som cerebral parese, døvhets, psykisk utviklingshemming og i verste fall død (1).

land, og man ser nå en økning i hjerne-skader som kan skyldes gulsott. I Norge kan faren for komplikasjoner etter gulsott føre til unødige sykehusbesøk og forlenget liggetid for de med lang reisevei.

For å forhindre at gulsott utvikler seg til permanente hjerneskader er det viktig å oppdage barna i risikosonen på et tidlig stadium.

I behandlingen av gulsott er det som oftest tilstrekkelig med fototerapi. I sjeldne tilfeller kreves blodoverføring. Sollys kan være et billig alternativ til spesialisert fototerapiutstyr, og studier er nå underveis for å undersøke dette (3).

Visuell diagnostisering

Ettersom bilirubin farger huden gul, kan gulsott til en viss grad diagnostiseres visuelt, også uten medisinsk opplæring. Kun visuell bedømming av hvor alvorlig gulsotten er, har imidlertid vist seg å være upålitelig, selv når dette har blitt gjort av erfarent helsepersonell (4).

Målingen av bilirubin har derfor tradisjonelt blitt utført ved hjelp av blodprøver. For å redusere behovet for blodprøver fra de nyfødte har det blitt utviklet hudavlesningsapparater som måler bilirubinkonsentrasjonen ved å stråle lys gjennom huden (5).

Både laboratoriestyret som kreves for å ta blodprøver og apparatene som

Nyfødtgulsott eller hyperbilirubinemi

- Tilstand med flere ulike årsaker der hud og slimhinner får en gulaktig farge.
- Er ingen sykdom i seg selv, men kan være tegn på alvorlig sykdom.
- Rammer 60–80 prosent av alle nyfødte.
- Kan medføre permanent hjerneskade, cerebral parese, døvhets og psykisk utviklingshemming.
- Gir på verdensbasis 114 000 dødsfall årlig.
- Behandling er tilgjengelig, men diagnostisering er dyrt.

Kilder: Store medisinske leksikon, Pediatric Research, Wikipedia.

Over 114 000 døde

Forekomst og skadeomfanget av gulsott ble estimert i 2010 (2). Det ble konkludert med at gulsott på verdensbasis forårsaker 114 100 dødsfall årlig. I tillegg vokser mange opp med permanente hjerneskader.

75 prosent av dødsfallene forekommer i de fattigste delene av verden; Afrika sør for Sahara og i Sør-Asia. Andre studier har funnet at gulsott er en av de tre fremste årsakene til død i nyfødtperioden i Afrika sør for Sahara (1).

Tidligere hjemreise etter fødsel har igjen gjort problemet aktuelt i vestlige



UNDER UTVIKLING: Kameraene til nyere mobiltelefoner er gode nok til å brukes i diagnostiseringen av gulsott. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

kan måle gjennom huden er dyre, og i praksis ofte utilgjengelig for lavinntektsland.

Nytt håp

Siden de fleste barna som er i risikoso-
nen til å utvikle kjerneikterus befinner
seg i lavinntektsland, er det et stort
behov for rimelige og pålitelige hjel-
pemidler for diagnostisering. De siste
årene har smarttelefoner gjort sitt inn-
tog også i områder med lite ressurser,
noe som har gitt håp om nye og inno-
vative løsninger (6).

Med dette som bakgrunn har vi
undersøkt om kameraene på mobiltele-
fonene er gode nok til å gjennomføre en
slik diagnostisering. Undersøkelser viste
at det var de, og arbeidet med å utvikle
metodene som kreves for å gjennomføre
en bilirubinmåling har nå begynt.

En liten økning

Selv om forekomsten av kjerneikterus er
lav i vestlige land, har man både i Dan-
mark og USA registrert en liten økning de
siste årene, antakelig som følge av tidlig

hjemreise fra barselavdelingene.

Den gradvise reduksjonen i liggetid
ved barsel, har gjort at en stor andel av
barna skrives ut fra sykehuset før toppen
på gulsotten er nådd, som er ved rundt
48–72 timers alder.

I vårt langstrakte land har mange lang
reisevei til sykehus, og barn med gulsott
kan bli innlagt ekstra lenge for å følge
bilirubinverdiene.

Andre må til stadige kontroller ved
sykehuset, med de belastningene reisene
medfører. Her ville tilgjengelig diagnos-
tikk kunne gjort situasjonen mye bedre
for både foreldre og barn.

Bedre tilgjengelig diagnostikk av
gulsott er altså også i vår del av verden
viktig for å sikre god barnehelse.

Ventes neste sommer

Etisk godkjenning for en pilotundersø-
kelse for å utvikle metoder og app er på
plass.

Pilotundersøkelsen er også påbegynt
ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Før-
ste versjon av verktøyet vil forhåpentlig
være klart sommeren 2016. ■

Referanser:

1. Tina M. Slusher, Alvin Zipursky, and Vinod K. Bhutani. A global need for affordable neonatal jaundice technologies. *Seminars in Perinatology*, 35(3):185–191, June 2011.
2. Vinod K. Bhutani, Alvin Zipursky, Hannah Blencowe, Rajesh Khanna, Michael Sgro, Finn Ebbesen, Jennifer Bell, Rintaro Mori, Tina M. Slusher, Nahed Fahmy, Vinod K. Paul, Lizhong Du, Angela A. Okolo, Maria-Fernanda de Almeida, Bolajoko O. Oluasanya, Praveen Kumar, Simon Cousens, and Joy E. Lawn. Neonatal hyperbilirubinemia and rhesus disease of the newborn: incidence and impairment estimates for 2010 at regional and global levels. *Pediatric Research*, 74:86–100, December 2013.
3. Tina M Slusher, Bolajoko O Oluasanya, Hendrik J Vreman, Ronald J Wong, Ann M Brearley, Yvonne E Vaucher, and David K Stevenson. Treatment of neonatal jaundice with filtered sunlight in nigerian neonates: study protocol of a non-inferiority, randomized controlled trial. *Trials*, 14:446, 2013.
4. V A Moyer, C Ahn, and S Sneed. Accuracy of clinical judgment in neonatal jaundice. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154(4):391–394, April 2000.
5. A Carceller-Blanchard, J Cousineau, and E E Delvin. Point of care testing: transcutaneous bilirubinometry in neonates. *Clinical biochemistry*, 42(3):143–149, February 2009. doi:10.1016/j.clinbiochem.2008.09.106.
6. Kallander K, Tibenderana JK, Akpogheneta OJ, Strachan DL, Hill Z, ten Asbroek AH, Conteh L, Kirkwood BR, Meek SR. Mobile health (mhealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low- and middle-income countries: A review. *J Med Internet Res*. 2013;15:e17

Spre informasjonen!

Kontaktperson: Hanne Graarud Steien

Mobil: 97083868

E-post: hanne@hannegs.no

Akershus universitetssykehus

Sorgkonferanse

21. oktober 2015

Denne høsten arrangeres det en konferanse om sorg og krise på Akershus universitetssykehus. Her kan du tilegne deg ny kunnskap om hva sorg og krise gjør med oss mennesker, og hvilke dilemmaer som oppstår i en selv og i møte med omgivelsene. Påmeldingsfrist 20. oktober kl. 0800.

For mer informasjon: <http://www.ahus.no/SiteCollecti-onDocuments/Aktuelt/2015/konferanse%2021-10-15%20for%20Sorgst%C3%B8tte.pdf>

Amsterdam

Spinning Babies Workshop

30. oktober 2015

Denne workshopen er for doulaer, sykepleiere, leger, jordmødre og lærere ved jordmorutdanninger. Det lønner seg å ha noe kunnskap om fødsel og barnets kardinalbevegelser og posisjon i bekkenet. Det er også lurt å ha noen fødsler bak seg.

Gail Tully og Jennifer Walker vil samarbeide om undervisningen. 28 deltakere er maximum.

Dagen etter er det for leger og jordmødre en annen event med Gail Tully som omhandler skulderdystoci og seteleie. Det anbefales å bli med på begge dagene!

For registrering: Send e-post til jennifer@birthsupport.nl med navnet ditt og postadressen din og du vil motta bekreftelse og faktura.

Mer informasjon: <https://www.facebook.com/events/1595565307371607/>

Bergen

De 28 Perinetaldagene

4. – 5. november 2015

Husk å holde av dagene. Det er spennende program, som omfatter internasjonal helse, infeksjoner i nyfødtp perioden, legemiddellassistert (LAR) i svangerskapet, nyheter innen perinatalmedisin og mye mer. Det blir også frie foredrag med gjeve priser, heder og ære. For mer informasjon gå inn på www.perinatalforeningen.no

Nordisk jordmorkonferanse

Bli med på jordmorkonferanse i Gøteborg 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.

Sahlgrenska Unviersitetssykehus, Gøteborg

GynZone workshop

23. – 26. november 2015

- 23. november kl. 9-16: Labia, vagina, grad 1–2 ruptur & episiotomi
- 24. november kl. 9-17: Sutur Master Class
- 25. november kl. 9-16: Labia, vagina, grad 1–2 ruptur & episiotomi
- 26. november kl. 9-12: Perineal Protection
- 26. november kl. 13-16: Perineal Protection

Toronto, Canada

Den 31 Internasjonale Jordmorkongress ICM

18. –22. juni 2017

Kongressen tilbyr et pedagogisk vitenskapelig program, samt en mulighet til å treffe kolleger fra ulike deler av verden. Ifølge arrangøren vil konferansen gi ny inspirasjon og kunnskap som kan være nyttig i hverdagen som jordmor. Gå inn på ICMs nettsider for mer informasjon.

Rekvireringsrett krever kompetanse

FØRE VAR: Jordmødre og helsesøstre vil snart også kunne rekvirere blant annet kobberspiral, hormonspiral og p-stav til kvinner over 16 år. Illustrasjonsbilde: Colourbox.

Når jordmødre og helsesøstre snart kan rekvirere alle typer prevensjonsmidler, skapes et behov for både kompetanseheving og praksisplasser.

Tekst **Anne Kjersti Myhre**, Helsesøsterutdanningen, Høgskolen i Hedmark og **Raija Dahlø**, Jordmorutdanningen, Høgskolen i Sør-Trøndelag

Jordmødre og helsesøstre får neste år utvidet rett til å rekvirere prevensjonsmidler til kvinner fra 16 år og oppover.

De vil da ikke bare kunne rekvirere p-piller, men alle typer hormonelle prevensjonsmidler, samt administrere alle prevensjonsmetoder, inkludert kobberspiral, hormonspiral og p-stav.

(Se også intervju med Cecilie Sommerstad i forrige utgave av «Jordmora».)

Skaper behov

Endringen, slik den nedfelles i «Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek», skaper blant annet behov for kompetanseheving på feltet, og Helsedirektoratet nedsatte i vår en arbeidsgruppe for å jobbe med saken (se egen faktaboks).

Arbeidsgruppen har uttalt at jordmor- og helsesøsterutdanningene bør

gi et tilbud om nødvendig opplæring til dem som ønsker å praktisere den utvidede retten.

Praktiserende jordmødre og helsesøstre skal også kunne delta i undervisningen, som hovedsakelig vil innebære undervisning i anatomi/fysiologi, farmakologi, metodikk og praksis.

Behov for praksisplasser

En annen utfordring de nærmeste årene vil være tilgang på praksisplasser, da det i dag er få jordmødre og helsesøstre som i dag praktiserer innsetting av spiral og implantat.

Dette krever et godt samarbeid med sykehusenes poliklinikker i gynekologi, eventuelle privatpraktiserende klinikker rundt om i landet og mødravårdsentralene i Sverige.

Ovennevnte arbeidsgruppe vil fortsette sitt arbeid utover høsten. ■

Arbeidsgruppe

Helsedirektoratet opprettet våren 2015 en arbeidsgruppe for å få på plass et nytt rundskriv og utarbeide en plan for hvilken kompetanse jordmødre og helsesøstre må tilegne seg for å kunne praktisere denne utvidede retten. Arbeidsgruppen består av følgende personer:

- Anne Margrethe Fylkesnes, Jordmorutdanningen, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Kari Bjerck, Jordmorutdanningen, Universitetet i Tromsø
- Solveig O. Sandvik, Jordmorutdanningen, Høgskolen i Vestfold
- Bodil Molander, Jordmorutdanningen, Høgskolen i Bergen
- Kari Glavin, Helsesøsterutdanningen, Høgskolen Diakonova
- Bente Krogseth, Helsesøsterutdanningen, Høgskolen i Sør-Trøndelag
- Anne Kjersti Myhre, Helsesøsterutdanningen, Høgskolen i Hedmark
- Cecilie Sommerstad, Helsedirektoratet



Til stede når et barn dør

Jordmødre blir ofte nøkkelpersoner for foreldre som mister barn i dødfødsel eller forbindelse med fødsel. Landsforeningen uventet barnedød ønsker derfor å være en ressurs for jordmødre og andre fagpersoner.

■
Av Trine Giving Kalstad,
fagsjef i Landsforeningen
uventet barnedød

Hver dag dør et lite barn i Norge. Tilbake står foreldre, besteforeldre, søsken, annen familie og nære venner igjen i sjokk.

Vi i Landsforeningen uventet barnedød (LUB) tilbyr derfor familier som rammes sorgstøtte og fellesskap med andre som selv har mistet små barn. Sammen med helsevesenet kan vi møte ulike hjelpebehov over tid.

Den komplekse sorgen

Et barnedødsfall utløser sterk sorg. Det oppleves naturstridig at foreldre skal overleve sine barn. Denne sorgen gir sterke og kanskje fremmede følelser, eller det kan være fravær av følelser.

Sorg er alt som skjer med oss, det vi tenker, føler og gjør i vårt strev etter å håndtere en uvirkelig og kaotisk situasjon etter å ha mistet et ønsket barn.

