



Jordmora

NR. 3-2014 • ÅRGANG 12

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



Å være
til stede

– i hjertet av jordmors ideologi

Sykepleien

Jordmorforbundet NSF 2013-2015



LANDSSTYRET

Leder

Hanne Ch. Schjelderup-Eriksen, Sandnessjøen
Mobil: 48 17 12 21
E-post: stearinlyd@hotmail.com

Nestleder

Trude E. Hartmann Bjørndalen, Rikshospitalet
Mobil: 98 61 96 16
E-post: trbjord@ous-hf.no/trudehb@me.com

Økonomiansvarlig

Aaste Gjernes, KK Haukeland
Mobil: 41 66 69 82
E-post: abgj@helse-bergen.no/abgj@hotmail.no

Referent

Linda Jeanette Jamsgard, Skien (STHF)
Mobil: 99 47 13 21
E-post: lindajamsgard@hotmail.com

Styremedlem

Linn Holberg, St.Olav, Trondheim
Mobil: 95 17 27 18
E-post: linnholberg@gmail.com

Styremedlem

Hanne Graarud Steien, Skien (STHF)
Mobil: 97 08 38 68
E-post: gra-ste@live.no

1. Vara

Åse Rommetveit, Elverum kommune
Mobil: 99 01 21 26
E-post: aaromme@online.no/
ase.rommetveit@elverum.kommune.no

2. Vara

Kristiina Portaankorva, St.Olav, Trondheim
Mobil: 90 98 42 55
E-post: sari.kristiina.portaankorva@stolav.no/
krismarong@hotmail.com

LOKALGRUPPELEDERE

Lokalgruppen i Agderfylkene

Elisabeth Fåland, Kristiansand
E-post: efaaland@hotmail.com

Lokalgruppen i Buskerud

Inger Helene Falck
E-post: inger.helene.falck@lifi.no

Lokalgruppen i Finnmark

Hilde Eriksen, Hammerfest
E-post: hilde.eriksen@helse-finnmark.no

Lokalgruppen i Hordaland

Elisabeth Eilertsen, KK Bergen
E-post: elet@hotmail.com

Lokalgruppen i Møre og Romsdal

Ingeborg Dreier Thomassen, Molde
E-post: idth@online.no

Lokalgruppen i Nord Rogaland

Ingrid Langeland, Haugesund sykehus
Mobil: 48 02 84 45
E-post: langeland.1@hotmail.com

Lokalgruppen i Nordland

Hilde Jenssen, Brønnøysund
E-post: jenssen.hild@gmail.com

Lokalgruppen i Oppland

Inger Johanne Vasaaen

Lokalgruppen i Oslo og Akershus

Eli Aaby, A-hus
Mobil: 92 46 49 79
E-post: eli.aaby@online.no

Lokalgruppen i Sogn og Fjordane

Turid Langvatn
E-post: turid.langvatn@jolster.kommune.no

Lokalgruppen i Sør-Rogaland

Solfrid Halsne, Sandnes kommune
E-post: sohalsne@online.no

Lokalgruppen i Sør-Trøndelag

Ingebjørg Laache, St.Olavs Hospital
Mobil: 41 51 89 34
E-post: ingebjorg.Laache@stolav.no/
i-laache@online.no

Lokalgruppen i Telemark

Hanne Graarud Steien, Sykehuset Telemark
E-post: hanne.graarud.steien@sthf.no

Lokalgruppen i Troms

Maja Bjerkeng Nielsen, UNN Tromsø
E-post: maja.bjerkeng.nielsen@unn.no,
majbn@hotmail.com

Lokalgruppen i Vestfold

Sonja Hessling, Sandefjord kommune
E-post: somarian@online.no

Lokalgruppen i Østfold

Evelyn Lystad, Fredrikstad
E-post: evelyn.lystad@so-hf.no/
evelyn-l@online.no

Tips oss

Hjelp oss å holde listen oppdatert. Hvis du finner feil i listen eller vet om lokalgrupper som ikke står her, ta kontakt.

Start ny gruppe

Vil du være med å starte en lokalgruppe av Jordmorforbundet NSF, vil vi veldig gjerne høre fra deg.
Kontakt oss på: jordmor@sykepleierforbundet.no

Følg oss på sosiale medier

Nå er vi på Instagram

I tillegg til å være aktive på Facebook og Twitter er vi nå også på Instagram!

På Facebook og Twitter får du nyheter som angår deg, informasjon om kurs og du har mulighet til å komme i kontakt med oss på en enkel måte.

Søk oss opp:

Twitter: @NSFJordmor #NSFJordmor

Facebook: Jordmorforbundet NSF

Instagram: @nsfjordmor, #stoltjordmor#nsfjordmor

■ LEDER:
Hanne Schjeldrup - Eriksen



Utvidet forskrivningsrett

Jordmorforbundet NSF støtter regjeringens arbeid med en forsterket innsats for å forebygge uønskete svangerskap og ønsket om å redusere antall aborter. Forslaget om utvidet forskrivningsrett til jordmødre og helsesøstre vil kunne bidra til dette. Jordmorforbundet NSF er glad for at jordmødre og helsesøstres rolle i arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap og abort løftes frem av helseminister Bent Høie. En utvidet forskrivningsrett for jordmødre og helsesøstre vil bedre tilgjengeligheten for prevensjon for nye grupper kvinner. Det er sannsynlig å tenke seg at tiltaket vil føre til en nedgang i abort også for de over 20 år. Statistikken peker ganske klart på hva som har vært det mest vellykkete abortforebyggende tiltaket de siste årene: Forskrivningsrett på p-piller for jordmødre og helsesøstre fra 2002. Dette ga en umiddelbar effekt i form av nedgang i aborter for den yngste aldersgruppen. Ungdom opp til 19 år har i dag tilgang til gratis prevensjon og prevensjonsveiledning både i skolehelsetjenesten og gjennom Helsestasjon for ungdom. Helsestasjon for ungdom opplever stor pågang fra kvinner i aldersgruppen 20 – 25 år, blant annet fra studentkvinner på flyttefot som ofte ikke har fått byttet fastlege. Denne gruppen kvinner tar også flest aborter. Jordmorforbundet NSF mener derfor at en utvidelse av aldersgrensen til 25 år med et gratis tilbud på helsestasjon vil være et viktig helsefremmende tiltak. Med utvidet rekvireringsrett kan jordmor som har fulgt kvinnen i svangerskapet og utfører 6 ukers kontroll av barselkvinnen gi prevensjonsveiledning, og også foreskrive ønsket prevensjon under konsultasjonen. En ekstra time til fastlegen for dette synes som en unødig bruk av helsevesenets ressurser. Kvinnen slipper da unødige ventetid for å sikre seg ønsket prevensjon.

Jordmorforbundet NSF har i høst vært på studiebesøk i Bergen sammen med Forbundsleder i NSF Eli Gunhild By, for å høste erfaringer av «Jordmor Hjem» tilbudet for nybakte barselkvinner. Her så vi et framtidsrettet tiltak for å tette igjen gapet i barselomsorgen og møte de nye barselretningslinjene, slik at helsevesenet kan ivareta hjemreiste barselkvinner bedre. Engasjerte jordmødre på kvinneklinikken i Bergen fortalte om økt ammefrekvens, fornøyde barselkvinner og nyfødte som ivaretas tett i barseltiden. «Jordmor Hjem» er et jordmortilbud fra spesialisthelsetjenesten, slik at barselkvinner også er sikret et tilbud i helger, ferier og høytider. Nye retningslinjer for barselomsorgen og tidlig utskrivning fra barsel gjør sitt

til at det er et behov for å utvide helsestasjonens tilbud. Samarbeidet mellom jordmor og helsesøster blir også tettere. Helsedirektoratet anslår at kostnader ved å følge anbefalingen om et hjemmebesøk av jordmor i løpet av de første dagene etter hjemkomst vil bli i underkant av 30 millioner kroner, på landsbasis. Men da tas det ikke høyde for eventuelle besparelser, inntekter eller andre samfunnsøkonomiske effekter av anbefalingen.

Hvordan har vi jordmødre det på jobben? Det er spørsmålet jordmor, forsker og førsteamanuensis Mirjam Lukasse ønsker å få svar på gjennom en studie av hvordan jordmødre trives på jobben, hvilket stress de jobber under og hvordan de opplever arbeidsmiljøet. I slutten av september ble det sendt ut 1500 spørreskjemaer til et tilfeldig utvalg av jordmødre i hele landet. NSF er stolte av å ha bidratt med midler til denne studien hvor medlemmer av både NSF og DNJ er invitert til å delta. Lukasse håper at mange jordmødre tar seg tid til å fylle ut skjemaet, selv om det er på en del sider. Jo flere jordmødre som tar seg bryet med å svare, desto mer pålitelige og generaliserbare blir resultatene. Så her er utfordringen: Hvis du har mottatt dette skjemaet i posten, fyll det ut og send det tilbake!

Jordmorforbundet NSF ønsker alle jordmorstudenter som har startet på sin utdanning velkommen som medlemmer hos oss. Det er svært gledelig at nesten 100 % av jordmorstudentene vil organisere seg i den største fagorganisasjonen for jordmødre. Medlemsveksten vår er formidabel, med rett under 200 nye medlemmer bare siden nyttår.

I dette nummeret av Jordmora kan du blant annet lese om Forbedringsprosjektet i Obstetrik, som blant annet ser om jordmor til stede (en-til-en) i aktiv fase av fødselen kan få ned sectiofrekvensen på norske sykehus. Jordmorforbundet er representert i prosjektgruppen ved jordmor Eli Aaby. Dette blir svært spennende for oss alle å følge med på!

Med ønske om en flott og innholdsrik høst!

Hanne Schjeldrup-Eriksen

LEDER JORDMORFORBUNDET NSF

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

ANSVARLIG REDAKTØR

Hanne Ch. Schjelderup-Eriksen
Mobil: 48 17 12 21
stearinlyd@hotmail.com

REDAKSJONSRÅD

Linn Holberg, Hanne Ch. Schjelderup-Eriksen, Aaste Gjernes, Eli Aaby, Raija Dahlø, Ingeborg Dreyer Thommasen

ANNONSER OG ABONNEMENT

Linn Holberg
Mobil: 95 17 27 18
linnholberg@gmail.com

HJEMMESIDE

www.jordmorforbundet.no/ikbviwer/faggrupper/jordmorforbundet

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

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

Astrid Svalastog

Tlf: 97 67 12 62
astrid.svalastog@sykepleierforbundet.no

LAYOUT

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

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK Color Print A/S

FORSIDEFOTO Colourbox

INNSENDING AV ARTIKLER

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

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



8 **OPPFØLGING:**
Tidlig hjemreise.



24 **FØDELSE:** Psykologisk smertemestring.

«Tilstedeværelse på fødestuen er av stor betydning.» Side 16

32 **GRAVID:** Alder er en risiko.



Innhold

NR. 3-2014 • ÅRGANG 12

- **2** Landsstyret og lokalgruppeledere

- **2** Følg oss på sosiale medier

- **3** **LEDER:** Hanne Schjeldrup-Eriksen

- **6** Smånytt

- **8** Tidlig hjemreise etter fødsel

- **10** Aktuelle bøker

- **11** På plakaten

- **12** Å redusere bruk av keisersnitt

- **14** Forbedringsprosjekt - om kontinuerlig tilstedeværelse i aktiv fødsel

- **16** Å være til stede under fødsel

- **23** Jordmødre med utenlandsk opprinnelse søkes

- **23** Skriv i Jordmora, studenter!

- **24** Psykologisk smertemestring under fødsel

- **29** Strikk en pupp

- **30** **TILBAKEBLIKK:** Livredning i Nigeria

- **32** Synkende fruktbarhet og dårligere fødselsopplevelse?

- **35** Spennende kongress i Praha

- **35** Rettelser

- **36** Innmeldingsskjema Jordmorforbundet NSF

Gravide og influensa

Gravide reagerer sterkere på influensa. Immunforsvarets reaksjon er mye kraftigere enn tidligere antatt.

Det har tidligere vært antatt at gravides immunforsvar reagerer svakere på influensa, for å hindre at kroppen skader fosteret.

Men en ny studie viser at kroppen har helt motsatt reaksjon på viruset.

Kilde: Forskning.no



E-helse-kartlegging

De andre nordiske landene har bedre kartlegging av e-helse enn Norge, viser forskning ved NTNU.

– Alle andre nordiske land gjennomfører regelmessig kartlegging av e-helseaktivitet, men ikke Norge.

Totalt finnes hele 17.000 ulike elektroniske helse-systemer i Norge. Hvordan disse kommuniserer med hverandre er det ingen som har en oversikt over.

Kilde: dagensmedisin.no



SMÅNYTT

Gravide drikker sunnere

Førstegangsgravide kutter ned på kaffe og brus, og drikker mer vann og melk, viser studie.

Forskere ved Universitetet i Agder og ved Sørlandet Sykehus har undersøkt om kvinner endrer drikkemønster når de blir gravide første gang.

575 friske, gravide førstegangsfødende kvinner har deltatt i studien, som nylig er publisert i Public Health Nutrition.

