

Jordmora



TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF

Sykepleien



**Graviditet
kan vekke
traumer**



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

ANSVARLIG REDAKTØR

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

REDAKSJONS RÅD

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

ANNONSER OG ABONNEMENT

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

HJEMMESIDE

www.jordmorforbundet.no

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Sörmlands Grafiska

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. Navn på fotograf skal også være med.

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

Innhold



01 - 2017

- 3** Leder: Hanne Schjelderup-Eriksen
- 4** Best sammen!
- 5** Leder: Hanne Graarud Steien
- 6** Smånytt
- 8** Gravide får hjelp mot fødselsangst
- 16** Ny kampanje forebygger dødfødsler
- 18** Tilbakeblikk
- 22** Vellykket kompetanseløft
- 23** En smakebit fra perinataldagene
- 26** Kjære jordmor, kan du se meg?
- 36** Tre på gangen





FAKTA

Hanne Schjelderup-Eriksen

Leder Jordmorforbundet NSF

Jordmødre bør få mer ansvar

Jordmødre bør få mer ansvar for å styrke folkehelsen. Jordmorforbundet NSF mener at Norge må få et lavterskeltilbud for helsetjenester for kvinner og ungdommer. I dag er fastlegene det viktigste tilbudet for konsultasjoner om seksuell helse. Undersøkelser viser at dette ikke oppfattes som et lavterskeltilbud fordi det er egenandel og ofte ventetid. Jordmødre opplever ofte at gravide kvinner fortviler over at de ikke får benytte seg av jordmortjenesten når de har behov for det, og familiene etterlyser en større kontinuitet i oppfølgingen i svangerskapet og barseltiden. I halvparten av landets kommuner er det ingen jordmortjeneste. Derfor er vi glad for at Jordmorforbundet NSF i samarbeid med helsesøstrene vinner fram i vår kamp for en øremerking av midler til å ansette flere jordmødre og helsesøstre på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Totalt øremerkes 280 millioner kroner til helsestasjon og skolehelsetjenesten i 2017. Øremerkingen er med på sikre at pengene går til formålet. Satsingen er i tråd med våre krav til statsbudsjettet.

Andre oppgaver i Sverige

I Sverige har jordmødrene flere oppgaver som tradisjonelt tilhører legene i Norge, som gynekologiske helsekontroller og generelt de oppfølginger som friske kvinner og ungdommer trenger. Jordmorforbundet og NSF's fagpolitiske avdeling har vært i Stockholm for å se på hvordan helsetilbudet

der er organisert, med en tilgjengelig jordmortjeneste som en viktig del av et lavterskeltilbud for befolkningen.

Bred enighet

I vår nasjonale spørreundersøkelse blant jordmødre, kommer det frem at 90 prosent mener at jordmødre i Norge bør få større ansvar for kvinnehelse, som å ta rutinemessige celleprøver og sette inn spiral. Jordmorforbundet NSF mener at jordmødrene på helsestasjonene i større grad bør få ta ansvar for prevensjons- og familierådgivning, systematiske svangerskapskontroller, gynekologiske undersøkelser med celleprøver, rekvisisjonsrett og bistand med all type prevensjon og spørsmål om seksuell helse. Her får vi bred støtte i det politiske miljøet, ikke minst hos helseministeren som uttaler til Aftenposten at forslaget er helt i tråd med det han mener er viktig i å utnytte ressursene i helsevesenet på en best mulig måte. Så mange som 350 000 norske kvinner oppsøker primært fastlegen og tar celleprøve årlig. Kvinner i aldersgruppen 20-24 år har den høyeste forekomst av svangerskapsavbrudd, og unge i denne aldersgruppen har høy forekomst av klamydia. Dette er eksempler på friske som kan få oppfølging på helsestasjon hos jordmor.

Jordmorforbundet NSF mener også at jordmødre og helsesøstre må få forskrivningsrett til gratis prevensjon til ungdommer under 16 år. ■



Best sammen!

Jordmødre og helsesøstre i NSF jobber for at friske gravide med normalt svangerskap får muligheten til å gå til konsultasjoner hos jordmor på helsestasjonen.

Tekst **Kristin Sofie Waldum-Grevbo**, leder Landsgruppen av helsesøstre

2014 fikk vi nye nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen fra HelseDirektoratet. Retningslinjene anbefaler at det gjennomføres hjemmebesøk av både jordmor og helsesøster etter fødsel. Jordmors hjemmebesøk skal foregå i den perioden mødrene tidligere lå på sykehuset, helsesøster skal som før komme 7.—10. dag etter hjemkomst. Til sammen skal disse besøkene gi god støtte og trygghet i en ny livssituasjon, gjennom et tilbud som ivaretar mors helse etter fødsel, barnets helse i barseltiden, søsken, foreldrerollen og familiesituasjonen for øvrig. Ved å følge disse retningslinjene og anerkjenne den utfyllende kompetansen, ligger forholdene til rette for å gi familiene en god start.

Bra for befolkningen

Fra 2016 har jordmødre og helsesøstre fått utvidet rett til å forskrive prevensjon. Vi har ikke fått denne utvidete rettigheten fordi vi skal realisere oss selv, eller fordi det er stas å overta legegøpene. Endringen trer i kraft fordi det er til befolkningens beste at anbefalt prevensjon er lett tilgjengelig i svangerskapsomsorgen på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten, på HFU, i studenthelsetjenesten og så videre. Måten våre faggrupper har håndtert forskrivningsretten på p-piller på har gjort at vi har vist oss tilliten verdig.

Barselretningslinjene og forskrivningsretten gir til sammen en unik mulighet for styrket samarbeid mellom jordmødre og helsesøstre, blant annet på helsestasjonen. Tilsyn ved Sørlandet sykehus fra 2015 viser at barselretnings-



FAGGRUPPELEDERE: Hanne Schjelderup-Eriksen (t.v.) er leder av Jordmorforbundet NSF og Kristin Sofie Waldum-Grevbo er leder av Landsgruppen av helsesøstre i NSF. Foto: Kristin Henriksen/NSF

linjene ikke blir fulgt opp. Det kom blant annet fram at det kunne gå opp til 16 dager fra en kvinne og barn er utskrevet, til riktig instans i kommunen har fått melding. Da blir det ikke noe tidlig hjemmebesøk. Landsomfattende tilsyn er ikke gjort siden 2011, men det vi hører

«Vi er ikke i mål, og vi vil kjempe videre.»

fra ulike deler av landet er at beskrivelsen fra Sørlandet sykehus gjelder hele landet. Det betyr at dette er et nasjonalt problem.

Trenger ressurser

Jordmødre og helsesøstre i NSF jobber for at friske gravide med normalt svangerskap får muligheten til å gå til konsultasjoner hos jordmor på helsestasjonen. Etter fødsel følger naturlig hjem-

mebesøk av jordmor som så «overleverer familien» til helsesøster. Helsesøster blir kjent og opparbeider seg tillit ved å gå på hjemmebesøk. I samme periode får mor etterkontroll og prevensjon av jordmor som har fulgt henne i svangerskapet. Barselgruppe er noe yrkesgruppe ideelt sett kan samarbeide om. For å få dette på plass må det være tilstrekkelig bemanning av både jordmødre og helsesøstre i helsestasjonene.

Etter mange år med stillstand når det gjelder jordmorårsverk i kommunene ser vi nå endelig en liten økning i stillinger fra 288 til 344 i perioden 2014—2016. Noe av årsaken til at det har tatt tid, og at det er et stykke igjen, er at det politiske trykket i en periode har vært på å styrke skolehelsetjenesten, særlig fordi ungdom selv har krevd det. Nå ser vi at flere kommuner også styrker tilbudet til de yngste. Vi er ikke i mål og vi vil kjempe videre for at befolkningen får det tilbudet de har krav på gjennom godt samarbeid mellom jordmødre og helsesøstre. ■



FAKTA

**Hanne
Graarud Steien**Jordmor
og redaktør

Noen av våre oppgaver

Høsten 2015 laget vi en forbundsstyresak om å få midler til å fortsette med Jordmorprosjektet fra 2016 til 2019 og dette ble vedtatt. Jeg som er redaktør for Jordmora, er leder for dette prosjektet.

Jordmorforbundet går nå inn i det andre året av det fire år lange jordmorprosjektet, og vi har lyktes med hvordan vi har jobbet så langt. Etter at vi fikk vedtaket om prosjektmidler og stillinger til å utføre dette arbeidet godkjent av forbundsstyret, har vår medlemsmasse økt betraktelig. Jeg vil med dette belyse hva vi bruker disse midlene på, og fortelle litt om hvordan vi jobber. For ved siden av alt det politiske arbeidet til vår dyktige leder Hanne Scjelderup og hele landsstyret, er det mye mer vi jobber med daglig for å fremme Jordmorforbundet NSF.

Besøker studiesteder

Vi har som mål å være på alle studiesteder i løpet av kulletts første år, hvor vi gir jordmorstudentene et innblikk i organisasjonen og hvilke fordeler de har ved å være organisert i Jordmorforbundet NSF. De aller fleste er noe kjent med Norsk Sykepleierforbund og er medlem der. Men vi viser også til hvordan vi samarbeider innad i organisasjonen for at vi enda bedre skal lykkes politisk med å fremme våre saker. Vi har mange dyktige personer på hovedkontoret og ute i distriktene som hver dag jobber for jordmødres saker.

Fagkonferansen vi hadde i september var gratis for studenter, og vi sponset flere av våre medlemmer til dette. Fagdage gir inspirasjon.

Workshops og fagkvelder rundt om i landet er vi med på å støtte. Vi har dyktige jordmødre i hele landet som holder foredrag og lager workshops for sine kollegaer. Ikke noe er vel bedre enn å få faglig påfyll og trening på sin egen arbeidsplass.

Informasjonsmøter

De lokale faggruppene vokser, og flere ønsker mer kunnskap om hva Jordmorforbundet NSF kan tilby medlemmene sine. Vi stiller da opp på informasjonsmøter som lokallagene arrangerer. Da har vi flere ganger hatt med jurist Lars Petter Eriksen som kan svare jordmødre på det de lurer på angående lønn og annet.

Jordmorforbundet inviterer også tillitsvalgte, lokalgruppeledere og andre ressurspersoner til nettverkssamlinger to ganger i året. Her lærer vi om medlemsarbeid, deler erfaringer, får kunnskap og ideer. Nettverkssamlingen vi hadde for sørøstlandet rett før jul ga virkelig en boost til deltakerne. Til våren arrangerer vi akkurat det samme i Trondheim, og invitasjonene sendes da nordover.

Vi har også hatt en vervekampanje, hvor hele åtte medlemmer skal reise sammen med Landsstyret til ICM Toronto nå i juni! Det blir en stor opplevelse, både faglig og sosialt. ■



Økt risiko for astma

Hvis mor har svangerskapsforgiftning under graviditeten, øker barnets risiko for å utvikle astma senere i livet. Det viser forskning ved Dansk BørneAstma Center. Forskerne fant ut at det var størst fare for at barnet skulle utvikle astma, hvis svangerskapsforgiftningen hadde vart mer enn 14 dager.



Kilde: Videnskab.dk

Virus fører til abort

Rip Valley-viruset, som smitter via mygg, kan føre til abort. Det viser en studie av febersyke kvinner i Sudan. Koblingen mellom viruset og abort er ikke tidligere kjent. Viruset finnes i deler av Afrika, og oppdagelsen kan ha betydning for gravide i områder hvor smitte forekommer. I høst var det utbrudd av sykdommen i blant annet Niger.



Kilde: Forskning.se

«Et godt smil kommer sjelden alene.» *Dag Evjenth*

Nye tall på røyking

Tall fra Medisinsk fødselsregisterets statistikkbank viser at 3000 norske kvinner fortsatt røyker ved starten av svangerskapet. Men siden 1999 er tallet kraftig redusert. Fra henholdsvis 25 prosent i 1999 til fem prosent i 2015. Det viser seg at det er flest unge som røyker under graviditeten. Jo yngre kvinnene er når de blir gravide, dess større er sjansen for at de røyker under svangerskapet. Dette gjelder både ved begynnelsen av og ved slutten av svangerskapet. Det er foreløpig ukjent hvor mange som snuser siden det ikke er tillatt å registrere dette.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Røde hunder

Folkehelseinstituttet har vurdert grunnlaget for måling av antistoffer mot røde hunder i svangerskapet. I en ny rapport anbefaler de ikke lenger å teste personer som vet at de har fått to doser vaksine mot røde hunder. De som er vaksinert med en dose, får anbefalt en dose MMR-vaksine uten forutgående testing. Personer som ikke er vaksinert, eller er usikre, bør få målt antistoff og eventuelt få vaksine. Kvinner anbefales å få dette gjort før første svangerskap.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Gratis vaksine

Fra 1. november 2016 fikk alle unge kvinner født i 1991 og senere tilbud om gratis HPV-vaksine. Vaksinen beskytter mot livmorhalskreft. Tilbudet varer i to år fra startdatoen. De som tidligere har takket nei til HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet får også en ny sjanse.



Kilde: fhi.no

Forskningens ABC

Hvordan søker man etter forskningsartikler, hvordan leser man forskning og hvordan skal den vurderes og brukes? Sykepleien har samlet spørsmål og svar i artikkelsamlingen Forskningens ABC. Den kan kjøpes for 49 kroner, fritt tilsendt. Bestill på: redaksjonen@sykepleien.no. Artiklene kan også leses på sykepleien.no/article-themes/forsknings-abc



Tolv gener for forplantning

Et internasjonalt forskerteam har funnet tolv gener som er med på å regulere forplantningsevnen. Disse genene kan bidra til å bestemme hvorfor noen får barn tidlig, mens andre forblir barnløse. Forskerne så på deltakernes alder da de fikk sitt første barn og hvor mange barn de fikk i løpet av livet. Opplysningene ble sammenholdt med markørgener over hele genomet, altså i hele arvemassen vår. Forskerne fant tolv gener som spiller en viktig rolle for forplantningsevnen. Ti av de tolv genene var tidligere ukjente. Dette er et gjennombrudd i forståelsen av genetiske årsaker til barnløshet.

Kilde: Fhi.no



Lysterapi mot hudsykdom



GELP – genital erosive lichen planus – er en hudlidelse som rammer kjønnsorganene. Den gir betennelser og sår. Lidelsen er vanskelig å behandle.

Hudlege og forsker Anne Lise Ording Helgesen har sammen med kolleger på Oslo Vulvaklinikk fulgt kvinner med GELP over flere år. I doktorgradsstudien sin ville Helgesen se på alternative behandlingsformer. Hun fant ut at behandling med lys kan bedre GELP-pasienters hverdag betraktelig. Lysterapi eller såkalt fotodynamisk behandling brukes blant annet mot hudkreft.

Kilde: Forskning.no



Gravide får hjelp mot fødselsangst

Kvinner som er redd for å føde får tilbud om samtaler ved fødeavdelingen ved Helgelandssykehuset i Sandnessjøen.