I et sorgarbeid slites vi mellom å sørge, savne og minnes den døde, og å ta del i hverdagen igjen.

Et mål med sorgarbeid er å komme i balanse, slik at man opplever økt kontroll og mestring i eget liv igjen. Dette er energikrevende, fordi sorg krever mye oppmerksomhet mentalt og den gir ofte store fysiske utslag som tretthet, smerte og uro i kroppen. Mange opplever at «hodet ikke fungerer», konsentrasjonsevnen er dårlig og hukommelsen svikter.

En stor sorg tar tid å bearbeide, ofte mye mer tid enn både omgivelsene og den sørgende selv tenker seg. De fleste trenger støtte på veien – være seg fra familie og venner, kolleger, andre rammede foreldre og helsevesen.

Når barnet dør i magen

Hovedgruppen av etterlatte foreldre som tar kontakt med LUB, har mistet barn i dødfødsel. Deres sorgprosess starter idet barnet i magen konstanteres dødt, ofte med jordmor til stede.

Ivaretakelsen av foreldre på sykehuset er avgjørende for den videre sorgprosessen. Jordmors evne til tilstedeværelse og empati er viktig i den akutte fasen. En jordmors erfaring og kunnskap inngir tillit og trygghet. Foreldre i sjokk og krise trenger omsorg og tydelig informasjon om hva som har skjedd og hva som vil skje fremover. En trygg jordmor, som kan veilede dem i viktige oppgaver og avgjørelser, er vesentlig for å kunne ta en verdig avskjed med barnet.

De kriserammede foreldrene vet ikke hva de skal spørre om. De setter pris på konkrete forslag og å få vite hva andre foreldre har satt pris på når minner skal skapes. Slik legges det til rette for en god sorgprosess.

Siden jordmor er sammen med foreldrene over tid og jevnlig har samtaler både før, under og etter fødselen, blir hun ofte en viktig støttespiller. Derfor ønsker mange en ettersamtale med jordmor. Mange setter også pris på at jordmor tar kontakt igjen senere.

Film, kurs, møter og materiell

LUB ønsker å være en ressurs for jordmødre og andre fagpersoner. LUBs mange informasjonshefter om sorg og sorgstøtte kan bidra til økt kunnskap og trygghet for dem som skal møte mennesker i dyp sorg, og vi arrangerer jevnlig kurs og møter med ivaretakelse av etterlatte som tema.

Denne høsten tilbyr for eksempel LUB temamøter på mange av landets sykehus med utgangspunkt i den nye informasjonsfilmen «Stille fødsel». Denne

■ Landsforeningen uventet barnedød (LUB)

- Forening til støtte og hjelp for dem som mister barn plutselig og uventet, enten barnet har fått leve en stund, døde ved fødselen eller i svangerskapet.
- Bidrar også med midler til forskning, forebyggende tiltak og formidling av informasjon og kunnskap.
- Stiftet 1985 i Trondheim som Landsforeningen til støtte ved krybbedød og skiftet til sitt nåværende navn i 2005.
- På nett: www.lub.no

informasjonsfilmen, som sykehusene får gratis, er ment som et redskap for jordmødre og foreldre når en dødfødsel skal forberedes.

Videre er LUB medarrangør for en stor sorgkonferanse på Ahus onsdag 21. oktober. Denne konferansen er godkjent som meritterende for klinisk spesialist i sykepleie av Norsk Sykepleierforening.

LUB tilbyr også ellers kurs og seminarer for jordmødre og annet helsepersonell.

For å sikre best mulig hjelp og støtte til familier som mister barn i dødfødsel eller i forbindelse med fødsel, har LUB, som første frivillig organisasjon, også utarbeidet nye fagprosedyrer for psykososial oppfølging i samarbeid med jordmødre og fødselsleger. Disse er tilgjengelige på www.fagprosedyrer.no (Helsebiblioteket) for implementering i helseforetakene.

30 års erfaring

LUBs historie hadde sin spede start for 30 år siden, da noen krybbedødsforeldre samlet seg rundt en

«En stor sorg tar tid å bearbeide.»

kjøkkenbenk i Trondheim. Behovet for å møte andre i lignende situasjon var sterkt. Samtidig hadde foreldrene et annet sterkt ønske; at ingen andre måtte oppleve å miste et barn!

Forskning og forebygging sto derfor sentralt allerede i foreningens spede begynnelse. Man samlet inn store summer til forskning og arrangerte møteplasser for rammede. Deres sorgenergi ble kanalisert til et positivt og skapende arbeid, som kom mange til gode.

Et rådgivende fagråd med eksperter innen både rettsmedisin, barnemedisin, psykologi, epidemiologi og kommunikasjon ble etablert og stilte opp på frivillig basis. Dette fagrådet, i en utvidet versjon

med blant annet jordmødre, er fortsatt et svært viktig samarbeidsorgan for LUB.

En betydelig redusert forekomst av krybbedød på 2000-tallet bidro til at Landsforeningen til støtte ved krybbedød skiftet navn til Landsforeningen uventet barnedød med utvidet formål i 2005.

Over 200 dødfødsler årlig

I dag er dødfødsler et hovedfokus for LUB. Med over 200 dødfødsler i året, var det viktig for LUB at foreningens mangeårige erfaring og kunnskap skulle komme nye målgrupper til gode. Etter ti år ser vi at dødfødsler har fått langt større oppmerksomhet og blitt et anerkjent forskningsfelt.

Innen forebygging har LUB særlig engasjert seg i

«Sterk sorg utløser ulike behov for støtte.»

overtidighetsdebatten, tidlig identifisering av veksthemmede barn ved blant annet oppdaterte symfyse-fundus-mål og at gravide lærer å gjenkjenne og agere på lite liv i magen.

Fra å være et fortiet tap, får nå sorgen over et dødfødt barn stadig mer oppmerksomhet i media. Dette skaper større åpenhet og anerkjennelse, og gir mulighet til bedre støtte og oppfølging av potensielt traumatiserende hendelser.

En av konsekvensene er en stor økning i antall



henvendelser til LUB. På ti år har vi opplevd en økning på 360 prosent.

Gjenkjenning og normalisering

Sterk sorg utløser ulike behov for støtte, både akutt og over tid. Både støtten fra helsevesenet, de etterlatte, sosiale nettverk og fra andre som har mistet barn, er viktige fordi de møter ulike behov til ulike tider i en sorgprosess.

Hva etterspør så etterlatte når de kontakter LUB?

Ved dødfødsel og andre typer barnedødsfall trenger etterlatte gjerne å treffe andre som «virkelig forstår». I sin kontakt med LUB får de også bekreftelse og fellesskap med andre i samme situasjon, samt råd og hjelp fra likemenn, som har gått veien før dem. I tillegg trenger de kunnskap om hva sorg er, for i større grad å kunne begripe det som skjer med dem.

Vi vet at vi ikke kan ta bort smerten, men vi kan tilby nærvær og forståelse – over tid.

Gjennom lokale sorggrupper, minnestunder, medlemskvelder, temakvelder og familiesamlinger skapes viktige fellesarenaer. Der sorg og smerte får plass, får også gleden over de nære ting rom. Det er ingen steder latteren kan være så hjertelig som nettopp på LUB-samlinger. Det er trygt og godt å le sammen når man kjenner til hverandres bunnløse sorg.

For mange etterlatte er det å treffe andre rammede foreldre av uvurderlig betydning i deres sorgprosess. Det gir krefter til å stå i hverdagens utfordringer.

Likemannsstøtte – hjelp til selvhjelp

Frivillighet og likemannsstøtte er foreningens bærebjelker. Å ta i bruk erfaringer fra eget tap og egen sorgprosess i sorgstøttearbeidet gjør foreningens omsorgsarbeid til noe kvalitativt annerledes enn hjelpen som hjelpeapparatet kan gi.

Stadig flere etterlatte ønsker å kanalisere sin sorgenergi på en god og meningsfull måte. Foreningen har i dag et landsomfattende nettverk av kontaktpersoner som i kraft av egne tapsopplevelser og på frivillig basis, er beredt til å støtte nye familier. Disse kontaktpersonene og foreningens fylkeslag tilbyr én til én-samtaler, sorggrupper, sorgstøtte og felleskap med andre etterlatte familier.

Ingen sorg er lik, og hva som er til hjelp varierer fra person til person. Men erfaring fra eget og andres sorgarbeid kan hjelpe kontaktpersonene til



å stille gode og åpne spørsmål, som bidrar til refleksjon og ettertanke hos den rammede. Dette hjelper den etterlatte til selv å finne de beste løsningene i eget liv. Det handler om hjelp til selvhjelp.

Det oppleves meningsfylt og givende å yte slik hjelp, og for mange er det godt å vie tid og oppmerksomhet mot et barn som ikke fikk leve. Her får man anledning til å hedre sitt døde barn. Deres motivasjon er ofte at de vil gi noe tilbake fordi de selv opplevde slik støtte som uvurderlig.

Egen sorg og andres smerte

Alle LUBs kontaktpersoner har selv mistet barn og har bearbeidet egen sorg godt nok slik at de kan vie sin oppmerksomhet til den andres smerte – uten behov for å «overta» for å dele sine egne erfaringer. Likefullt er det nettopp egen tapserfaring som skaper troverdighet overfor nyrammede; gjennom gjenkjennelse og bekreftelse kan følelser og tanker normaliseres, og støtte og veiledning etableres.

Alle kontaktpersonene er kurset i forkant av sitt frivillige arbeid, og de følges jevnlig opp med samtaler fra LUBs sekretariat. Også nyrammede foreldre får tilbud om jevnlig samtaler og oppfølging i inntil to år fra sekretariatet, vanligvis hvert halvår.

Gjennom denne kontakten får vi tilbakemeldinger på hvordan likemannsstøtten erfarer og oppleves. Disse rutinene bidrar til å kvalitetssikre det frivillige arbeidet.

Ulike behov

Å miste et barn er å miste en del av seg selv og sin fremtid. Denne sterke sorgen utløser ulike behov for støtte.

Trygge jordmødre som våger å være til stede og dele smerten, fyller et viktig behov for ivaretagelse. Disse barna er «born still, but still born». De vil alltid leve videre i foreldrene og familiens hjerter.

Som frivillig i LUB, helsearbeider eller annen fagperson kan vi hjelpe til på hver vår måte slik at gode minner kan overskygge lengsel og smerte.

Sorg er unngåelig når det tapte er høyt elsket. ■

Den stille fødselen

De fleste tilknyttet LUB har selv opplevd å miste et barn. Her er historien til Line Christoffersen, som sammen med jordmor Janne Teigen i 2013 ga ut fagboka «Når livet slutter før det begynner» med støtte fra LUB.

«Jeg kjente ikke de vanlige glade morgensparkene fra magen, men jordmor hadde forsikret meg om at det var ganske vanlig mot slutten av svangerskapet. Sakte, men sikkert seg kjensgjerningen inn: Det hadde ikke vært liv i magen siden torsdag kveld. Det var da underbevisstheten skjønte hva som hadde skjedd, men hjertet nektet likevel å reagere.

Nå sto fire leger og så på ultralydbildet. Det var helt stille i rommet – lenge. Jeg holdt pusten mens jeg så på skjermen.

– Her er det jo ikke noe hjertelyd, fikk jeg omsider hvisket frem.

– Nei, dessverre, barnet er dødt, sa overlegen. Verden stoppet opp i dét øyeblikket.

Jeg ble bedt om å ringe min mann. Virkeligheten er brutal. Jeg var i sjokk. Jeg var helt nummen.

Vi ble bedt om å reise hjem. Vi skulle komme tilbake når vi var klare til å sette i gang fødselen. Hvordan blir man noen gang klar til å føde sin døde sønn?

Hjemme satte jeg meg på sengekanten og dyttet forsiktig på vuggen. Jeg spilte spilledåsen som hang så muntert over vuggen. Da begynte jeg å gråte.

Jeg ble forelsket det øyeblikket han ble lagt opp til meg. Jeg fikk holde ham, lukte på ham og kjenne kroppen hans mot min. Tårene mine rant nedover hans runde og gode kinn.

Venner fikk tekstmelding om at Herman var født, død. De fleste sa at de ikke orket å komme og se ham, men sto i døren 15 minutter senere. Vi ble omfavnet av varme og medfølelse og fikk bekreftet at lille Herman var en vakker liten gutt med mammaes ører og pappas panne.

Fem dager fikk vi sammen før Herman ble begravet.

Jeg engasjerte meg raskt som frivillig i LUB, både som sorggruppeleder, foreleser og forsker. Det var godt å kanalisere energien på noe konstruktivt. Det gir en trygghet å være del av et fellesskap som er bygget på likemannsstøtte.

Vi husker gleden og forventningene da vi forberedte oss på å bli tre. Lille Herman vil alltid ha en plass i mamma og pappas hjerter. Han var vår førstefødte, vårt øst, vårt vest, vårt nord og syd.

Det var ham vi hadde planlagt livet rundt. Og vi ville ikke vært det foruten – for alt i verden.» ■

■ Dødsfall norske barn

- 262 dødfødsler (fra og med 22. svangerskapsuke, 2014)
- 144 dødsfall barn under ett år (2014)
- 32 dødsfall barn ett–fire år (2013)
- Kilde: Medisinsk fødselsregister 2014, SSB, Folkehelseinstituttet

Bevegelse i fødsel

Det er utviklet flere teknikker for bevegelse under svangerskap og fødsel, som kan gi en bedre fødeslopplevelse.

Tekst **Eli Aaby**, fagutviklingsjordmor, fødeavdelinga Akershus universitetssykehus

Avære jordmor er verdens morsomste yrke. Det er morsomt med fødsler som «sklir av seg sjøl», og enda morsommere og mer tilfredsstillende med vanskelige fødsler som vi i samarbeid med den fødende og kollegaer klarer å få til å gå vaginalt. Den siste tida har jeg fått nye impulser fra flere hold, som jeg har lyst til å dele med Jordmoras lesere. Hovedkilden for denne lille artikkelen er Gail Tully fra USA og hennes «Spinning Babies» konsept.