Mens 27 prosent av kvinnene drakk alkohol minst én gang i uken før graviditeten, rapporterte ingen å gjøre dette tidlig i graviditeten. Andelen kvinner som drakk kaffe, sukkerholdige drikker og drikker med kunstig søtstoff minket også betraktelig.

Kilde: dagensmedisin.no



«Barn er jordens levende blomster.»

Maksim Gorkij

Høyere risiko for autist-barn når mor får i seg for lite jern



Det er første gang at en studie viser sammenheng mellom mors inntak av jern og det å ha et barn med en eller annen form for autisme, ifølge forskerne ved UC Davis MIND Institute.

Mødre av barn med autistiske lidelser rapporterte betydelig sjeldnere at de hadde tatt jerntilskudd før og under svangerskapet enn mødre med barn som utvikler seg normalt.

Spesielt økte risikoen dersom moren var 35 år eller eldre da barnet ble født, eller hvis moren led av fedme, høyt blodtrykk eller diabetes under svangerskapet. Da ble lavt jerninntak koblet til en fem ganger større risiko for autisme hos barnet, viser studien.

Kilde: Forskning.no



Kan skrive ut prevensjon

Helseministeren vil at helsesøstre og jordmødre skal kunne skrive ut prevensjon til alle kvinner. – Dette splitter opp helsetjenesten i kommunene, og det støtter vi ikke, sier legeforeningen.

Forslaget fra helseministeren er et tiltak for å få ned aborttallene. Det er en utvidelse av en ordning hvor helsesøstre og jordmødre har fått skrive ut enkelte typer prevensjon til jenter fra 16 til og med 19 år.

Kilde: VG.no

CP kan være arvelig

Tidligere trodde man at Cerebral parese (CP) i de fleste tilfeller skyldtes skader i forbindelse med fødselen, men en ny studie viser at noe av årsaken kan skyldes arvelige faktorer.

Forskere mente tidligere at de fleste CP-tilfellene oppsto under fødselen som følge av oksygenmangel.

En ny studie viser at noe av risikoen for CP kan spores tilbake til foreldrene.

Kilde: fhi.no

Utvikler språk ved å bable til seg selv

Babyer utvikler språkevner når de hører på seg selv. Det kan være et problem for spedbarn med nedsatt hørsel.

De tilsynelatende meningsløse lydene ser ut til å ha en stor betydning for hvordan barnet lærer språk.

Men for barn med nedsatt hørsel, uteblir den samme utviklingen, mener amerikanske forskere.

Kilde: Forskning.no



Tekst Astrid Svalastog Foto Colourbox

Økologisk mat og svangerskapsforgiftning

Gravide som ofte spiser økologiske grønnsaker har lavere risiko for å få svangerskapsforgiftning enn kvinner som sjelden eller aldri gjør det. Det viser en artikkel med data fra Folkehelseinstituttets store Mor og barn-undersøkelse (MoBa) som nylig ble publisert i British Medical Journal Open.

Undersøkelsen omfattet 28.192 kvinner som deltok i MoBa fra 2002 til 2008. Samtlige var gravide med sitt første barn. 5,3 prosent av deltakerne fikk svangerskapsforgiftning.

Kilde: fhi.no



Gravide og vekt

Gravide som følger myndighetenes anbefalinger om vektøkning under svangerskapet reduserer risikoen for å få svangerskapsforgiftning, høyt blodtrykk og at barnet må forløses ved akutt keisersnitt. Det viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet.

Svært høy vekttoppgang under en graviditet er forbundet med ulike svangerskapskomplikasjoner.

Det er ikke anbefalt å slanke seg mens man er gravid.

Barn som fødes med lav fødselsvekt har økt risiko for en rekke alvorlige sykdommer når de blir eldre, blant annet hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2.

Kilde: fhi.no

Tidlig hjemreise etter fødsel

Mange føde/barselavdelinger har etterhvert fått en del erfaringer med tidlig hjemreise og hjemmebesøk av jordmor. Kvinneklubben i Bergen har hatt erfaring med tidlig hjemreise i nesten 20 år.



Av Aaste Gjernes, jordmor, Kvinneklubben Bergen

Da den alternative fødeenheten Storken ble etablert i 1995, var tidlig hjemreise en del av konseptet. Fødselsomsorgen på Storken skulle være familiebasert, i motsetning til den etablerte fødselsomsorgen. Dette var relativt nytt den gang. Liggetiden var 48 timer, eventuelt så skulle kvinnen få være til amming var etablert. Det ble tilbudt ett døgn på familierom, ev. med søsken. Så kunne hele familien f.eks. reise hjem etter 24 timer. De kom så tilbake til Storken for poliklinisk vektkontroll og blodprøver. De som valgte å bli på Storken, flyttet på tosenstue og mannen reiste hjem.

I 2007 ble det startet et prosjekt med «Jordmor hjem». Først brukte en, og deretter to jordmødre 50 % av stillingen de hadde på Storken til å reise hjem til familiene. Begge hadde 75 % stilling og jobbet helgene sine på Storken.

Konseptet i «Jordmor hjem» var slik at kvinnen reiste hjem 8-24 timer etter fødselen og fikk tilbud om 1 til 2 hjemmebesøk. Det ble tatt Følling, ev. bilirubin og vektkontroll. Det lå også i bestillingen at jordmor skulle se når mor ammet og sikre seg at barnet hadde riktig sugetak etc. Ordningen ble evaluert av brukerne, som jevnt over var svært godt fornøyde. Det var en populær og etterspurt ordning.

Rådgivningssenter

Imidlertid ble prosjektet avviklet og ordningen opphørte i 2013. Vi hadde så en periode der kvinner som reiste hjem før 48/72 timer kom tilbake for Følling og vekt til de respektive barselavdelingene. Dette medførte stor trafikk inn i avdelingene. Mange ville fortsatt reise tidlig hjem, og alle de polikliniske konsultasjonene var en stadig kilde til stress og følelse av utilstrekkelighet hos de ansatte. For kvinnen ble det

ofte mye venting. Selv om det er enkelt å håndtere disse brukerne, tar det tid. Minimum 1/2 time går med til å ta seg av mor og barn - samt å dokumentere - om det så bare er en vektkontroll. Det vet alle som har prøvd det.

Av ulike årsaker er jordmødrene på Kvinneklubben i Bergen på nytt tvunget til å tenke nytt - og det har igjen vist seg å komme positivt ut. Vi har startet en større og mer organisert Barselpoliklinikk som favner all poliklinisk virksomhet. Alle polikliniske møter opp ett sted. Her finner du barselpoliklinikk, ammepoliklinikk, fødselsforberedende samtaler og «hjemmebasert barselomsorg», som er en nyåpning av jordmor hjem.

Avdelingen går under navnet «Rådgivningssenteret for mor og barn». Fra tidligere har KK hatt et telefonnummer som kvinnene kan ringe på den første tiden hjemmeansett problem. Den fanger opp og kanaliserer til rett sted ammeproblemer, store vekttap, gule barn og vonde rifter og det som



JORDMØDRE: Gruppen Jordmødre som driver hjemmebasert barselomsorg er en blanding av unge og litt eldre, alle med hver sin kunnskap og erfaring. Foto: Helse-Bergen.



HJEMMEBESØK: Å få tilbud om å ha en jordmor helt for seg selv en time, to ganger, har vært evaluert svært godt av brukerne. Foto: Helse-Bergen.

ellers måtte være i startfasen. Det var tidligere reist innsigelser mot tidlig hjemreise, bla. fra barneleger. Den polikliniske virksomheten, samt telefonen, har imidlertid vist at man fanger opp i tide de som trenger det, den første uken. I dag har barnelegen ingen motforestillinger til dette tilbudet for friske kvinner med friske fullbårne barn. Etter den tid tar jo helsestasjonen over ansvaret for barnet.

Rådgivningssenteret for mor og barn ved KKB disponerer p.t. 7,5 stillinger. Alle som kommer inn til KK for barselpoliklinikk får satt av 45 minutter, hva enten det er for mor (vond rift, brystspreg) eller barn (feil sugetak, vektta) etc. Postenes erfaring er at 30 minutter ofte er for lite og medfører lengre og lengre venting utover dagen.

Åtte besøk daglig

De startet sin hjemmebaserte barselomsorg 5. mai i år, på Den internasjonale Jordmordagen. Sykehuset har leaset 2 EL-biler til formålet. Først var det slik at en jordmor kjørte ut kl. 09.00 og den neste kl. 12.00. Etter en tid så man at det kan være krevende å komme hjem til familiene på ettermiddagen, hvor fokus lett kan flyttes fra mor og barn til eldre søsken. Det ble ofte mye uro ved disse konsultasjonene. En annen utfordring er kjøring i rushtiden. Mye tid gikk til spille i kø. Batteriet på elbilen kunne f.eks. gå tomt for strøm. I dag er det slik at 2 jordmødre reiser ut i hver sin bil kl. 09.00 - 15.00. På lørdager er det bare 1 jordmor som kjører ut. Hun er på veien fra 10.00 - 16.00.

Kapasiteten er fire nye brukere per dag. Alle får tilbud om to besøk, så det blir åtte pr. dag. Kvinnen spørres og motiveres i tilslutning til fødselen. ev. tidlig i barselforløpet. Personalet ser ut de som evt. passer. Så lenge som det har gått mindre enn 24 timer siden fødselen, kan hun få komme med i opplegget. Time bestilles telefonisk. Kvinnen må ha ammet etter fødselen og må kunne legge barnet til brystet selv. De oppfordres til ikke å bade barnet før hjemmebesøket av hensyn til hørselstesten.

Innenfor byens grenser

Det er utarbeidet en informasjonsbrosjyre, som mor får med seg hjem. Av praktiske årsaker kan hun ikke bo utenfor byens grenser idet det ville beslaglegge for mye kjøretid. Som tidligere er det ammeveiledning, vektkontroll, blodprøver og hørselstest som inngår i tilbudet. Når listene ikke er fulle tilbys hjemmebesøk til sectioforløste som har reist for eksempel på 2. dag. En sjelden gang iblant er det nødvendig med et 3. besøk hos familien også.

I disse dager får jordmødrene utdelt to bærbare PC-er med SIM-kort, slik at de kan logge seg på sykehusets nettverk og dokumentere underveis. Igjen er ordningen med hjemmebasert barselomsorg evaluert godt av både brukere og ansatte. En av intensjonene var å få bedre plass på barsel til de som virkelig trenger å være der - og det ser ut til å ha lyktes. Så det er bare å sette i gang og prøve ut andre og nye måter å gjøre det på. Stå på! ■

Aktuelle bøker

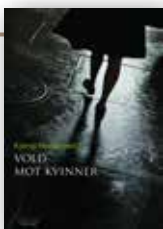


Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Tittel: **Vold mot kvinner**
Forlag: Cappelen Damm
2014

Anmelder: **Raija Dahlø, førstelektor, Høgskolen i Sør-Trøndelag, jordmordutdanningen, Trondheim.**



Nyttig for jordmødre

Overlege Kjersti Narud er redaktør for boken «Vold mot kvinner». Formålet med boken er å gjøre yrkesutøvere som kommer i kontakt med voldsutsatte kvinner, bedre i stand til å møte, forstå og hjelpe disse kvinnene. Bokens tema er vanskelig og tungt, men temaet blir omtalt både nøkternt og saklig. Innholdet er krydret med praktiske eksempler. Boken gir en samlet helhetsbilde av denne problematikken i Norge.

Forfatterne har forskjellige profesjoner, og dermed blir boken en tverrfaglig framstilling av temaet. Boken starter med faktaopplysninger om vold mot kvinner: statistikk, risikofaktorer, lovbestemmelser og konsekvenser av volden. Æresrelatert vold har sitt eget kapittel, og også barn som opplever vold blir omtalt. Tilbudet fra overgrepsmottakene, krisesentrene, fastlegene, prestene og politiet har sine egne kapitler. Problematikken med straffesaksfokus blir også beskrevet i boken. Siste kapittel omhandler det vanskelige spørsmålet om hva som gjør at en del kvinner velger å bli i et voldelig forhold i stedet for å forlate mannen.

Tydlig inndeling i kapitler gjør at boken kan også brukes som oppslagsbok. Hvert kapittel avsluttes med en referanseliste.

Stortingsmelding 15 «Forebygging av vold i nære relasjoner» sier at alle gravide bør bli spurt om vold ved svangerskapskonsultasjonene. Det kan føles vanskelig for oss jordmødre å stille dette spørsmålet, og å vite hva vi skal gjøre videre hvis vi avdekker vold. Boken «Vold mot kvinner» kan være et aktuelt hjelpemiddel.

BOKANMELDELSE

Tittel: **Voldens ansikter**
Forlag: Cappelen Damm
Akademisk 2014

Anmelder: **Raija Dahlø, førstelektor, Høgskolen i Sør-Trøndelag, jordmordutdanningen, Trondheim.**



Annerledes bok om vold

Forfatterne beskriver boken som en bok om vold, ondskap og skyld, men også som en bok om kjærlighet, godhet og håp. Det er en annenledes bok om vold.