FAKTA

Av Carola Karl Urvik,
jordmor ved Helgelandssykehuset

Etter godkjenning fra avdelingsledelsen ble det ved Fødeavdelingen, Helgelandssykehuset, avdeling Sandnessjøen høsten 2013 satt i gang et samtaletilbud for kvinner med ulike former for utfordringer og angst knyttet til fødsel. Prosjektet har fått støtte av Høgskolen i Nesna – nå Nord universitet. Ansvarlig for tilbudet har vært jordmor Carola Karl Urvik som også har gjennomført samtlige samtaler. Siden planleggings- og gjennomføringsfasen har førstelektor Per Kristian Roghell vært veileder. I tillegg har førsteamanuensis Eva Robertson vært veileder siden juni 2015 da vi startet planlegging av evalueringsrapporten fra samtaleprosjektet.

Bakgrunn

Bakgrunn for prosjektet var et ønske om å kunne gi et tilbud til gravide kvinner som gir uttrykk for at de er redd for å føde, eller med et ønske om keisersnitt av ulike grunner. Nilsson (2012) beskriver fenomenet fødselsangst i sin doktoravhandling, og støtter seg på flere studier som påpeker at fenomenet har en økende tendens. «Förlossningsrädsla kan uppstå primärt redan under kvinnans uppväxt eller sekundärt efter en svår eller traumatisk förlossning

«Mange kvinner har erfart traumatiske hendelser.»

(...)» (s. 15-16). Hun viser til en rekke undersøkelser der det går fram at fødselsangst hos gravide kvinner i de nordiske landene ligger på ca. 20%, hvorav 5-10% har alvorlig grad av fødselsangst.

Tilbudet i form av samtaler skulle gjøre det mulig å åpne opp for erfaringer kvinnene har gjort tidligere i livet. Ved å bruke narrativer har kvinner mulighet til

å fortelle sin historie med egne ord. En viktig del av tilbudet besto nettopp i å ha tid og rom i det enkelte møte, særlig i den første samtalen der kvinner ble invitert til å bringe fram det de hadde på hjertet. Sentralt i tilnærmingen til gravide ved Helgelandssykehuset, avdeling Sandnessjøen stod praktisk filosofisk refleksjon. Det er sentralt i en fenomenologisk metode hvor man beskriver hva man har opplevd for å kunne sette det i en sammenheng (Lindseth og Nordberg, 2004). Det er først når man setter ord på erfaringene og opplevelsene som sitter i kroppen at man begynner å forstå hva opplevelsene har betydning. Denne grunnleggende refleksjonen er en mulighet vi har for å fortelle andre om det vi har erfart. Ved å bruke tid til å dvele ved en fortelling er det mulig å binde fortid, nåtid og fremtid sammen, og det kan bli tydelig at det er liten tilfældighet hvorfor vi reagerer slik vi gjør. Lindseth (2012) skriver om oppmerksomhedens rum. «Vi bliver hørt, og dermed hører vi os selv. Det kan betyde, at vi først da mærker, hvad vi siger, og rigtig bliver klar over, hvad der optager os. Erfaringen af et oppmerksomhedens rum, som kan åbnes eller lukkes i mødet med en receptiv eller ikke receptiv samtalepartner, er en elementær, en basal menneskelig erfaring. I dette møde bliver vi hjulpet eller hindret i at finde frem på livets vej» (s. 143).

Svangerskap og fødsel kan være betydningsfulle livshendelser og utfordringer for kvinner med fødselsangst. Det kan vekke minner om opplevelser man har vært igjennom tidligere i livet. Disse minnene kan være knyttet til både det som er godt, men også det som er eller har vært vondt i livet. Derfor trenger kvinnene hjelp til å oppleve at situasjonen faktisk er håndterbar og begripelig. Antonowsky er kjent for begrepet salutogenese som tar hensyn til menneskenes totale livshistorie, følelse av sammenheng, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Kjernen i



den salutogenetiske tilnærmingen er en antakelse om at den menneskelige organismen normalt befinner seg i en dynamisk tilstand mellom balanse og ubalanse. Med en salutogenetisk innfallsvinkel kan man unngå å se på mennesker som utelukkende friske eller syke. Når menneskene får en følelse av sammenheng er de i stand til å håndtere sine problemer på en bedre måte. De kan fortsette å leve på en mindre smertefull måte, selv om problemene ikke alltid kan løses (Walseth og Malterud, 2004).

Faktorer som tidligere obstetriske komplikasjoner

hos flergangsfødende, frykt for smerte, sykdommer eller fysiske plager kan ha betydning for utvikling av fødselsangst. Anna Luise Kirkengen (1998) skriver om helseproblemer i voksenlivet som følge av krenkelses, omsorgssvikt og seksuelle overgrep i barndommen. Hun har utforsket senfølgene av seksuelle grensekrenkelses gjennom dybdeintervjuer med 30 kvinner. 26 av disse kvinnene har vært gravide, og alle hadde problemer med sine svangerskap. Det hyppigste problemet kaller Kirkengen for «distanse». Kvinnene var nedstemt, de opplevde avmakt og følte at «alt var uvir-

SKAPER FORSTÅELSE: I en samtale med jordmor kan den gravide få fortalt hvorfor hun har angst for å føde. Illustrasjonsfoto: Colourbox



kelig». Kroppslige plager «fremstod som blødninger, kvalme, spiseforstyrrelser, bekken- eller underlivssmerter, og sene eller gjentatte spontane aborter». I forhold til fødsler ser en «langsom fremgang, for tidlig fødte eller umodne barn, hyppige operative inngrep, blodtap som krevde transfusjon, fødselspsykose, depresjon og avstand til eller avvising av barnet» (Kirkengen, 2009, s. 129).

Mange kvinner har erfart traumatiske/vanskelige hendelser. Dette gjelder ikke minst kvinner med erfaringer fra migrasjon, flukt og forfølgelse. I en studie fra Sverige basert på intervjuer kommer det fram at kvinnene reflekterte over måter migrasjon og bosettingsvanskeligheter begrenset dagliglivet. Disse forholdene hadde stor innflytelse på hva disse trengte av støtte i svangerskap, under fødsel og i tiden etterpå. Når disse kvinnene kjente seg forstått, tatt på alvor og opplevde tillit, følte de at alt gikk bedre. De kjente seg bedre i stand til å møte utfordringer, kjente seg sterkere, og opplevde færre komplikasjoner i svangerskap og fødsel (Robertson, 2014).

Hensikt med samtaleprosjektet

En hensikt var å få en dypere forståelse for kvinnens opplevelse av fødselsangst. Helsepersonell må få økt innsikt i hvordan de kan møte og støtte kvinner som har fødselsangst, eller som ønsker keisersnitt. Noen kvinner med fødselsangst kan oppleve nye traumer i møte med helsevesenet, påpeker Ellen Ramvi ved Institutt for helsefag ved UiS, som sammen med jord-

«Kvinnen får så mange samtaler hun trenger.»

mor Margrethe Tangerud gjennomførte en studie der de fulgte opp kvinner som fødte vaginalt etter å ha bedt om keisersnitt på grunn av fødselsangst (Ramvi og Tangerud, 2011). Ved å følge kvinnenes prosesser viser deres studie at det er mulig å oppnå forandring når kommunikasjon mellom helsepersonell og kvinnen er god. Det ser ut som om trygghet, kontinuitet og kjent jordmor har betydning for å øke mestringsevnen i en situasjon der angst står i fokus. Dermed gis det grunnlag for samarbeid om forløsningsmetode med mulighet til en forandring av det opprinnelige valget.

En annen hensikt var å gi et samtaletilbud på Helgeland for gravide som av ulike grunner har ekstra behov for mer tilgjengelig og tettere oppfølging i svangerskap.

Et slikt tilbud eksisterte ikke på det tidspunktet prosjektet ble satt i gang. Den kommunale jordmørtjenesten på Helgeland har allerede betydelige utfordringer ved de lovpålagte oppgaver. Ressurser og antall ansatte er begrenset. Eksisterende tilbud ved SMISO (Senter mot incest og seksuelle overgrep i Nordland) er ikke innrettet mot svangerskap, fødsel og barseltiden.

Samtaletilbudets oppbygging

Samtalene skal gi tid og rom for bearbeiding av tidligere vanskelige opplevelser. Antall samtaler per kvinne er ikke begrenset. Kvinnen får så mange samtaler hun trenger for å føle seg så godt som mulig forberedt til både fødselen, men også til tiden etter fødselen hvis det viser seg underveis at det er viktig for henne. Det blir satt av én og en halv time til alle samtaler unntatt første samtale hvor det settes av to timer. Den første samtalen er meget viktig fordi her legges grunnlaget for å kunne følge kvinnens prosesser. Her skal kvinnen føle seg velkommen. Hun skal ha god tid for å kunne åpne seg og fortelle hva hun ønsker, og hva som er av betydning for henne. Lindseth påpeker viktigheten av at man «bliver lyttet til med åbenhed og mottagelighet for det som vi forsøker å uttrykke» for å kunne møtes i «oppmærksomhedens rom» (Lindseth, 2011, s. 143). Nettopp derfor er det også viktig at samtalene foregår uforstyrret, og at kvinnen møter opp så tidlig som mulig i svangerskapet for å kunne jobbe med sammenhenger i livet. «Livserfaring er alltid en historisk erfaring. Den optræder ikke sammenhengsfrit; den har en forhistorie, en utvikling og en etterhistorie» (ibid, s. 159-163).

Kvinnen blir også oppmuntret til å skrive et fødebrev/brev til jordmor/avdeling hvor hun opplyser om eventuelle tidligere, vanskelige fødselsopplevelser eller andre erfaringer hun ønsker de ansatte på Fødeavdelingen bør få vite, og hvordan hun mener de ansatte kan møte og støtte henne på best mulig måte under fødselen og i tiden etterpå. På den måten blir også opplevelsen av kontinuitet forsterket siden alle ansatte kan følge kvinnene opp praktisk i forhold til det som er skrevet.

Alle kvinner tilbys en avsluttende samtale noen uker etter fødselen med mulighet til å fortelle om sine erfaringer under fødselen og i barseltiden, eller andre ting som hun ønsker å ta opp før kontakten avsluttes.

Godkjenning av evaluerings- og forskningsprosjekt

Det ble søkt om godkjenning av evaluerings- og forskningsprosjektet i REK nord den 8.12.2015. Vedtak 2015/2474/REK nord fra 22.1.2016: Etter søknaden

fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. hfl § 2.

Deretter ble det sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS for innhenting av personopplysninger, og prosjektet ble godkjent den 14.3.2016. Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7–27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres. 22.3.2016 ble det sendt ut 27 spørreskjema med svarfrist 15.4.2016.

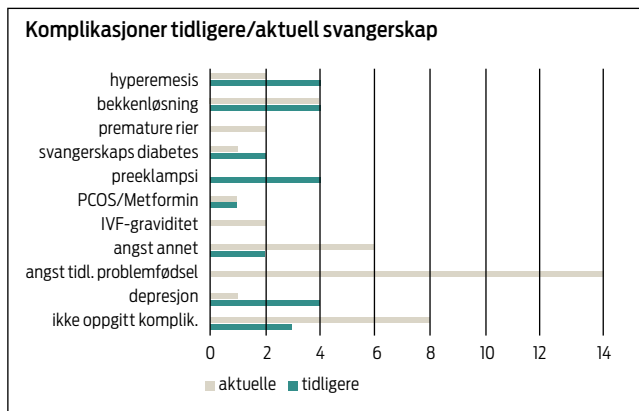
Evaluering av prosjektperioden

Det ble gjennomført til sammen 140 samtaler med 49 ulike kvinner fra oktober 2013 til februar 2016. To av disse kvinnene hadde kun postpartumsamtale etter en vanskelig fødsel uten at kvinnene har vært gravid igjen. Én kvinne har vært til to samtaler pga. traumatisk første fødsel og med angst for, men samtidig sterkt ønske om å bli gravid igjen. 46 gravide kvinner har vært til samtale i prosjektperioden. 19 av disse har ikke kommet i betraktning for deltakelse i evalueringsprosjektet fordi de ikke kunne nås av forskjellige årsaker som for eksempel flytting fra regionen eller henvist til annen klinikk av forskjellige grunner. Til slutt landet man på et tall på 27 kvinner som skulle delta i evalueringen, og det ble sendt ut spørreskjema til disse. Spørsmålene var rettet inn mot kvinnens erfaringer i samtale, og kontakt med personale under svangerskap, fødselen og i barseltiden. Det har også vært rom for å kunne fortelle fritt, og dele erfaringer og refleksjoner. 20 av de 27 spurte sendte tilbake spørreskjemaet. Dette er en svarprosent på 74%. Blant dem som svarte på spørreskjemaene var tre førstegangsfødende med en gjennomsnittsalder på 34,3 år, og 17 flergangsfødende med en gjennomsnittsalder på 30,9 år.

De fleste kvinner fikk vite om tilbudet enten via bekjente (6) eller Fødeavdeling i Sandnessjøen (5). Noen ble informert av kommunejordmor (3) eller jordmor annet sted (1) samt Voksenpsykiatrisk avdeling (VOP) i Sandnessjøen der kvinnen var i behandling (2). To kvinner leste om tilbudet i media etter oppslagene i Helgelendingen og Helgelands Blad i 2014. Ingen kvinne ble informert av sin fastlege/lege i svangerskap. Kun én kvinne fikk informasjon av helsesøster. Dette kan tyde på at fastlegene/helsesøstrene i regionen må få bedre informasjon om samtaletilbudet.

Når det gjelder tidspunktet der kvinnene fikk kjenn-

TABELL 1.

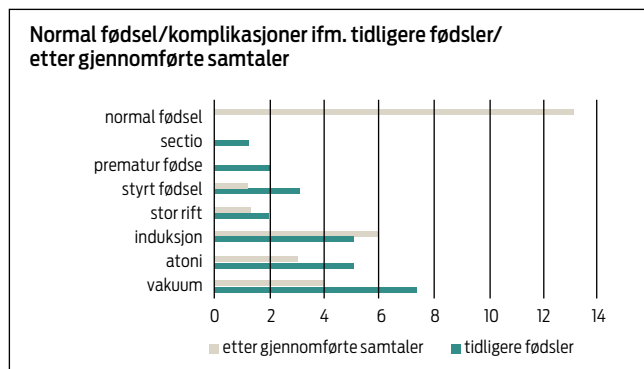


skap om samtaletilbudet svarte kvinnene følgende: sju hørte om det i første trimester, seks i andre trimester, og fem i tredje trimester (to av disse hadde ønsket å kunne komme på et tidligere tidspunkt i svangerskapet). To kvinner husket ikke når de hørte om tilbudet for første gang.

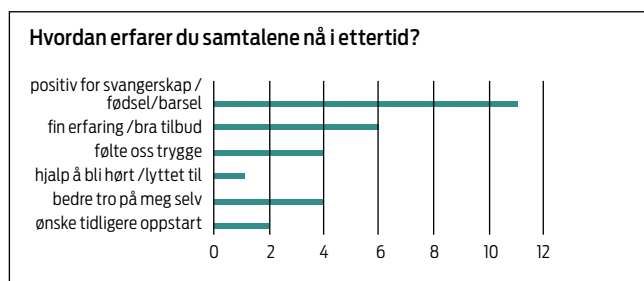
Et flertall kvinner (14) søkte til samtale pga. tidligere traumatiske fødselsopplevelser (vakuumbefrøstning, atoni, store smerter og tidligere styrtfødsel som opplevdes som overveldende). Seks kvinner hadde angst av annen grunn (sykdom eller dødsfall i familien, tidligere spontanabort, depresjon etter første fødselen, sprøyteskrekke). Én kvinne søkte trygge rammer under svangerskap og fødsel etter seksuelle overgrep i barndommen. Én kvinne hadde store engstelser ifm. IVF-graviditet (flere mislykkede forsøk og spontanaborter). Én kvinne framhevet manglende tilbud om jordmorsomsorg i kommunen (øykommune) samt angst ifm. dødfødsel hos en venninne. Én kvinne hadde ønske om keisersnitt etter stor rift og tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Hun fødte vaginalt etter samtale og ble vakuumbefrøst pga. occiput posterior uten stor rift. Én kvinne var redd for prematur fødsel (tidligere prematurfødsel og sammensatt angsttilstand). Flere oppga flere fenomener, og derfor er summen av problemområdet større enn antall kvinner.