Det begynte i fjor med at en av jordmødrene introduserte «Walchers manøver» for å vippe fosteret ned i bekkenet. Så kom en annen hjem fra «Midwifery Today» i Australia. Hun

«The Rebozo Technique Unfolded» på vaktrommet. I mars hadde vi om dette som et kort innslag på fagdager og nå er vi flere som prøver oss fram. Jeg hører fra jordmødre i Stavanger og i København at de arbeider med de samme teknikkene og manøvrene, og jeg blir enda mer entusiastisk. Det å bruke bevegelse i fødsel er jo ikke nytt for meg, men jeg har ikke lært om avspenning, tyngdekraft og bevegelse så systematisk som Gail Tully arbeider og beskriver. Hun gir oss jordmødre flere redskaper til verktøykassa vår.

Spinning babies

Gail Tully er jordmor i Minneapolis, Minnesota, USA. Hun begynte som

Hun arbeider etter tre prinsipper for «Spinning babies»:

- avspenning
- tyngdekraft
- bevegelse

Hun beskriver flere metoder/teknikker/øvelser den gravide kan gjøre i svangerskapet, sånn at hun kan bidra til at barnet legger seg i den mest gunstige posisjonen. I USA kalles det LOA, (Left Occiput Anterior), det vil si i første bak-hodestilling, med hodet flektert.

De fantastiske fire

Tully oppmuntrer kvinnene til å finne glede i å gjøre øvelsene regelmessig i svangerskapet og sier at de også kan brukes i fødsel som støtte og for å få framgang. Gail Tully kaller disse øvelsene «De fantastiske fire»:

Rebozo: Ulike massasjeteknikker med Rebozo sjalet. For å oppmuntre til og fremme dyp avspenning av glatt muskulatur i bekkenet og ro i sinnet.

Framoverlent avspenning (inversjon): Stilling for å utvide nedre uterinsegment. Den gravide står på alle fire, med albue lavere enn knærne, for eksempel på kanten av en sofa eller nederst i ei trapp. Hodet skal henge fritt og kvinnen skal holde denne stillingen gjennom tre pust, ca. 30 sekunder før hun reiser seg opp ved hjelp av hendene tilbake til knelende stilling. Hun beskriver dette som en øvelse ved ustabil leie og for å snu fosteret fra seteleie til hodeleie.

Avspenning i sideleie: Øvelse for

«Hun gir oss jordmødre flere redskaper til verktøykassa vår.»

hadde vært på workshop med Gail Tully og hadde med seg «The Belly Mapping Workbook» hjem. Når vi snakket om dette fortalte jordmødrene på normalenheten vår at de hadde en Rebozo (et spesielt sjal) og heftet

doula og fødselshjelper og har vært jordmor i 15 år. Nå arbeider hun mest med å utvikle «Spinning babies». Se www.spinningbabies.com Her finner du også henvisninger til arbeidet hennes med skulderdystoci og artikler hun har publisert i Midwifery Today. Metodene beskrives og vises med bilder og videoer. Både når de kan brukes og når de ikke skal brukes. Mange av de teknikkene hun foreslår er ikke bevist i kontrollerte undersøkelser eller systematisk forskning. Jeg opplever at hun har en systematisk tilnærming.

Les mer på:

- <http://spinningbabies.com>
- <http://www.foedeklinikmaia.dk/uddannelse/rebozo-workshop/>
- www.rebozo.nl
- <http://www.midwiferytoday.com>



AVSPENNING I SIDELEIE: Øvelse for å utvide bekkenet, tøy og mykgjøre muskler og ligamenter i bekkenbunnen, skape balanse i bekkenmuskulaturen. Foto: Rine Stark-Olsen.

å utvide bekkenet, tøy og mykgjøre muskler og ligamenter i bekkenbunnen, skape balanse i bekkenmuskulaturen. Dette er ikke det samme som å ligge på siden og hvile. Den gravide bør helst ha en hjelper som kan se

at hun gjør det riktig og som støtter henne. Hun må gjøre øvelsen på begge sider, for å få balanse. Hun bør begynne på den sida hun foretrekker å ligge på, hun skal ligge ca. 5 cm fra kanten av en benk eller seng, den må

være like lang som eller lenger enn henne. Kroppen skal være strak, øvre skulder skal være rett over nedre skulder, hodet kan hvile på ei pute, nakken skal være rett. Hoftene skal være rett over hverandre, dvs. ingen



DEMONSTRERER: Gravide Gaziza Nabizada viser på bildet til venstre framoverlent avspenning. Stillingen brukes for å utvide nedre uterussegment. Den gravide står på alle fire, med albuen lavere enn knærne. Bildet til høyre viser Walchers manøver. Det er en teknikk som brukes for å få et fosterhode som står over bekkeninngangen inn i bekkeninngangen, eller for å hjelpe et hode som står «fast» i bekkeninngangen til å finne veien nedover. Foto: Rine Stark-Olsen.

vridding i bekkenet, føttene er bøyd oppover mot knærne. Hjelperen står stødig foran kvinnen og holder fast, men ikke tungt, på øvre hoftekam. Hun kan rugge hofta lett for å bidra til avspenning i musklene. Når hjelperen er klar løfter kvinnen beinet litt opp og fører det sakte forover og lar det henge slapt ned foran seg. Hjelperen passer på at øvre hofte ikke glir forover. Kvinne trekker pusten dypt og beinet kan henge i ca. 2,5 minutt i svangerskapet.

I fødsel skal hun ligge sånn gjennom tre rier før hun snur seg i ri – pausen og tar tre rier på den andre sida. I fødsel kan denne manøveren være nyttig hvis mormunnen ikke åpner seg på tross av gode rier eller hvis det blir ri svekkelse. Manøveren kan også brukes hvis hun har plagsomme smerter i hoftene eller korsryggen, asymmetrisk innstilling av fosterhodet eller occiput posterior innstilling. Gail Tully kaller denne manøveren «a star in the universe of maternal positioning for comfort and progress».

Stående avspenning av korsryggen: Bidrar til bevegelighet og utvidelse i ligamentene i sakrum. Den gravide står lett framoverlent mot en vegg, hjelperen står ved siden av og holder ei hand lett mot magen den andre lett mot sakrum, den gravide

puster dypt og beveger seg sånn hun føler for, hjelperen følger, uten å verken føre eller hindre bevegelsene.

Walchers manøver

I tillegg har jeg lyst til å beskrive «Walchers manøver», som var det første som ledet meg til denne verdene av fødsels-hjelp. Metoden ble først beskrevet av den tyske fødselslegen Gustav Walcher på slutten av 1800-tallet. Den er til bruk

«Hjelperen må snakke rolig og oppmuntrende til henne.»

i fødsel. Det er en teknikk for å få et fosterhode som står over bekkeninngangen inn i bekkeninngangen, eller for å hjelpe et hode som står «fast» i bekkeninngangen til å finne veien nedover. Det anbefales at øvelsen gjøres etter å ha gjort manøveren «Løft magen og krum korsryggen» først. Den er sånn: Når ria begynner folder den gravide hendene under magen og løfter den opp 4–5 cm, og press forsiktig inn et par centimeter, samtidig krummer hun svakt korsryggen. Hun skal stå med hoftebreddes avstand mellom beina og svakt bøyd/løse knær. Det skal være komfortabelt og det er helt fint hvis hun vil svinge

litt på seg. Når ria går over slipper hun forsiktig fram og ned magen og sirkler litt med beina for blodsirkulasjon, og gjentar dette gjennom ti rier. Nå er hun klar for «Walchers manøver»: Kvinnen skal ligge på ryggen på kanten av en fast seng. Kanten av senga skal være der rumpa slutter og låra begynner, beina skal henge fritt ned. Beina skal ikke støttes fordi det er tyngden av beina som bidrar til at bekkeninngangen utvi-

der seg. Hun skal ligge sånn gjennom tre rier, og hjelperen må snakke rolig og oppmuntrende til henne hele tida det tar. Det går an å gjøre dette med ei sammenrulla yogamatte under hoftene også, rullen skal da ikke plasseres under sakrum, men under hoftene.

Dette er en forenklet beskrivelse, og min egen oversettelse. Hjemmesida og artiklene beskriver øvelsene og manøvrene grundigere og det er mange flere beskrevet. For alle øvelsene forklarer Tully når de kan brukes eller hva de kan være nyttige for og også når de ikke er egnet eller ikke skal gjøres. ■

Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



BOKANMELDELSE

Tittel: **Empatisk kommunikasjon – et verktøy for menneskemøter**

Forfatter: **Dr.philos. Lisbeth Holter Brudal**

Forlag: **Gyldendal Norsk Forlag**

Anmelder: **Rajja Dahlø, førstelektor, jordmorutdanningen, HIST, Trondheim**



Helsefremmende empati

Lisbeth Holter Brudal har i flere år snakket og undervist om empatisk kommunikasjon som et verktøy i møtet med mennesker, og nå kommer hennes viten om temaet i bokform.

Brudal beskriver empati som en evne til å gjenkjenne andre menneskers følelser og intensjoner. Empatisk kommunikasjon består ifølge forfatteren av fire trinn: narratologi, affektbevissthet, refleksjon og medforteller. Den teoretiske referanserammen er eksistensialistisk psykologi og positiv psykologi, og forfatteren beskriver verktøyet med utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv.

Målet med empatisk kommunikasjon er blant annet å gi deltakeren mulighet til å øke sin forståelse, mestring og opplevelse av mening i livet. På den måten har verktøyet et helsefremmende aspekt.

Jordmødre tenker gjerne på forholdet mellom helsearbeider og pasient/klient/gravid/fødende når vi snakker om kommunikasjon, men empatisk kommunikasjon er også et verktøy i relasjonene mellom lærer og elev, i forbindelse med medarbeidersamtaler eller i foreldre/barn-relasjonen.

Boken har forslag til et sjudagers kursprogram og gruppeoppgaver.

Boken er lettlest og en flott «dypdykk» i emnet. Teksten er dessuten beriket med mange eksempler fra praksis og blir også en praktisk guide i bruk av dette verktøyet.

BOKANMELDELSE

Tittel: **Kulturforskjeller i praksis – perspektiver på det flerkulturelle Norge**

Forfattere: **Thomas Hylland Eriksen og Torunn Arntsen Sajjad**

Forlag: **Gyldendal Akademisk**

Anmelder: **Rajja Dahlø, førstelektor ved jordmorutdanningen, HIST, Trondheim**



Møter mellom kulturer

Denne utgivelsen er den sjette utgave av boken, som sikkert noen av dere kjenner fra før. Den er likevel fortsatt aktuell da en stadig større andel klienter i helsevesenet representerer andre kulturer.

Forfatterne skriver i bokens forord at dette handler om «møter mellom fastboende og nye som kommer hit», og at temaet også omfatter perspektiver på modernisering, urbanisering og psykososiale aspekter.

Kultur blir av forfatterne definert som de tanker, kunnskaper og ferdigheter mennesker har tilegnet seg som medlemmer av et samfunn. Det har altså en sterk sammenheng med å leve som et medlem av et samfunn. Kultur er det som gjør kommunikasjon mulig, det er noe som ligger mellom mennesker som møtes, et usynlig kontaktmiddel.

Den første delen av boken handler om kultur og tilhørighet i en verden uten grenser, og tar blant annet opp spørsmål om vi har en ny folkevandringstid, kulturforskjeller og likheter mellom mennesker, kulturkontakt og etnisitet, nasjonalisme, minoriteter, norskhet.

Den andre delen tar for seg ulike aspekter ved kulturkontakt, og har kapitler om kultur og kommunikasjon, kulturmøter i skolen, familiens mange roller, kjønn, roller og autoritet, sykdom og kultur og mat som kultur.

Boken er med andre ord innholdsrik, men er skrevet på en lettelleselig og engasjerende måte. Forfatterne forklarer hva som menes med begrepet «kultur» og hvordan det kan defineres, men de skriver også om hverdagslige hendelser i møtet med klienter/brukere fra andre kulturer.

Forfatternes hensikt er å vise at selv om tilpasningen mellom nordmenn og innvandrere ikke alltid er uproblematisk, er likevel kløften mellom «oss» og «dem» ofte mindre dyp enn det kan se ut til.

Boken anbefales til alle jordmødrene.

KISS, nyttig å vite

Det har vært en markant økning av barn med innskrenket bevegelse i nakken – en tilstand alle barnefysioterapeuter har et forhold til. I de senere årene har begrepet KISS blitt introdusert som en beskrivelse av nedsatt bevegelse i øvre nakkeledd hos sped- og småbarn.

Av **Ute Imhof**, spesialist i barnefysioterapi, Barnas fysioterapeut

Jeg har vært spesialist innen barnefysioterapi siden 2000 og er meget opptatt av å jobbe med de aller minste. Jeg har jobbet i 20 år på AHUS og siden 2006 i egen praksis. Det å ha en tverrfaglig forståelse om barnets start i livet er en nødvendighet for å lykkes. Mange yrkesgrupper; jordmor, lege, barnepleier, ammehjelper, fysioterapeut, helsesøster og andre, ønsker å bidra til barnets beste. Den medisinske sektoren er preget av fornying og oppdatering nesten hele tiden siden forskningen – både grunnforskning og rct-studier – gir oss stadig ny innsikt og forståelse. Denne kunnskapen har ofte en direkte konsekvens for ens praktiske hverdag. Alle som har jobbet en stund, har nok merket seg at metodene forandrer seg, det som var aktuelt den ene dagen er historie om noen måneder, eller år.