Begge forfatterne har hatt fedre som betydde mye for deres utvikling, på godt og vondt. Den ene mistet faren sin som barn og den andre hadde en voldelig far. Begge har forsket i fengsler og skrevet flere bøker om vold, skyld, straff og soning. Boken «Voldens ansikter» er skrevet som en dialog mellom disse to forfatterne. Denne framstillingen av stoffet gjør teksten levende og skaper større forståelse om de forskjellige temaene. Boken begynner med begge ærlige fortellinger om sine fedre og hvordan de forsøker å forstå det som skjedde. De har hentet frem kunnskap og tanker om hvordan teologer, filosofer og forfattere har kjempet med voldsproblematikken før vår tid. Boken inneholder dype filosofiske og teologiske betraktninger, og av bokens kapitler kan nevnes: Det ondes problem, det onde og det gode, estetikk og vold, selvmord og vold, kjønn og vold, moralsk vrede, finnes det onde mennesker?, skyld og skyldfølelse, tilgivelse og det radikalt onde, kynisme og profesjonsetikk, skyld og straff etter 22. juli. Leer-Salvesen har forsket og arbeidet mye med fenomenet tilgivelse, og i boken blir dette temaet tatt opp ved hjelp av fortellinger som kvinner med erfaringer av seksuelle overgrep har fortalt. Boken avsluttes med en omfattende referanseliste.

Boken er skrevet for studenter, fagfolk og andre som ønsker å utdype sine faglige og eksistensielle spørsmål om vold. Når en vet hvor skadelige voldsopplevelsene kan være for de utsatte, er det interessant å lese om meningsutvekslingen mellom de to forfatterne, i deres streben etter å forstå fenomenet vold, og hvordan en skal forholde seg til den. Boken er en dyppykk i psykologi, filosofi og teologi. Vi trenger denne annenledes boken om vold!

Spre informasjonen!

Kontaktperson: Linn Holberg
Tlf: 95 17 27 18
E-post: linnholberg@gmail.com

Kvinnehelsefagdag 4. desember

Norske Kvinners Sanitetsforening (N.K.S.) inviterer i samarbeid med flere medisinske fagmiljøer til fagkonferanse om kvinnehelse i et livsløpsperspektiv.

Kvinnehelsefagdagen 2014 er en nasjonal heldagskonferanse som holdes i Store auditorium på Rikshospitalet i Oslo. Programmet begynner kl. 9.30 og varer til kl. 16.30. Temaet for dagen er kvinnehelse i et livsløpsperspektiv med fokus på kunnskapshull og kjønnsforskjeller.

Les mer her: http://www.sanitetskvinnene.no/sanitetskvinnene/nyheter/nyheter/nyheter_2014/Kvinnehelsefagdag+2014.b7C_wBbO4R.ips

Praha, Tsjekkia

Homebirth – What Do We Know about It?

7.-8. november 2014

«Hjemmefødsel - Hva vet vi om det?» er navnet på en konferanse som skal få frem fakta, informasjon og vitenskapelig forskning innen obstetrikk. Den skal ta for seg praktisk erfaring og ferdigheter som gjelder både i og utenfor sykehus.

<http://www.pdcap.cz/Texty/KonferenceKPD/Pozvan-kaKPDen2.html>

Roskilde Sygehus, Danmark

Præeklampsi symposion - Forskning, klinikk, praxis og framtid

11. november 2014

Preeklampsi/eklampsi er en av de største utfordringene i obstetrikk over hele verden, så vel som i Danmark, og dette syndromet er fortsatt den viktigste dødsårsaken i både barn og foreldre. Dette symposiumet håper man kan skape inspirasjon og bringe klinikk og forskning sammen. Målgruppen her er primært leger i klinikken og i forskningen, men jordmødre og sykepleiere er også inviterte.

<http://dsog.dk/wp/event/praeeklampsi-symposion-forskning-klinik-praxis-og-fremtid/>

Kunnskapsenteret, St. Olavs Hospital, Trondheim

Kurs i migrasjon og helse

13.- 14. november 2014

Kurset gir en innføring i helseutfordringer knyttet til migrasjon og migrasjonshelse i klinisk praksis. Kurset er laget for helsepersonell men er også åpent for andre. Kurset er godkjent med 12 timer av Legeforeningen (allmenn- og samfunnsmedisin), Sykepleierforbundet og Jordmorforeningen.

<http://www.fylkesmannen.no/Sor-Trondelag/Kurs-og-konferanse/Kurs-i-migrasjon-og-helse/>

Rikshospitalet, Oslo

CTG og STAN kurs

11.-12. desember 2014

Kurset består av en blanding av forelesninger og diskusjon av kasuistikker i små grupper. Antall kursplasser er minimum 12/ maks 25 deltakere. Frist for påmelding: 01.12.14.

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/stan/stan-superbrukerkurs/>

Fyrhuset, Åsgård sykehus

Tromsøkurset

11. til 13. februar 2015

Nyfødt Intensiv, UNN inviterer til kompetansehevningskurs! Aktuelle tema er intensivpasienten med fokus på respirasjon, familiesentrert omsorg, Amming og Overgang til primærhelsetjenesten Nærmere program kommer. Kurset er et kompetansehevningskurs for sykepleiere, jordmødre, helsesøstre og andre med interesse for syke nyfødte og premature barn.

<http://www.unn.no/tromsoekurset/category37530.html>

Berlin, Tyskland

DIPP 2015

15.-18. april 2015

For 8'ende gang arrangeres International DIPP Symposium on Diabetes, Hypertension, Metabolic Syndrome & Pregnancy. Ifølge deres eget nettsted er de betraktet som et ledende symposium innen medisin på mors og fosterets helse for å sikre optimal utfallet av svangerskap som er komplisert av diabetes, hypertensjon og metabolsk syndrom. Les mer på deres nettsider <http://www.comtecmed.com/dip/2015/welcome.aspx>

Å redusere bruk av keisersnitt

Den norske legeforening ved Norsk gynekologisk forening har tatt initiativ til et prosjekt der målet er å få ned antallet keisersnitt.



Av Eli Aaby, fag-utviklings-jordmor Ahus, Jordmorforbundets representant i ressursgruppa for forbedringsprosjektet

Den 15. og 16. september var jordmødre og leger fra 25 fødeavdelinger fra hele Norge samlet på Gardermoen for å starte opp «Forbedringsprosjekt Obstetrik». Dette var den første av 3 felles samlinger i løpet av prosjektperioden som er på 10 måneder.

Den norske legeforening ved Norsk gynekologisk forening har tatt initiativ til prosjektet. Norsk Sykepleierforbund ved Jordmorforbundet og Den norske jordmorforening er med på prosjektet, og de tre organisasjonene er representert i styrings- og ressursgruppe i prosjektet. Brukerorganisasjoner er også invitert med. (Mer om bakgrunnen for prosjektet, se Jordmora nr 1/2014 – nytt prosjekt om bruk av keisersnitt.)

Overordnede mål

- Reduserer keisersnittfrekvensen i sammenliknbare, veldefinerte grupper.
- Medvirke til at keisersnitt kun utføres når det er tilstrekkelig begrunnet.

Fødeavdelingene står fritt til å velge sine egne områder for forbedring, men arbeidet skal gjøres

som et gjennombruddsprosjekt. Legeforeningen har hatt flere forbedringsprosjekter etter denne modellen og de har dedikerte og trente veiledere i metoden.

Første dag av samlingen gikk med til orientering og undervisning i metoden, og til faglige innledninger. Her vil jeg trekke fram Mike Robson fra Maternity hospital i Dublin: «Cesarean section and quality of obstetric care» og «Intrapartum classification of cesarean section», og Astrid B. Rygh fra Stavanger universitetssykehus: Hvordan skal vi bruke oxytocin som ir stimulerings?»

Andre dag begynte med at ressursgruppa la fram sine forslag til forbedringsområder:

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



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Så begynte gruppene fra hver fødeavdeling sammen med sin veileder arbeidet med å finne sitt/sine forbedringsprosjekt med utfordringer og tiltak og plan for gjennomføring. Det gruppene kom fram til er forslag. Planene kan forandres underveis. Under har jeg trukket fram noen områder som jordmødre og leger oppfatter som utfordrende og hvor vi tror vi har potensial for å bli bedre.

Forbedringsprosjekt

- 11 fødeavdelinger har som hovedmål riktig bruk av oxytocin, i tillegg har 4 dette som et tiltak de vil bruke for å nå sitt hovedmål.
- 2 fødeavdelinger har kunnskap om normal fødsel og langsom framgang, med fokus på bruk av tiltaks-og varsel linje på partogrammet, 11 vil bruke dette som tiltak.
- 2 fødeavdelinger har kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor som hovedmål og 4 vil bruke dette som et tiltak for å nå sine mål.

Jeg har deltatt i ressursgruppa som representant for Jordmorforbundet og presenterte forslaget «En til en jordmor - kontinuerlig tilstedeværelse i aktiv fødsel» (les mer på side... i dette nummeret).

Hensikten med å ha dette som forbedringsområdet er ikke å bevise at «En til en jordmor» er bra, da det allerede er godt dokumentert. Hensikten er å utfordre og bevisstgjøre de travle fødeavde-

«Kan vi organisere arbeidet andreledes?»

lingene til å se på hvordan de skal få det til. Kan vi organisere arbeidet andreledes? Hvordan fordeler vi arbeidsoppgavene mellom jordmødrene og barnepleierne? Hva slags tradisjon har vi for å avløse hverandre? Hva gjør jordmor på fødestua når hun «bare» har en pasient? Handler det om bevisstgjøring av jordmødrene? Må vi ha en annen bemanning? Er vi nok jordmødre? Hensikten er også å bidra til at kvinner med obstetrisk risiko, eller som av andre grunner ikke føder på en jordmorstyrt avdeling, også skal få en jordmor kontinuerlig til stede i aktiv fødsel. ■

Innledningene som ble holdt på samlingen finner du på hjemmesiden til Norsk Gynekologisk Forening.

Forbedringsprosjekt

– om kontinuerlig tilstedeværelse i aktiv fødsel

Vi trenger bevisstgjøring og støtte på at det er legitimt å være til stede for fødekvinnen også når vi ikke har prosedyrer, undersøkelser eller observasjoner og holde på med.



Av Eli Aaby, fag-utviklingsjordmor Ahus, Jordmorforbundets representant i ressursgruppa for forbedringsprosjektet

Et forbedringsprosjekt er ikke et forskningsprosjekt. Det handler om å bli bedre på det vi allerede vet er riktig å gjøre. Det er grunnleggende når vi skal finne et område vi vil bli bedre på, at vi ved å bruke gjennombrudds modellen velger noe som er Viktig, Vanlig og Vanskelig.

En-til-en-jordmor

Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fødsel, er et område for gjennombrudd som fyller de kravene:

- Viktig – fordi det er god dokumentasjon for at kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fødsel er positivt for fødselsutfallet (1,2,3,4).
- Vanlig – fordi det har betydning for alle fødsler (5).
- Vanskelig – fordi vi ikke får det til systematisk ved de store og travle fødeavdelingene (6).

Da jeg lanserte dette som et tema i ressursgruppa i prosjektet, var det enighet om at det vil gi bedre kvalitet om jordmor kun har ansvar for en fødende i

«Vi går ut selv om vi kunne hatt anledning til å være der hele tida.»

aktiv fødsel. Samtidig sa alle, både leger og jordmødre: «Det går ikke hos oss.» Så, hvorfor går det ikke?

Jeg ser 3 mål eller hensikter for dette delprosjektet:

- Stimulere til utvikling av standarder for hva en til en omsorg, eller kontinuerlig tilstedeværelse betyr.

- Prøve ut om arbeidet kan organiseres annerledes.
- Finne ut om bemanningen er riktig i forhold til behovet.

Etter at utfordringene er funnet, må vi gjøre noe med dem. Det er det store arbeidet med dette delprosjektet, og jeg tror at delprosjektet vil vekke entusiasme hos jordmødre.

Paradoks

For meg er det et paradoks at ved fødeavdelingene for de friskeste, får kvinnene kontinuerlig støtte og oppfølging i fødsel, mens på avdelingene hvor de fleste friske og alle de sykeste føder, er det ikke en selvsagt praksis. Jeg mener ikke at vi skal ta jordmødre fra de friske fødende. Jeg mener at vi skal gi mer jordmoromsorg til kvinner som er henvist til de travleste fødeavdelingene, og særlig til kvinnene med obstetrisk risiko.

Hvilke oppgaver kommer i veien?

En til en omsorg må forandre arbeidsmiljøet og organiseringa av arbeidet på de travle fødeavdelingene. Hvordan fordeler vi pasientene mellom oss? Blander vi flere pasientgrupper, som poliklinikker, obs-pasienter, kvinner i latens, aktiv fødsel og barselkvinner? Hvordan avløser vi hverandre? Når og hvordan tar vi pauser? Hvordan samarbeider vi om de fødende?

Hva skal jordmor gjøre når hun «bare» har ansvar for en fødende?

På de travleste fødeavdelingene er jordmødrene vant til å ha ansvar for flere fødende samtidig, og å være inne på fødestua i intervaller. Vi er så vant til denne måten å arbeide på at vi går ut selv om vi

kunne hatt anledning til å være der hele tida. Jeg tror at vi trenger bevisstgjøring og støtte på at det er legitimt å være til stede for fødekvinnen også når vi ikke har prosedyrer, undersøkelser eller observasjoner og holde på med.