Når det gjaldt komplikasjoner under tidligere eller nåværende svangerskap oppgav kvinnene multiple problemer/utfordringer. Det går tydelig frem av tabell 1 at 14 av de 20 gravide som har vært med i evalueringen hadde angst pga. tidligere problemfødsel. Samtidig går det også fram at flere opplyste om at de ikke hadde komplikasjoner i aktuell svan-

TABELL 2.



TABELL 3.



gerskap mens de var i samtalen. Flere svar fra den samme kvinnen var mulig.

Tabell 2 viser en tydelig nedgang i antall komplikasjoner og dermed en økning av normal partus etter gjennomførte samtaler. 2 av de 3 vakuumforløsninger i Sandnessjøen var førstegangsfødende (indikasjon langvarig utdrivningsfase/sliten mor), én kvinne var flegangsfødende (indikasjon occiput posterior). Én av kvinnene som sendte spørreskjemaet tilbake ble forløst ved et større sykehus pga. komplisert svangerskap (induksjon og vakuum). Flere svar fra den samme kvinnen var mulig.

Flere svar fra den samme kvinnen var mulig når de skulle besvare spørsmålet om hvordan de opplevde samtalen. Jeg vil bruke et utvalg av sitater fra spørreskjemaet for å vise mangfoldet i svarene. Sitatene er ikke alltid helt ordrett for ikke å avsløre kvinnens identitet.

«Svært bra! Jeg fikk snakket om min frykt for at forstående fødsel skulle ødelegge bearbejdede traumer. Frykt for smerter, og hva smerter og mangel på kontroll ville føre til/skape nye traumer. Betyrrende, avklarende og avslappende».

«Veldig bra, fikk mye ut av ting som man har holdt for seg selv, vi snakket mye om hele oppveksten, familie, synes det var nesten som en psykologsamtale, gode erfaringer, og fine samtaler».

«Samtalene var veldig reflekterende og gav meg heller andre syn på tidligere hendelser og gav meg heller styrke enn redsel og «svakheter». Ble også mer komfortabel med å være til stede på sykehuset».

«Jeg opplevde samtalen som gode og betryggende. Jeg fikk snakket om og bearbejdet det jeg synes var vanskelig. Opplevde å få tilbake kontroll slik at angsten for å føde igjen ble mindre».

«Lærerike, betryggende, følelse av å bli sett, møtt og ivaretatt. Rolige omgivelser, mye forståelse og iver etter å hjelpe meg».

«Jeg følte de samtalen jeg hadde ga meg mye i forhold til det som ventet meg. Jeg fikk satt ord på det som var vanskelig med min første fødsel og jeg fikk «gråte ut».

«Veldig bra. Trygg jordmor som ga mye rom for refleksjon».

Svarene om hvordan kvinnene opplevde samtalen nå i ettertid kan tolkes slik at samtalen også kan ha betydning utover det å kun forberede til fødselen. For noen har de vært viktig for å kunne oppleve barseltiden positiv. En kvinne beskriver at hun har fått en «rød tråd gjennom hele saken» og opplevde en sammenheng med alt. Noen har fått ut følelser som har «sittet fast lenge». (Se tabell 3.)

«Denne type samtaler opplever jeg virker forebyggende og burde vært et fast tilbud til kvinner med ulike engstelser ifm. fødsel. Et tilbud tidlig i svangerskapet vil kanskje gjøre at flere velger å føde vaginalt?».

«Fikk en liten rød tråd gjennom hele saken, en sammenheng med alt».

«Samtalene har gjort at jeg har bedre kontakt med meg selv og følelsene mine, og at jeg har fått ut mange følelser som har sittet fast lenge».

«Var helt klart nødvendig for meg og partneren min. Vi begge følte oss mye tryggere etter samtalen».

«Avgjørende for at barseltiden gikk ganske bra til tross for det jeg opplevde som store fysiske traumer som resultat av fødselen».

«Når jeg tenker tilbake så føler jeg at samtalen ga meg tro på at jeg skulle komme meg igjennom fødsel nr. 2 på en god måte».

«Godt å gjøre seg kjent, å vite at noen kjente meg og min historie. Gjorde det tryggere».

«Min erfaring i ettertid rundt samtalen er at

de var nødvendige. Det gjorde siste del av svangerskapet lettere. Men jeg skulle ønske jeg hadde blitt henvist tidligere».

«Tenker noen gang tilbake. Spesielt i dette siste svangerskapet tenkte jeg på det hun sa og hadde mye bedre evne til å glede meg over svangerskap og fødsel».

«Hadde jeg ikke hatt denne samtalen ville jeg gått rundt hele svangerskapet og vært redd. Det slapp jeg».

Hvordan ser kvinnene på erfaringene fra fødselen?

80% av de spurte kvinnene hadde en positiv opplevelse fra fødselen etter gjennomførte samtaler. (Se tabell 4.)

I det følgende brukes det et utvalg av sitater fra dette spørsmålet i spørreskjemaet. Sitatene er ikke alltid helt ordrett for ikke å avsløre kvinnens identitet.

«Etter siste fødsel er jeg verken redd eller skeptisk til en ny fødsel om det skulle bli flere barn».

«Helt fantastisk fødsel, drømmefødsel, alt gikk helt perfekt, men husker det var sinnssykt vond».

«En fin erfaring å ha, det å føle at man mestrer noe så vondt og fantastisk».

«Jeg synes det gikk bra. Koselige og flinke folk. Litt skummelt da babyen satte seg fast og måtte tas med vakuump. Syns ikke de hadde forstått helt problemet med at jeg er veldig redd for sprøytetikk».

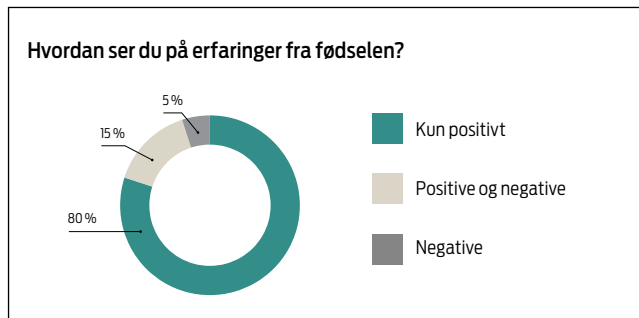
«Jeg hadde en fin fødsel med nr. to. Opplevde kontroll og mestring».

«Tross nok en rask fødsel gikk det bra. Trygge og gode jordmødre som tok meg på alvor».

«Mine erfaringer fra fødselen er at vi ble veldig godt tatt hånd om. Jeg følte en stor mestringsfølelse etter å endelig lykkes. Føler også at mine bekymringer underveis ble møtt på en god måte, og tatt på alvor».

Kvinnene ble også spurt om deres opplevelser under svangerskap med ulike helsepersonell. 11 kvinner opplevde kontakten med ulike helsepersonell trygt og godt, mens seks ga uttrykk for at det har vært for mange ulike personer å forholde seg til. To av disse sier at de ble mer fornøyde etter hvert som det ble mer kontinuitet i oppfølgingen. Én av kvinnene hadde ønsket hun hadde et slikt samtaletilbud også ved første svangerskap. I tillegg oppga en kvinne at det har vært 7 forskjellige jordmødre under fødselen som varte i ca. 15 timer. Én kvinne savnet mer forståelse for engstelse ifm. sin

TABELL 4.



IVF-graviditet fra legen i svangerskapet. Også her var flere svar mulig.

Fra fødeavdelingen i Sandnessjøen beskriver et flertall kvinner utelukkende positive erfaringer i måten de ble møtt og fikk støtte fra ulike helsepersonell, både når det gjaldt svangerskap og fødsel. I forbindelse med fødselen beskrives det spesielt at fødebrevet hjalp slik at de ansatte kunne støtte opp individuelt etter kvinnens behov. Én kvinne opplevde at jordmoren var noe usikker og lite rutinert, og at hun fikk lite veiledning under fødselen/i

«80 % hadde en positiv opplevelse av fødselen etter gjennomførte samtaler.»

utdrivningsfasen. Når det gjaldt barseltiden var svarene litt mer variert, og de som var misfornøyde (7) opplevde at det var for mye ulike informasjon samt utfordringer i kommunikasjon, for eksempel i forhold til amming.

Oppsummering og avslutning

Alle kvinner som deltok i spørreskjemaevalueringen uttrykte positive opplevelser om opplegget med samtaletilbudet, og følte seg i trygge og kompetente hender på Fødeavdelingen i Sandnessjøen. Det som kom frem er at det ikke alltid er lett å føde, men det kan allikevel oppleves som noe kvinnene mestrer godt. En fødsel trenger ikke å være smertefri for å kunne bli en god og positiv opplevelse. Dermed blir det også tydelig at en veldig vond opplevelse ikke nødvendigvis trenger å oppleves som traumatisk/vanskelig.

Det er tydelig at flere flergangsfødende med tidligere vanskelige fødselsopplevelser var blant dem som søkte til samtaletilbudet. Kommentarene fra disse kvinnene tyder på at en vanskelig opplevelse ved første fødselen har meget stor betydning for at fødselsangst kan oppstå. Det er sammenfallende med resultatene fra en svensk fenomenologisk studie

«Én hensikt var å få en dypere forståelse for kvinnens opplevelse av fødselsangst.»

om langtidseffekter for kvinner med fødselsangst. Denne studien kan gi en refleksjon om betydningen av fødselsopplevelser, og hvordan disse blir lagt merke til og tatt på alvor i helsetjenesten (Nilsson, Robertson og Lundgren, 2012). Flere kvinner har gjennom evalueringen påpekt at dette tilbudet ved Helgelandssykehuset, avd. Sandnessjøen, burde være tilgjengelig for alle førstegangsfødende.

Samtaletilbudet for gravide kvinner er et lavterskeltilbud der det er mulig å komme inn til samtale «på dagen» om nødvendig. Svangerskap og den forstående fødselen kan i seg selv være belastende for disse kvinnene som befinner seg i en sårbar livssituasjon, og følelsesmessige reaksjoner og problemer i svangerskapet kan komme som følge av gjenoppfrisking av glemte/fortrengte negative erfaringer eller traumer. Det har vist seg at henvisningene særlig fra jordmødrene har fungert godt. Det er også mulig for kvinnene å ta direkte kontakt med Fødeavdelingen.

Et større antall gravide ble henvist fra HALD-kommunene (Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna) samt Brønnøysund, noe som kan tyde på at tilbudet fortsatt er lite kjent i de øvrige kommuner på Helgeland. Flere av kvinnene (55%) fikk kjennskapet om tilbudet i 2. og 3. trimester, men hadde ønsket å kunne komme tidligere til samtale. For å kunne gi hjelp og veiledning i bearbeidelse av belastende livshendelser er det ønskelig at henvisningen skjer tidlig i svangerskapet. Oppbyggingen av samtaletilbudet baserer seg på at det skal være god nok tid til enkeltsamtaler, og at kvinnen skal oppleve kontinuitet slik at det er mulig å bearbeide tidligere vanskelige opplevelser. Kvinnen blir også oppmuntret til å skrive fødebrev, noe flere i evalueringen

påpekte som viktig. I kvinnenes kommentarer i fri teksten på spørreskjemaene påpeker de at fødebrevet gjorde at de ble tatt på alvor, og at de hadde mulighet til å sette ord på det som var vanskelig. Dette er sammenfallende med funn hos Robertson (2014) om viktigheten av å bli tatt på alvor. Fødebrevet var også viktig for de ansatte på avdelingen for å kunne gjøre seg kjent med kvinnes utfordringer, engstelser, behov og forståelse av egen situasjon.

Innledningsvis i artikkelen er betydningen av god tid under samtalen beskrevet, særlig under det første møtet. Men måten man lytter på og måten man er til stede i rommet på er også av grunnleggende betydning. Lindseth (2012) har i sin drøfting av filosofisk praksis (praktisk filosofiske samtaler) understreket betydningen av både tiden, rommet og det å ikke vite på forhånd hva som er problemet til den som søker samtale. Lindseth skriver og tenker i en fenomenologisk-hermeneutisk tradisjon inspirert av Husserl. (Lindseth bruker ordet gjest som oppsøker filosofisk praksis, ikke f.eks. hjelpe-trengende eller klient). Det handler om å skape et rom og være i en innstilling der den som skal lytte blir i stand til å la den andre gjøre inntrykk på en. Samtalene får karakter av en grunnleggende gjensidighet (ibid, 2012).

Franz Ruppert (2013) viser i sitt arbeid med flergenerasjonelt traumearbeid et perspektiv som tar hensyn til traumer/vanskelige opplevelser i tilknytningssystemet og mulige effekter gjennom flere generasjoner. Rupperts arbeid kan ha overføringsverdi også til svangerskapsomsorgen. Dette både med tanke på betydningen og mulighetene av kontinuitet i omsorgen for kvinner med traumatiske/vanskelige opplevelser, men også med tanke på tilknytningen mellom mor og barn som allerede starter i graviditeten. Det å ha muligheten til å jobbe med slike fenomener gjennom samtalen i et filosofisk – hermeneutisk perspektiv vil kunne åpne for at kvinnen kan gå i en helbredende prosess. Dette kan gi kvinnen mulighet til mestring, nyorientering og brudd med traumer/vansker, og/eller hendelser som er videreført over flere generasjoner.

Evalueringen indikerer et behov og ønske om et samtaletilbud som prosjektet har utviklet. Dessuten viser evalueringen en tendens til nedgang i komplikasjoner i forbindelse med fødselen etter gjennomførte samtaler. Dette har stor betydning i et lengre perspektiv, både med tanke på nytt svangerskap og fødsel, men også i et forebyggende og helsefrem-



BREV: Kvinnene skrev brev til fødeavdelingen og fortalte om blant annet sin fødselsangst. Illustrasjonsfoto: Colourbox

mende perspektiv. Dette forebyggende og helsefremmende perspektiv gjelder også for barnets trivsel og utvikling. Det kan tenkes at en burde vurdere å optimalisere den tverrfaglige oppfølgingen i primær- og spesialisthelsetjenesten, særlig for kvinner med tidligere vanskelige erfaringer.