En slik erfaring gjorde jeg også med fenomenet KISS, som står for øvre nakkeledd induert symmetriforstyrrelse (Kopfgelenk induzierte Symmetriestörung). Dette begrepet ble jeg kjent med i 1999 i Østerrike på en internasjonal ammekongress i Salzburg. For meg som fysioterapeut var det nokså utypisk å være på en ammekongress med jordmødre og ammehjelpere til stede. Men det som ble snakket om her var meget relevant for min forståelse av barn med torticollis. Torticollis betyr «skjev nakke» og innebærer en innskrenket bevegelse i nakken. Dette er en diagnose alle barnefysioterapeuter har et forhold til og det har vært en markant økning av barn med denne problemstillingen over hele landet. En diagnose som krever til dels lang og intensiv behandling.

Mer kunnskap

Min utdanning er fra begynnelsen av 80-tallet og da lærte vi at torticollis alltid skyldes en forkortet m.

sternocleidomastoideus – en stor muskel som går fra hodeskallen til kragebein/ribbein, og som måtte tøyes siden den var for kort. Og det ble gjort med store anstrengelser og ofte med svette og tårer. Men etter hvert som man fikk mer kunnskap om hvordan muskulatur fungerer, og at det er andre strukturer som også kan påvirke en innskrenket bevegelse, ble undersøkelsesmetodikken mer spesifikk og dermed også valg av behandlingsmetoder. I dag har mange fysioterapeuter fått en annen forståelse av teorien rundt torticollis. Det er ikke lenger så innlysende at det skal være forårsaket av en medfødt for kort m. sternocleidomastoideus. Hvorfor skulle det være slik? Ikke minst har en baby mindre muskelmasse enn en voksen. Kan det være andre mekanismer som utløser en innskrenket bevegelse i nakken som ofte kan ha en asymmetri som følge?

Det som ble veldig tydelig for meg på kongressen er hvordan fødselsmekanismene kan påvirke barnets kropp og især halsvirvelsøylen og hodefasongen. Halsvirvelsøylen og spesielt de øvre nakkeledd er det område i barnets kropp som utsettes for størst kraftpåvirkning og som samtidig må ha størst bevegelse. Mellom hodeskallen og andre halsvirvel er det mange små nakkemusklene og vevstrukturer som har kroppens største tetthet av mekanoreseptorer, et viktig supplerende balanseorgan, slik som øynene og det vestibulære systemet. Nakkemuskulaturen jobber synkron med øyemuskulaturen. Nakkemuskulaturen er en del av den posturale muskulaturen som jobber som en helhet og aldri isolert.

Biomekaniske betraktninger

Under en fysiologisk fødsel bevegelse halsvirvelsøylen i 180 grader. Men hva skjer med barnets nakke under en fødsel som trenger ekstra innsats, og der for eksempel, det brukes en sugekopp? Vakuumelekstraksjon benyttes



KISS-PASIENT: På grunn av en vanskelig fødsel hadde Eirik (4 mnd) vanskeligheter med å bevege nakken. Dette gjorde ammingen vanskelig. Etter én behandling ble han raskt bedre. Foto: Ute Imhof.

når en fødsel stopper opp og barnet må fortest mulig ut. Et drag med sugeskopp er meget mer kraftig enn en pressrie og i tillegg utløses det dragkrefter og ikke trykkrefter som ved en pressrie. Barnets rotasjonsbevegelse blir forstyrret og det herjer store krefter på en liten kropp. Av og til glipper sugeskoppen og da kan man bare prøve å forestille seg hvilke krefter som settes fri i barnets virvelsøyle og vevsstrukturene. Er det nødvendig med flere drag så potenserer seg kreftene. At slike kraftpåvirkninger kan sette spor, er i grunn innlysende og at det bør følges opp for mulige konsekvenser. Slike manøver redder liv og er nødvendig.

Når så store krefter er i sving, som går langt utover det som er «vanlig» ved en fysiologisk fødsel, må man sjekke hvilke spor eventuelt dette har gitt. Det samme skjer ved forløsning med tang, manuelt drag eller keisersnitt. Ved slike fødsler brukes det ekstra dragkrefter som kan påvirke barnets virvelsøyle. Ved bruk av fundustrykk, finske grep, vanskelige skulderforløsninger og så videre, skjer stor kraftpåvirkning i form av trykkrefter. Også dette er langt over hva som er «vanlig».

Konsekvenser for motorikk

En innskrenket bevegelse i virvelsøylen, påvirker aktivering og stimulering av kjernemusku-

turen som ligger helt inntil virvelsøylen. En baby trenger å aktivere denne muskulaturen mest siden den må forholde seg til tyngdekraften og babyens «oppgave» er å bli til et gående menneske i løpet av cirka ett år. I løpet av de første tre månedene skal barnet ha funnet symmetri i kroppen for første gang og det er nødvendig for å kunne utvikle blant annet en god holdning, motorikk, sanser og balanse. Om barnet ikke klarer å finne symmetrien, men forblir i en asymmetri, kan det få betydelige konsekvenser for motorikken senere i livet. Hvilke barn som vokser seg ut av en asymmetri og hvilke som vokser seg inn i en symmetri kan ingen på forhånd bestemt si. Det finnes ingen

«Nakkemuskulaturen jobber synkron med øyemusklene.»

undersøkelsermetodikk som kan finne ut av det. Hvor mye babyen klarer å rette på en asymmetri på egen hånd vet man først når barnet har vokst seg stor, og da kan det være meget krevende å rette på det.

Samtidig formes hodefasjonen. Det skjer hoved-

sakelig i løpet av de tre første månedene. Hodeskallen består av mange myke deler som henger sammen gjennom vev. Bevegelse skaper form og når barnet har vansker med å snu hodet sitt fritt i alle retninger, former hodet seg deretter. Forbeiningsprosessene går fort og sømmene i hodeskallen lukker seg når barnet er rundt ett år bortsett fra den store fontanelen øverst på hodet som lukker seg rundt 1,5–2-års alderen.

Tegn på stress

I dag vet man at babyer har smerteopplevelser og slike manøver kan man tenke seg utløser smerte. Noen barn reagerer med gråt og uro over det som

sugekopp, er dette heftige opplevelser som barnet føler på men ikke kan snakke om eller tenke over (overlever jeg dette, hjelp jeg sitter fast...). Barnets måte å «snakke» om det, er å gråte – en reaksjon på det høye stressnivået som overstiger «vanlig» fødselsstress. Høy produksjon av stresshormoner hemmer produksjon av oksytocin som er et viktig hormon for livets start. Et hormon som virker som nøkkelhormon og stressregulator. Et barn som starter med en ekstra høy dose stresshormoner viser stresstegn slik som mye gråt, lett utløslbar mororeflaks, fordøyelsesproblemer, søvnvansker, avvising av kroppskontakt, og det lar seg ikke trøste ved å ligge inntil mors/fars kropp.

Påvirker utviklingen

Internasjonale studier viser at 25 prosent av de barna som har skreket mer enn tre timer i døgnet i tre dager i uken, i tre uker (Wessel-kriteriene) i de første tre månedene, har risiko for å utvikle ADHD-symptomer. Mye stresshormoner i kroppen påvirker utviklingen. Siden en baby er i sitt livs største hjerneutvikling, er det viktig at det legges til rette for mest mulig oksytocinproduksjon og minst mulig stresshormoner.

Og alt dette skjer i ens livs største tilknytningsperiode mellom mor, far og barn. I denne perioden av livet er en høy oxytocinproduksjon gunstig og nødvendig for en optimal utvikling. Oksytocin produseres når det er nærhet, intimitet med kroppskontakt samt mulighet for blikkontakt.

Hvordan implementere KISS?

Ser man for eksempel et barn med ammeproblemer som har opplevd en traumatisk fødsel kan det være nyttig å sjekke om bevegeligheten i nakken er fri eller innskrenket. Med en slik kunnskap kan man gjøre det som er nødvendig for å bidra til en smerte- og stressfri amming og ikke minst nær kroppskontakt. I samarbeid med terapeuter som har tilegnet seg kunnskap til å behandle babyer er det en effektiv måte å få stressnivået ned og oxytocinproduksjonen opp. Dette vil være et betydningsfullt bidrag for å sikre en god start for den nye familien.

I dag er behandlingstilnærmingen for mange fysioterapeuter med en forståelse for skademekanismen som har oppstått under fødselen en myk og smertefri revsbehandling og ikke en muskeltøyning slik man gjorde for 20 år siden. Det er mer effektivt å behandle årsaken istedenfor symptomet.

«Når barnet har vansker med å snu hodet sitt fritt i alle retninger, former hodet seg deretter.»

har skjedd med en gang. Andre reagerer noen dager/uker senere på slike fødselsopplevelser. Barnets reaksjon over en fødsel med uforholdsmessig kraftbruk er for eksempel at de har problemer med amming, oftest får de det til på en side men ikke på den andre eller begge. Det ser ut som om barnet er meget «sterk» når de ligger på magen og løfter hodet lenge. Egentlig er de stive i nakken og klarer ikke å finne en hvilestilling. Noen barn reagerer med meget lett utløslbar moro-refleks, søvnproblemer, noen gråter utrøstelig, noen blir helt passiv og det ser ut som om de sover «hele» tiden.

Man må heller ikke glemme at det som ligger bak bruken av fødselshjelpemidler vanligvis er en stagnasjon i en fysiologisk fødselsprosess. Disse situasjonene er ofte preget av stress og har en karakter av livsfare for mor og barn. I vår moderne vestlige helsevesen er det sjelden at mor og barn dør på grunn av problemer under fødselen, heldigvis. De aller fleste kompliserte fødsler går bra, underforstått at mor og barn overlever. Men som beskrevet er et sugerekoppingrep, bruk av tang og så videre store kraftpåvirkninger som er langt større en «normalt» og kan gå utover barnets fysiske funksjoner. Og ikke nok med det. I dag vet man at barn reagerer på stress og på traumatiske hendelser. Setter man seg inn i barnets sted og forestiller seg en forløsning med

Ser man barn som strever i begynnelsen av livet med kroppen sin, for eksempel ved å utvikle en asymmetri, klarer ikke å ligge mage mot mage, motorisk uro osv., kan det å undersøke virvelsøylen etter en heftig fødsel være lurt og erfaringen viser at det er ikke sjelden tilfelle etter en heftig fødsel. Å sørge for en god forutsetning til minst mulig forstyrret utvikling av tilknytning, hjernen, psykomotorikken m.m. i en fase i livet som kan virke pregende, er en viktig oppgave for alle som jobber med de aller minste.

Mer enn skjev nakke

Det er allerede en del jordmødre, helsesøstre og amnehjelpere i Norge som har god erfaring med å samarbeide tverrfaglig med blant annet fysioterapeuter. Et godt og tett samarbeid er effektivt for å kunne tilrettelegge for en god start i livet. Noe av det viktigste i et menneskets liv er å vokse opp med en god emosjonell og fysisk nærhet.

KISS er så mye mer enn bare en «skjev nakke». Det er lett å komme inn i en negativ spiral når de grunnleggende ferdighetene, slik som for eksempel amming, innebærer smerte og ubehag.

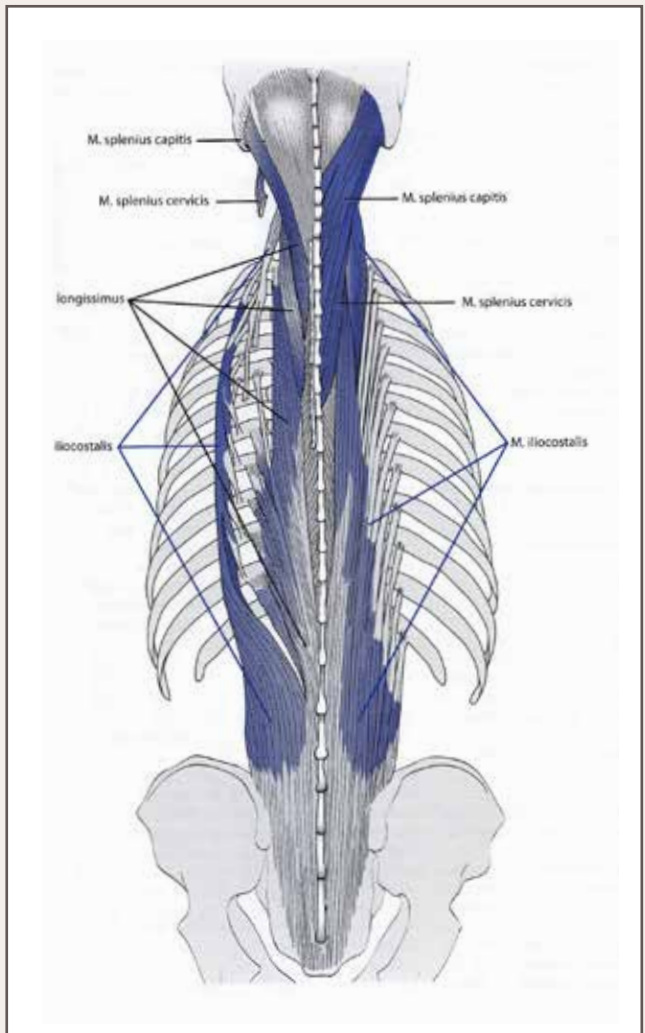
Grunnforskningen viser viktigheten av en god start i livet på ulike områder. Når alle bidrar, kan vi skape det sammen. Barna er det viktigste vi har!

Selv om det mangler RCT-studier på dette område betyr det ikke at det ikke finnes. I Europa er det dokumentert tusenvis av behandlingsforløp. Den ofte spontane effekten av behandlingen snakker for seg selv. Å kunne bidra til å få et barn til å amme og kose etter en behandling er helt fantastisk. Siden man jobber med softe vevteknikker er behandlingen smertefri og skånsom. Alle terapeuter som jobber med barn må ha en tilleggsutdannelse innen barnebehandling siden de skiller seg tydelig fra å behandle voksne.