Jordmorfaglig omsorg

Svenske og islandske jordmødre har utarbeida en modell for jordmorsomsorg til kvinner med økt risiko. «A Midwifery Model of Woman Centered Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine» (7,8) Dette er også godt beskrevet i en lærebok som mange jordmødre kjenner «Att stödja och stärka» (9). Jeg håper at dette delprosjektet kan bidra til fokus på jordmorfaglig omsorg til kvinner med økt risiko i vårt land også. Og jeg er sikker på at samarbeidet mellom lege og jordmor vil bli bedre når jordmor kan konsentrere seg kun om en fødende. Jeg er overbevist om at det vil gi oss grundigere og bedre funderte vurderinger, klarere rapporter og bedre dokumentasjon.

Hvis vi kan unngå samtidighetskonflikter vil det gi raskere og tettere oppfølging av tiltak som jordmor tar initiativ til, og tiltak som blir forordnet av lege. En til en tilstedeværelse vil gi bedre kontinuitet ved vaktskifter eller andre nødvendige bytte av jordmor. Jeg ser fram til at jordmødre på fødeavdelinger som vil forandre praksis deler erfaringene som gjøres!

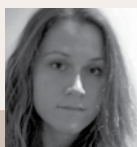
Referanser:

1. http://www.uptodate.com/contents/continuous-intrapartum-support?source=see_link
2. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/abstract>
3. Continuous support for women during childbirth
4. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg55/resources/guidance-intrapartum-care-pdf>
5. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG132/chapter/1-Guidance#factors-affecting-likelihood-of-cs-during-intrapartum-care>
6. The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. Birth 2014 Mar;41(1):108-15, Susan Garthus-Niegel, Cecilie Knoph, Tilmann von Soest, Christopher S Nielsen, Malin Eberhard-Gran
7. Et trygt fødetilbud: Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veileder fra Helsedirektoratet 2010, IS – 1877
8. «A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine» Marie Berg, Journal of Perinatal Education, Volume 14, Issue 1, Pages 9–21 2005
9. Berg, M.; Olafsdóttir, O.A.; Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care - In Swedish and Icelandic settings. Sexual & Reproductive Healthcare.
10. «Vårdande av barnfödande kvinnor med ökad risk» I «Att stödja och stärka» Marie Berg og Ingela Lundgren (red) Studentlitteratur, 2004

OMSORG: Jeg mener vi skal gi mer jordmorsomsorg til kvinner som er henvist til de travleste fødeavdelingene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Å være til stede under fødselen

Forskning viser at kvinner som mottar kontinuerlig tilstedeværelse og støtte under fødselen vil ha økt sannsynlighet for å føde spontant.



■ Av **Lene Christina Skaget Aas**, jordmor ved Kvinne-klinikken St Olavs Hospital Trondheim



■ Av **Hanne Hvaal Amundsen**, jordmor ved Ålesund sjukehus



■ Av **Ingvild Aune**, førstelektor ved Jordmor-utdanningen, Høgskolen i Sør-Trøndelag

Historisk sett har kvinner alltid blitt tatt vare på og støttet under fødsel. Etter hvert som fødsle-
ne har beveget seg fra hjemmet til sykehusene kan det se ut til at kontinuerlig tilstedeværelse og støtte har blitt et unntak i stedet for regelen (Hodnett et al., 2011). I Norge har en enhetlig og helhetlig fødselsomsorg blitt erstattet av en differensiert og oppstykket omsorg; fra distriktsjordmødrene tidlig på 1900 tallet som utøvet helhetlig svangerskaps- og fødselsomsorg i hjemmet, til dagens sentralisering hvor kvinner stort sett bare føder på store fødeklinikker (Blåka, 2002). En slik utvikling kan føre til en dehumanisering av kvinnens fødselsopplevelse. Tilstedeværelse under fødselen innebærer emosjonell støtte, informasjon og rådgivning. Det kan være med på å fremme det normale forløp, samt øke kvinnens følelse av kontroll og mestring. (Hodnett et al., 2011)

Forskning viser til at kvinner som mottar kontinuerlig tilstedeværelse og støtte under fødselen vil ha økt sannsynlighet for å føde spontant. Risikoen for instrumentell forløsning, keisersnitt og elektronisk overvåking blir mindre, samt at kvinnene føder barn med høyere apgar score. Tilstedeværelse påvirker også valg av smertelindring (Howarth et al., 2011; Nelson, 2004; Haldorsdottir og Karlsdottir, 2011). Videre viser forskning at jordmors tilstedeværelse er viktig for kvinnens fødselsopplevelse. Tilstedeværelse fremmer mors tilknytning til barnet, samt den videre fysiske og psykiske helsen til den nye familien (Rijnders et al., 2008; Howarth et al., 2011; Carlton et al., 2005). Jordmors tilstedeværelse under fødselen er det kvinner mest av alt setter pris på (Berg et al., 1996; Howarth et al., 2011; Callister et al., 2010).

Lundgren et al. (2009) og Howarth et al. (2011)

hevder at relasjonen kvinnen har med jordmor og den atmosfæren som skapes av jordmors tilstedeværelse er nøkkelen til en positiv fødselsopplevelse. Kvaliteten på relasjonen er en viktig faktor i kvaliteten på jordmorsomsorgen, men denne relasjonen er ofte undervurdert, og blir ikke nevnt i diskusjoner om de viktige aspektene ved fødselsomsorgen (Downe, 2004). National Institute for Health and Clinical Excellence ga i 2007 ut kunnskapsbaserte retningslinjer for ivaretagelse av friske kvinner og deres barn under fødselen. Alle konklusjoner baserer seg på resultat fra forskning. Retningslinjene sier at alle kvinner bør ha en-til-en-omsorg under fødselen. Kvinner i fødsel bør ikke overlates til seg selv, med unntak av korte perioder eller etter eget ønske (NICE, 2007). Verdens helseorganisasjon (WHO, 1996) har i likhet med NICE utarbeidet tilsvarende retningslinjer. Høringsforslag og rapporter fra det Norske Helsedirektoratet påpeker behovet for å etterkomme kravet om tilstedeværende jordmor under fødselen (Helsedirektoratet, 2010). Fortsatt er det ikke lagt til rette for kontinuerlig tilstedeværelse og støtte på norske fødeavdelinger.

Hensikten med denne studien var å få en forståelse for jordmødres tanker omkring tilstedeværelse under fødselen og hvilke faktorer som har betydning for deres kontinuerlig støtte på fødestuen.

Metode

En kvalitativ tilnærming ble benyttet for datainnsamling ved hjelp av åpne dybdeintervjuer. Alle jordmødre ved en stor kvinneklinikk i Norge fikk forespørsel om deltakelse i studien. Ti jordmødre i alderen 37–56 som arbeidet 50-100 % på to ulike avdelinger meldte seg frivillig til å delta.



SENTRALISERING:
Dagens sentralisering kan føre til dehumanisering av kvinnens fødselsopplevelse. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



STØTTE: Tilstedeværelse under fødselen innebærer emosjonell støtte, informasjon og rådgivning. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. De transkriberte intervjuene ble analysert nøye gjennom systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011).

Det utpekte seg tre hovedtemaer: Relasjonskompetanse, jordmors ideologi og fødeavdelingens filosofi. Ut ifra disse framkom flere undertemaer. Sitater fra informantene er brukt for å underbygge funnene.

Relasjonskompetanse

Det første møtet

Jordmødrene påpekte viktigheten av å bruke tid på det første møtet for å skape god kontakt og trygghet. Ved å få en god relasjon til jordmor mente de at paret vil føle seg trygge. Jordmødrene poengterte at gjennom god informasjon skapes en viss forutsigbarhet og trygghet, som vil bidra til tillit. De sa at det handler om at paret skal få tid til å finne ut hvem jordmoren er, om hun har tid til dem og om hun ser deres behov. Det å oppleve å få tillatelse til å være til stede så mye som mulig ved det første møtet var viktig for jordmødrene.

Flere av jordmødrene løftet også frem betydningen av å få en god relasjon til partner i det første møtet. Slik at han kunne slippe ansvaret, lene seg tilbake og føle seg trygg på at jordmoren var til stede for de begge.

God informasjon og kontinuerlig tilstedeværelse i tidlig fase danner grunnlaget for videre relasjonsbygging. Der-

som ting går galt i starten skal du jobbe innmari hardt for å rette opp situasjonen.

Mental tilstedeværelse og gjensidig trygghet

Jordmødrene løftet frem viktigheten av å være mentalt til stede når man først var inne på fødestuen. De mente at ved mental tilstedeværelse gis det trygghet selv om man bare har anledning til å være til stede i fem minutter av gangen.

Jordmødrene sa at ved å være rolig inne på fødestuen skjermer man paret fra avdelingens travelhet, og de opplever at jordmor har tid til å gi omsorg. Det hjelper ikke å være fysisk til stede dersom tankene er inne på en annen fødestue.

Man skal være til stede full av oxytocin, ikke full av adrenalin.

For at jordmor skal klare å gå inn i en relasjon med kvinnen er det viktig at hun er trygg på seg selv. Jordmødrene poengterte at dette ikke nødvendigvis er avhengig av hvor lenge man har jobbet, men tryggheten man har i seg selv som jordmor.

Det ligger i personligheten. Ikke alle er god på å bygge relasjoner. Ikke jeg heller. Men jeg har jobbet med det og har blitt mye bedre gjennom årene. Suksessfulle møter er når du føler at relasjonen har vært så god at du nesten er trist når du må dra hjem fra jobb.

Jordmødrene framhevet at ved å være til stede på

fødestuen følte de at de hadde oversikt over framgangen i fødselen, hvordan fosteret hadde det og de følte seg trygge på at dette kunne bli en normal fødsel. De sa videre at dersom de ikke hadde tid til å være til stede, og relasjonsbyggingen uteble, ble de utrygge og det ble enklere å ty til intervensjoner. Gjensidig empowerment ble vektlagt, og det var viktig at både kvinnen og jordmoren kjente på trygghetsfølelsen inne på fødestuen.

Tilstedeværelse, det er faktisk kontinuiteten. Å være der er godt for paret og det er godt for oss. Vi får vite hva de tenker og hva de har behov for. Og da blir vi klokere, hele tiden.

Jordmors ideologi: Å være en ordentlig jordmor

Flere av jordmødrene påpekte at tilstedeværelse også bare var det å være inne på fødestuen. Å bruke tid sammen med paret, og samtidig tolke fosterets tilstand og observere framgangen i fødselen. De mente at dette bare kan gjøres ved å være til stede på rommet, og ikke ved å stå i døren og sjekke at alt er normalt. Slik opplevde de å representere en ordentlig jordmor.

At de da klarer på en måte å gå inn i den glassbobla med den tilliten til seg selv som du må ha for å gå inn i en slik glassboble, og så la meg stå utenfor. Som bare kikker inn. De vet at jeg er der, men jeg er ikke vesentlig. Jeg er bare der på en måte og gir de trygghet på at glassbøblen er rett. Det høres kanskje rart ut, men hoveddelen av jobben min på normale fødsler til normale friske kvinner er egentlig å gjøre meg overflødig. Å gi trygghet til at de kan gjøre jobben selv.

Jordmødrene mente at desto mer kunnskap man innehar om effekten av tilstedeværelse, desto mer opptatt er man av å bruke tilstedeværelsen for å gjøre situasjonen trygg for fødekvinnen. En bidrar på en annen måten enn ved å intervensjonere. De mente at ved å være til stede ville det øke sjansene for en naturlig fødsel.

Tilstedeværelse. Det er jo en av de viktigste tingene altså. Det er den viktigste tingen, det er helt sikkert. Det er jobben vår å være tilstede og å være tilgjengelig. Første bud. That's it!

Jordmødrene løftet frem at holdningene jordmødrene har for faget gjør seg gjeldende i hvordan man bruker sin tilstedeværelse. De fortalte at jordmødre jobber ulikt. Noen er mer utålmodige og tyr til intervensjoner oftere, mens andre mener trygghet og tilstedeværelse er det viktigste for å få kvinnen gjennom fødselen.

Og hvis vi som jordmødre skal hevde vårt fag og for-

bli jordmødre og ikke obstetriske sykepleiere så må vi bidra med det vi kan, og da er tilstedeværelse en av de viktigste tingene.

Helhetlig omsorg i et helsefremmende perspektiv

Jordmødrene fortalte at ved å ikke være til stede mister man verdifull informasjon som kan være med på å fremme en normal fødsel. Ved tilstedeværelse mente de at man kan unngå oxytocin-drypp, epidural, langsom framgang og operative forløsninger. Det å være sammen på fødestuen gir jordmor muligheten til å observere hvor kvinnen er i fødsel, uten at det er nødvendig med teknologi og vaginalundersøkelser.

Jordmødrene var alle opptatt av at tilstedeværelse skal gis på parets premisser, samtidig som at det er jordmor som har ansvaret og skal ha oversikten over

«Retningslinjene sier at alle bør ha en-til-en-omsorg under fødselen.»

fødselsprosessen. Det er viktig å kunne gi den tilstedeværelsen de trenger, og som de har behov for. For å kunne gi individuell omsorg må man bruke tid.