Med den planlagte omstruktureringen av sykehusstruktur og fødetilbudet på Helgeland kan et slikt tilbud i svangerskapet bli enda viktigere enn nå for å sikre god kontinuitet og høy kvalitet i oppfølgingen av gravide med ulike former for angst og tidligere vonde eller traumatiske livserfaringer. ■

Referanser

- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Boss
- Kirkengen, A. L. (2009) *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004) A phenomenical hermeneutical method for researching lived experiences. *Scand J Caring Sci*, 2004, 18, 145–153
- Lindseth, A. (2011) Når vi bliver syge på livets vej – en utfordring for filosofisk praksis. I: J. B. L. Knox & M. Sørensen (red.), *Filosofisk praksis i sundhedsarbejde*, s. 139–167. Frydenlund, 2011
- Lindseth, A. (2012) Being ill as an Inevitable Life Topic: Possibilities of Philosophical Practice in Health Care and Psychotherapy. I: *Philosophical Practice. Journal of the APPA*. Volume 7, Number 3, November 2012
- Nilsson, C., Robertson, E. og Lundgren, I. (2012) An Effort to Make All the Pieces Come Together: Women's Long-Term Perspectives on Their Experiences of Intense Fear of Childbirth. *International Journal of Childbirth*. Volume 2, Number 4, 2012, pp. 255–268(14) <http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.2.4.255>
- Nilsson, C., (2012) *Førlossningsrådsla. Med fokus på kvinners opplevelser*

- av att föda barn. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet 2012. Linneaus University Press
- Ramvi, E. og Tangerud, M. (2011) Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing and Health Sciences*, 2011, 13, 269–274nhs_614 269
- Robertson, E. (2014) To be taken seriously. Women's experiences of migration a healthcare needs during childbearing. *Sexual & Reproductive Healthcare*, Volume 6, Issue 2, June 2015, Pages 59–65 <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>
- Ruppert, Dr. F. (2013) *Forstå dine sår i sjelen. Traumer, tilknytning og familiekonstellasjoner*. Flux Forlag AS
- Roghell, P. K., Robertson, E. og Urvik, C. (2016) *Evalueringsrapport fra Prosjekt samtaletilbud for gravide kvinner ved Fødeavdelingen Helgelandssykehuset, avd. Sandnessjøen* <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2416795>
- Walseth L. og K. Malterud (2004) *Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv*. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (124:65–6)



Ny kampanje forebygger dødfødsler

Vi må dele kunnskap som kan redde liv. Derfor har vi opprettet nettsiden kjennliv.no. Her får gravide tips til ulike måter å følge med på fosterets daglige bevegelser.

Tekst **Trine Giving Kalstad**, fagsjef, Landsforeningen uventet barnedød

Landsforeningen uventet barnedød (LUB) har kontakt med mange foreldre som mister sitt barn i dødfødsel hvert år. En del av disse foreldrene forteller at de kjente mindre liv i forkant, men at de ikke visst hva de skulle gjøre. Eller de sier de ikke visste om det var lite liv, for hvordan vet man det? Andre var usikre og ventet til neste dag. De ville jo ikke virke hysteriske. Noen ble bedt om å «sove på det» av helsepersonell når de meldte sin bekymring. Uansett situasjon, resultatet ble en stille fødsel.

Liv i magen

Over 200 barn dør i dødfødsel hvert år i Norge. Halvparten av disse er veksthemmet. Vi vet at lite liv har sterk sammenheng med veksthemming, sykkelighet, for tidlig fødsel og dødfødsler. Lite liv i magen kan derfor være tegn på at babyen ikke har det bra.

Det å kjenne at babyen beveger seg er et tegn på at den trives. Et friskt foster beveger seg hver dag. Hvis bevegelser blir mindre og mindre kan dette bety at babyen ikke har det så bra og da skal ikke den gravide nøle med å kontakte jordmor eller fødeavdelingen.

Daglig oppmerksomhet på fosterbe-

vegelser er den viktigste kilden til å oppdage endring eller lite liv. Derfor

«Det er kun den gravide som vet hvordan barnet rører seg.»

er det avgjørende å hjelpe gravide til å bli kjent med sitt barns bevegelsesmønster.

Gravidens opplevelse

På helsekort for gravide står det at jordmor skal spørre den gravide om hun har kjent liv. Men det står ikke hvordan jordmor skal informere om dette, ei heller hvordan de gravide kan følge med på babyens daglige bevegelser. På kjennliv.no får den gravide tips til ulike måter å gjøre dette på samtidig som hun lærer hva hun skal gjøre dersom hun oppdager endring og lite liv.

Forskning har ikke funnet et objektivt mål på hva som er normal fosteraktivitet. Det er kun den gravide som

vet hvordan barnet rører seg. Derfor er den gravidens opplevelse av aktiviteten det beste målet. Flere studier har vist at den gravide ikke blir mer engstelig, men heller tryggere av å vite hvordan de kan følge med på sitt barns bevegelsesmønster. Gravide opplever seg styrket i egne vurderinger og hadde økt følelse av kontroll. Vi vet også at gravide som følger med på bevegelsene i magen har en sterkere tilknytning til barnet når det blir født. Dette kan være en styrke i nyfødtp perioden.

Gjenkjenne liv

Vi vet at mange gravide sammenlikner seg med andre gravide. Dette er ikke et godt mål og kan øke bekymringen. Det er det å bli kjent med sitt barns aktivitetsmønster som er av betydning, både når det gjelder hyppighet og kvalitet på aktiviteten. Først når dette mønsteret er kjent kan gravide raskt gjenkjenne lite liv.

Det er en farlig myte at aktiviteten går ned mot slutten av svangerskapet. Derfor er et viktig budskap på kjennliv.no at aktiviteten ikke skal gå ned og kraften i bevegelsene ikke skal avta mot slutten. Gravide må få vite at aktiviteten skal fortsette med like



FØLG MED DAGLIG: Det å kjenne at babyen beveger seg er et tegn på at den trives. Et friskt foster beveger seg hver dag. Foto: Colourbox

mye frekvens og styrke helt frem til fødselen.

Faglig forankret

Kjennliv.no er solid forankret i forskningen. Både norsk og internasjonal forskning viser at økt årvåkenhet omkring daglig fosteraktivitet bidrar til bedre og raskere gjenkjennelse av endring og lite liv. I Storbritannia, Australia og USA har de allerede laget lignende sider under navnene Kicks Count, Still Aware og Count the Kicks. I Sverige er det også nylig kommet nye retningslinjer som fremholder viktigheten av at gravide får informasjon om fosterbevegelser. Nå får Norge sin egen norske versjon.

LUB har samarbeidet tett med forskere og klinikere for å sikre at kjennliv.no er faglig oppdatert og forankret

«Kjennliv.no er solid forankret i forskningen.»

i forskning. Også LUBs fagråd har bidratt i dette arbeidet. Nå gjenstår det bare å se hvordan siden blir tatt imot av gravide selv. ■

Se referanseliste på kjennliv.no/om-siden/referanser og linker



FAKTA

Kjennliv.no

Nettsiden Kjennliv.no er et viktig informasjons- og forebyggende tiltak for gravide primært, og helsepersonell i svangerskapsomsorgen sekundært.

Målet er å styrke den gravide i å bli kjent med sitt barns bevegelser, slik at de gjennom økt kunnskap blir trygge på egne vurderinger og raskt kan oppdage lite liv.

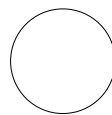
Det overordnede målet med kjennliv.no er å forebygge dødfødsler i Norge.

På kjennliv.no lærer gravide:

- Hvordan man kan følge med på babyens bevegelser?
- Hva er lite liv i magen?
- Hva gjør du om du opplever lite liv?
- Den farlige myten om mindre aktivitet på slutten.

Kjennliv.no har to forslag til hvordan følge med på livet i magen hver dag:

- Å telle spark (hvor lang tid tar det å telle ti spark eller bevegelser).
- Å sette av 15 minutter til fokusert oppmerksomhet på hvordan barnet sparker og beveger seg.







PREMATURAVDELINGEN: «Født for tidlig og funnet for lett» lyder den opprinnelige teksten til dette bildet. Det er tatt på Rikshospitalets prematuravdeling og sto på trykk i Aftenposten, oktober 1968. Her ser vi søster Beth (t.v) med et spedbarn, som etter å ha tilbragt tre måneder i kuvøse, her veier to kilo. Søster Ingebjørg (t.h) holder en annen baby som ble født fire uker for tidlig.

C Jaydess ▼ «Bayer AB»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg: Hvert intrauterint innlegg inneholder: Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsiloksanestomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, selv fargestoff: Jernoksid (E 172).¹

Indikasjoner: Antikonseptjon i opptil 3 år.

Dosering: Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opptil 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonsrytten. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetting post partum bør utføres inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forskjøvet involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetting, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd stråles umiddelbart for å utelukke perforasjon. Fysisk undersøkelse ikke er ikke alltid tilstrekkelig for å utelukke delvis perforasjon. Inneholder sølvring og bariumsulfat som er synlig ved bruk av hhv. ultralyd og røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 3. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen og samleie har forekommet i løpet av den siste uken, er det risiko for graviditet dersom det ikke settes inn et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsett leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumorer. Nedsett nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn og ungdom: Ikke indisert for merknad. Ungdom <18 år: Sikkerhet tilsv. som hos voksne. Effekt forventet lik som hos voksne. Eldre: Ikke undersøkt hos kvinner >65 år eller hos postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsetting anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsetting av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i innsetningsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet eller åpent. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelse/innsetting.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitaler. Akutt cervisitt eller vaginitt. Post partum endometriell eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetting og/eller plassering av innlegget (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykk, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen, og blodglukosenivået bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn og symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalutstryk. Graviditet og seksuelt overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøtning. Instruksjoner for innsetting bør følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettingsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogener er ikke anbefalt. Total risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinner. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Ved graviditet under bruk må risiko for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitaler, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved utblitte menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør overveies nøye, særlig hos kvinner som ikke har fått barn. Ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekt på menstruasjonsmønster er forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktivitet. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig i de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødningsvareighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Uregelmessige blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviet hos hhv. ca. 22,3% og 11,6%. Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjoner ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom alle andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak utesettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieføring under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitaler. Infeksjon i øvre genitaler er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitaler (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) for bruk. Infeksjon i øvre genitaler slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forsøksakt ved strøptokke) kan oppstå etter innsetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjons symptomer. Innsiden av utstøtning er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøtning kan omfatte blødninger eller smerter. Delvis/fullstendig utstøtning kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penertrering av uterus/cervix kan skje, særlig under innsetting, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer ved innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amning ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert roterert uter. Dersom uttakstrådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøtning og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnert instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, bør mulig utstøtning/perforasjon vurderes. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er fullstendig, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikul utvikling, frigjøring av oocytter og follikkelatresi hos fertile kvinner. Ibland forsinkes follikkelatresi, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemoragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cyster er asymptotiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitaler eller dyspareuni. De fleste forstørrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

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

Samtidig bruk av legemidler som inducerer leverenzym, spesielt CYP450-enzym, kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønnsormoner. Hemmere av enzymer som inngår i legemiddelmetabolisme kan øke serumkonentrasjonen av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsetting er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradient. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsetningsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget.

Graviditet, amning og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, hvis ikke øker risikoen for spontanabort og prematur fødsel. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditeten må rapporteres, f.eks. krampeplignende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig virkerende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amning: Vanligvis ingen skadelig effekt på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestreldele gir over i morsmelk. Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. Ca. 80% av de som ønsket det ble gravide ≤12 måneder etter uttak.

Bivirkninger: Svært vanlig (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitaler. Hud: Akne/seboré. Kjønnsorganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyster på eggstokkene, vulvovaginit. Neurologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopeci. Kjønnsorganer/bryst: Infeksjon i øvre genitaler, dysmenoré, brystsmerte/ubehag, utstøtning av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Neurologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlig (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Kjønnsorganer/bryst: Perforasjon av uterus (ved amning ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel er frekvensen «mindre vanlig»). Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødning, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioødem.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg med levonorgestrel. Virkningsmekanisme: Frigjør levonorgestrel lokalt i livmoren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogener og progesterogenseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermieblomst og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% i 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3 år. Absorpsjon: Tmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasma clearance ca. 1 ml/minutt/kg. Metabolisme: Metaboliseres i stor grad, primært via CYP3A4. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 1100,40

Sist endret: 07.09.2015

Refusjon: Jaydess har ikke generell refusjon

▼ dette legemidlet er under spesiell overvåking
Basert på SPC godkjent av SLV: 14.04.2015

Drammensveien 288,
0283 OSLO
Tlf 24 11 18 00



Bayer HealthCare

Jaydess minispiral - kan være et alternativ for unge kvinner

Egenskaper:

- Lav hormondose
- Lokal effekt i livmoren
- Inneholder kun gestagen - ingen økt tromboserisiko har blitt påvist³
- Hormonspiral endrer ikke fremtidig fertilitet
- Liten risiko for brukerfeil
- Tynt innføringsrør
- Varighet i 3 år

- **94 %** av behandlere syntes Jaydess er enkel å sette inn¹
- **72 %** av kvinnene opplevde mild eller ingen smerte ved innsetting av Jaydess¹
- Jaydess er nå, på samme måte som andre langtidsvirkende prevensjonsmidler, inkludert i bidragsordningen for jenter 16-19 år²

Indikasjon: Antikonsepsjon.

Bivirkninger:

Svært vanlige ($\geq 1/10$): Smerter i abdomen/øvre genitalier. Akne/seboré. Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginit. Hodepine.

Jaydess er ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset.

Kvinner bør informeres om symptom på og risiko for ektopisk graviditet ved bruk av spiral.

Ref 1: Gemzell-Danielsson K, Schnellschmidt I, Apter D. Fertility and Sterility. Vol 97, No 3/March 2012

Ref 2: www.nav.no/rettskildene/ Rundskriv, bidrag til spesielle formål §5-22, 31.12.2014

Ref 3: Lidegaard Ø. Expert Opin- Drug Saf. (2014) 13(10):1353-1360



Vellykket kompetanseløft

For drøyt to år siden var det få jordmødre som kunne sette pudendalblokkade hos fødende. I dag får én av fem denne formen for bedøvelse ved fødeavdelingen på Rikshospitalet.

Tekst **Aaste Gjernes**, jordmor, Kvinneklubben, Haukeland universitetssjukehus i Bergen

Er jordmødre generelt sett flinke nok til å påse at kvinnen får god nok bedøvelse ved forløsning? Er vi nok opptatt av dette? Ifølge nasjonale retningslinjer må en påse at fødekvinnen har god smertelindring ved forløsning med vakuumpump og tang. Å forløse kvinnen uten god nok bedøvelse kan i neste omgang føre til psykiske traumer, fødselsangst og eventuelt ønske om elektivt keisersnitt ved neste svangerskap. Epiduralbedøvelse gir ofte ikke god nok bedøvelse i andre stadium av fødsel, mens pudendalbedøvelse er funnet å være effektiv smertelindring. Med dette som bakgrunn startet fagutviklingsjordmor Åsa Waldum et prosjekt for kompetanseheving for jordmødrene ved Oslo universitetssykehus Rikshospitalet i november 2014.

Lite kunnskap

Åsa har sin jordmorutdanning fra Sverige. Hun har tidligere arbeidet på fødeavdelingen ved Danderyd sykehus – en stor fødeavdeling i Stockholm. Der hadde de en jordmorleder som var svært bestemt på at det å anlegge pudendal, skulle alle kunne. Åsa kom så til Norge og erfarte at man lett tilpasser seg de metodene som er på det stedet man jobber. Ved Rikshospitalet var det i november 2014 få jordmødre som kunne sette inn pudendalblokkade. Målet med prosjektet var at alle jordmødre skal kunne det og at kvinnene som kommer inn for å føde ikke skal måtte være avhengig av

om den jordmødre de treffer på kan det eller ikke.