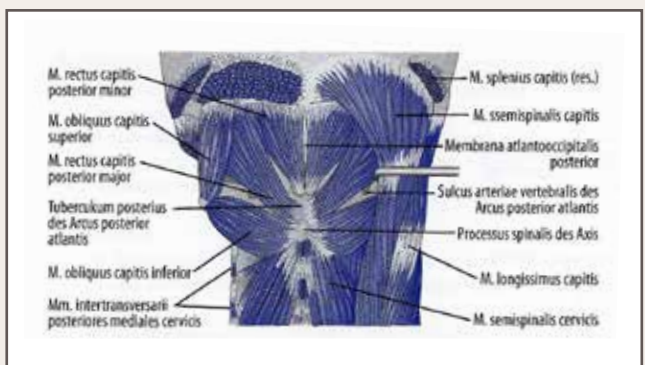
I mange europeiske land er det allerede en del av grunnutdanningen som for eksempel hos jordmødre og fysioterapeuter. Jeg håper at denne kunnskapen kan oppdages og integreres i det norske helsevesen til tross for at det er behov for mer forskning på område. ■

Referanser

1. Robby Sacher: Kiss Kidd's
2. Kerstin Uvnäs-Moberg: The hormon of closeness
3. V. Vojta, E. Schweizer: Die Entdeckung der idealen Motorikk
4. Britt Fadnes: Balansekode
5. Franz Ruppert: Barndomstraumer



POSTURAL MUSKULATUR: Holdningsmuskulaturen som må aktiveres mest etter fødselen og som sørger for symmetri i kroppen.



ØVERSTE NAKKEMUSKULATUR: Muskulatur mellom occiput og andre halsvirvel.

Av Hanne Schjelderup-Eriksen,
leder av Jordmorforbundet NSF



Svar til Høie:

Jordmordekningen er urovekkende dårlig

Bent Høie skryter av regjeringens satsning på fødselsomsorg, men Jordmorforbundet NSF vil minne ministeren om at det ikke er nok jordmødre ved mange av landets fødesteder.

følge en undersøkelse utført av Jordmorforbundet NSF våren 2015, ansetter ikke sykehusene nok jordmødre slik at de kan tilby kvinner individuell omsorg i aktiv fødsel. Dette bryter med retningslinjene for fødselsomsorgen. Halvparten av jordmødrene sier det skjer at de ikke får overvåket kvinnen tilstrekkelig under fødsel. Én av fire sier det hender at de må avvise kvinner som er i aktiv fødsel.

Urovekkende

Jordmorforbundet NSF vil minne Høie på at Helsetilsynet sjekker jevnlig bemanningssituasjonen ved fødesteder her i landet, og mange steder påpekes

det at jordmordekningen er urovekkende dårlig. Vi er bekymret for de kapasitetsutfordringer vi har sett, spesielt i løpet av sommeren, på de store sykehusene. Flere fødeavdelinger har hatt store kapasitetsproblemer, fordi sentralisering fører til at fødetallene øker årlig i storbyene. Flere gravide har stått fram og sagt at de opplever stor utrygghet før fødsel, fordi de ikke vet om de får hjelpen de har krav på når de føder. Jordmorforbundet NSF mener at nok bemanning med riktig kompetanse er avgjørende for å ivareta pasientsikkerheten.

Kapasitetsutfordringer

Så langt i år har Oslo Universitetssykehus avvist 50 kvinner i fødsel på grunn av kapasitetsproblemer på fødeavdelingen. Jordmødrene her må plukke ut hvilke kvinner som får individuell oppfølging, og har ikke kapasitet til å tilby dette til alle fødende, ifølge ledelsen. Sykehuset innrømmer også at de ikke har en metode for å måle hver gang retningslinjene med en til en-omsorg av jordmor under fødsel ikke følges. Det produseres flotte nasjonale retningslinjer, men jordmødrene erfarer ofte at det er langt mellom teori og praksis.

Når jordmødrene ikke får fulgt opp de fødende godt nok, kan det resultere i manglende overvåkning og utrygge mødre. En naturlig fødsel kan fort snu, og da er jordmor avhengig av å være til

stede. Fødeavdelingen er en akuttavdeling der minutter kan avgjøre utkommet for mor og barn.

Dokumentasjon av faktiske forhold

Jordmorforbundet NSF vil innstendig oppfordre våre jordmødre som opplever at kapasitetsutfordringene gjør at kravet om faglig forsvarlighet brytes med manglende overvåkning av mor og barn under fødselen, at fødende avvises i fødsel, og/eller en til en-omsorg under fødselen ikke blir en realitet, å dokumentere avvikene hver eneste gang dette skjer. Vi mener det må registreres i fødselsjournalen om kvinner har fått individuell omsorg under fødselen, og det må også dokumenteres årsaken til at denne retningslinjen for fødsel eventuelt ikke møtes. Slik blir faktiske forhold i fødselsomsorgen dokumentert. Jordmorforbundet kan da legge bevisene på bordet, og ha ytterligere tyngde i vår felles kamp for en god og trygg fødselsomsorg. Hvis det skulle skje en alvorlig hendelse på bakgrunn av kapasitetsproblemer, er jordmødre dessuten avhengig av å ha dokumentert de faktiske forhold, hvis det skulle bli en eventuell sak av dette i ettertid.

Bevilget penger til jordmortjenesten

I 2014 bevilget regjeringen 180 millioner kroner for å få styrke helsestasjonen. KOSTRA-tall viser at pengene har resul-

FAKTA

Senterpartiets Kjersti Toppe (Sp) stilte i august et spørsmål i Stortinget til helse og omsorgsminister Bent Høie om jordmordekning og sikring av tilbudet til gravide og fødende.

Høie svarte blant annet at det i stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste» foreslås flere tiltak, blant annet fortsatt styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og å lovfeste kompetansekrav i Helse- og omsorgstjenesteloven. Stortingsmeldingen skal etter planen behandles i november.

Hele spørsmålet og svaret kan leses på www.stortinget.no, dokument nr. 15:1284 (2014-2015).

tert i 157 nye helsesøsterårsverk, men kun ni nye jordmorårsverk. Fremdeles viser altså tallene at det er ansatt færre enn 300 jordmødre i kommunene. I tillegg viser ikke KOSTRA-tallene hvor mange jordmødre som jobber som kommunejordmor, men en oversikt over alle jordmødre ansatt i kommunen. Jordmorforbundet NSF foreslår derfor flere kvalitetsmål i KOSTRA, slik at tallene i framtida viser hvor mange jordmødre som faktisk jobber som kommunejordmor. Det er nemlig en god del jordmødre ansatt i kommuner som jobber med helt andre ting enn svangerskapsomsorg.

Det mangler minst 1000 nye jordmorstillinger i kommunene. Jordmorforbundet NSF mener at med så få stillinger per kommune, er det sannsynlig at det ikke er et likeverdig tilbud om oppfølging av jordmor til gravide kvinner. Kommunal jordmormangel bryter med retningslinjene om at kvinner skal kunne få velge om de vil gå til jordmor, lege eller begge deler. Gravide opplever ofte ikke få time hos jordmor for langt ute i svangerskapet. I tillegg er det i dag svært få kommuner som følger de nye barselretningslinjene med tidlig jordmorbesøk etter fødsel, tross tidligere hjemreise fra sykehuset. Det er rett og slett ikke nok jordmødre ansatt til å gjøre jobben. Følgetjeneste er fremdeles bare på plass i 20 prosent av landets kommuner. Følgetjeneste av jordmor hvis kvinnen i fødsel har mer enn halvannen times reisevei til fødestedet, må bli en realitet for alle landets fødende, uavhengig av hvor de bor.

Øremerking vil sikre at bevilgninger til en styrketjeneste brukes slik de er ment. Jordmorforbundet NSF mener regjeringen må prioritere den kommunale jordmortjenesten i de årlige budsjettene, og få på plass en bemanningsnorm for å sikre befolkningen et likeverdig jordmortilbud. Myndighetene må få på plass en opptrappingsplan med konkrete tiltak og øremerking til å styrke jordmortjenesten i tråd med Stortingets ambisiøse mål. ■

AP om jordmortjenesten

Jordmorforbundet NSF har også bedt Arbeiderpartiet redegjøre for sin politikk med hensyn til den kommunale jordmortjenesten. Her er svaret fra partiets helsepolitiske talsmann, Torgeir Micaelsen:

Det viktigste for Arbeiderpartiet, er at gravide kvinner får en god og trygg svangerskapsomsorg. Mor skal føle trygghet for at barnet hun bærer får den beste medisinske oppfølging både før, under og etter fødselen. Dette skaper trygge rammer for familien.

Det er en sterk faglig anbefaling at alle gravide deltar i svangerskapsomsorgen. Da er det vår oppgave å sørge for at dette tilbudet er godt nok. Hvorvidt kontrollene skjer hos jordmor eller fastlege er mye opp til kvinnen. Samtidig vet vi at kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, det vil si at man tilstreber at kvinnen møter samme person ved kontrollene, fører til høyere tilfredshet med tilbudet. Derfor mener vi dette er noe som bør tilstrebes nasjonalt.

Hvis ikke vi følger opp med et godt offentlig tilbud, kan det oppstå en uheldig ulikhet i tilbudet til gravide.

Fastlegen spiller en viktig rolle, og det er hit kvinnen som regel kommer først. Vanlig praksis i dag er at gravide har sin første svangerskapskontroll hos lege, så hos jordmor i uke 24. Noen kvinner vil også ha behov for å komme tidligere til jordmor. Da må kommunen ha et godt tilbud.

Til høsten skal vi behandle flere viktige saker som angår jordmortjenesten. Arbeiderpartiet vil gjennom behandling av disse, bidra til å styrke tjenesten. Det viktigste vi kan gjøre, er å sette kommunene i stand til å rekruttere og ansatte nok jordmødre. Da kan vi sikre et likeverdig tilbud i hele landet. Kommuneøkonomi kan høres grått og kjedelig ut, og ofte virke som om det ikke angår oss alle.

Men til syvende og sist handler det om nettopp hvilke tjenester vi kan tilby familier for å skape trygge rammer i en sårbar tid.

Noen nasjonale grep vi mener kan styrke tjenesten:

- Gode økonomiske rammer for kommunen – derfor vil vi prioritere velferd fremfor skatte-kutt i alle norske kommuner.
- Jordmødre og helsesøster er sammen helt avgjørende i det forebyggende folkehelsearbeidet. Derfor mener vi samlokalisering kan være et godt grep.
- Helsekort for gravide bør være elektronisk, slik at informasjonen følger kvinnen, uavhengig av hvor hun henvender seg.
- For å få bukt med deltidsproblematikken vi hører om i tjenesten, mener Arbeiderpartiet noe av det viktigste er å legge til rette for at jordmødre skal kunne kombinere en stilling ved et sykehus med kommunale helseoppgaver.
- Flere barnehageopptak for å unngå kapasitetsproblemer på fødeavdelinger i hele landet.



TORGEIR MICAELSEN (Ap).
Foto: Arbeiderpartiet.

En mor blir til

Det å bli mor for første gang innebærer ikke bare en fysisk, men også en stor følelsesmessig og psykologisk prosess. Her har jordmødre både mulighet og ansvar for å spille en rolle.

■ Av Lene Fundtaunet, jordmor

Siden 1984 har svangerskapsomsorgen i Norge vært offentlig styrt med handlingsprogrammet i NOU 1984:17 «Perinatal omsorg i Norge», som grunnlag for praksis. Der er det beskrevet at målet med svangerskapsomsorgen blant annet skal være å «sikre at svangerskap og fødsel forløper på naturlig måte slik at morens legemlige og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir best mulig» (NOU 1984:17;30). Senere er det samme målet beskrevet i «Veileder i svangerskapsomsorgen for kommunehelsetjenesten» fra 1995 og i «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen» fra 2005. Det er altså de samme målene i dag som det var i 1984, da svangerskapsomsorgen ble offentlig regulert i Norge.

I dag tilbys gravide kvinner et basisprogram med åtte kontroller frem til uke 40. Det anbefales kontinuitet i omsorgen, slik at kvinnen får så få fagpersoner å forholde seg til om mulig. Første kontroll er beskrevet til å være mellom uke 8 og 12. Dette er en omfattende kontroll, der mye informasjon skal utveksles, og kvinnens behov for tilpasset omsorg skal kartlegges av den som utfører kontrollen. Kvinnen velger selv om hun

vil gå til lege eller jordmor, og programmet er frivillig (Sosial og Helsedirektoratet 2005).

Mest tilfreds med jordmor

I Stortingsmelding nr. 12 «En gledelig begivenhet» (2009) ble det bestilt en nasjonal brukerundersøkelse med hensikt å innhente erfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen fra kvinner og deres partnere.

Rapporten fra denne undersøkelsen viser at kvinnene er mer tilfredse med svangerskapsomsorg hos jordmor enn hos fastlege. Det ble undersøkt i hvilken grad kvinnene opplevde å få tilstrekkelig informasjon i svangerskapet. Seks kategorier ble utformet. Følelsesmessige forandringer i svangerskapet var én av disse og kom nest nederst på listen over hva kvinnene oppgir å ha fått informasjon om. Kvinnens fysiske helse var det kvinnene opplevde å få mest informasjon om (Sjetne m.fl. (2013).

Det er en svært spennende og omfattende prosess når en mor blir til. Som med alle andre store omveltninger i livet, krever dette oppmerksomhet og ressurser fra den som gjennomgår livshendelsen. Som jordmorstudent, har jeg hatt praksis i



primærhelsetjenesten, og min erfaring derfra er at det snakkes lite om de tanker og følelser som følger med i forvandlingsprosessen når en kvinne blir mor for første gang, noe som bekreftes i ovennevnte brukerundersøkelse.