Det hender at jeg møter kvinner som vet hvordan de vil ha det, og som forteller også med kroppsspråket, at du skal bare være langt borte. Du skal bare stå bortpå der, og så skal jeg jobbe selv, og det er jo bare helt fantastisk, og det kan være mer enn nok. Hun vet at du er der hvis hun trenger deg. Andre ganger tar jeg rundt henne og holder henne hardt fast hver gang hun har ri, og da er det riktig. Det er viktig begge veiene, og hele tiden sense det. Skal du sense det, så må du ha litt tid til å se det.

Jordmødrene mente at tilstedeværelse er viktig for kvinnens fødselsopplevelse. Det å ikke være til stede kan gi en traumatisk fødselsopplevelse, en følelse av å ha vært alene og utrygg. Jordmødrene mente at tilstedeværelse kan forhindre fødselsangst og redusere forekomsten av ønske om keisersnitt ved neste fødsel. Tilstedeværelse kan bidra til at fødselsopplevelsen blir positiv på tross av en traumatisk fødsel, med intervensjoner. Videre sa de at å være til stede er en viktig faktor for den psykiske helsen etter fødselen, for tilknytning til det nyfødte barnet og for familiens fremtidige helse.

Så det har veldig stor innvirkning det vi gjør, veldig stor. Det er som en blekksprut med flere armer. Vi omfavner ganske mange sider av et aspekt i det å bli mor og far. Det

er en brytning til noe som skal bli bra, men som også kan gå veldig, veldig feil hvis vi som fagpersoner ikke har tid.

Fødeavdelingens filosofi

Aksept på tilstedeværelse

Jordmødrene etterlyste ledere, gynekologer og jordmødre som brenner for temaet, som kan sette fokus på viktigheten av tilstedeværelse. Det er ikke nok å bare mene at det er viktig, det må også være et tema og en filosofi for avdelingen. Slik at alle blir bevisste hva som er viktige deler av en jordmors funksjon. Tilstedevæ-

«Kvinner i fødsel bør ikke overlates til seg selv.»

relse er vanskelig å måle, det er ikke en prosedyre man kan krysse av og få betalt for.

Jordmødrene trakk frem viktigheten av å føle at de får lov til å være til stede for paret når det er nødvendig. Det krever et godt samarbeid mellom kollegaer på jobb, samtidig som at det vises forståelse for hverandres måte å arbeide på. Det må legges til rette for et godt samarbeid, hvor man bruker styrkene til hverandre og hvor man jobber sammen i et team.

Det ble uttrykt ulik forståelse og aksept for tilstedeværelse på fødestuen, og det er store ulikheter i hvordan man arbeider. Noen er til stede på rommet hele tiden, andre lite. Det ble også løftet frem en opplevelse av å få slengbemerkinger dersom man var mye til stede på fødestuen. Enkelte ganger måtte man bruke badekar som unnskyldning, hvis det ellers var en travel avdeling. I badekar kan ikke kvinnen forlates.

Jeg sa til kollegaen min: Du kan ikke bli der inne, for vi har ikke tid! Kollegaen min svarte: Jo, men damen min krever det, og trenger det! Jeg svarte: Men det gjør min dame også, men i og med at du gjør det så kan ikke jeg gjøre det. Hvis jeg har behov for å stå i et kvarter før hun begynner å trykke, så kan ikke jeg det fordi du sto der i to timer. Så det vil si at da forlanger du at jeg skal gi dårligere omsorg fordi at du skal gi det som du synes er riktig. Det er hovedtemaet på vår avdeling, og det er veldig synd.

Opplevelse av utilstrekkelighet

Utfordringer i forhold til bemanning gjør at jordmødre på vakt må ansvar for flere fødende kvinner samtidig. De er frustrerte og føler ikke lenger at de strekker til, fordi det ikke alltid er tid til å skape en relasjon med paret. Jordmødrene ser behovet for deres tilstedeværelse, men har ikke tid til å følge det opp.

WHO sier at de har krav på det. At noen skal være der

i aktiv fase av fødselen i hvert fall. Så da, da blir man litt oppgitt over at man ser at det heller går andre veien. Da tenker jeg, innimellom så lurer jeg på om det er verdt det på en måte. Om det har noen hensikt å jobbe som jordmor da, når du føler at alt på en måte motarbeider deg.

Det ble også uttrykt at travelhet i avdelingen gjør at man i enkelte situasjoner tyr til epidural i stedet for tilstedeværelse, og setter på CTG slik at de kan observere fosteret fra arbeidsstasjonen istedenfor inne på fødestuen. Nedbemanning og ansvar for flere fødsler med komplikasjoner samtidig, gjør at de med normale fødsler blir sittende på gangen. De får nesten ikke plass, og kommer i siste rekke. Jordmødrene uttrykte bekymring for at da kunne det bli fødselsangst og keisersnitt neste gang fordi de ikke var til stede.

Så går du tilbake, så ser du en CTG som du ikke kan tolke. Fordi at dama har vært så urolig. Hva er det her da? Er det mors puls? Eller er det barnets? Har ikke peiling vet du, fordi at du har ikke vært der. Det er sjelden, men det skjer. Når du setter på en CTG, så må man på en måte – du kan ikke bare sette på en CTG, man må være der.

Diskusjon /konklusjon

Studien viser at jordmødrene syntes tilstedeværelse på fødestuen er av stor betydning. Både for kvinnen og hennes ufødte barn, for parforholdet, familiens fremtidige helse og ikke minst for jordmors følelse av å kunne arbeide i henhold til sin ideologi. Internasjonale etiske retningslinjer for jordmødre bygger på å jobbe med kvinnen i fødsel (ICM, 2003). Allikevel er det jordmødre som med sin moralske standard og verdisyn arbeider i konflikt med disse retningslinjene, noe denne studien viser. Ifølge Haldorsdottir og Karlsdottir (2011) og Russell (2007) jobber ofte jordmødre med leger som har en annen ideologi. Det kan være utfordrende for jordmødrene dersom de blir pålagt å arbeide etter en ideologi som er forskjellig fra deres egen. Hunter og Segrott (2008) påpeker at jordmødre ofte står overfor et valg mellom å være lojal mot den institusjonen der de jobber, eller mot kvinnene de jobber med.

Jordmødrene mente at deres tilstedeværelse kan bidra til å holde fødselen normal og til å fremme en god fødselsopplevelse. De påpekte hvor viktig det var å tilpasse seg hver enkelt kvinne og deres ulike behov for tilstedeværelse. Dette støttes opp av Callister et al. (2010) som i sine resultater fant at kvinnene mente jordmors rolle var essensiell i å bidra til en positiv fødselsopplevelse. Thomson og Downe (2010) forklarer at relasjonen som bygges gjennom fødselen, og kvaliteten på omsorgen som gis, er avgjørende faktorer for en god fødselsopplevelse. Støtten er like viktig hos en

førstegangsfødende som hos en flergangsfødende med tidligere traumatisk fødselsopplevelse.

Jordmødrene påpekte viktigheten av å ha tid til å skape et godt første møte, da det la grunnlaget for videre relasjonsbygging. Slik uttrykte de et ønske om å være «en ordentlig jordmor». Pairman (2006) sier at hele jordmorfaget dreier seg om relasjonen mellom kvinnen og hennes jordmor. Samarbeidet involverer tillit, delt kontroll og ansvar, og delt mening gjennom en felles forståelse. Dette støttes opp av Spurkeland (2005), som sier at man intuitivt kan føle tillit eller mangel på tillit som en bevegelse mot varme eller kulde i det første møtet. Jordmødrene sa at for å skape en tillitsfull relasjon er det første møtet avgjørende, og det å ha tid er essensielt i å skape tillit og trygghet i relasjonen. Det å være en ordentlig jordmor handler om å utøve gode kommunikasjonsferdigheter slik at relasjoner dannes. En god jordmor ser kvinnenes individuelle behov, og har muligheten til å møte disse behovene. Gjennom tilstedeværelse vil kvinnen få økt grad av empowerment (Nicholls og Webb, 2006).

Jordmødrene uttrykte en følelse av utlilstrekkelighet

ved opplevelsen av å ikke ha tid eller få tid til å danne en god relasjon. De sa at det ikke ble sett på som viktig ettersom det ikke kan måles eller kodes, slik at avdelingen får betalt. Hunter et al. (2008) påpeker at det er relasjonen og tilstedeværelsen som er de usynlige trådene som holder omsorgen sammen på fødeavdelingen. I Norge i dag er kontinuerlig tilstedeværelse vanskelig å gjennomføre, med sentralisering inn til de store kvinneklinikkene og hvor obstetriske ideologier dominerer. De jordmødrene fødestuene legges ned med argumentasjoner om at en slik drift er lite effektiv og faglig uforvarlig. Dette til tross for at Rijnders et al. (2008) sier at å føde på et stort sykehus øker risikoen for en negativ fødselsopplevelse.

Gode jordmødre er der for kvinnene og viser godhet og medfølelse. Dette er et element som kan mangle når kvinner får omsorg i et medisinsk orientert, framfor et jordmor orientert, system (Nicholls og Webb, 2006). Autonome jordmødre bruker mer tid inne på fødestuen (Russel, 2007), mens utrygge jordmødre bruker teknologi framfor å tro på seg selv og sine egne vurderinger (Gagnon, 2011).



TRYGGHET: Tilstedeværelse er viktig for fødselsopplevelsen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Teknologien kan danne en barriere mellom jordmor og kvinnen; selv om teknologien er en del av jordmors hverdag, må den forvaltes på riktig måte (Blåka, 2002). Kontinuerlig fosterovervåkning bør ikke brukes ved normale fødsler, da det gir en økt forekomst av intervensjoner og keisersnitt. Kostnader ved keisersnitt, overvåkningsutstyr og det å utdanne helsepersonell innenfor en slik praksis bør tas med i vurderingen om å gi en-til-en omsorg (WHO, 1996). Hodnett et al. (2011) løfter fram at med kontinuerlig tilstedeværelse vil man få redusert frekvensen av keisersnitt, operative vaginale forløsninger og behovet for smertelindring. Jordmødrene i denne studien forklarte at de på travle arbeidsdager koblet på CTG for å ha kontroll over barnet, og at dette kunne bli sett på som falsk trygghet og erstatte tilstedeværelse. Det er viktig å bruke teknologien som et hjelpemiddel og ikke en erstatning for det å være til stede. Carlton et al. (2005) sier at viktigheten av tilstedeværelse ofte er undervurdert og kan ikke understrekes nok. Den positive effekten av en-til-en-

omsorg bør bli vurdert, for ofte er det antatt at slik omsorg er mer kostbart enn for eksempel kontinuerlig fosterovervåkning.

Det er viktig å legge til grunn forskning som foreligger omkring tilstedeværelse av jordmor under fødselen ved organisering av fødselsomsorgen. Denne studien viser at jordmors evne til å inngå i en relasjon med kvinnen og hennes forståelse av jordmorfaget er viktige faktorer for tilstedeværelse under fødselen. Uavhengig av disse må avdelingens ledelse legge til rette for tilstedeværelse, dersom dette skal være et mål. På den måten får jordmødre muligheten til å utføre den beste praksis, og kvinnene får omsorg av høy kvalitet. ■

Artikkelen er et utdrag av en vitenskapelig artikkel publisert i Midwifery volum 30. 2014 issue 1 s.89-95 «Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour.»

Referanser:

- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E. og Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12, 11–15.
- Blåka, G. (2002). Grunnlagstenkning i et kvinnefag; Teori, empiri og metode. Polen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Callister, L.C., Holth, S. T. og Kuhre, M. W. (2010). Giving Birth – The voices of Australian Women. *Journal of Perinatal and neonatal nursing*, 24 (2), 128–136.
- Carlton, T., Callister, L.C. og Stoneman, E. (2005). Decision making in labouring women - ethical issues for perinatal nurses. *Journal of Perinatal and neonatal nursing*, 19(2), 145–154.
- Downe, S. (2004). *Normal Childbirth: Evidence and Debate*. Churchill Livingstone, London.
- Gagnon, R. (2011). Midwifery in a new context: Expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth. *Midwifery*, 27, 360–367.
- Halldorsdottir, S. og Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 806–817.
- Helsedirektoratet (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Publikasjoner/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen.pdf>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. og Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth (review). *The Cochrane Collaboration*.
- Howarth, A., Swain, N. og Treharne, G. J. (2011). First-time New Zealand mothers' experience of birth: Importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives, journal* 45.
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdottir, O., og Kirkham, M. (2008). Relationships: the hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24 (2), 132–137.
- Hunter, B. og Segrott, J. (2008). Re-Mapping client journeys and professional identities: a review of the literature on clinical pathways. *International Journal of Nursing Studying*, 45, 608–625.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2003). Core document. ICM International Code of Ethics for Midwives. Tilgjengelig fra: www.internationalmidwives.org
- Lundgren, I., Karlsdottir S. I. og Bondas, T. (2009). Long time memories and experiences of childbirth in a Nordic context – secondary analysis. *International Journal of Qual Stud Health well being*, 4, 115–128.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, 3. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nelson, A.M. (2004). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32, 465–477.
- NICE (2007). *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline*. London: RCOG Press; 2007. Tilgjengelig fra: <http://guidance.nice.org.uk/CG55/niceguidance/pdf/English>
- Nicholls, L. og Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically diverse research. Blackwell Publishing Ltd.
- Pairman, S. (2006). Midwifery partnership: working «with» women. I: Page, A. og McCandlish, R. (2006). *The New Midwifery. Science and Sensitivity in Practice*. Netherlands: Churchill Livingstone Elsevier.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J. og Buitendijk, S. (2008). Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35 (2), 107–116.
- Russell, K. E. (2007). Mad, bad or different? Midwives and normal birth in obstetric led units. *British Journal of Midwifery*, 15 (3), 128–131.
- Spurkeland, J. (2005). Relasjonskompetanse: resultater gjennom samhandling. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thomson, G. K. og Downe, S. (2010). Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (1), 102–112.
- WHO (1996). *Safe motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. Department of reproductive health and research. World Health Organization. Geneva.