Kompetanseløft

I løpet av 2 uker drev man intensiv opplæring for alle jordmødrene og noen leger.

Før prosjektet ble pudendal anvendt i cirka 3 prosent av alle vaginale forløsninger. Etter prosjektet var andelen steget til 17 prosent av alle fødende, inkludert keisersnitt. Blant kvinner som blir forløst med vakuumpump eller tang steg bruken fra 5 prosent til omlag 60 prosent.

Etterspørsel

Man jobbet for å få opp kompetansen generelt, og fikk til en endring som holder seg – uten nye kampanjer, men

«Epiduralbedøvelse gir ofte ikke god nok bedøvelse i andre stadium av fødsel.»

opplæring av nye jordmødre og leger – fortsatt 2 år etterpå. I dag kommer det kvinner til Rikshospitalet med ønskebrev hvor de ber om pudendalbedøvelse.



VIKTIG SMERTELINDRING: Å forløse kvinnen uten god nok bedøvelse kan i neste omgang føre til psykiske traumer og fødselsangst. Foto: Colourbox

Hver 5. fødekvinne som føder vaginalt får det, og like mange ved spontan fødsel som ved vakuumpump/tang-forløsninger.

Få komplikasjoner

I dag er Åsa Waldum stipendiat i 50 prosent stilling. Hun forsker og jobber videre med å få opp kunnskap om fordelene og ulemper av pudendal. I den øvrige halvparten av stillingen sin arbeider hun som vanlig jordmor i klinikken på Rikshospitalet.

Åsa opplever i dag at svært mange – for ikke å si «alle» – er enige med henne i at pudendalblokkade er et godt bedøvelsesalternativ. Det følger sannsynligvis få alvorlige komplikasjoner med og jordmødre kan administrere det selv. ■



INNHOLDSRIKE DAGER:
Perinataldagene i Fredrikstad.
Foto: Møyfrid Brenna Fehn

En smakebit fra perinataldagene

De 29. norske perinataldager ble avholdt i Fredrikstad 9.–12. november. Igjen ble jeg oppdatert på hva som rører seg av forskning, og informert om nye veier å gå innen faget.

Tekst **Møyfrid Brenne Fehn**

Først må jeg si at jeg som jordmor var glad for å få med meg disse dagene i Fredrikstad. Det er viktig oppdatering og godt å samle dem vi samarbeider tett med. Det ble tre dager med usedvanlig gode foredrag, og en samling av barneleger, sykepleiere fra neonatalavdelinger, gynekologer, patologer og jordmødre. Programmet startet med forelesninger om global helse, og ga oss en følelse av at vi er en liten del, men dog en betydelig del, av en verden med fagfolk som er opptatt av god perinatal helse.

Programmet var delt i sju hoveddeler: Internasjonal helse, palliasjon, perinatal ultralyd, perinatale nyheter, pre-eklampsi – fra diagnose til langtidsutfall, fremgang i fødsel, prematuritet – grenser og utfordringer. I tillegg var det 17 frie korte foredrag. Her følger

et utdrag fra noen av temaene i programmet.

Internasjonal Helse


Vi fikk blant annet servert noen harde fakta på bordet om realiteten i ver-

«Det er kommet nye retningslinjer på pre- og perinatal palliasjon til barn.»

den. Tarek Meguid fra Zanzibar så på sammenhengen mellom likestilling, egenkapital og virkelighet i verden.

Mødredødelighet har med fattigdom å gjøre. Det handler om kvinners situasjon og at de er stemmeløse. Her i Norge bruker man 8 987 kroner på helse per person årlig. I Tanzania bruker man 37 kroner. Er det da riktig å bruke mye penger på keisersnitt i land med lav inntekt? I Brasil er det 100 prosent sectio på enkelte sykehus. Sectorate har med tilgjengelighet og kvalitet å gjøre. Mange steder i verden vet de ikke hvordan de gjør kompliserte fødsler og gjør istedenfor sectio.

Palliasjon

Palliasjon er uavhengig av diagnose, men skal rette seg mot alle med en livstruende eller livsforkortende tilstand. Målet er å gi mening og livskvalitet til barnet og familiens liv, ikke bare tid til barnets liv. 



Dette gjelder 3 500 barn per år i Norge. Barnets beste ligger i grunnen. Omsorg og respekt gjelder hele familien. Det er kommet nye retningslinjer på pre- og perinatal palliasjon til barn, og de skal sikre god kommunikasjon og strukturering av arbeidet. Birgitte Kaars foreleste om hva prenatal palliasjon er og understrekte at det var aktiv behandling for å hjelpe. Palliasjon skal gi trygghet. Det redder ikke liv, men skal gi livskvalitet.

Anne Kaasen presenterte forskning på foreldres reaksjon på fosteravvik. Cirka 3–4 prosent av foster som undersøkes ved 18 ukers kontroll har signifikante avvik som vil påvirke livet. 1 200 gravide kvinner får beskjed hvert år. Ultralydundersøkelse er et pålitelig grunnlag for å avgjøre om svangerskapsavbrudd ved alvorlige fosteravvik kan være aktuelt. Oppdagelse av fosteravvik ved ultralyd skaper etter kort tid en sterk psykologisk stressreaksjon hos den gravide. Forskning viser at det er høyere stress ved beskjed om fosteravvik enn ved beskjed om brystkreft. Kvinner opplever høyere stressnivå enn menn.

Frie Foredrag

Det har kommet nye internasjonale retningslinjer for klinisk placentadiagnostikk med en internasjonal enighet om beskrivelser av placenta. Placenta ble beskrevet som graviditetens dagbok. Man ser en sammenheng mellom økt sviktende placenta og sykdom senere i livet.

STAN vs. CTG alene – Ellen Blix presenterte studier som viser at STAN ikke

viser bedre overvåkning enn CTG. Studiene skal ha evidens, høy kvalitet og viser ingen signifikante utfall. De viser likevel at man bruker mindre scalp-prøver (lactat); 10 prosent vs. 17 prosent ved STAN overvåkning.

Amnioinfusjon ved Tverrleie og vannavgang: Gynekolog Mascali fortalte om et tilfelle der de på sykehuset (HUS)

«Forskning viser at det er høyere stress ved beskjed om fosteravvik enn ved beskjed om brystkreft.»

hadde fått inn en Para 4 til termin, med vannavgang og tverrleie. Vendingsforsøket ble mislykket og man innførte da et foleykateter og stengte av med å blåse opp ballongen på kateteret, for deretter å gi 850 ml Ringer i amniohulen. Dette gjorde at de fikk snudd barnet i hodeleie og fikk normal partus. Kan man også bruke det ved tilfeller med oligohydramnion der CTG viser deselerasjoner?

Perinatal ultralyd

- WHO har nye referanseverdier på fostervekt. Forskning viser at fødsels-

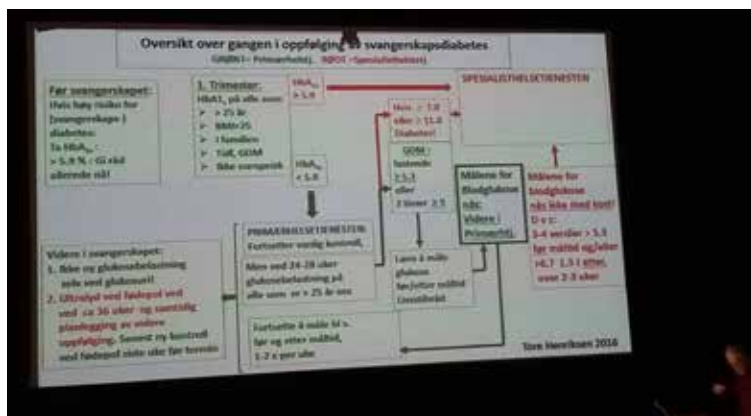
vekt er signifikant forskjellig fra land til land.

- Forutsigelse av uheldig utfall ved protraherte graviditeter. Forskning fra Finland, presentert av Karin Makkiallo, viser at 14 prosent av dødfødsler er ved protraherte svangerskap. Økt risiko for dødfødsler i uke 41, økt risiko for at barnet skal dø opp til ett års alder. Forskningen har sett på fosterets sirkulasjonssystem, om dette kunne innvirke på dødelighet. Ingen forandringer funnet.
- Det gjøres forskning på UL av Thymus og immunsystemet. Ved prematur vannavgang, kan man da ta UL av thymus og se om barnet har økt risiko for infeksjon?
- UL ved neonatalavdelingen er en utmerket redskap, men er avhengig av personalets evner.

Perinatale nyheter

Kort oppsummert fikk vi blant annet høre om

- Hva optimal sectiorate er. Studie fra 2015 viser at sectiorate over 10 prosent ikke er assosiert med reduksjon i maternell og nyfødt dødelighet. Zikavirus: Epidemiologi og ny kunnskap. Folkehelseinstituttet informerte om Aedesmyggen, som lagde verdenskrise i februar i år og som de nå har fått ny kunnskap om. Det er prioritert forskning på Zikavirus videre fremover.
- Pre-viable P-Prom: Mid-childhood outcomes. Presentasjon av forskning



VIKTIG OPPDATERING: En av presentasjonene fra samlingen.

gjort på vannavgang som har skjedd før barnet er levedyktig utenfor uterus. Mortalitetsrate 30/40–60 prosent. Stor risiko for ekstremprematuritet og choriomnionitt. Ofte anbefaler man terminering på grunn av dårlig prognose.

- Nye retningslinjer for diagnose og oppfølging av svangerskapsdiabetes. Bakgrunnen for de nye retningslinjer er for å bedre fange opp dem som har gestasjon – diabetes mellitus (GMD).

Nye grenser for glukose:

Fastende > eller = 5.3- 6.9

Etter 2 timer> eller = 9.0-11.0

OBS: De som har fastende > eller = 7.0 og/eller etter 2- timer etter glukosebelastning > eller = 11.0 har manifest diabetes. GMD har risiko for kort og langsiktige komplikasjoner for både mor og barn. Ja, det hjelper å intervensere. Svangerskapet er et motivasjonsmessig gunstig tidspunkt for råd om god livsstil.

- Hvordan går det med SGA-barna (Small Gestation Age)? Ann Mari Brubakk presenterte resultater fra en kohortstudie fra Trøndelag: økt forekomst av dårlig håndmotorikk, synet bør kontrolleres i tenårene, lavere IQ, angst/dårligere sosialt og ADHD. For flere av disse barna ble ikke dette synlig før de var unge voksne. Færre av disse hadde kommet seg igjennom skolegangen sammenliknet med normalbefolkningen, kun 8 prosent gikk på universitet. Forskningen understre-

ker viktigheten av at forskning må gå over år.

- Fremgang i fødselen – Jim Jung Zhang takket oss i Norge over det gode arbeidet vi gjør her og slik klarer å holde sectioraten ned der vi er i dag. Jim Jung Zhang har vært med på tre studier og konkluderer med at kvinner bruker mer tid i fødsel nå enn

«Grensen for levedyktighet er når barnet har en rimelig sjanse for å overleve ekstra-uterint.»

for 50 år siden. Zhang har ut ifra disse studiene laget en alternativ kurve for å følge fødselen. Dette er en kurve ut ifra et gjennomsnitt, mens Friedmans kurve er laget ut ifra hva som var idealistisk. Man trenger mer forskning på feltet. Getting ready for takeoff, Stine Beritz. Forskning viser at lange latens faser gir flere intervensjoner. Hvordan skal vi møte disse kvinnene på best mulig måte? Mange som blir sendt hjem får en negativ fødselsopplevelse.

- Laktat i fostervann – forutsigelse av progresjon og utfall. Eva Wiberg –

Itzel fra Stockholm presenterte en stor studie hvor man ved fødsel brukte prøver av fostervannet for å se hvordan barnet taklet dysfunksjonell fødsel for lettere å kunne vurdere risikoen for barnet. Konklusjonen til studien viste at laktatnivået i fostervannet kan være et ekstra verdifullt verktøy når Oxytocin blir brukt under fødselen.

- Ultralyd under fødselen, venn eller fiende? Eggebø fra NSFM har gjort en studie med bakgrunn i hvordan ultralyd kan være et hjelpemiddel ved protrahert forløp sent i fødselen. Hva er grunnen til protrahert forløp? Ved opplæring kan ultralyd være et redskap som er lett å bruke for å forutsi grunn til progresjon og til å vurdere på hvilken måte barnet skal forløses.

Siste dag på perinataldagene var det paneldebatt. I panelet var Siren Rettedal, Stavanger, Janicke Syltern, Trondheim, Trond Markestad, Bergen, Arild Rønnestad, Oslo og Branka Yli, Oslo. Her er noen av utfordringene som ble belyst:

Grensen for levedyktighet er når barnet har en rimelig sjanse for å overleve ekstrauterint. I Afrika og Asia ser man før uke 32, 50 prosent overlevelse. I Europa viser tall 50 prosent overlevelse i uke 24. I Norge har vi en nasjonal gråsoner i uke 23–24. Det er et ønske om en mer lik praksis nasjonalt sett. Etisk førstehjelp på grensa til levedyktighet. Å satse eller ikke satse – når har vi egentlig et valg? ■

Kjære jordmor, kan du se meg?

Mange kvinner har psykiske problemer som følge av seksuelt misbruk i barndommen. Hvordan kan jordmødre hjelpe dem til å få en god fødselsopplevelse?

FAKTA

Av Eva-Johanne Meldahl, jordmor, fødeavdelingen, Ullevål sykehus og Sex og Samfunn

Ramona Marie Hj. Sandø, jordmor, fødeavdelingen ved Kristiansund sykehus

V erdens helseorganisasjon, WHO, stadfester i 2014 at på verdensbasis vil en av fem kvinner rapportere at de har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen (også kalt CSACHild Sexual Abuse). I Norge oppgir samme antall kvinner å ha blitt utsatt for seksuelt overgrep før fylte 18 år (1). «The American College of Obstetrics and Gynecology» (ACOG) estimerer at cirka 20 % av alle kvinner har slike erfaringer, mens andre studier fra Sverige og Tyskland finner en andel på 8,1 % og 15,9 % (2). Det er altså varierende tall og estimater på hvor stor andel av befolkningen som er utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Hva som anses som seksuelle overgrep i barndom vil også kunne variere ut fra sosiale og kulturelle rammer (2). Antallet kvinner som er utsatt for overgrep, vil variere ut fra hvordan overgrepene er definert og hvem som er respondenter (3).

De helsemessige konsekvensene av å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen kan være svært alvorlige. Barn er spesielt sårbare fordi tidlige erfaringer i deres liv, danner grunnlag for hvordan de

«Seksuelt misbruk er alltid misbruk av makt.»