Vi har en økende tendens til keisersnitt, blant annet på grunn av fødselsangst (Folkehelseinstituttet 2013a). Mellom 3000–9000 kvinner vil etter fødsel være plaget av nedstemthet og depresjon (Folkehelseinstituttet 2013b). Min umiddelbare tanke omkring disse fenomenene er at det kan ha en sammenheng med lite støtte og veiledning i de kognitive og psykologiske normale prosesser som førstegangsfødende gjennomgår.

Samtidig er det viktig å se det første svangerskapet som en del av et kvinneliv. Et første svangerskap er en spesiell periode i livet, en transformeringsprosess, der kvinnens identitet blir utfordret. En sårbar periode, med en unik mulighet til utvikling. Og i denne erkjennelsen ligger også muligheten for å bli såret og/eller skadet.

Å møte førstegangsfødende kvinner, som jordmor, kvinne og medmenneske, krever etisk refleksjon på flere plan. Jeg forholder meg til mine egne fordommer i min yrkeshverdag, og min egen erfaring fra det å bli mor, vil være med å forme min personlige oppfatning av hvordan jeg best kan møte disse kvinnene.

I tillegg spiller ytre rammefaktorer, som for eksempel tid, en viktig rolle. Det er jeg, som jordmor, som må ta de etiske og faglige vurderingene i hvert enkelt tilfelle. Hva skal jeg bruke tiden på? Hva har denne

kvinnen behov for? Noen fellestrekk har vist seg i de studiene jeg legger til grunn for denne artikkelen, nemlig mangelfull oppfølging med hensyn til de følelsesmessige og psykologiske forandringene kvinner gjennomgår i sitt første svangerskap.

Denne artikkelens hovedtema er psykologisk utvikling i svangerskapet, og hvilke muligheter og ansvar jordmor har i relasjonen til førstegangsfødende kvinner.

Nyere forskning viser til at psykologisk utvikling, herunder også følelsesmessige forandringer i svangerskapet, vies for lite oppmerksomhet i svangerskap-

«Svangerskap er ikke en isolert hendelse i en kvinnes liv»

somsorgen. Muligheter er de valg jordmor har i møte, og i samhandling, med kvinnen. Ansvar er både moralsk og juridisk, og gjenspeiles i jordmors etiske respons ovenfor pasienten og situasjonen. Relasjonen er der jordmorfaget utspiller seg og etikken oppstår.

Svangerskap er ikke en isolert hendelse i en kvinnes liv, snarere tvert imot, et ledd i en kvinnes hele liv og noe som kan ses i et folkehelseperspektiv.

Nærhetsetikk

I læren om nærhetsetikk blir vi kjent med den etikken som oppstår i et menneske når det er i samspill med et annet (Birkler 2003). Når vi skal løse etiske spørsmål i oss selv ved bruk av nærhetsetikken, er vi avhengige av

FORANDRING: Det er en svært omfattende prosess når en mor blir til. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

vår egen forståelse av den situasjonen som utfordrer oss etisk. Tenkere innenfor nærhetsetikken mener at etikken oppstår i den mellommenneskelige relasjonen, og ikke i teoretiske normer og regler (Brinchmann 2003). Nærhetsetikken er en grunnlagsetikk, den utspiller seg i enhver relasjon, og ved hjelp av denne typen etisk tenkning, kan jordmor hjelpes til å bli oppmerksom på situasjoner som er etisk uverdige.

Nærhetsetikken er sterkt knyttet opp mot hermeneutikken, der man er opptatt av tolkning og forståelse og mener at vi mennesker forstår omverdenen på grunnlag av vår forforståelse. Forforståelsen vil endre seg i takt med våre erfaringer (Birkler 2003), og i møte med en gravid kvinne vil jordmor ha en forforståelse av hvem hun skal møte basert på de opplysninger hun har. Samtidig vil den gravide kvinnen ha en forforståelse for hvem jordmor er. Dette preger møtet mellom

«Vi kan aldri forholde oss nøytrale overfor hverandre.»

kvinnen og jordmor. Gjennom samhandling og samtale lærer begge parter noe nytt om hverandre, noe som er med på å legge grunnlag for en større forståelse for den andre.

Ifølge den danske teologen og filosofen Knut Ejler Løgstrup (1905–1981) møter et menneske et annet i tillit og legger på denne måten sitt liv i den andres hender. I dette ligger den etiske fordring (Brinchmann 2003):

«Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gjøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ei» (Løgstrup ref. i Brinchmann (red) 2003:110).

Løgstrup sier at det å være menneske handler om å inngå i relasjoner med andre (Eide m.fl. 2003). Han kaller dette interpendens, et begrep som sier noe om de fordringer som ligger i møtet og hva som skjer når en relasjon er etablert. Interpendens betyr også at mennesket alene er selvutilstrekkelig, og at vi lever i avhengighet til hverandre (Eide m.fl. 2003). Løgstrup sier vi møter hverandre i tillit, men en kan også gå den andre i møte med mistillit. I møtet med den andre har vi to muligheter: å fremme eller hemme den andres muligheter til liv (Eide m.fl. 2003).

Løgstrup sier at den ene har mer eller mindre av den andres liv i sin makt (Eide m.fl. 2003:67). Ved å

være selvutilstrekkelig som menneske, og avhengig av å bli møtt av andre, inngår mennesket i relasjoner. I enhver relasjon er det en maktbalanse (Birkler 2003). Vi kan velge å møte den andre i relasjonen med eller uten omsorg. Vi kan ivareta eller ødelegge. Men vi kan aldri forholde oss nøytrale overfor hverandre. Dette fordi ethvert møte inneholder et inntrykk fra den andre, som påvirker dem som møtes (Eide m.fl. 2003).

Yrkesetiske retningslinjer

International Confederation of Midwives (ICM) vedtok internasjonale, yrkesetiske retningslinjer for jordmødre i 1999. I forbindelse med problemstillingen i denne artikkelen, ser jeg spesielt på følgende retningslinjer (Fylkesnes 2010):

- I. Relasjoner i jordmørtjenesten: Jordmødre arbeider med kvinner, støtter deres rett til å delta aktivt i beslutninger vedrørende egen omsorg og myndiggjør kvinner til å snakke for seg selv om spørsmål som berører helsen til kvinner og deres familier i deres egen kultur/samfunn (empowerment).
- II. Utøvelse av jordmorfaget: Jordmødre ivaretar de psykologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behovene til kvinnene når de søker helsetjeneste, uavhengig av deres livssituasjon.
- III. Jordmødres faglige ansvar: Jordmødre er ansvarlige for sine beslutninger og handlinger, og er ansvarlige for de relaterte utfallene i deres omsorg for kvinner (ibid.).

Svangerskapets psykologi

Psykologprofessor Joan Raphael-Leff har beskrevet tre faser i det første svangerskapet som forbereder kvinnen på moderskapet: fusjon, differensiering og separasjon (Broden 2004). Fasene representerer ulike stadier i den psykologiske utviklingen.

Fusjonsfasen er første trimester. I denne perioden oppdager kvinnen at hun er gravid og ser på graviditeten som en del av sin egen kropp. De fysiske forandringene som skjer i kroppen som følge av hormonelle endringer, påvirker hennes psykiske tilstand. Ambivalens er en faktor i denne fasen.

Har kvinnen tidligere hatt aborter, kan disse opplevelsene komme tilbake til henne nå, og hun må forholde seg til de følelsene hun har i forbindelse med dette. En rekke omstillingstanker preger henne, og hun vil begynne å ta bevisste valg med hensyn til egen livsførsel for å beskytte sitt barn. Kvinnen blir mer sårbar, som følge av denne fysiske og tankemessige belastningen, og hun står i startfasen av en identitetsforandring (Broden 2004).



Differensieringsfasen er andre trimester og starter idet kvinnen begynner å kjenne at fosteret beveger seg. Kvinnen kan få tanker og forestillinger om kjønn og personlighet hos barnet, som nå har blitt et eget individ. Hennes forhold til sin egen mor blir gjenstand for refleksjon, og hun kan komme til å kjenne på både positive og negative faktorer som ligger i denne relasjonen. Denne relasjonen, og måten den virker på henne, har betydning for dannelsen av hennes egen morsidentitet. Kvinnen er nå i en slags mellomfase. Hun har gått ut av den identiteten hun hadde før hun ble gravid, men har heller ennå ikke blitt mor. Hun forbereder seg på det som kommer ved å bearbeide tanker om hvem hun er, og hun vil reflektere over familiære relasjoner hun selv har og begynne og tenke på hvordan hun vil legge til rette for relasjoner omkring sitt eget barn (Broden 2007).

Separasjonsfasen er når fødselen nærmer seg. Nå begynner kvinnen å se for seg barnet og seg selv etter fødselen, og vissheten om at svangerskapet går mot slutten vekker andre følelser. Nå er kvinnen igjen preget av ambivalens, men denne gangen handler ambivalensen om hennes evne til selve morsrollen. Tanker om hun hvordan hun vil mestre den nye livssituasjonen kommer nå. Samtidig er dette den tyngste perioden fysisk; kvinnen begynner å sove dårligere, og mot slutten kan det bli vanskelig å være tålmodig. Denne fasen er en mer urolig fase, preget av mer spenning. Men samtidig kan det også være lengsel, som en mer

positiv faktor i denne fasen. Lengsel mot å få bli kjent med sitt barn og endelig å få være mor (Broden 2007).

Som i tradisjonell utviklingspsykologi, er det også beskrevet i denne teorien at hvis man står fast i utviklingen i en fase, blir det utfordringer i det videre forløp (Broden 2007).

Personsentrert veiledning

Psykolog Carl R. Rogers vektlegging av relasjonens betydning i veiledningsprosesser representerer en måte å arbeide med mennesker på som for mange oppleves som positiv og optimistisk. Rogers mener at man som veileder kan, ved å tilrettelegge for en god relasjon, fremme vekst hos sin klient gjennom at klienten selv initierer endringene i seg (Lien 2006).

Klientsentrert terapi skiller seg fra personsentrert veiledning på flere måter.

I terapi jobber man med mennesker som har psykiske lidelser, og terapien anses som en behandling direkte rettet mot dette (Lien 2006). Man tillater seg å gå tilbake i tid for å finne årsaksforhold. Målet er å fjerne eller lindre lidelse. En terapeut har denne kompetansen i form av formell utdanning.

I veiledning jobber man ut ifra situasjonen slik den er i dag, og ser fremover. Målet er personlig utvikling og oppdagelse hos veisøker. Jordmor har høy kompetanse innenfor helsefag, og dette gir mulighet til å drive veiledning tettere opp mot grenseoppgangen til terapi enn innenfor yrkesgrupper i andre fagfelt. Dette gir

USIKKERHET: En kvinnes første svangerskap er en komplisert psykologisk prosess, som kan by på ambivalens, usikkerhet, frykt og lengsel. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

rom for veiledning med jordmorfaglig oppmerksomhet (ibid.). Imidlertid er det viktig for veileder å inn ta en bevisst og reflekterende holdning til sin egen kompetanse slik at hun/han ikke står i fare for å invadere veisøker og komme i en bedreviterposisjon (ibid.).

I personsentrert veiledning møter man veisøker med tro på at hun/han har evne til å finne sin egen vei (Lien 2006). Dette foregår i all hovedsak via dialog.

Rogers beskriver tre faktorer som avgjørende i utvikling av den gode relasjonen: empatisk innlevelse, ekthet hos veileder og ubetinget positiv aktelse for veisøker (Lien 2006). I det følgende beskrives disse tre faktorene kort.

- *Empatisk innlevelse:* I Lien (2006) belyses begrepet empati fra flere vinkler. Min forståelse er at empati er et begrep som beskriver et menneskes evne til å sette seg inn i et annet menneskes følelser. Empati er følelser som utløses av en annens følelser. Empati er en menneskelig evne, og noen mener dette er medfødt (Lien 2006). Empati kan imidlertid læres og utvikles, og det anses å være en avgjørende faktor i forståelse og interaksjon med andre mennesker (ibid.).

- *Ekthet hos veileder:* Det å være ekte innebærer å reagere ekte, vise reaksjoner uten å kamuflere egne følelser. Rogers sier at det er bedre å vise negative reaksjoner enn å ta på seg en maske for å kamuflere, og at dette vil fremme tillitsforholdet (Lien 2006).

- *Ubetinget positiv aktelse for veisøker:* Dette vil si å akseptere veisøker som den personen han/hun er. Det kan for veileder innebære å komme på kant med sine egne verdier og holdninger. Utfordringen vil være å se forbi veisøkers handlinger, verdier og holdninger, for så å sidestille seg med han/henne som et medmenneske (Lien 2006).

Metode

Artikkelen er et litteraturstudium. Et litteraturstudium har ikke til hensikt å fremskaffe ny kunnskap, men systematisk fremstille den som allerede finnes omkring en problemstilling (Magnus og Bakketeig 1999).

Diskusjon

I forbindelse med undertegnedes praksisperiode i svangerskapsomsorgen var jeg plassert i en kommune med litt over 20 000 innbyggere. Kommunen hadde ett årsverk jordmortjeneste, og denne tjenesten var plassert på en helsestasjon midt i sentrum.

Tre jordmødre fungerte innenfor dette årsverket. Det var jordmortjeneste fem dager i uken. Dette syntes å være for lite med tanke på den tjenesten kommunen hadde vedtatt for sine innbyggere. Listene var fulle

hver dag, og det var stor etterspørsel på konsultasjoner. Kommunen hadde 261 fødsler i 2012 (Statistisk sentralbyrå, 2014).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten foretok nylig en nasjonal brukerundersøkelse blant mødre som hadde født barn ved norsk fødeinstitusjon siste kvartal i 2011 (Sjetne m.fl. 2013). Denne undersøkelsen viser at norske kvinner er mer tilfreds med oppfølging av jordmor enn av fastlege i svangerskapet.