Etterlysning!

Jordmødre med utenlandsk opprinnelse søkes

Nasjonal kompetansetjeneste for amming og Gro Nylander arbeider med planer om å få oversatt ammefilmen «Bryst er best» til urdu, så vel som flere andre «innvandrerspråk». Til dette søkes jordmødre med ulik utenlandsk opprinnelse.

Senter for innvandrerhelse har nylig latt en fokusgruppe av norsk-pakistanske kvinner se filmen og komme med innspill. Den nyeste utgaven av «Bryst er best» er nå oversatt til en rekke språk, men akkurat «innvandrerspråkene» er det ingen som har meldt seg til å ta, og vi vet at behovet er stort både i Norge og andre land.

Senteret søker nå en norsk-pakistansk

jordmor som muligens kunne tenke seg å bidra? Avhengig av hva vedkommende måtte ha av lyst, tid og overskudd kan det dreie seg om enten/eller å:

- 1) kvalitetssikre en oversettelse gjort av ikke-ammekyndig person, for å sjekke at de riktige uttrykkene brukes.
- 2) stå for hele oversettelsen selv.
- 3) lese inn den fortløpende kommentaren på urdu, hvis hun har en passende stemme.

Senteret er svært takknemlig om de kan komme i kontakt med en eller flere norsk-pakistanske jordmødre, og om det finnes, gjerne også jordmødre med somalisk, tyrkisk, thai, filippinsk bakgrunn. Arbeidet ville bli honorert.

Er det deg de søker, eller kjenner du noen det kan være aktuelt for? Ta kontakt på epost: gro.nylander@oslo-universitetssykehus.no og grnyl@online.no ■



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Skriv i Jordmora

Jordmorstudent? Påbygning master i jordmorfag?
Skriv i Jordmora!

Jordmorforbundet vil at studentenes stemme skal bli hørt, og ønsker å ha en fast spalte hvor jordmorstudenter skriver om aktuelle temaer. Stikkord for spalten er utdanning, praksis, studentliv og andre temaer av spesiell interesse for jordmorstudenter. Vi ønsker bidragsytere fra begge årstrinn og fra mastergradsstudenter. Har du lyst til å skrive for oss? Send en e-post til jordmor@sykepleierforbundet.no, eller send

oss en melding på facebooksidene våre! PS! Jordmorforbundet vil ut å besøke alle jordmorstudenter for å fortelle om oss og hva vi som forbund kan gjøre for dere. Ikke hatt besøk av oss? Ta kontakt! Husk også at vi har inngått avtale med nettbokhandelen Tanum.no om at våre medlemmer får garantert billigst bøker!

Les mer på www.jordmorforbundet.no

Psykologisk smertemestring

Noen gravide har gruet seg lenge, mens andre kjenner først redsel når fødselen er i gang. Mange fødende ønsker å mestre smertene uten bruk av kjemisk lindring.



Av Ingvill P. Øvsthus, psykolog, bosatt i Trondheim

Disse kvinnene og deres jordmødre kan bruke psykologisk smertemestring hvor kvinnen selv jobber aktivt med egen smerteopplevelse og frykt.

Mennesket som pattedyr

Vi mennesker går gjennom de samme fysiske prosessene ved reproduksjon som andre pattedyr; egg befruktes, hormoner utskilles, livmora trekker seg sammen under fødselen, og etterpå produserer mor melk til barnet. Det er derfor nærliggende å hente kunnskap om fødsel fra hvordan dyrene gjør det. Samtidig skiller mennesket seg fra andre dyr ved at vi har en velutviklet hjerne med hjernebark, som gir oss fordeler som blant annet abstrakt tenkning og språk. Ulempene er imidlertid at vi med våre velutviklede hjerner også er i stand til mental grubling. Vi kan forestille oss det vi frykter mest og dermed kan vi også overstyre våre instinkter. Dette kan skape frykt som hindrer den fødende i å møte de kroppslige prosessene på en åpen og avslappet måte. Kvinner med fødselsangst har som regel tenkt veldig mye, de har lest og googlet og vet om mange ting som kan gå galt. De har derfor mange og sterke assosiasjoner mellom fødsel og frykt.

Psykologisk smertemestring og selvhypnose vil hjelpe kvinnen å beholde roen, eller gjenvinne den etter perioder med frykt og fortvilelse. Hun vil også

være bedre rustet til å mestre smertene forbundet med fødsel. For å utøve psykologisk smertemestring bør jordmor, den fødende og hennes fødselspartner vite hva smerte er, forstå hvordan kroppen reagerer når vi blir stresset og kjenne til hvordan vi kan bruke vårt mentale fokus til å påvirke smerteopplevelsen.

Smerte i et biopsykososialt perspektiv

I et biopsykososialt perspektiv forstås ikke smerte kun som en fysiologisk prosess, men et resultat av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Denne forståelsen ligger også til grunn for moderne behandling av for eksempel ryggsmarter. Når vi kjenner smerte går det nervesignaler fra stedet hvor det gjør vondt til hjernen. Hvordan vi tolker signalene er imidlertid avgjørende for hvordan vi opplever smerten. Begynner vi å tenke på at smertene vil vare i timesvis eller tror de er farlige, kan vi bli veldig fortvilet og redde. Minner smertene oss om tidligere traumatiske opplevelser, vil det vekke frykt. Redselen og de hormonene vi utskiller når vi blir redde, vil da kunne forsterke smerteopplevelsen og bidra til at det føles uoverkommelig. Hva vi gjør i møtet med smertene vil også påvirke opplevelsen. Hvis vi spenner musklene og stritter imot smertene vil det bidra til at vi får mer vondt. Er vi alene uten noen som gir støtte og omsorg, vil kapasiteten vår til smertemestring kunne reduseres. Hvis vi ikke vet hva vi skal gjøre i møte med smertene, kan vi bli overveldet. Psykologisk mestring av fødselssmerter innebærer fokus på å unngå å bli redd for smertene og å benytte teknikker for å gjøre noe aktivt når vi opplever smerte eller blir redde. Det vi tenker påvirker kroppen, og kroppen påvirker det vi tenker. Dette er prinsipper man finner igjen i kognitiv atferdsterapi hvor sammenhengen mellom tanker, følelser og handling står sentralt.

Individualterapi

Psykolog Ingvill P. Øvsthus holder kurs for jordmødre og barnepleiere, og tar i mot kvinner med fødselsangst i individualterapi. På sikt ønsker hun også å starte kurstilbud for gravide og deres fødselspartnere. ingvillpo@gmail.com / fødselsangst.no.

ANGST: Hormonene vi utskiller når vi blir redde, vil kunne forsterke smerteopplevelsen Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Det vi tenker påvirker kroppen, og kroppen påvirker det vi tenker.»

Kroppens stressrespons

Når vi blir redde, kickstartes kroppens stresssystem kalt «Fight-or-flight»-responsen. Denne reaksjonen har vi utviklet gjennom evolusjonen for å overleve. Møter du en bjørn i skogen har du to valg – kjempe eller flykte. Uansett hvilket alternativ du velger, så trenger du kroppens ressurser for å yte maksimalt og redde deg selv. Kroppen skiller da ut stresshormoner som blant annet øker blodomstrømningen i kroppen, frigjør energi fra musklene og gjør oss mentalt skjerpet. Denne reaksjonen er ressurskrevende, kan gjøre musklene anspente og gjør oss alt annet enn mentalt avslappet. Anspente muskler gjør at smerteopplevelsen blir sterkere. Når «Fight-or-flight»-responsen er i gang blir vi veldig bevisste på omgivelsene våre, og det hindrer oss i å ha et innadvent fokus på egen kropp og instinkter slik mange trenger under fødsel. Hvis vi igjen tenker på mennesket som et pattedyr, så strider det i mot våre instinkter å føde et forvarsløst spebarn når vi er fulle av redsel. Stresshormonene fører dessuten til at blodet i kroppen sendes til hjernen, armer og bein slik at vi kan tenke lurt, kjempe eller flykte. Indre organer nedprioriteres og livmoren og babyen får ikke maksimalt med oksygen.

Alt dette skjer som respons på vår mentale tolkning av situasjonen vi er i. Dette betyr at det spiller ingen rolle om det er en reell eller innbilt fare, hormonene pumpes ut uansett. Det betyr at det spiller ingen rolle om fødselen er normal og alt går bra, hvis kvinnen uansett er redd. Fra naturens side betyr smerte fare og at noe galt har skjedd med kroppen vår. Vi blir med en gang opptatte av å finne ut hva som har skjedd og hvordan vi kan få fjernet smerten. Fra vi er barn lærer vi å passe oss for det som gjør vondt. Fødselsmerter er imidlertid ikke farlige, de indikerer ikke at noe er galt og vi skal ikke unngå dem. Det betyr at vi må fortelle hjernen at disse smertene er en naturlig del av fødselsprosessen og at det ikke er grunn til å frykte dem. «Fight-or-flight»-responsen er laget for kortvarige, akutte situasjoner, og ikke timeslange forløp som en fødsel kan være. For å spare kreftene, må vi dempe stressresponsen når vi har muligheten. Tiden mellom riene er her sentral. De fleste gravide tenker på hvordan de skal takle selve riene, men de færreste er like opptatte av hva de skal gjøre mellom riene. I de periodene er det særlig viktig å roe ned, etablere trygghet og styrke egen psyke. Stimulering



TRYGGHET: Man bør etterstrebe en rolig og intim stemning på fødestuen. Illustrasjonsfoto: Coloubox.

av oxytocinproduksjonen gjennom berøring og massasje kan være en fin oppgave for fødselspartner i disse periodene.

Snakk til den primitive hjernen

Fødende får ofte høre at de må slappe av. Men hva betyr det? Den fødende kvinnen vil kunne ha vanskelig for å omdanne en slik beskjed i handling. «Å slappe av» er et abstrakt uttrykk som appellerer mest til den intellektuelle delen av hjernen vår. Under fødsel vil det derfor være bedre å kommunisere med den mer primitive delen av hjernen som responderer på enklere instruksjoner. Eksempler på dette kan være å slippe kjeven ned slik at hun også slapper av i underlivet, sukke tungt, forestille seg at ansiktet blir helt glatt eller se for seg at man puster ned i livmora under en ri. Slik forteller man fødekvinne mer konkret hva hun kan gjøre for å oppnå avspenning. Å puste rolig og dypt gir automatisk avslapping, og det sendes mer energigivende oksygen til livmoren og fødselskanalen. Det viktige er altså å forteller kvinnen hva hun skal gjøre i små, håndterbare forslag, og særlig unngå å bruke formuleringer med «ikke». Den primitive hjernen har vanskelig for å nytte av beskjeder som «ikke spenn deg!» når den ikke får forslag til alternativer.

Mellom rier kan kvinnen gjøre «kroppsskanning» for å slippe opp spenninger og bruke tiden til å lade seg opp til neste ri. I denne øvelsen går man gradvis gjennom kroppen, sender pusten til hver kroppsdel og kjenner at man blir tung og avspent der. Fødselspartner kan få i oppgave å minne kvinnen på denne øvelsen når jordmor ikke er til stede. Den fødendes avslapping kan fasiliteres gjennom alle sansene hennes. Avspenning kan med fordel formidles non-verbalt gjennom for eksempel musikk (hørselsansen), berøring eller badekar (taktil sans), stearinlys (visuell sans), duftlys eller lavendelolje (luktesansen). Da kan fødekvinne beholde sitt indre, kroppslige fokus samtidig som omgivelsene minner hennes underbevissthet på at her er det trygt og avslappet. Når vi ser på fødselen som en instinktiv og naturnær prosess, faller det seg naturlig å stimulere til ro og avspenning gjennom sansene og ikke kun med ord.