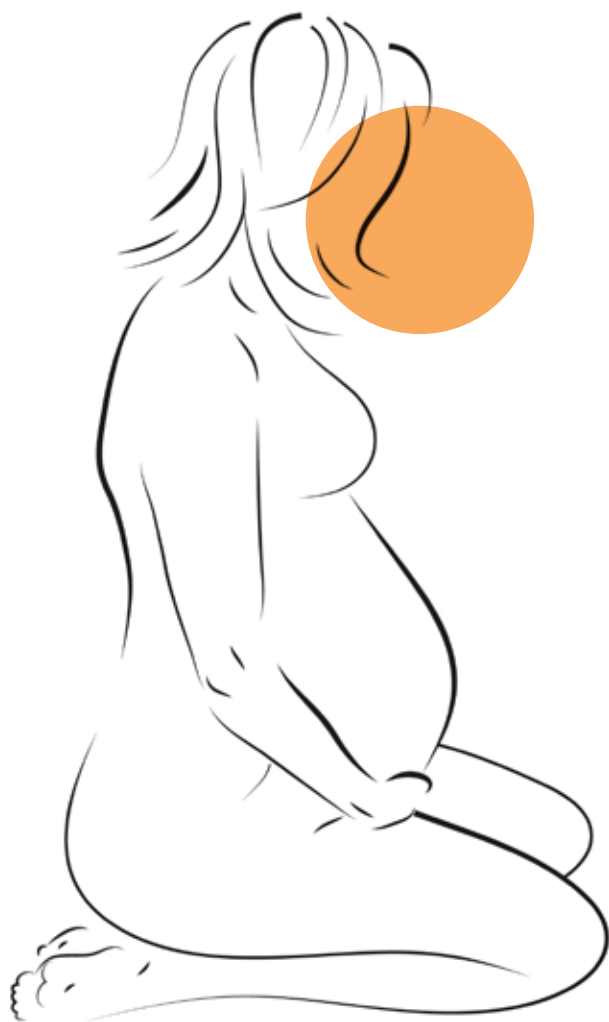
oppfatter seg selv senere. Hos kvinner i fødsel er posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og fødselsangst eksempler på ettervirkninger seksuelle overgrep kan gi (2,4). Andre konsekvenser overgrep i barndommen kan få for en kvinne, er motvilje til å kartlegge helsebehov, dårlig forhold til omsorgspersoner, angst og frykt for hennes kommende fødsel,

en skuffende fødselsopplevelse, ytterligere traumer fra fødselsopplevelsen i seg selv, emosjonelle problemer i barseltiden, ammeproblemer, tilknytningsproblemer og utfordringer med foreldrerollen (5). Kirkengen belyser at misbrukte kvinner, spesielt om de har blitt utsatt som barn, kjennetegnes av uønsket og tidlig graviditet, rusmiddelproblematikk, spiseproblemer og depresjoner, høyere risiko for keisersnitt på grunnlag av eklampsi, for tidlig fødsel, prematuritet, abort, dødfødsel, lav gestasjonsvekt, utviklingsfeil, høyere risiko for død etter fødsel, høyere risiko for utviklings- og atferdsproblemer, samt større fare for å bli mishandlet (6). Det finnes også økte risikofaktorer for disse kvinnene som er knyttet til en negativ fødselsopplevelse. Det kan være intervensjoner, store smerter, hastegrad av keisersnitt, instrumentell forløsning, fødsel av et sykt eller dødfødt barn og redsel for barnets helse eller eget liv (2).

Jordmødre vil møte kvinner som har blitt seksuelt misbrukt i barndommen hver eneste dag. Flesteparten av disse kvinnene vil ikke avsløre overgrepene for sine omsorgsgivere og vil heller ikke svare på direkte spørsmål knyttet til dette (7). Kvinner med overgrepserfaringer ofte har en mistillit til helsevesenet fra før, og at de kan ha problemer med å stole på at jordmor er en god veileder for dem gjennom fødselen (3). Jordmor får derfor en svært viktig rolle med å redusere denne mistilliten, slik at relasjonen dem imellom kan fungere som et styrkende element i veien mot en god mestring- og fødselsopplevelse.

Vårt tema er på hvilken måte seksuelle overgrep i barndom påvirker en kvinne i fødsel og lyder som følger:

«Hvordan kan jordmor fremme en god fødsels-



SLITER PSYKISK: Gravide som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, kan ha posttraumatisk stresslidelse og fødselsangst.
Illustrasjon: Colourbox

opplevelse og mestring hos kvinne med tidligere seksuell overgrepserfaring i barndommen?»

På grunnlag av sosiale og kulturelle forskjeller, velger vi å ekskludere afrikanske kvinner, kvinner fra Midtøsten og kvinner generelt fra krigsområder.

Hva er seksuelle overgrep?

Redd Barna definerer seksuelle overgrep som: «Seksuelt motivert handling eller oppførsel overfor et barn, som på et hvilket som helst tidspunkt kan oppleves krenkende eller ubehagelig for barnet». Handlinger betyr all fysisk kontakt mellom overgriper og barnet; fra samleie til beføling innenfor eller

utenpå klærne. Oppførsel betyr seksuelle handlinger i nærvær av barnet, der det ikke er noen form for fysisk kontakt, for eksempel blotting, slibligheter eller verbale krenkelser.

Fødsel som trigger

En trigger er spesifikke handlinger, hendelser eller andre faktorer som forårsaker utilbørlig angst, redsel og reaksjoner som motstand, sinne eller spenning. Eksempler på triggere for kvinner i fødsel kan være nakenhet, sekresjonsvæsker (for eksempel blod og fostervann), kroppsstillinger (for eksempel spredde bein), å være «bundet» til sengen, vaginalundersø-





TILLIT: Et godt forhold til jordmor er viktig for at gravide med psykiske plager skal føle at de mestrer graviditet og fødsel. Jordmor kan skape trygghet. Illustrasjon: Colourbox

kelser, blodprøver, være koplet til utstyr og maskiner og utførelsen av enkelte prosedyrer (eksempelvis kateterisering, epiduralkateter, fosterovervåkning og oksygenmaske), smerter ved kontraksjoner, panikk, tap av kontroll og måten smerte blir uttrykt i form av lyder, ansiktsuttrykk og kroppslig anspenthet (4).

Psykiske konsekvenser som følge av overgrep

Overgrep i barndommen kan gi flere alvorlig psykiske følger senere i livet.

Fødselsangst

Kvinner som har overgrepserfaringer er disponert for fødselsangst. Årsaken til fødselsangst kan være redsel for smerte, redsel for å «gå i stykker», angst for å dø eller miste kontroll, at barnet blir skadet, manglende tillit til helsepersonell og egen evne til

«Jordmor får en svært viktig rolle.»

å føde. Om fødselen oppleves som traumatisk, vil angsten øke i neste svangerskap (3).

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) brukes bare om personer som har opplevd usedvanlige stressende og truende hendelser (3). Seksuelle overgrep i barndommen er listet som en mulig årsak til PTSD hos

gravide og fødende (4). Disse kvinnene har dermed økt sjanse for å utvikle denne lidelsen (3). Når minnene blir utløst, oppleves det som om det traumatiske skjer på nytt (8).

«Flashbacks»

«Flashbacks» er symptomet som er sterkest forbundet med traumerelaterte lidelser. Disse gjenopplevelsene kan komme uventet og nærmest av seg selv. De består oftest av bilder og sanseintrykk. Det vil på sett og vis kjennes ut som det skjer på nytt i nåtid (9). På grunn av fødselens fysiske og seksuelle natur, er det stor sjanse for at både de kroppslige og kognitive minnene reaktiveres. Fødselen kan også være den prosessen som fremkaller de aller første minnene om overgrep.

Dissosiasjon

En rekke kvinner med overgrepshistorie beskriver dissosiasjon som en mestringsstrategi under overgrepene. Dissosiasjon er mentalt å kople ut følelsen i deler av kroppen og på denne måten ikke være en del av kroppen sin (3). Påkjennningene i oppveksten har ført til at det var for utrygt å være til stede med hele sitt bevisste seg (10). Dette hjelper kvinnen å ta avstand fra fysisk og følelsesmessig smerte. (3).

Panikkanfall

Det er ikke uvanlig for overgrepsofrettede kvinner å strebe med panikkanfall lenge etter misbruket har opphørt. Disse anfallene kan komme plutselig og «ut av intet» eller som følge av en trigger. Psykologiske symptomer på dette kan være fluktbehov, dødsangst og kvelningsfølelser. Fysiske symptomer kan vise seg som blant annet rask puls, kort pust, press over brystet, svette, klamme hender og svimmelhet (4).

Kommunikasjon i møte med den fødende

På en fødeavdeling vil en god fødselsopplevelse avhenge av god kommunikasjon og kollegialt samarbeid. Nonverbal kommunikasjon (kroppsspråk) eller verbal kommunikasjon (i form av ord) som i en eller annen form er nedlatende, vil sannsynligvis fanges opp og være sårende for kvinnen (4). I relasjoner der hjelperen er i direkte kontakt med pasientens kropp og pasienten er mer intimt berørt, er det grunn til å tro at det nonverbale er særdeles viktig. Å kommunisere nonverbalt bekreftende kan føre til at kvinnen føler hun blir møtt på en oppmuntrende og bestyrkende måte.

Empatisk kommunikasjon

Ved bruk av empatisk kommunikasjon velger jordmor å se den gravide som hovedperson i samtalen (3) og deltakerens stemme er utgangspunkt for dialogen. Det er kvinnens psykiske virkelighet som er det sentrale. Utveksling av tanker og ideer kan få kvinnen til å se nye muligheter. Mye tyder på at de gravide kan ha forslag til løsninger på vanskelige spørsmål, bare de blir gitt muligheter til å bevisstgjøre følelser, tanker, behov og ønsker som finnes i førbevisstheten. Strukturen i empatisk kommunikasjon inviterer deltakeren til først å fortelle om seg selv og så fortelle sin historie med egne ord. På denne måten viser man interesse, aksept og respekt for den virkeligheten individet er i (11).

Tillitsskapende arbeid

Fødekinnens forhold til jordmor er noe av det mest betydningsfulle (4) og tillit og kontroll er viktig for overgrep utsatte kvinner i fødsel (3). Et kjennetegn som ofte er fremtredende hos disse kvinnene er manglende evne til å stole på andre (2,12). Fødende med overgrepserfaringer kan være vaksom og mistenksom overfor jordmors hensikt, kunnskap og hva hun tenker å gjøre med henne. Kvinnen kan på grunnlag av dette teste jordmoren gjentakende for å finne ut om hun er en tillitsperson som kan gi trygghet (3). Å skape tillit ved at jordmor viser at hun tar kvinnen seriøst, kan hevdes å være grunnleggende for å fremme en god relasjon med kvinnen (4).

Å skape et tillitsforhold har vi erfart kan være svært utfordrende. Dette fordi man tilbringer få timer sammen på ei fødeavdeling og at jordmødre hyppig har ansvaret for flere kvinner i fødsel samtidig. Ifølge Eide og Eide innebærer begrepet grunnleggende tillit en forventning til at tilværelse er trygg, at verden er godt sted å være og at noen tilbyr hjelp hvis man trenger det (13). I lys av dette, er det forståelig at tillit er vanskelig når deres tilværelse i barndommen var utrygg og uforutsigbar.

Stillhetens og åpenhetens utfordring

Kvinnens taushet er en utfordring for mange jordmødre (7). Det kommer frem i flere studier at helsepersonell ofte ikke kjenner til kvinnens overgrepserfaringer fra barndommen (4,7,14,15,16). Det er her vi ser fordelene med å anvende gode kommunikasjonsevner som et viktig verktøy i møte med disse sårbare kvinnene. Åpen kommunikasjon kan være avgjørende for å kunne skape et tillitsfullt forhold og for at kvinner

skal kunne oppleve trygghet til å fortelle sin historie (16). Det kan likevel se ut til at gode kommunikasjonsevner ikke alltid medfører at kvinnen åpner seg. Det viser seg at kvinner ofte ikke avslører sin historie, på tross av å bli spurt direkte av jordmor (17). Mange føler seg nervøse for å svare på slike spørsmål, og er redd både for sin egen og jordmors reaksjon (4). Det kommer likevel frem at de satte pris på at spørsmålet ble stilt, uansett om de valgte å ikke avsløre sin historie (17). At jordmor viser interesse for kvinnens historie, kan tenkes å styrke tillitsforholdet (3). Vår

«Kvinner med overgrepserfaringer har ofte en mistillit til helsevesenet.»

oppgave blir å vite hvordan vi skal greie å fange opp disse kvinnene, for å kunne opparbeide et tillitsfullt forhold. Det kan tenkes videre at et tillitsfullt forhold fungerer som en inngangsport til det å skape en positiv fødselsopplevelse. Hobbins viser til at det ikke finnes en fasit for hvordan en kvinne som er blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen vil agere, i form av psykiske og fysiske tegn (5). Det vi vet er at de som har blitt seksuelt misbrukt av tillitspersoner eller autoritære personer med makt i barndommen, kan oppleve relasjonen til helsepersonellet som en trigger for tidligere opplevelser. Dette kan medføre at de igjen beveger seg tilbake til et sårbart barnestadium (3,5). Garratt bekrefter dette gjennom beskrivelsen av at de fleste med overgrepserfaring vil oppleve utfordringer knyttet til å stole på andre, spesielt personer som har autoritet og makt (2). Jordmor kan for kvinner i fødsel oppleves som en autoritær person med makt (5), noe som igjen kan utfordre tillitsforholdet. Vi ser her fordelene med å bruke empatisk kommunikasjon som en metode for at kvinnene skal kunne få mulighet til å åpne seg og for å skape en balanse i maktforholdet. Håpet er at vi gjennom å vise nærhet kan fremme deltakerens helse (11). Denne fremgangsmåten kan resultere i et tillitsforhold ved at kvinnene får kontroll over hva de ønsker å avsløre og til hvilket tidspunkt, noe som også kan gi en følelse av empowerment (4,18).

Er derimot overgrepshistorien kjent, kan det være hjelpsomt å spørre kvinnen ved ankomst på fødeavdelingen, om hun har redsler eller triggere hun er bekymret for (5). Det er samtidig viktig å være klar

over at selve fødselen også kan være den prosessen som fremkaller de aller første minnene om overgrep (3). Coles og Jones sier videre at kvinnene i deres studie i større grad får trygghet om de fra jordmor føler tillit, empati, støtte og kontinuitet. De ønsket å bli behandlet individuelt (14). Jackson og Fraser viser også til en andel av seksuelt misbrukte kvinner som ikke var interessert i at deres historie ble satt i søkelyset (15). At jordmor tar opp dette temaet på fødestuen, trenger dermed ikke å bli verdsatt av alle kvinner.

Jordmors kunnskap

Møte med kvinner som har erfaringer om seksuelle overgrep stiller krav til jordmødrenes kunnskap vedrørende temaet. Det kom frem i Jackson og Fraser sin studie at over halvparten (56 %) av jordmødrene ikke følte seg godt nok rustet til å håndtere om kvinnen avslørte seksuelt misbruk. Jordmødrene som jobbet på fødeavdeling følte seg minst rustet (15). Vi tenker dette kan medføre en stillhet hos jordmor ovenfor kvinnen. Risikoen kan være at hun tolker stillheten som at jordmor ikke ønsker å snakke om temaet, noe som medfører at tillitsforholdet blir brutt. Coles og Jones beskriver at kvinnene i deres studie ønsket at jordmor skulle være forberedt og åpen for å diskutere vanskelige tema om det var et ønske for den fødende underveis. Samtidig opplevde de at jordmødre var dårlig forberedt til å kunne møte deres behov og utfordringer (14). Det kan derfor se ut til at det eksisterer et misforhold mellom jordmødres kunnskap og kvinners behov for hjelp knyttet til dette. Jordmors kunnskap vil kunne påvirke kvaliteten på omsorgen, og mangel på dette kan tenkes å utfordre tillitsforholdet og fødselsopplevelsen i negativ retning. Det var likevel en liten andel av jordmødre som følte seg kompetent nok, både erfaring- og kunnskapsmessig, til å møte disse kvinnene (15). Det er akkurat disse jordmødrene vi tenker kan

disse kvinnene skal kunne oppleve et tillitsforhold til jordmor, og for at de skal få en god fødselsopplevelse.