Min umiddelbare respons på dette resultatet er at tiltak må iverksettes slik at gravide får den tjenesten de har krav på. Dette vil si at kommunene i tråd med intensjonene i «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen» (2005) har en plikt til å legge til rette for at de kvinnene som ønsker oppfølging av jordmor, faktisk får dette.

I dag er etterspørselen større enn tilbudet. Er det slik at helsemyndighetene likestiller jordmor og lege i svangerskapsomsorgen? I så fall, burde jordmortjenesten være definert som primærtjenesteyter til gravide i primærhelsetjenesten i «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen»?

Min opplevelse fra praksis er at førstegangsfødende kvinner som regel har vært hos fastlege til første kontroll, deretter til rutineultral lyd før de så kommer til jordmor i primærhelsetjenesten for første gang. Jordmor i den kommunen jeg hadde praksis satte alltid av en hel time til det første møtet, uansett om kvinnen tidligere hadde hatt flere kontroller hos lege. Da var de kommet til mellom uke 22–24. De var altså over første trimester og kommet forbi den psykologiske fusjonsfasen (Brodén 2007). Forskning har vist at det er behov for tidlig jordmorsamtale for førstegangsfødende (Modh m.fl. 2011 og Teeffelen m.fl. 2011).

Psykologisk vekst og utvikling

Første trimester synes å være en periode av svangerskapet der førstegangsfødende kvinner opplever å være overlatt til seg selv og til støtte fra sine omgivelser. De opplever store emosjonelle utfordringer. Eksistensielle spørsmål og spørsmål knyttet til identitet preger tankevirksomheten.

Første trimester er et, for mange, ensomt trimester. Mange velger å vente med å dele nyheten med noen til de har kommet over i andre trimester, blant annet på grunn av faren for spontanabort i første trimester (Modh m.fl. 2011, Schneider 2001, Hildingsson og Schytt 2011, Haga m.fl. 2012 og Teeffelen m.fl. 2011).

I den kommunen hvor jeg hadde praksis, var alle velkommen til jordmor, uansett hvilken uke de var gravid i, men det var et tilbud jeg opplevde førstegangsfø-

fødende kvinner i stor grad ikke kjente til, samtidig som tjenesten allerede syntes å være overbelastet.

Nasjonale retningslinjer anbefaler en førstegangs-kontroll i uke 8–12 (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Denne blir ifølge Sjetne m.fl. (2013) ofte utført av fastlegen for førstegangsfødende. I uke 18 kommer de gravide til rutineultralyd. Neste kontroll er, ifølge nasjonale anbefalinger, i svangerskapets uke 24 (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Dette blir for mange førstegangsfødende kvinner det første møtet med jordmor i primærhelsetjenesten. Den gravide er nå godt ute i andre trimester.

Schneider (2002) synliggjør med sin studie gjort på slutten av nittitallet, førstegangsfødende kvinners opplevelse av svangerskapet. Kvinnene beskriver første trimester som en tid med store omveltninger og emosjonelle endringer. Det er et tankekorst at det er i denne perioden av svangerskapet kvinnene tilsynelatende har minst oppfølging.

Normale svangerskap hos friske kvinner er et perfekt utgangspunkt for et foster til å vokse og utvikle seg som det skal. I svangerskapet er det mor som har primæromsorg for barnet i magen. Svangerskapsomsorg er derfor først og fremst en helsetjeneste for mor.

Når forskningen viser at mor trenger psykologisk og emosjonell omsorg, støtte og veiledning i første trimester, og praksis er at man ofte ikke kommer i kontakt med jordmor i primærhelsetjenesten før i andre trimester, er det grunn til å reflektere over om dagens praksis er forsvarlig.

ICM har i sine yrkesetiske retningslinjer for jordmødre uttalt at jordmødre skal ivareta psykologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behov hos den gravide. I retningslinjene er ikke behovene fremstilt hierarkisk, men sier videre at jordmødre selv er ansvarlige for sine beslutninger og handlinger, samt utfallene av disse. Dette gir jordmødre et vurderingsansvar.

Jordmor må selv vurdere hvilke behov kvinnen har og hvilke handlinger dette skal utløse hos jordmøren. I dette ligger også en mulighet til å se noe andre ikke ser. Men også til å overse noe hun værer, og ikke anser som et primærbehov. Når det foreligger begrensninger i form av tid, er det, slik jeg ser det, nødvendig å dekke de behovene som er mest prekære først.

Et jordmorfaglig ansvar

I svangerskapsomsorgen har det fysiske aspektet større plass enn det psykologiske (Ohlsson P m.fl. 1998). Årsaken er kanskje det faktum at avvik i fysiske parameter ofte indikerer en sannsynlig alvorlig og klar konsekvens, mens avvik i psykologiske parameter gir

mindre synlige og umiddelbare konsekvenser.

Alderdice og Lynn (2012) fant i sin review-artikkel fra 2012 liten informasjon om hva som er jordmors rolle i ivaretagelsen av mors mentale helse i svangerskapet. De konkluderte med at det er behov for forskning på dette området for å legge en strategi. Jeg tenker at det er et jordmorfaglig ansvar å fremstille denne forskningen.

Norske retningslinjer sier at svangerskapsomsorg skal sikre at svangerskap og fødsel forløper på naturlig måte (Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen 2005). Videre sier retningslinjene at dette er for at mors fysiske og psykiske helse samt sosiale velvære skal være best mulig (ibid.). Dette er en intensjon med tyngde. Gjør vi det riktig når best mulig omsorg til førstegangsfødende vurderes og tilrettelegges først etter halvgått svangerskap? «Best mulig» er også en vag benevnelse og må sees i sammenheng med mange

«Første trimester er et, for mange, ensomt trimester.»

ulike faktorer, der jordmor må bruke sin faglige og etiske kompetanse til denne vurderingen.

Hildingsson m.fl. (2013) sammenliknet tilfredsheten kvinnene hadde med svangerskapsomsorgen i Australia og i Sverige. De fant en gjennomgående høy tilfredshet. Høy tilfredshet som funn i en studie kan ses på som positivt, men hvis man bruker opplysningene på en annen måte, og ser på hvilke aspekter man var mer fornøyd med enn andre, så finner man forbedringspotensial. Kvinnene i Australia var mer fornøyd med den emosjonelle støtten enn det de svenske var. Emosjonelle og følelsesmessige aspekter utpeker seg som mindre viktige i omsorgen generelt i begge landene (ibid.). Dette er en klar gjenganger i mine funn.

Hildingsson og Schytt (2011) fant i sin studie at kvinnen selv opplever at både fysisk og psykisk helse blir dårligere etter hvert som hun nærmer seg fødsel. Som jordmor, har man et klart ansvar for å kartlegge kvinnens behov for omsorg under svangerskapet (Sosial- og helsedirektoratet 2005, Fylkesnes 2010).

For å identifisere dette behovet, er det nødvendig å finne ut av hvordan kvinnen opplever sin egen helse. Det er slett ikke sikkert at kvinnen selv kan identifisere på hvilken måte den psykologiske utviklingen påvirker henne. Om det er belastende, forvirrende eller oppleves vanskelig på noen måte, er det ikke dermed sagt at det er lett å sette ord på. Langt mindre be om støtte og veiledning.

Det vi som jordmødre vet, er at normale følelsesmessige responser og normal psykologisk utvikling kan oppleves som unormalt for kvinnen som opplever dette for første gang. Løgstrup sier at det å være menneske handler om å inngå i relasjoner med andre (Eide m.fl. 2003). Som jordmor møter man den førstegangs fødende med makten på sin side – makt i form av faglig kunnskap og kompetanse. Jordmors mulighet til å fremme eller hemme kvinnens muligheter til psykologisk vekst og utvikling er betydelig.

Støtte i overgangen til morsrollen

Ifølge Teeffelen m.fl. (2011) ønsker friske gravide oppmerksom, proaktiv og profesjonell psykososial støtte fra jordmor i overgangen til morsrollen. Her ligger også en forventning om at jordmor er til stede i denne perioden. Undersøkelsen er gjort i Nederland, der modellen for svangerskap, fødsel og barselomsorg skiller seg fra den vi har i Norge ved at den først og fremst er jordmorstyrt i svangerskapet. Overgangen til morsrollen starter idet svangerskapet er erkjent (Brodén 2007). Det er derfor for sent, slik jeg ser det, at førstegangs fødende først kommer i kontakt med jordmor i primærhelsetjenesten i uke 24.

Det er behov for forbedring når det gjelder å forberede førstegangs fødende på foreldrerollen. Den norske brukerundersøkelsen fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bekrefter dette her i Norge (Sjetne m.fl. 2013). Norske mødre har beskrevet at man føler seg overgitt til seg selv i barseltiden og at det har blitt mindre oppmerksomhet på foreldrerollen i svanger-

I en tid der ressurser er relativt knappe og effektivitet synes å bli målt kvantitativt i helsevesenet, kan man spørre seg om det er selve grunntenkningen det er noe feil med. Effektivitet i helsevesenet kan, med fordel, også måles kvalitativt. Suksessrate kan måles på pasienters opplevelse av å bli ivaretatt fremfor positivt behandlingsresultat av syke. I helsevesenet ivaretas også mange friske i et forebyggende perspektiv. Gravide er et eksempel på dette. Hvordan måler man suksessrate på behandling og intervensjoner i denne gruppen? Og er det i det hele tatt interessant for helsebyråkrater? Deres syn på effektivitet synes for meg å være dårlig samfunnsøkonomi sett i et livsløpsperspektiv.

Jordmødres arbeid styres i stor grad av rammer definert av helsebyråkrater. I tillegg har jordmødre yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Å arbeide kunnskapsbasert, faglig og yrkesetisk forsvarlig og samtidig imøtekomme helsebyråkraters krav om effektivitet, er en utfordring. Hvilken effekt har den psykologiske forvandlingsprosessen førstegangs fødende gjennomgår på den enkelte kvinnes helse resten av livet?

Jordmors muligheter og ansvar

I møte med førstegangs fødende i andre trimester, den psykologiske differensieringsfasen, viser mine funn at fysiske sider av svangerskapet er mest sentrale i konsultasjonen.

Utfordringen oppleves å ligge i det å få tid til å gjennomføre en samtale som, i tillegg til å være brukerorientert, også skal romme faglige vurderinger fra jordmors side med hensyn til videre oppfølging både fysisk, psykisk og sosialt. Flere studier viser at det er viktig tilstrebe kontinuitet i svangerskapsomsorgen, slik at relasjonen mellom jordmor og den førstegangs fødende får utvikle seg over tid (Hildingsson og Rådestad 2004, Schneider 2002, Modh m.fl. 2011, Hildingsson og Schytt 2011 og Haga m.fl. 2012). Slik kan jordmor møte de endringer kvinnen gjennomgår sammen med henne. Via relasjonen til kvinnen over tid og gjennom flere faser, kan jordmor hjelpe kvinnen med å identifisere endringene i seg selv, slik at hun kan finne sin egen måte å ta i bruk sine nyervervede morsevner.

Førstegangs fødende som kommer til jordmor for første gang i uke 22–24, kan ha manglet profesjonell og tilpasset støtte i fusjonsfasen. Faren for å bli stående fast i denne fasen er til stede, og jordmor bør være oppmerksom på dette (Brodén 2005). Kvinner som har hatt store psykologiske utfordringer i starten av svangerskapet, kan kanskje med fordel tilbys ekstra kontroller etter at kontakten med jordmor er etablert,

«Den gravide legger sitt liv i svangerskapsomsorgens hender.»

skapet, fremfor fysiske sider ved svangerskapet (ibid.).

Svangerskap og fødsel er naturlig, men det er ikke dermed sagt at friske gravide er en gruppe som ikke har behov for helsetjenester. En svensk studie viser at kvinner er mindre tilfredse med den følelsesmessige enn den fysiske omsorgen de fikk under svangerskapet (Hildingsson og Rådestad 2005). En undersøkelse gjort sent på nittitallet, også i Sverige, viser at refleksjoner og spørsmål omkring foreldrerollen har liten plass i konsultasjonene. En engelsk studie har avdekket et behov for forbedring i svangerskapsomsorgen når det kommer til å forberede førstegangs fødende på foreldrerollen (Deave m.fl. 2008).

slik at det gis rom og tid for bearbeidelse og refleksjon sammen med jordmor. Jordmor har ansvar, men ikke alltid mulighet, til å legge til rette for dette.

Rogers definerer tre kjernebegrep som sentrale for å få et positivt utfall av en veiledningssituasjon. Ekthet, empati og respekt (Lien 2006). Slik jeg ser det, er det av vesentlig betydning at jordmor i svangerskapsomsorgen innehar egenskaper forenelig med disse kjernebegrepene og tilstreber og utvikle disse sidene i seg selv. I det ligger en erkjennelse om å ha et avklart forhold til sine egne verdier og sin egen person, og en evne til å klare å se den andre som et helt menneske, selv om den andres person- og verdisyn står i kontrast til deres eget.

I en svensk undersøkelse ble jordmødrenes måte å forholde seg på analysert, og av de fem grunnleggende mønstrene man fant, var det to som utpekte seg som mer fruktbare måter å forholde seg i relasjonen på. Det som kjennetegnet disse to mønstrene, var en vennlig og rolig tilnærming fra jordmors side (Olsson og Jansson 2001). Jordmor framstår i disse mønstrene som nær, åpen og lyttende og inviterer til refleksjon i samspill. Dette gjenspeiles i Rogers tanker om det å tilrettelegge for en god relasjon (Lien 2006).