Ro, trygghet og kjærlighet

Hvis vi legger til grunn at mennesket er et pattedyr, gir det oss en pekepinn på hva kvinnen trenger av sine omgivelser når hun skal føde. Livmoren og livmorhalven består blant annet av muskelvev som er sensitiv for vår emosjonelle reaksjoner og påfølgende hormonelle respons. Redsel har vi vært innom, men også

andre følelser kan trigge «Fight-or-flight»-responsen. Underlivsundersøkelser og naken kropp vil for en del kvinner vekke skam og ubehag som deretter kan føre til anspenhet og energitap. Her vil det være viktig å legge til rette for at kvinnen bevarer sin trygghet og integritet. Noen kvinner er redde for å forandre væremåte og rope ting de vil angre på seinere. Andre

«Anspente muskler gjør at smerteopplevelsen blir sterkere.»

er bekymret for at de gjør noe feil og ikke presterer godt nok. Jordmor kan med fordel tematisere prestasjonsangst, skam og flauhet overfor kvinnen og fødselspartner, da det å snakke åpent om slike ting virker frigjørende og avvæpnende. Man bør etterstrebe en rolig og intim stemning på fødestuen for å dempe opplevelsen av å bli observert på et fremmed, skummelt sted. Jordmor kan spørre fødekvinne om hun kjenner på følelser som hindrer henne i å slappe av. Det som gir den fødende trygghet vil bidra til at livmora får bedre arbeidsbetingelser.

«Sterk som en tiger»

Når Marit Bjørgen skal prestere maksimalt i skisporet sier hun til seg selv at hun er en sterk tiger. Hun har til og med et bilde av en tiger på innsiden av hansken sin. Dette er et tanketriks hun har lært gjennom mental trening for å oppnå rett fokus. Det mentale bildet og utsagnet «jeg er sterk som en tiger» gir henne styrke. Innen psykologien kalles dette affirmasjoner - positivt selvsnakke som når det gjentas styrker troen vår på oss selv. Å føde er en fysisk krevende oppgave, mange vil si det er som et maraton eller tre. Vi kan derfor lære et og annet av idrettspsykologi. For mange kvinner vil det være uvant å gi seg hen til en rekke fysiologiske prosesser under fødselen. Likevel vil mange kunne oppleve at ved å gjøre nettopp det, så vil fødselen gå bedre. Samtidig kan kvinnen beholde kontrollen over sitt eget sinn og bruke egen psyke aktivt under fødselen gjennom bruk av visualisering og affirmasjoner. Dette er elementer i det som kalles selvhypnose, hvor man under fødsel samler oppmerksomheten med fokus på avspenning og regulering av emosjoner.

Selvhypnose er mye brukt innen behandling av langvarige smerter og har vist seg å ha smertelindrende effekt. En sentral forutsetning i selvhypnose er menneskets evne til å påvirke egen psyke og oppmerksomhet. Man lager nye og hjelpende koplinger i hjernen slik at smerte trigger mestringstro og følelse

av ro fremfor frykt og anspenthet. Effekten av selvhypnose vil være best hvis kvinnen har praktisert det i tiden før fødselen, men jordmødre kan med fordel introdusere disse teknikkene i fødsler hvis kvinnen er åpen for det.

Visualisering

Når man visualiserer under fødsel danner man seg et indre, mentalt bilde som hjelper en med å slappe av, holde ut smerte eller finne motivasjon. Å se for seg smerten vil kunne styrke fødekvinnens opplevelse av kontroll over den. Et eksempel på dette er å se for seg en ri som en bølge som skyller gjennom kroppen eller en blomst som folder seg ut. Slik danner kvinnen seg et mentalt bilde som hun kan fokusere på under riene, som gir mening til sanseopplevelsene og deretter kan bidra til at hun ikke blir redd eller unødvendig anspent. En annen potensielt effektiv visualisering kan være å se for seg babyen sin jobbe seg gjennom fødselskanalen. Det kan styrke opplevelsen av at mor og baby samarbeider om prosessen. Å se for seg babyen sin kan også gi motivasjon og styrke i tøffe stunder. Får kvinnen panikk eller føler seg utrygg vil det å se for seg et trygt sted, f.eks hagen til bestemor hvor man var på sommerferie som liten, kunne virke emosjonsregulerende. Jordmor eller fødselspartner kan da hjelpe kvinnen til å danne seg et rikt mentalt bilde ved å spørre hvordan det ser ut og hvordan det føles å være der. Smerte og andre sanseopplevelser er som nevnt et resultat av en biopsykososial prosess. Hvis vi ser for oss at smerteimpulsene er som vannet i ei elv eller som bølger på ei strand, vil vi tolke disse nervesignalene annerledes enn hvis vi kun tenker at dette gjør vondt, vondt, vondt.

Affirmasjoner

Affirmasjoner, også kalt «positivt selvsnakk», er utsagn som under fødsel gir mestringstro, avspenning eller regulerer emosjonelle reaksjoner. Slikt selvsnakk kan hjelpe fødekvinnen å påvirke egen psyke og kropp under fødselen slik hun vil, akkurat som Marit Bjørgen. Affirmasjoner vil oftest være enkle utsagn som appellerer til kvinnens selvbilde og indre styrke. En effektiv affirmasjon kan være «kroppen min er laget for dette og klarer det», «dette er intenst og jeg holder ut», eller «jeg og babyen jobber sammen». Å viske affirmasjoner til den fødende vil kunne være en fin oppgave for fødselspartneren. Kvinnen kan forberede seg til fødsel ved å utforme affirmasjoner hun tror vil ha ønsket effekt på henne, eller jordmor kan foreslå affirmasjoner under fødselen som hun av

erfaring tror kan hjelpe. Affirmasjonene vekker positive følelser som ledsages av hjelpsomme hormoner fremfor stresshormoner.

Suggesjoner

Suggesjoner er selv-snakk slik som affirmasjoner, men er rettet mer mot å oppnå en ønsket kroppslig respons. Under fødselen ønsker vi suggesjoner som hjelper kvinnen å følge kroppens signaler og være avslappet. Også jordmor eller fødselspartner kan formidle suggesjoner til fødekvinnen. Eksempler på potensielt virksomme suggesjoner under fødsel kan være «jeg er tung og myk i kroppen», eller «jeg lar smerten komme og gå». Man kan med fordel kombinere suggesjoner og visualiseringer slik som Marit Bjørgens tiger. Et eksempel under fødsel vil være å si til seg selv «livmorhalsen min er glatt, avslappet og åpen» samtidig som man ser for seg nettopp det. Ved å ha mentalt fokus på livmorhalsen vil kvinnen kunne bidra til at den blir avslappet og åpen, og man kopler hjerne og kropp sammen.

Stabiliseringsøvelser ved panikk

Noen kvinner blir så slitne, fortvilet eller redde at de havner i en tilstand av panikk. Vi kan da forstå det som at kvinnen blir så overveldet at hun ønsker å flykte fra sin egen kropp og situasjonen hun er i, og det er vanskelig for henne å komme ut av denne reaksjonen på egenhånd. For jordmor kan det da være nyttig å kjenne til noen teknikker for å hjelpe kvinnen å samle seg mentalt og emosjonelt. Hvis kvinnen er så preget av panikk at hun kopler ut omgivelsene kan det være effektivt å be henne se deg i øynene, be henne kjenne på hånden din, holde en hånd på pannen hennes, eller gi henne en våt vaskeklut hun kan trykke på. Dette er ytre stimuli som vil hjelpe henne ut av en tilstand preget av dissosiasjon og vende fokuset tilbake mot her-og-nå-situasjonen. Stikkordet her er enkle, fysiske stimuli som kommuniserer med hennes primitive hjerne fremfor mange ord som hun ikke klarer å ta inn. Hvis kvinnen er stresst og redd, men fortsatt mentalt til stede, vil øvelser som fokuserer på å dempe puls og pust være nyttig. Jordmor kan da be henne klemme rundt seg selv med begge hendene, holde hånden sin på hjertet, sukke tungt eller stryke seg selv langsomt nedover armene samtidig som hun puster dypt. Dette er øvelser som reparerer «kortslutningen» i hodet som oppstår ved panikk. Vi vil at kvinnen skal tørre å kople seg på egen kropp igjen slik at hun kan samarbeide med den og sine fødselshjelpere. ■

NYTTIG: Strikkebrystet er fint å bruke i undervisningsøyemed.



Strikk en pupp

Driver du med ammeveiledning? Driver du med «håndspåleggelse» på kvinners bryst for å forklare hva du mener, eller tar du sågar i bruk din egen pupp for å få vise ting godt nok? Her er løsningen: Strikk en pupp!

Tekst og bilde **Ingeborg Drejer Thomassen**, strikkende jordmor og ammeveileder.

Pinne nr 3.
Enkelt bomullsgarn.

Sånn gjør du:

Legg opp 12 masker.
Stikk en pinne.
Strikk maskene over på 4 pinner, samtidig som du øker på alle maskene, til 24m.
Strikk 2 omganger uten å øke.
Neste omgang doubles igjen alle maskene til 48m.
Strikk 3 omganger uten å øke.
Tiende omgangen økes annen hver maske (liten pupp) til 72 m, ønsker du stor pupp, økes det på alle masker til 96m.
Stikk så 9 omganger, uten å øke til liten pupp, eller 13 omganger (eller mer) til stor pupp.

Felling:

Strikk 4 masker, strikk sammen 5. og 6. maske. Gjenta dette ut omgangen.
Strikk 2 omganger.
Strikk 3 masker og de to neste sammen en omgang. Deretter 1 omgang uten felling.
Strikk 2 masker og 2 sammen en omg + en omgang uten felling.
Strikk 1 maske og to sammen + en omgang uten felling.
Skift farge og strikk 2 omganger uten felling.
Ønskes større brystknopp, skift farge etter siste felleomgang eller før.
Strikk så 2 masker og 2 sammen + en omgang uten felling.
Strikk 1 maske og 2 sammen + en omgang uten felling til du har ca 8 masker igjen. Klipp tråden (litt lang), strikk maskene og dra tråden igjennom.

Bruk en nål og få tråden på vrangsida midt i «brystknoppen». Sy deretter fast ei treperle i passe størrelse. Fest trådene i fargeskiftet.

Fyll brystet med vatt, oppklippet porolon eller annet (det er en fordel at fyllet kan vaskes).

Sy sammen åpningen med «starttråden» slik at brystet holder en rund form = sy i stjerneform og dra sammen.

Del gjerne bildet av puppen på vår facebookside eller del på Instagram og tagg bildet ditt med #stoltjordmor og #strikk en pupp. ■

REDDER ET BARN: Et barn har mistet pusten ved fødselen og sykepleier Ella Einarsen bruker munn-til-munn-metoden for å redde livet til barnet. Dramatikken fant sted i Abakaliki-området i Nigeria i 1967. Ifølge Aftenposten, som hadde bildet på trykk, var sykepleieren tilknyttet Kirkens nødhjelp som hadde startet et jordbruksprosjekt i området i 1961.







IVF: Embryologist putting sample into centrifuge in laboratory hos de over 38 år er nesten 20 % IVF - graviditeter. Illustrasjonsfoto: Coloubox.

Synkende fruktbarhet og dårligere fødselsopplevelse?

Økende alder er en risikofaktor ved graviditet på linje med høy BMI og røyking. Fødselsopplevelsen preges dessuten i større grad av komplikasjoner.



■ Av Aaste Gjernes, jordmor, kvinneklinikken Haukeland

Det er faktisk risikoen du løper dersom du velger å vente lenge med å få barn, ifølge nyere forskning. Demografer og ulike andre fagfolk har ropt varsko lenge allerede: Vi blir færre europeere. Den samme tendensen er også beskrevet i land som Japan og Sør-Korea. Mange velger å ikke få barn i det hele tatt og fruktbarhetsratene har sunket siden årtusenskiftet.

Det er uten tvil en økende tendens at kvinner - og menn - utsetter å få barn. De er ikke klar over risikoen de løper, og heller ikke at fertiliteten synker fra midten av 20-årene, som biologisk sett er den gunstigste tiden å få barn.

Forsket på eldre førstegangsfødende

«Jordmora» har truffet de bergensbaserte jordmø-

drene Anne Britt Vika Nilsen og Vigdis Aasheim, som begge har vært tilsluttet et forskningsprosjekt ved Karolinska instituttet i Stockholm. De har hver for seg forsket på ulike problemstillinger omkring barneønske hos godt voksne kvinner og menn - og eldre førstegangsfødende. Doktorgradsarbeidet ble påbegynt i 2009 og de har kjørt relativt parallelle løp frem til de disputerte på hver side av årsskiftet 2013 / 2014. De innehar begge i dag stilling som førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen - Jordmorutdanningen.

Anne Britt var ferdig sykepleier i 1982 og jobbet på Nyfødt på Stavanger Universitetssykehus (den gang Rogaland Sentralsjukehus). Hun var ferdig med turnusåret som jordmor i -89 og begynte på fødeavdelingen på KKB. I 1995 var hun med på å åpne Storken,

den gang den alternative fødeenheten ved KK i Bergen. I 1998 tok hun hovedfag i helsefag og fra 2001 til 2005 var hun fagutviklingsjordmor på Kvinneklinikken. I 2005 begynte hun på Jordmorutdanningen, etter å ha hatt to vikariater samme sted tidligere.

Vigdis var ferdig sykepleier i 1980 og fullførte turnusåret som jordmor i 1983. Hun arbeidet innledningsvis to år på Aker sykehus. Fra 1986 til 1997 var hun knyttet til Kvinneklinikken i Bergen, fortrinnsvis ved Fødeavdelingen og Observasjonspost for gravide. Hun studerte samtidig i disse årene. Fra 1997 til 2002 var hun lærer på sykepleierutdanningen, og i årene 2002 til 2004 var hun fagutviklingsjordmor på KKB sammen med Anne Britt.