Mestring av fødselssmerte

Smerte kan sies å være en stor del av fødselen og kan kanskje anses for å være en av de største utslagsgivende faktorene for om kvinner får en god eller dårlig fødselsopplevelse. Smerte er en naturlig del av fødselsforløpet, og kontraksjoner er en nødvendighet for at barnet skal kunne fødes. Mange jordmødre hevder at det beste er å føde uten medikamentell smertelindring, men er dette løsningen for seksuelt misbrukte kvinner? Fødselssmerte kan hos overgrepsutsatte kvinner fungere som en trigger til tidligere opplevelser (4,16) En kvinne beskriver: «..og..det er den smerten...jeg vil aldri glemme den. Den er...forferdelig. Du glemmer den ikke. Og det er den samme smerten når du skal føde [...]» (16). Fødselssmerten relateres her til hennes opplevde smerte under barndommens seksuelle overgrep. Å styrke kvinnens mestring relatert til fødselssmerte, kan dermed være viktig for å unngå en negativ fødselsopplevelse og re-traumatisering.

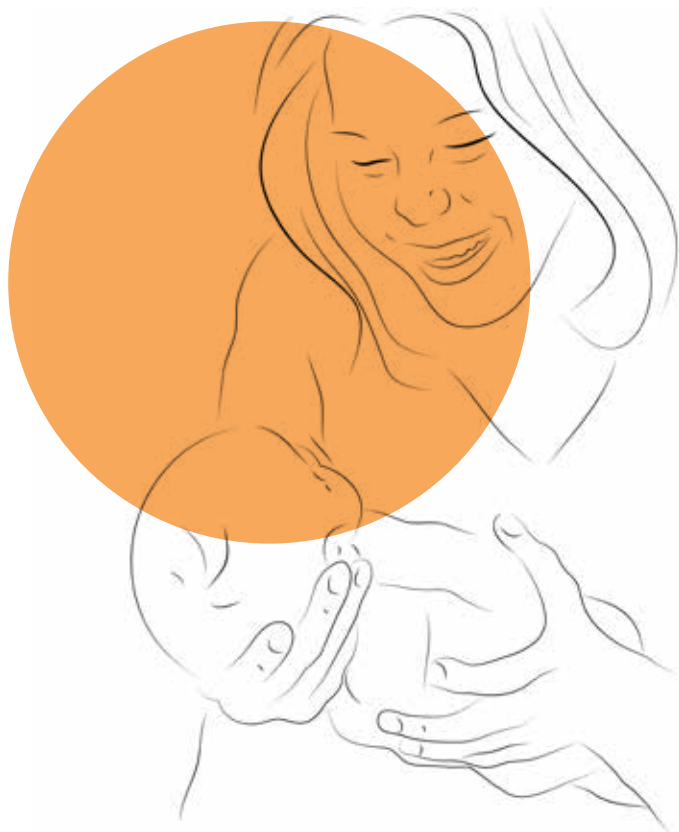
Kontroll som mestringsstrategi

Kontroll fungerer ofte som en effektiv mestringsstrategi under fødsel (17). Sett i et slikt lys kan jordmors fokus på å fremme kontroll hos kvinnen, være en riktig vei å gå i målet mot mestring av fødselssmerte. Man kan videre hevde at en god fødselsopplevelse oppstår gjennom en følelse av kontroll og mestring. Utfordringen slik vi ser den, ligger i å vite hva som fremmer god mestring og kontroll, når litteraturen viser til at det ikke finnes noen generelle svar på hva god mestring innebærer (3). Det er mulig at løsningen finnes ved å ta utgangspunkt i den enkelte kvinne, i det som beskrives som en individualisert tilnærming (18). Klargjøring av hva som er viktig for den enkelte kvinne når det kommer til smerte, er viktig får at jordmor skal kunne støtte kvinnen fullt ut i fødselsforløpet (19).

Hvis jordmor velger å ha en individualisert tilnærming, kan det være nyttig å klargjøre hva kontroll innebærer for den enkelte. Definisjonen av kontroll vil kunne variere fra kvinne til kvinne (2). I studien av Montgomery et al. beskriver en av deltakerne tapsfølelsen knyttet til kontroll under fødselen og lettelsen som kom når hun endelig fikk epiduralbedøvelse (17). Videre beskriver Montgomery i en annen studie at oppnåelse av kontroll ved å sette

«Intime prosedyrer vil sannsynligvis være vanskelig.»

brukes som en ressurs. På en fødeavdeling vil en god fødselsopplevelse avhenge av god kommunikasjon og kollegialt samarbeid mellom jordmødrene (4). At jordmødre samarbeider seg imellom og deler erfaringer og kunnskap, tenker vi blir essensielt for at



NYFØDT: Kvinner som har angst kan få en bedre fødselsopplevelse, takket være en jordmor som bryr seg. Illustrasjon: Colourbox

egne grenser, var et middel kvinner brukte for å kunne oppleve selvbestemmelse og autoritet (17). Medikamentell smertelindring kan tenkes å være en slik strategi for å kunne oppnå større grad av kontroll (2). Det å ha kontroll over fødselens håndtering, inkluderer også følelsen av kontroll knyttet til administrering av smertelindring (19). Videre blir det sagt at kvinner har større sannsynlighet for å være fornøyd, hvis de har vært aktivt involvert i beslutninger som omhandler deres fødsel, enn om beslutningene hadde vært tatt ut av hendene deres (20). Dette bekreftes også i Hodnett sin studie om smerte og tilfredshet (20). Når jordmor gir kvinnen mulighet til å bevisstgjøre følelser, tanker og behov, kan hun selv ha forslag til løsning på problemet (11), som for noen kvinner kan være medikamentell smertelindring.

For noen kvinner kan medikamentell smerte-

lindring ha en negativ effekt, med maktesløshet og mangel på kontroll som resultat. En kvinne viser til epiduralbedøvelse som en trigger i seg selv, i den betydning at ledningene førte til at hun ble låst fast til sengen og at hun ikke kunne komme seg bort. Selv om epiduralbedøvelse hadde blitt forespurt av kvinnene selv, hadde dens uforutsette konsekvens ført kvinnene tilbake til barndommens misbruk (16). Det er viktig at jordmor har kunnskap om hvilke uventede reaksjoner som kan komme (7). Det kommer senere frem i studien at også kvinner uten medikamentell smertelindring opplevde re-traumatisering i form av smerte som trigger og tap av kontroll (16). Historiene viser oss dermed hvor sammensatt og komplekst forholdet til fødselssmerte kan være hos disse kvinnene. Spørsmålet blir hvordan jordmor kan hjelpe dem til å se på stressfaktorer som en mulighet til kontroll og mestring.



Kontinuerlig tilstedeværelse som smertelindring?

Som nevnt tidligere kan også kvinner uten medikamentell smertelindring oppleve re-traumatisering (16). Derimot kommer det frem at de kvinnene som var mest fornøyd, var de som hadde brukt ikke-medikamentell smertelindring (20,21). Hva kan tenkes å bidra til at kvinner som velger ikke-medikamentelle metoder er mer tilfredse? Vår erfaring er at det er tilstedeværelsen som er det mest virksomme

«Flesteparten vil ikke avsløre overgrepene.»

for at kvinner blir fornøyd, noe som bekreftes av flere jordmødre (22). Studier viser at kontinuierlig tilstedeværelse kan ha smertelindrende effekt og bidra til at kvinner ikke anvender medikamentell smertelindring (20,21). Videre henvises det til at kontinuierlig tilstedeværelse av jordmor var viktig for kvinners fødselsopplevelse, mestring, trygghet og selvsikkerhet. Trygghet bør trekkes frem som et spesielt viktig element, da dette er vist å føre til kontroll, mestring og en positiv fødselsopplevelse (3,14,16,17).

Å gi slipp på kontrollen

Det kan være fordelaktig at jordmor får kvinnene til å se på begrepet kontroll med nye øyne. Det å kjempe mot kontraksjonene og egen kropp, en strategi seksuelt misbrukte kvinner bruker for å opprettholde kontroll under fødsel. Dette kan føre til at fødselen stopper opp (5). Videre kommer det frem at kun 21 % satt igjen med en følelse av kontroll etter fødselen (19). Dette vil si at hele 79 % av kvinnene opplevde tap av kontroll. Det kan derfor se ut til at det er et misforhold mellom kvinnenes ønske for å beholde kontroll og det faktiske resultat. Behovet for kontroll kan ha sitt opphav fra barndommens mangel på kontroll (16). Vår livserfaring tilsier at ikke alt her i livet kan være kontrollerbart, spesielt ikke en fødsel. Seksuelt misbrukte kvinner i fødsel må godta at de ikke kan være i kontroll over måten fødselen utvikler seg på (2). Samtidig er det å gi fra seg kontroll forskjellig fra å miste den (18), noe vi tenker bør fremheves for kvinnene. For å tillate kroppen å føde, trenger kvinnene å føle seg trygge nok til å kunne gi slipp på den bevisste kontrollen de besitter. Å fremme kontroll under fødsel, kan

knyttes opp mot det å støtte og veilede noen som skal seile alene på en stormende sjø. Sjøen oppleves som ukontrollerbar, noe en fødsel kan hevdes å være. Seileren, her som fødekvinne, kan ikke forvente at sjøen er kontrollerbar. Situasjonen vil derimot være betraktelig lettere hvis jordmor kommer om bord i båten sammen med dem, som støtte og motivasjon (2). Ved å tenke slik på situasjonen, vil det kunne bli lettere å gi seg hen til fødekrefte.

Kroppen husker

Førstegangsfødende som er utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, har større sannsynlighet for å få alvorlig form for fødselsangst sammenliknet med førstegangsfødende kvinner uten overgrepserfaring. Flergangsfødendes grad av fødselsangst var derimot mest assosiert med en tidligere negativ fødselsopplevelse enn hvorvidt de hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen (12). For kvinner med fødselsangst er mestring i fødsel mer kompleks enn bare å mestre smerten og de føder oftere ved hjelp av keisersnitt (24).

20-40 % av alle kvinner som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen vil utvikle PTSD (5). Kanskje er det slik at PTSD og fødselsangst kan være med på å forklare hvorfor disse flergangsfødende fikk en negativ fødselsopplevelse ved første fødsel. En forhistorie med seksuelle overgrep kan likevel hevdes å være en sekundærårsak for deres fødselsangst ved andre fødsel. Dermed kan en kvinne som har født flere ganger fortsatt streve på grunnlag av erfaringene fra barndommen. Dette kan utfordre kvinnens evne til å mestre fødselen og dermed påvirke fødselsopplevelsen. Hvis vi som jordmødre skal kunne fremme en positiv fødselsopplevelse, er det fordelaktig å ha kjennskap til hva som resulterte i en negativ fødselsopplevelse ved tidligere fødsel. Dette tenker vi kan oppnås ved å invitere kvinnen til å fortelle sin historie, det Brudal (11) forklarer som narratologi. Hensikten med dette er å fremstille en helhet og skape et større bilde.

Montgomery et al. forklarer videre at kvinnene ønsker å føle seg trygge under fødsel, noe som betyr å ikke bli minnet på det seksuelle overgrepet (16). Uavhengig om overgrepserfaringen er kjent eller ukjent, sier studiene og litteraturen at jordmor og annet helsepersonell kan utsette kvinnen for re-traumatisering gjennom følelsen av å bli misbrukt på ny (2,4,5,7,14,15,16,17). Velmente fraser som for eksempel «slapp av», «la det bare skje», «åpne opp» og

«stol på kroppen din», kan virke re-traumatiserende på kvinnen. Selve presseriene kan også lokke fram «flashbacks», dissosiasjon og tap av virkelighetsoppfatning (5). Opplevelsen av re-traumatisering vil være avhengig av kvinnen og hennes tilstand på gitt tidspunkt, samt jordmors holdning og relasjonen til den fødende (16). Jordmødrene i Jackson og Fraser sin studie mener at man kommer langt med grunnleggende jordmorkunnskaper (15). Det vil si å ha evne til å lytte, vise empati, sympati, støtte, sensitivitet, konfidensialitet, ha god kommunikasjon, ikke være dømmende, være ærlig, troverdig og gi kvinnen «en skulder å gråte på» ved behov.

Det kan være fordelaktig å spørre kvinnen om hun har noen redsler eller triggere hun er ekstra bekymret for (5). Som nevnt tidligere, finnes det en rekke triggere, avhengig av kvinnens opplevelse av overgrepene i barndommen (4). Kvinnene avslører ofte ikke deres erfaringer med seksuelle overgrep og triggerne de opplever kan derfor være uforutsigbare (17). Jordmødre representert i Jackson og Fraser sin studie, mener at også menn kan være en trigger, om overgriper var mann (15). Fødekvinnen kan også oppleve skuffelse og re-traumatisering fra en kvinnelig jordmor (5). Skuffelsen kan tenkes å oppstå fordi kvinnen ikke var forberedt på uforutsatte triggere knyttet til jordmor og på forhånd så på henne som en trygg havn. Eksempelvis er det ikke uvanlig at jordmødre pleier å komplimentere magen til den fødende. Dette kan for noen kvinner fungere som en uforutsigbar trigger, om overgriper pleide å komplimentere magen hennes. Videre kan uforutsigbare triggere knyttet til jordmor også skyldes at kvinnen har overgrepserfaringer relatert til egen mor. Moren kan ha kjent til at overgrepene foregikk, men ikke gjort tiltak for å forhindre dem (5). Ved å spørre kvinnen på forhånd om triggere, tenker vi at man viser genuin interesse i hennes ve og vel og at det vil kunne få henne til å føle seg trygget. Om kvinnen ikke er åpen om sin historie, må jordmor enkelte ganger lytte til de usagte beskjedene kvinnen gir (16).