Jordmødre er forskjellige som personer, og derfor vil ulike jordmødre komme til å møte kvinner på forskjellige måter. Denne undersøkelsen avdekket fem grunnleggende mønstre for å forholde seg til den gravide i konsultasjonen. Den viste også at jordmødrene hadde en evne til å tilpasse mønster, selv om de hadde et mønster de foretrak.

Jordmor i hver enkelt relasjon må vurdere sin egen posisjon, både maktmessig og med hensyn til hva hun er i stand til å yte av omsorg (Olsson og Jansson 2001).

Hildingsson og Haggstrøm (1999) fant også i sin svenske studie av jordmors egne opplevelser av det å være støttende til kommende mødre og par i svangerskapet, at en «moderlig» holdning ovenfor den gravide var svært fruktbar i relasjonen mellom kvinne og jordmor. Jordmødrene påpekte selv at de hadde større refleksjon og dypere etiske vurderinger i disse relasjonene der de måtte bruke slike sider av seg selv.

Dette bekrefter teorien om at ens egne relasjoner til egen mor blir gjenstand for analyse under svangerskapet (Broden 2005). Dette kan forsterke en relasjon mellom mor og datter, men vonde følelser kan også komme opp. Noen har avstand fysisk eller følelsesmessig til egen mor, og et spørsmål er hvorvidt jordmor kan kompensere for mangelen av en positiv relasjon.

Schneider (2002) beskriver også i sin artikkel at svangerskapsomsorgen burde bygge på en friskvern-modell og være brukerorientert. Jeg tolker dette

dit hen at man erkjenner at den friske kvinnen selv innehar ressurser til å komme seg gjennom sin naturlige utviklingsprosess til det å bli mor. Å ha omsorg for disse kvinnene betyr for meg å stå ved deres side og å vise aksept og forståelse for de normale endringene de gjennomgår som for dem selv kan oppleves som forvirrende og vanskelige (Schneider 2002). Samtidig skal man som jordmor være i stand til å skille normalt fra unormalt.

Løgstrup sier at man i møte med et annet menneske har to muligheter: å fremme eller hemme liv (Birkler 2003). I overført betydning tolker jeg dette slik at jordmor har muligheten til både å legge til rette for psykologisk vekst og utvikling hos den førstegangsfødende, og til å stå i veien for dette. Det er styrken jordmor har i kraft av sin kunnskap og kompetanse som gjør at hun får mer makt i relasjonen. Den gravide legger sitt liv i svangerskapsomsorgens hender. Jeg tror det er avgjørende at jordmor som møter kvinnen må være i stand til å se sin egen posisjon i relasjonen for å kunne utvikle en god relasjon.

Flere faktorer spiller inn på det som omhandler jordmors muligheter. Det er av sentral betydning at kvinnen er klar over at jordmor er der for henne også i første trimester, og at hun har mulighet til å få profesjonell støtte og veiledning også her.

Når kvinnen først har kommet til jordmor, uavhengig av svangerskapsuke, og relasjonen er etablert, er det viktig at jordmor ser viktigheten av kontinuitet og ser betydningen av dette i sammenheng med den relasjonen hun og kvinnen skal ha. Jordmor har mulighet til å tilstrebe kontinuitet ved å gjøre avtaler

FØDEKLAR: Når fødselen nærmer seg, kan den gravides tanker og følelser kretse mye rundt egen evne til morsrollen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



fremover i tid og til å etablere en god og tillitsfull relasjon til kvinnen, slik at kvinnen faktisk ønsker å komme tilbake (Hildingsson og Rådestad 2005, Schneider 2001).

Ved å ha en brukerorientert helhetlig tilnærming i omsorgen, vil jordmor ha muligheten til å møte den førstegangsfødende kvinnes individuelle behov. I dette ligger også en mulighet til personlig vekst og utvikling hos jordmor selv (Lien 2006).

Som kvinne, og som jordmor, kan man ha en subjektiv oppfatning av hva det ligger i begrepet «en god mor». En gravid kvinne er selv datter av en mor og har et levd liv som har gjort henne til den hun er i dag. I forbindelse med første svangerskap er det naturlig at kvinnens relasjoner fra egen oppvekst blir gjenstand for refleksjon (Brudal 2000). Vi lever ikke i en verden der alle er like, og det å standardisere morsrollen vil være å frata mennesket dets iboende kraft og evne til egenomsorg og utvikling.

To mennesker langs en vei

Min oppfatning av jordmors rolle i veiledningsprosessen til førstegangsfødende kan sammenliknes med et bilde av to mennesker som går sammen langs en vei mot et mål. Målet er at det ene mennesket skal finne frem til sin nye identitet i seg selv. Det andre mennesket (jordmora) går ved siden av. Nor-

«Vi snakker for sjelden om etikk i arbeidshverdagen.»

maliserer, aksepterer og bekrefter. Men også rettleder, avkrefter og ser avvik.

Om relasjoner i jordmortjenesten sier ICM i sine retningslinjer at jordmor skal bidra til å myndiggjøre kvinnen til å snakke for seg selv i spørsmål som berører hennes egen og hennes families helse (Fylkesnes 2010). I denne myndiggjøringen ligger kvinnens morsevner, som kanskje ennå er uforløste når kvinnen møter jordmor i primærhelsetjenesten for første gang. Men ved målet skal de ha begynt å springe ut.

Vi utvikler oss hele tiden som mennesker, og det er naturlig at store livshendelser forandrer oss til en viss grad. Likevel er enkelte i utgangspunktet normale livshendelser, som svangerskap, potensielt risikofylte. Man vet at 25 prosent av alle svangerskap innehar en eller annen form for komplikasjon av patologisk art (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Etter min oppfatning ville dette tallet vært en

god del høyere om vi ikke hadde hatt svangerskapsomsorg i dette landet. Kanskje ville tallet vært lavere om vi hadde hatt god jordmordekning i alle kommuner og hvis alle gravide hadde sin førstegangskonsultasjon mellom uke 8–12 hos jordmor istedenfor hos lege, slik tendensen er i dag. Dette er rene spekulasjoner fra min side, men likevel et tankekors.

Etikkens betydning

Vi snakker for sjelden om etikk i arbeidshverdagen, og det skrives lite om etikk i stortingsmeldinger og retningslinjer. Men som jordmødre er vi opptatt av verdighet i våre handlinger og i møte med den andre. Et teoretisk perspektiv er for meg nødvendig for å kunne analysere egne handlinger på en faglig forsvarlig måte.

Det er, slik jeg ser det, godt forebyggende helsearbeid å tilby førstegangsfødende, friske kvinner god svangerskapsomsorg. Jordmor har mulighet til å gjøre dette, gitt at hun har ressurser til det i form av tid, kunnskap og personlige evner.

I den australske studien nevnt ovenfor, beskrev kvinnene et stort behov for støtte og det å bli sett tidlig i svangerskapet, og mange beskrev støtte fra venner og familie som uvurderlig. Mine erfaringer fra sykepleieryrket har lært meg at det er mange i Norge som ikke føler at de har god støtte i sitt familiære nettverk. Det er da spesielt viktig at vi i et forebyggende helseperspektiv kan åpne for trygge gode relasjoner til friske gravide i svangerskapsomsorgen, slik at de holder seg friske, utvikler seg personlig og blir i stand til å yte god omsorg for det barnet de skal få. Det er imidlertid viktig å unngå sykeliggjøring av den gravide, da dette etter min oppfatning, reduserer menneskets iboende evne til mestring.

Samtidig er det svært viktig å tenke at det innenfor normalen også kan oppstå utfordringer som oppleves som krevende og vanskelige, og som gjør kvinnene sårbare. Den førstegangsfødende er på mange måter i en identitetskrise, og selv om dette ikke er sykdom, er det en risikofaktor for utvikling av sykdom (Brodén 2005, Brudal 2000).

Nolan m.fl. (2012) undersøkte hvordan vennskap som ble utviklet gjennom fellesskapet på et svangerskapskurs påvirket førstegangsfødende kvinners psykiske helse, og fant at dette hadde positiv effekt. Andersson m.fl. (2013) sammenliknet gruppebasert svangerskapsomsorg og standardomsorg. Gruppebasert omsorg kom bedre ut av undersøkelsen, noe som kan tyde på at det er mye å hente i et vennskapelig, nært fellesskap.

Det denne forskningen gir jordmødre, er muligheter. Muligheter til å organisere omsorgen på alternative måter. Det viser også hvor viktig det er å få bekreftelse på normale, men fremmede, og for mange, overveldende og vanskelige, tanker, følelser og reaksjoner under det første svangerskapet. Kan hende, trenger førstegangsfødende å inngå i et fellesskap med andre for å få denne bekreftelsen.

Personlig vekst og utvikling

Personsentrert veiledning etter Carl Rogers modell har som mål å legge til rette for personlig vekst og utvikling hos den som søker veiledning (Lien 2006). Man kan, med fordel benytte seg av hans tenkning i

svangerskapsomsorg i primærhelsetjenesten, nettopp med tanke på de psykologiske aspektene ved det første svangerskapet.

Ifølge Broden (2005) er denne perioden i livet en unik mulighet til oppdagelse, vekst og utvikling. Kvinnen er mer åpen for endringsprosesser enn noen gang, og det å ha gode støttespillere er viktig. En slik tilnærming viser klare likhetstrekk til de mest hensiktsmessige tilnæringsmønstrene som ble avdekket i den svenske undersøkelsen gjort av Olsson og Jansson (2001), samt studien til Hildingsson og Haggstrøm (1999), som beskrev jordmødres evne til å bruke sine moderlige evner i møte med enkelte gravide kvinner. ■

Referanser

1. Alderdice, F, McNeill J og Lynn, F. (2012) A systematic review of interventions to improve maternal health and well-being *Midwifery* 29, 389–399
2. Andersson E, Christensson K og Hildingsson I. (2013) Mothers satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care – A clinical trial. *Sexual and reproductive healthcare* 4, 113–120.
3. Birkler, J (2003) *Filosofi og sykepleie*. København: Munksgaard
4. Brodén, M. (2005) *Graviditetens muligheter: en tid hvor relasjoner skapes og utvikles* København: Akademisk forlag
5. Brudal, L. (Red.) (2000) *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid* Bergen: Fagbokforlaget.
6. Deave, T, Johnson D og Ingram J. (2008) Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and childbirth* 8,30. doi:10.1186/1471-2393-8-30
7. Eide, S B, Grelland, H H, Kristiansen A, Sævreid H I og Aasland D G (2003) *Fordi vi er mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget
8. Folkehelseinstituttet (2013) Depresjon i forbindelse med fødsel (fødselsdepresjon) – faktaark <http://www.fhi.no/artikler/?id=66656>
9. Folkehelseinstituttet (2013) Fakta og helsestatistikk om keisersnitt. <http://www.fhi.no/artikler/?id=98841>
10. Haga S M, Lynne A, Slinning K og Kraft P.(2012) A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 458–466.
11. Hamre, B (2010) «Svangerskapsomsorg». I: Brunstad A og Tegnander E (red) *Jordmorboka* Oslo: Akribe
12. Helsedirektoratet (2010) *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*
13. Helse og Omsorgsdepartementet (2009) *St.meld. nr. 12. En gledelig begivenhet Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorg.*
14. Helse og Omsorgsdepartementet (2010) *Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak. Nasjonal veileder.*
15. Hildingsson I og Haggstrøm T (1999) Midwives lived experiences of being supportive to prospective mothers/parents during pregnancy. *Midwifery* 15: 82–91
16. Hildingsson I, Haines H, Cross M, Pallant J F og Rubertsson C. *Women's satisfaction with antenatal care: Comparing women in Sweden and Australia. Women and birth* 26, 9–14
17. Hildingsson, I og Rådestad, I. (2005) Swedish womens satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing* 52, 239–249
18. Hildingsson I og Schytt E (2011) Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2, 57–64
19. Lien, T. (2006) *Veiledningen hemmelighet* Bergen: Fagbokforlaget
20. Modh C, Lundgren I og Bergbom I (2011) First time pregnant womens experiences in early pregnancy. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 6. DOI: 10.3402/qhw.v6i2.5600
21. Nolan M L, Mason V, Snow S, Messenger W, Catling J og Upton P. (2012) Making friends at antenatal classes: a qualitative exploration of friendship across the transition to motherhood. *The journal of perinatal education* 21, 178–185
22. NOU 1984:17. *Perinatal omsorg i Norge. Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn*
23. Olsson, P og Jansson L. (2001) Patterns in midwives and expectant/new parents ways of relating to each other in ante- and postnatal consultations *Scand J Caring Sci* 15, 113–122
24. Olsson P, Jansson L og Norberg A (1998) Parenthood as talked about in swedish ante- and postnatal midwifery consultations. *Scand J Caring Sci* 12, 205–214
25. Schneider Z (2002) An Australian study of womens experiences of their first pregnancy. *Midwifery* 18, 238–249
26. Sjetne, I S, Kjøllesdal, J G, Iversen H H og Holmboe O (2013) *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonal resultatrapport. PasOpp-rapport nr. 4–2013*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
27. Sosial og Helsedirektoratet (2005) *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. IS-1179. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet
28. Statistisk sentralbyrå. (2014) [online]. *Befolkningstendring i kommunene*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>
29. Teeffelen A S, Nieuwenhuijze M og Korsjens I. (2011) Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery* 27, 122–127
30. Ulvund I. (2010) «Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet» I: Brunstad, A, og Tegnander, E. (red) *Jordmorboka*. Oslo. Akribe AS.



BLI MEDLEM

JORDMORFORBUNDET NSF

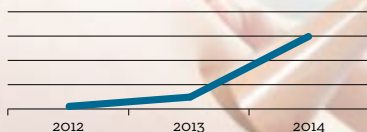
FORDI STØRRELSEN TELLER

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