

Jordmora



TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF

Sykepleien



Jordmødre etterlyser mobilvett

Side 18



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

REDAKSJONSRAÐ

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

Eivind Solfjell
Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT

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

TRYKK: Printall
FORSIDEFOTO: Mostphotos
NESTE UTGAVE: 13. desember 2018

INNSENDING AV ARTIKLER

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

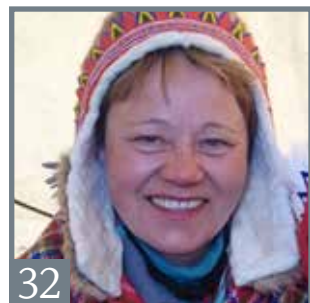
Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. E-postadresse bør også være med.

Innhold



01 - 2018

- 3 Nyheter fra redaktøren
- 4 Smånytt
- 6 Leder
- 8 Emosjonelle reaksjoner på perinatal død
- 13 Tre på gangen
- 14 Saving Lives
- 17 Ny utgave av Jordmorboka
- 18 Etterlyser mobilvett
- 25 På plakaten
- 26 Ta vare på de gode historiene
- 28 Jordmor på hjul
- 30 Fremdrift i arbeidet med ONEWS
- 32 Etterspør forskning på samiske fødekviner
- 36 Jordmødre suturerer fødselsrifter ulikt
- 42 Svangerskap og fødsel etter fedmeoparasjon
- 51 Tilbakeblikk





FAKTA

**Hanne
Graarud Steien**Jordmor
og redaktør

Fremtiden er digital

Nå er våren endelig her, og vi går mot lysere tider. Denne utgaven av Jordmora er en større utgave enn vanlig. Vi i Jordmorforbundet NSF og redaksjonsrådet for Jordmora følger med i tiden og forbereder oss nå på å gå digitalt. Tiden hvor alt måtte på papir, er forbi, og sammen med tidsskriftet Sykepleien jobber vi med en digitalisering. Vi gleder oss til dette, og håper dette er noe som dere medlemmer vil sette pris på. Vi anser det som en stor fordel at alle artikler blir liggende søkbare på nett, og enda flere får mulighet til å lese jordmorfag. Det blir også lettere å formidle og dele kunnskap.

Artikler på nett

Vi kommer til å legge inn artikler på nettsiden fortløpende, og du vil motta nyhetsbrev med aktuelle saker hver måned. Jordmora du holder i nå, er nest siste utgave i papir. Vi forstår at for noen er dette trist, mens andre igjen vil se fordelene og gleder med dette.

Nyhetsbrev

Nyhetsbrev kommer til å bli en naturlig informasjonskilde fremover. For at du skal motta

nyhetsbrev fra oss, er det viktig at du passer på å holde e-postadressen din oppdatert på nsf.no/minesider.

Vil du skrive?

Redaksjonsrådet er fortsatt og vil alltid være opptatt av godt fagstoff. Jobber du med noe spennende eller kommer over noe nytt? Eller kanskje har du selv noe å publisere? Ta kontakt med undertegnede. Redaksjonsrådet for Jordmora skal altså bestå, selv om digitaliseringen er vedtatt, og vi ønsker flere engasjerte medlemmer velkommen inn til oss, slik at vi sammen kan jobbe for å finne spennende fagstoff som våre medlemmer ønsker å lese.

Kos deg med bladet

I denne utgaven kan du blant annet lese om mobil til glede og besvær. Vi kan nok alle bli bedre på å legge vekk sosiale medier en stund og bare være her og nå. Så ta med Jordmora og kaffekoppen ut i sola, og nyt øyeblikket. ■

Med ønske om en nydelig sommer til dere alle, beste hilsen fra Hanne, prosjektleder i Jordmorprosjektet og redaktør for tidsskriftet Jordmora



Redusert liggetid

I løpet av de siste ti årene har gjennomsnittlig liggetid for nybakte mødre gått ned fra 3,2 til 2,7 døgn. Tallet er regnet fra datoen for forløsning til datoen for utskrivelse. Nybakte mødre hadde en gjennomsnittlig liggetid etter fødselen på 2,7 døgn i 2016. Ti år tidligere var liggetiden et halvt døgn lenger, viser tall fra Medisinsk fødselsregister.



Kilde: Fhi.no

Uplanlagte fødsler

Hvert år blir om lag 500 barn født uplanlagt utenfor institusjon i Norge, viser et doktorgradsarbeid som har tatt for seg fødselstilbudet, og hva reisevei har å si for hvordan det går med mor og barn. Hilde Marie Engjom ved Kvinneklinikken i Bergen står bak undersøkelsen, som konkluderer med at risikoen for uplanlagt fødsel er fem gang så stor dersom reisetiden til nærmeste fødeavdeling er mer enn én time.



Kilde: På Høyden

«Barn staver kjærlighet slik: T-I-D.» *Anthony P. Witham*

Babyduft mot depresjon

Det er ikke tilfeldig at nybakte foreldre sukker henrykt etter å ha luktet på sin nyfødte baby. Babyduft har nemlig en positiv effekt på hjernens belønningssenter og gjør oss mer harmonisk og glad. Nå vil forskere utvikle en neseppray som inneholder lukten av baby.

– Medisin via luktenerven, direkte inn til hjernen, kan revolusjonere behandlingen av psykiske lidelser, sier luktforsker Johan Lundström ved Karolinska institutet i Stockholm. Kroppslukten til spedbarn inneholder om lag 150 kjemikalier, men man har ennå ikke kunnet identifisere hvilke av dem som gir de positive effektene.



Kilde: Forskning.se



Treig, men god

Forskere har tidligere konkludert med at så fremt de er friske, har all spermie de samme forutsetningene for å befrukte et egg. Dette stemmer ikke, ifølge en ny studie utført av forskere i evolusjonsbiologi ved Universitetet i East-Anglia og Uppsala universitet.