Kvinnens indre flukt

Kontinuerlig tilstedeværelse kan forbedre kvinnens følelse av kontroll og kompetanse og redusere behovet for obstetriske intervensjoner (17). Fødende kvinner som får kontinuerlig tilstedeværelse av en de føler seg emosjonelt knyttet til, har en mer positiv fødselsopplevelse (24). Hvis kvinnen opplever

trygghet og kontroll, kan hun komme styrkende ut av fødselen (1 og på denne måten føle mestring av situasjonen (17). En rekke studier og litteratur støtter viktigheten av kontroll for kvinner i fødsel (2,4,5,15,16,17,23). Jordmor må finne ut hvilken mental tilstand kvinnen er i og ut fra dette hjelpe henne å være i nåtid (3). For å kunne gjøre dette, mener vi at jordmors kontinuerlige tilstedeværelse er en nødvendighet. Likevel er det ofte slik at kontinuerlig tilstedeværelse gjennom fødselen er heller unntaket enn regelen (21). Kanskje kan dette medføre at kvinnen opplever tap av kontroll, noe som resulterer i at hun henvender seg til andre typer mestringsstrategier. Kvinners følelse av sårbarhet er nært knyttet til deres evne til å føle seg trygg blant omgivelsene. De som føler seg sårbar, føler seg heller ikke trygg. Det kan føre til at kvinnen i tillegg føler seg kraftløs og i verste fall kan sitte igjen med en følelse av å ha blitt krenket på nytt (17). Man kan anta at kvinner som ikke greier å opprettholde følelsen av kontroll, bruker mestringsstrategier som dissosiasjon og benektelse. Med andre ord, når det ikke er mulig å flykte fysisk, flykter den fødende psykisk (18). Hvis jordmor er til stede og opplever at den fødende dissosierer, kan man bruke tydelig verbal veiledning for å få henne til å fokusere på her og nå (3). Derimot trenger ikke kvinners dissosiering nødvendigvis bety at de sitter igjen med en negativ fødselsopplevelse. Garratt viser til en kvinne som forklarte at dissosiasjonen under fødselen hadde hjulpet henne til å få en god fødselsopplevelse, i den forstand at den tok bort fødselssmertene (2). Hvis mestringsstrategiene oppleves vellykkede, kan fødselen likevel bli en positiv opplevelse for noen av fødende med erfaringer av seksuelle overgrep (17).

Fødselsopplevelsens ansikter

Kvinner som får kontinuerlig støtte gjennom fødselen, har noe kortere fødselsforløp og større sjanse for spontan fødsel (21). Fødselsopplevelsen er avhengig av kvinnens opplevelse av å bli behandlet med respekt og fravær av re-traumatisering (4). Det er eksepsjonelt viktig for kvinnen å oppleve at hun blir sett, hørt og at hennes behov blir tatt på alvor (3).

Ifølge Simkin & Klaus er en god fødselsopplevelse uavhengig av forløsningsmetode (4). Garratt beretter derimot flere traumatiske faktorer knyttet til en negativ fødselsopplevelse. Eksempler er intervensjoner, store smerter, hastegrad av keisersnitt, instrumentell forløsning, fødsel av et sykt eller død-

født barn og redsel for barnets helse eller sitt eget liv (2). Det kan derfor se ut til at det er misforhold mellom det studiene mener er årsaken knyttet til en negativ fødselsopplevelse. Dette kan tyde på at det er jordmors måte å fremme en god fødselsopplevelse som er mest betydningsfull.

Vaginale undersøkelser og berøring

Vaginale undersøkelser er en viktig del av fødselen, i den hensikt at de bidrar til å vurdere progresjon i fødselen og barnets innstilling i fødselskanalen. Kvinner som har blitt seksuelt misbrukt kan ha negative erfaringer med berøring og vaginal eksplorasjon kan trigge minner om overgrep (2,3,4,14,16). Intime prosedyrer vil sannsynligvis være vanskelig for disse kvinnene, når deres kroppslige grenser ikke ble respektert som barn (17). Studien viser deretter til at det ikke er den kliniske prosedyren i seg selv som er problematisk, men hvordan den blir utført (2,16).

Montgomery et al viser videre til hvordan jordmødre og helsepersonell kan trigge minner om overgrep på måter som kanskje ikke umiddelbart er opplagt for dem selv. En kvinne fortalte om en jordmor som ønsket å være mild og snill og førte den ene fingeren inn i vagina og deretter den andre fingeren i starten av en undersøkelse. Uheldigvis var dette akkurat det kvinnens overgriper hadde gjort, noe som medførte at undersøkelsen opplevdes traumatiserende (16). Simkin og Klaus viser til at mange jordmødre tror at berøring kan tillates, så lenge den utføres aktsomt (4). Litteraturen stadfester også at vaginale undersøkelser bør utføres så skånsomt som mulig, en praksis vi selv har lært. Det kan likevel se ut til at dette kan trigge minner hos noen kvinner. Et innblikk i litteraturen kan gi oss en mulig forklaring på hvorfor

«Jordmor må ta seg tid til å bli kjent med kvinnen.»

jordmødres forsiktighet kan oppleves traumatisk. Mange overgripere fra barndommen har verken vært brutale eller voldelige mot sine ofre, men fikk tillit fra barnet gjennom å utnytte deres behov for å føle seg elsket og spesiell. Kvinner som har blitt seksuelt misbrukt i barndommen, har derfor ofte blitt berørt og kjærtignet på en forsiktig og «elsket» måte av

sine overgripere. Fødselshjelperen kan derfor utilsiktet oppfattes som overgriper når erfaringene blir reaktivert (2). Forfatteren viser videre til at det er vanlig at jordmødre ikke gjenkjenner virkningen av deres handlinger, og at vaginale undersøkelser ofte blir sett på som en rutineprosedyre. Vi ser det derfor som viktig at jordmor i sin praksis reflekterer over hvordan vaginale undersøkelser utføres, og hvordan de kan påvirke disse kvinnene.

Seksuelt misbruk er alltid et misbruk av makt. Det er ikke utenkelig at kvinner under vaginale undersøkelser, føler makten ligger i jordmors hender (4). Undersøkelser innebærer ofte at kvinnen er avkledd mens helsepersonell er påkledd, kvinnen er liggende mens helsepersonell er stående og at undersøkelsen i tillegg kan oppleves som smertefull (5). Dette kan gjenskape maktforholdet som var mellom henne som barn og overgriper, slik at kvinnen igjen havner i en maktesløs posisjon (14). Dette vil kunne føre til at kvinnen opplever «flashbacks», dissosiasjon, panikkanfall og mistillit til jordmor (3,5,16,17), noe som kan resultere i en negativ fødselsopplevelse.

Det kan være hensiktsmessig gjennom empatisk kommunikasjon å få kvinnen til å fortelle sine tanker rundt det å bli undersøkt. Jordmor har da mulighet til å bekrefte at det ikke er unaturlig å oppleve vaginale undersøkelser som utfordrende (2). Deretter kan de sammen komme frem til en felles fremgangsmåte for undersøkelsen. Det finnes flere tiltak som kan være hensiktsmessig under vaginale undersøkelser for at kvinnen skal kunne føle seg trygg. Dette kan være å dekke til kvinnen med et laken tvers over magen, å ha blikkontakt for å se hvordan hun reagerer underveis og ved å avklare på forhånd at hun kan avbryte undersøkelsen om ønskelig. Kvinnen kan også ha sine hender oppå jordmors hender for å oppleve kontroll. En tidsplan og en eventuell tiltaksplan over når jordmor skal utføre neste vaginalundersøkelse med tanke på framgang i fødselen, kan også være hensiktsmessig (3). Kanskje kan dette bidra til at kvinnen blir en aktiv deltager i egen situasjon, noe som kan styrke hennes opplevelse av mestring.

Konklusjon

Det kan være fordelaktig å behandle alle kvinner som om de var seksuelt misbrukete, akkurat på bakgrunn av at de fleste ikke avslører sin historie (4).



Det kan se ut til at seksuelt misbrukte kvinner har et større behov for å bli inkludert i undersøkelser, både i form av egne tanker og deltagelse. Det kan derfor tenkes at jordmødre kan forhindre re-traumatisering om alle kvinner, uavhengig av kjent eller ukjent overgrepserfaring, behandles like skånsomt.

Det finnes ingen fasit på hva jordmor bør eller

ikke bør gjøre i møte med seksuelt misbrukte kvinner i fødsel. Hvilke individuelle behov de har, avhenger av kvinnens emosjonelle og fysiske tilstand, samt relasjon til jordmor. Jordmor må derfor ta seg tid til å bli kjent med kvinnen og se henne som en unik person, noe som kan styrke tillitsforholdet og hennes forutsetning for mestring. ■

Referanser

- Thoresen, S., og Hjemdal, O.K. (red.) (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststude av vold i et livsløpsperspektiv. (NKVTS Rapport nr. 1, 2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
- Garratt, L. (2011). Survivors of Childhood Sexual Abuse and Midwifery Practice- CSA, birth and powerlessness. United Kingdom: Radcliffe Publishing Ltd
- Dahlø, R. og Laache, I. (2010). Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer- En veileder for helsepersonell. Oslo: Høyskoleforlaget
- Simkin, P. og Klaus, P. (2004). When survivors give birth. Understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women. USA: Classic day publishing
- Hobbins, D. (2004). Survivors of Childhood Sexual Abuse: Implications for Perinatal Nursing Care. JOGNN, 33, 485-497
- Kirkengen, A. L. (2009). Hvordan krenkede barn blir syke voksne. (2. opplag). Oslo: Universitetsforlaget
- Montgomery, E., Pope, C., og Rogers, J. (2015a). A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood. Midwifery, 31(1), 54-60
- Benum, K. (2007). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I: T. Anstorp, K. Benum og M. Jakobsen (red.) Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integring av det splittede jeg. (2. opplag). Universitetsforlaget
- Jakobsen, M. (2007). Kroppen husker. Nevrobiologisk kunnskap om traume-tilstander. I Anstorp, T, Benum, K, og Jakobsen, M. (red.) Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integring av det splittede jeg. (2. opplag). Universitetsforlaget
- Anstorp, T. (2007). Hvordan skape trygghet hos klienter med alvorlige dissosiative lidelser? Noen utvalgte kjernetemaer og kliniske utfordringer. I: T. Anstorp, K. Benum og M. Jakobsen (red.) Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integring av det splittede jeg. (2. opplag). Universitetsforlaget
- Brudal, L. (2014). Empatisk kommunikasjon-Et verktøy for menneskemøter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L., & Schei, B. (2010). Childhood Abuse and Fear of Childbirth—A Population based Study. Birth, 37(4), 267-274
- Eide, H. og Eide, T. (2012). Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Coles, J. og Jones, K., (2009). «Universal Precautions»: Perinatal Touch and Examination after Childhood Sexual abuse. BIRTH 36:3
- Jackson, K. B., og Fraser, D. (2009). A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. Midwifery, 25(3), 253-263
- Montgomery, E., Pope, C., og Rogers, J. (2015b). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. BMC Pregnancy & Childbirth 15:194
- Montgomery, E. (2013). Feeling Safe: A Metasynthesis of the Maternity Care Needs of Women Who Were Sexually Abused in Childhood. BIRTH, 40:2
- Tveiten, S. (2007). Du vet best hvor skoen trykker...Om veiledning empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., og Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC Medicine. DOI: 10.1186/1741-7015-6-7
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 186, Issue 5, Pages S160-S172
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., og Weston, J. (2013). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev, 7(7). DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Aune, I., Amundsen, H. H., og Aas, L. C. S. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their support of women during labour. Midwifery. Jan;30(1):89-95. Doi: 10.1016/j.midw.2013.02.001
- Salomonsson, B., Wijma, K, og Alehagen, S. (2010) Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. Midwifery 26, 327-337. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., og Small, R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study. Midwifery, 30(9), 1029-1035



3 PÅ GANGEN

1. Hvis du skulle forske videre i jordmorfag, hva kunne du tenke deg å lære mer om?
2. Bruker dere pudendalbedøvelse i fødsel der du jobber?
3. Hvilken sak fra Jordmorforbundet i nyhetene/sosiale medier husker du best fra året som gikk og hvorfor?



Ingrid Hjørnevik, jordmor,
Kvinneklubben i Bergen

1. Jeg er helt fersk jordmor, og lengter ikke tilbake til bøkene riktig helt enda. Men, selvfølgelig er det mye som engasjerer. Jeg ser for meg å ta en videreutdanning innen sexologi, noe som igjen vil kunne åpne øynene mine for aspekter innen jordmorfag som trengs å forskes mer på.
2. Ja. Både jordmødrene og legene setter pudendalbedøvelse, og jeg har til og med opplevd at fødekvinne selv ber om det.
3. Både lokalt og nasjonalt er det vel nedbemanning og økt arbeidspress som har fått stort fokus dette året. Å skulle fullføre et hardt studieløp samtidig som man ikke visste om man fikk jobb innen det man utdannet seg til, var en uventet problemstilling. Men, jeg synes Jordmorforbundet gjorde en god jobb gjennom å lytte til oss «i felten», samt å videreformidle problematikken til dem som kan gjøre en forskjell.



Inki Marie Busk,
jordmor, Ahus

1. Som nyutdannet med ansvarsvakter på observasjonsposten kunne jeg tenke meg å lære mer om telefonveiledning av gravide og fødende. Jeg vil fange opp det som er vesentlig og samtidig kommunisere på en måte som gir den gravide/fødende en opplevelse av å bli ivaretatt. Jeg kunne innimellom tenkt meg en slags «app» eller elektronisk verktøy som ledet meg gjennom de riktige spørsmålene i forhold til utfordringen pasienten presenterer på telefon, spesielt i travle situasjoner.
2. Ja, på Ahus er det flere som setter dette. Jeg opplever det som en veldig god smertelindringsmetode i enkelte tilfeller. Min veileder – Gunilla – var fantastisk nettopp dette og det gjorde at jeg tidlig bestemte meg for at det var noe jeg ville lære. Jeg ruller til fødeavdelingen på nyåret og da vil jeg sette dette på dagsplanen!
3. Saken om tidlig hjemsending av nybakte mødre uten at ressursene er til stede. Jeg synes det er fortvilende at de kommunale ressursene ikke samsvarer med Helsedirektoratets anbefaling om jordmoroppfølging i barseltiden. Jeg er av den oppfatning at det i mange tilfeller er bra å reise hjem tidlig fra sykehuset, såfremt det er tid og ressurser til oppfølging. Jeg tror at mange kvinner, barn og familier vil få en bedre start i rolige omgivelser hjemme, og håper veldig at det snart ansettes flere jordmødre for å møte anbefalingene.



Helene Tennefoss Tørnquist, jordmor
og lokalgruppeleder
i Telemark

1. Master i jordmorfag: Jeg har mange jordmorfaglige tema jeg brenner for, alt fra hjemmefødsel til sorgarbeid. Jeg er opptatt av kvinnen/pasientens rett til å ta et informert valg i fødsel, selv når det viker fra våre retningslinjer. Vi er generelt lite oppmerksomme på jussen her, at sykehusets retningslinjer sorterer under kvinnes rett til selvbestemmelse. Dette er et spennende tema å forske på.
2. Jeg setter av og til pudendal. Jeg fikk veiledning i å anvende pudendalbedøvelse i fødsel av en dansk jordmor som var vikar i Stavanger når jeg jobbet der. Det blir ikke hyppig brukt hos oss i Skien, men jeg vet at enkelte leger setter pudendal.
4. Synes det er vanskelig å peke ut en enkelt sak. Men Jordmorforbundets leder Hanne Schjelderup-Eriksen er flink til å fremme jordmorfaget. Hun er tydelig og dyktig politisk. Det er viktig! Det leder meg at Jordmorforbundet støtter opp om de jordmødrene som ønsker å jobbe sammen om hjemmefødsel. Det er ved de fleste sykehus i dag helt vanlig å ha jordmor 2 til stede når barnet fødes. Det bør også være et tilbud ved hjemmefødsel, og da må selvsagt jordmor 2 også få betalt.