Mor-barn-undersøkelsen

Den svenske forskeren og professoren Ulla Waldenström hadde et 20 % professorat ved Høgskolen i Bergen i en periode og var den som utfordret Anne Britt og Vigdis til å starte sine forskningsprosjekter. Bakteppet var en debattbok hun hadde gitt ut i Sverige «Det er kris i befolkningsfrågan». Data ble hentet fra Fødselsregisteret, den norske mor-barn-undersøkelsen, Folkehelseinstituttet og tilsvarende svenske data, samt en svensk panelstudie med 3500 deltakere. Til sammen utgjør dette bortimot 1 million førstegangs fødende i Norge og Sverige over en periode på 20 år.

Ulla Waldenström leder prosjektet Postponing Parenthood og hun var biveileder for dem begge. Hovedveileder var Erica Schytt, professor Svein Rasmussen ved Kvinneklinikken i Bergen har også vært bi-veileder for begge. Disputasene skjedde ved Karolinska instituttet.

Både kvinner og menn

Anne Britt har sett på både kvinner og menn i sine studier. Vigdis har konsentrert seg om kvinnene.

Fellesnevner for begges forskning er at unge mennesker i dag venter ut over den biologisk mest gunstige tiden med å forsøke å få barn. For en generasjon siden var det vanlig å få sitt første barn i 20-årene. I dag er det utbredt å vente til etter fylte 30 - og særlig er menn innstilt på å utsette å få den førstefødte. Ifølge Statistisk sentralbyrå har snittalderen for kvinner steget fra 23 år i 1970 til i underkant av 29 år i 2013. Menn er ofte litt eldre enn sine partnere og i snitt 2-3 år eldre når de blir far for første gang. Anne Britt har blant annet sett på ulike årsaker til at kvinner og menn venter med å få barn.

Det er en utbredt oppfatning at det er høyt utdannede i godt betalte yrker som venter lenge med å få

barn, men Anne Britts studie viser at alle grupper er representert, også enslige. Både kvinner og menn representerer egentlig alle lag av folket, både de ressurssterke og de ressursvake, fattige og rike. Gruppen førstegangsfedre er også en sammensatt og sårbar gruppe.

IVF- graviditeter

I gruppen hun har sett på er også de representert som har hatt problemer med å bli gravide. Hos de over 38 år er nesten 20 % IVF - graviditeter. Dersom IVF-behandlingen er et resultat av at parene har ventet lenge med sine graviditetsforsøk, er dette til ettertanke. Både

«Det er en økende tendens at kvinner og menn utsetter å få barn.»

representerer det en stor belastning for det enkelte par, samt at det legger beslag på store ressurser og er kostnadskreven for samfunnet.

Anne Britt fant at de viktigste grunnene til at mange venter med å få barn er at de ikke synes at de har funnet den rette partneren, de er på leting. Ev. at de har prioritert å gjøre andre ting, de ønsker tid sammen som kjærester uten barn. Flere sier at de har ikke følt seg modne nok før. Selv i gruppen over 35 år er det flere som ønsker å få barn, men som vil utsette det.

I en svensk undersøkelse har 22-åringene svart på spørreskjema om hva de tenker om det å få barn - og så er de samme fulgt opp på nytt etter 10 år om hvordan det har blitt. Her kom det frem at en del ikke var interessert i, eller i alle fall ikke særlig opptatt av barn. I tillegg kan det se ut til å være sammenheng mellom dårlig forhold til egen mor og det å ikke ønske å få barn selv. I en tilsvarende undersøkelse er barnløse fulgt opp over flere år og en har sett på ulike variabler. Hvilke valg som gjøres kan ifølge disse dataene også assosieres med hvorvidt du har vokst opp i en større by, om du selv er enebarn eller har søsken, foreldrenes utdanningsnivå og om en fortsatt bor i barndomshjemmet.

Kloke valg

De unge trenger kunnskap på området for slik å gjøre kloke valg. Konsekvensene av å vente for lenge kan jo være at det ikke blir noe barn. Ifølge Anne Britt tyder funnene på at kvinner jevnt over overvurderer egen evne til å bli gravide i «høy» alder, og det samme kan sies for menn. Tradisjonelt har vi kanskje tenkt 35 år som grensen for



FORSKERNE: Jordmødrene Anne Britt Vika Nilsen og Vigdis Aasheim, har begge vært tilsluttet et forskningsprosjekt ved Karolinska instituttet i Stockholm.

hva vi klassifiserer som eldre førstegangs fødende. I Anne Britt og Vigdis sine studier er grensen satt ved 32/33 år, bla. fordi en god del aldersrelaterte forandringer allerede har inntrådt da. Aldersgrensen er ikke absolutt og kan diskuteres.

Vigdis har sett på medisinske aspekter ved svangerskap og fødsel, samt kvinnes opplevelse av fødselen, psykiske aspekter, psykisk helse og livskvalitet. Hennes studie viser at det kan ha flere negative konsekvenser å vente med å få barn. Både diabetes og høyt blodtrykk er f.eks. komplikasjoner til svangerskap som øker med økende alder, fant hun. Eldre førstegangs fødende har også større risiko for dårlig fødselsopplevelse. Det er mer tang, vakuum og hastekeisersnitt i denne gruppen. På den annen side vet vi at mental modenhet er en større suksessfaktor når det gjelder å bearbeide den dårlige opplevelsen, enn om kvinnen er ung og mindre moden. De eldre førstegangs fødende kommer av den grunn allikevel bedre ut enn man kunne tro ut fra hva de har vært igjennom.

Angst og depresjon

Tendens til angst og depresjon øker litt i gruppen med eldre førstegangs fødende. Imidlertid viser det seg at tidligere tendens til depresjon vil være en ekstra risikofaktor her. Opplevelsen av livskvalitet etter fødsel viser seg også å være litt redusert hos denne gruppen. Studiene har også vist at mange av de godt voksne parene, særlig de over 40, har lite nettverk av familie og venner, og lever ganske isolert. Kanskje bør de eldste kvinnene introduseres til barselgrupper av kvinner på egen alder? Svangerskapsomsorgen bør kanskje ta denne kunnskapen med seg og i større grad

forberede kvinnene på hva de har i vente - introdusere problemstillingen rett og slett.

I tillegg til å ha hver sine studier har Anne Britt og Vigdis også gjort en studie sammen. Der så de på utfallet for førstegangs fødende over 30 år. De fant en økt fare for prematuritet, dødfødsel, SGA, lav Apgar og øket perinatal død. De fant - som allerede nevnt - også at økende alder alene er en like viktig risikofaktor som røyking og høy BMI. Har kvinnen alle de tre risikofaktorene er hun svært utsatt for nevnte komplikasjoner.

Ikke vente for lenge

Anne Britt og Vigdis er opptatt av at unge mennesker må bevisstgjøres på å ikke vente for lenge før de forsøker å få barn. Kanskje må det inn i skolen eller introduseres der en treffer de unge. Og at selv om det kan la seg gjøre er det ikke selvsagt at man oppnår å bli gravid når man nærmer seg 40 - og over. For den sakens skyld er det jo kjent i for mange i vårt fagmiljø at kvinner gjerne er infertile inntil de siste 10 år før menopausen. Ved litt tidlig menopause, kanskje midt i 40-årene, vil jo det kunne gi infertilitet fra 35 - 36 år. Det er nok et faktum som vil forskrekke flere - som kanskje har planlagt å legge familieførøkelse nettopp til siste del av 30-årene.

Menn bør også bevisstgjøres på at kvinnene kanskje ikke har godt av å vente så lenge, verken fysisk eller mentalt. Det har tidligere vært tatt opp ved ulike anledninger at det må gjøres noe med stønadformen i forbindelse med fødsel, idet mange venter med å få barn til de er i jobb, etter endt utdanning. Får man barn uten å være i arbeid er det som kjent kun engangsstønad man får. Kanskje bør det blåses liv i denne typen diskusjon og at samfunnet legger enda bedre til rette slik at det lettere kan la seg gjøre å få barn i en tidligere fase av livet. Viktig kunnskap er dette under alle omstendigheter både for jordmødre og andre.

Selv sier de to at arbeidet har vært arbeidsomt og kjekt. En inspirasjon for andre? ■

Referanser:

1. «Factors associated with having the first baby at an advanced age.» Anne Britt Vika Nilsen
2. «Becoming a Mother at an Advanced Age. Pregnancy outcomes, psychological distress, experience of childbirth and satisfaction with life.» Vigdis Aasheim
3. «Characteristics of Women who are pregnant with their first baby at an advanced age»
4. Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica 2012.
5. www.SSB.no



3800 jordmødre var samlet i Praha

Mer enn hundre norske jordmødre tok turen til Praha i juni for å lære om kvinnehelse, i fellesskap med kollegaer fra mange land.

Tekst **Kristiina Portankorva**, jordmor, St.Olavs Hospital, varamedlem Jordmorforbundet NSF

Den 30. ICM (The International Confederation of Midwives) ble holdt i Praha i Tsjekia den 1.-5. juni i år. Der møtte nesten 3800 jordmødre fra mange steder i verden. Flest deltakere var Australia, overraskende nok. Det var litt over 100 deltakere fra Norge.

«Midwives: Improving Women's Health» var hovedtema gjennom hele kongressen. Under hovedtema var det lagt egen tema til hver ukedag:

- Mandag: «Bridging midwifery and women's health».
- Tirsdag: «Access: bridging the gap to improving care and outcomes for women and their families».
- Onsdag: «Education: The bridge to midwifery and women's autonomy».
- Torsdag: «Midwifery: bridging culture and practise».

Mangfoldig program

Programmet kom i gang tidlig på mandag. Det var viktig å ha sett igjennom en 60–70 siders programbok, da det var mange gode forelesere og temaer å velge mellom. Jeg følte meg privilegert til å få være med og, kunne plukke ut akkurat de forelesningene som interesserte meg. Min røde tråd ble forelesningene fra land langt fra Norge, og å høre om de utfordringene

og om de gode resultatene jordmødrene hadde nådd.

Det ble et lysende glimt fra Afghanistan, om et jordmor-mentorprogram de hadde hatt i 2011–2012 med gode resultater. Jeg fikk høre om Kenya og samarbeid mellom flere afrikanske land for å øke kunnskapsnivå hos jordmødrene i distriktene. Palestinske jordmødre beskrev de utfordringene de har daglig og vanskeligheter som de fødende har på grunn av restriksjoner for å reise til sykehusene.

Stolte jordmødre

Pausene ble nesten like viktige som fore-

lesningene. Det ble en gyllen mulighet å knytte bånd og vekse erfaringer med jordmødre fra andre deler av verden over en kaffekopp. Jeg husker jordmødre fra Australia som fortalte om hjemmefødsler som en helt vanlig del av jobbhverdagen. Jeg traff en selvstendig jordmor fra Tyskland som beskrev om hverdagen sin utenfor de store fødeavdelingene, den tette kontakten mellom jordmor og gravid, eller fødende kvinne.

Jordmødre trengs over alt i verden og vi skal bidra til å skape en bedre hverdag for kvinner. Det er hovedbudskapet jeg tok med meg hjem til Norge. Jeg gleder meg allerede til neste ICM i Canada 2017. ■

Rettelser

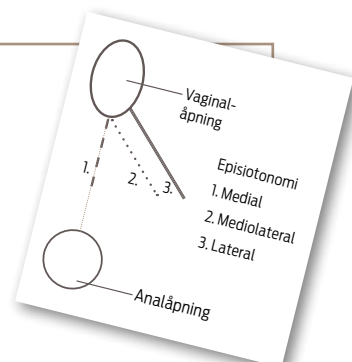
Jordmora beklager feil i forrige nummer, Jordmora 2 - 2014.

Rettelse 1:

I saken om Episiotomi, «Et klipp er ikke bare et klipp» ble det trykt feil illustrasjonsbilde. Riktig bilde skulle være dette:

Rettelse 2:

I saken om Mødre dødelighet /svangerskapsrelaterede dødsfall sto det feil navn på jordmor og kardiologisk sykepleier som arbeider på hjertepol. Riktig navn skal være Siri Kløve. Jordmora beklager dette.





INNMELDING I NSF OG I JORDMORFORBUNDET

INNMELDING NSF ORDINÆRT MEDLEMSKAP

PERSONOPPLYSNINGER

Etternavn: _____ Fornavn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ Poststed: _____

E-mail: _____

Fødselsnummer: (11 siffer) _____

Telefon privat: _____ Mobiltelefon: _____

UTDANNING

Eksamensdato: _____ Sykepleierhøgskole/sted: _____

ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsgiver: _____ Ansettelsesdato: _____

Arbeidssted: _____ Avdeling: _____

Stillingsbetegnelse: _____

KONTIGENT

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

TIDLIGERE MEDLEMSKAP I NSF

 Ja Nei Tidligere medlemsnr: Tidsrom:

EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP

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

FYLLES UT AV NSF

Medlemsnr.: _____ HPR-nr.: _____

INNMELDING TIL JORDMORFORBUNDET NSF

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

Utdanningssted for jordmorutdanning: _____

Eksamensdato for jordmorutdanning: _____

Vervet av: _____ Medlemsnr.: _____

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