– Det finnes stor individuell variasjon mellom spermie, men man har tidligere ment at dette ikke har hatt noen innvirkning på avkommet. Vår studie viser at dette ikke stemmer. Spermie med lang utholdenhet produserer betydelig friskere avkom enn de kjappe, sier forsker Simone Immler til det svenske nettstedet forskning.se.

Redd for å føde

Det har aldri vært tryggere å føde naturlig. Likevel har andelen fødsler med bruk av medisiner eller inngrep økt de siste 20 årene.

– Det virker som om flere kvinner er bekymret for fødselen. De er enten redde for smertene, eller for at noe skal skje underveis slik at de eller barnet dør, sier professor Ellen Blix ved jordmorutdanningen ved Oslomet til Viten+praksis.



Alkohol og personlighet

Mødre som er mer negative, depressive, ustabile og engstelige enn gjennomsnittet, har betydelig økt risiko for sporadisk stordriking, både i første og andre trimester av graviditeten, viser resultater fra Den norske mor og barn-undersøkelsen.



Kilde: Fhi.no

Avverge vold

Mild vold mot barn og unge går ned, men den grove volden er stabil, viser forskning fra Voldsprogrammet ved NOVA på Oslomet. I følge forskerne er det fem tiltak som kan redusere den grove volden:

1. Snakke om og spørre om vold – både på hjemmebesøk og på helsestasjonen.
2. Måltrettede tiltak mot ekstra utsatte, som barn som lever i vanskelige familieforhold.
3. Programmer som går over tid, og hvor hjelpeapparatet jobber mer konkret med hvordan foreldre forholder seg til egne barn.
4. Løfte nabolag med dårlige levekår.
5. Mer forskning om hva som virker.

Kilde: NOVA



Kan påvirke gener

Dersom gravide bruker paracetamol i 20 dager eller mer i svangerskapet, ser det ut til at gener som har betydning for utvikling av ADHD, kan påvirkes. Dette viser resultater fra en delstudie i Den norske mor og barn-undersøkelsen. Det er ikke kjent hvordan paracetamol kan påvirke nevroutvikling. Men man har undersøkt hvorvidt såkalte epigenetiske mekanismer, «brytere» som slår av og på gener, kan være involvert.

Kilde: Fhi.no





FAKTA

Hanne Schjelderup

Leder Jordmorforbundet NSF

Fødselsomsorgen skal ikke være en minimumstjeneste

Jordmorforbundet går ikke med på en utvikling der mor og barns helse settes på spill. Nå haster det med tiltak. Vi har gjennom ganske mange år sett hvordan fødselsomsorgen ved landets sykehus har utviklet seg til mer og mer å bli en minimumstjeneste, over hele landet. Slik systemet er rigget, blir det fristende for økonomene i helseforetakene å ta ut det økonomiske potensialet som ligger i å bruke minst mulig ressurser på fødsels- og barselomsorg. KK Bergen legger opp til liggetid på 6–24 timer etter fødsel for nær halvparten av de fødende, Stavanger og resten av de store fødeklippene følger hakk i hæl. Utviklingen må snu. Når helsetap og prognosetap er viktig, er det vanskelig å se for seg deler av tjenestene der en slik logikk er mer relevant enn for fødselsomsorgen. I denne sårbare perioden dannes grunnlaget for mestring og god helse i et livsløpsperspektiv. Det vil derfor være mest samfunnsøkonomisk lønnsomt og rasjonelt å sette inn optimalt med ressurser i fødselsomsorgen.

Står sammen

Et bredt fagmiljø står samlet om å slå alarm. Faktatall og forskning trekkes frem for å få frem de negative konsekvensene nedbyggingen i fødselsomsorgen fører til. Helseministeren må ta advarslene alvorlig, og rette søkelyset på Perinataalkomiteens nye dystre faktatall, som viser at 44 dødfødsler kunne vært unngått i Norge. Helseministeren har det øverste ansvaret for status på fødsels- og barselomsorgen her i landet. Det er for få jordmødre, kortere liggetid etter fødsel, fødeavdelinger legges ned, og det blir mindre barselrom på sykehusene som allerede i dag har dårlig kapasitet. Bygg former tilbudet. Jordmødre sies opp på tross av økning i fødsler på store sykehus. Kutt i sykehusbevilgninger fører til at store sykehus nå legger opp til rask hjemreise, uten å forsikre seg om at jordmørtjenesten lokalt er rustet til å møte behovet for barselomsorg hjemme av jordmor rett etter fødsel. Kommuner og sykehus krangler om hvem som

skal betale for barselomsorgen. Helseministeren sier at kort liggetid representerer et fremskritt. La oss heller være ærlige. Det dreier seg om sparetiltak. Jordmorforbundet vil understreke at Helsedirektoratets barselretningslinjer påpeker at alle kvinner skal få ligge på sykehus til de er klar for hjemreise og amming er etablert, samt få hjemmebesøk av jordmor etter fødsel.

Nødvendig investering

Regjeringen har som mål å styrke jordmortjenesten kommunalt. Strategien med å la kommunene velge selv gjennom frie midler, har vært feilslått og bare gitt en beskjeden vekst. NSF fikk gjennomslag for øremerking av 20 millioner som har hatt litt effekt, men på langt nær møter behovet for jordmødre i kommunen. Status er at 60 000 barselkvinner deler på 424 kommunejordmødre. Med dette tempoet på jordmorsatsingen tar det 30 år før vi har på plass en tilgjengelig barseltjeneste med nok jordmødre i kommunene. En god fødsels- og barselomsorg er en nødvendig investering for samfunnet.

Tilgjengelig jordmor

Retningslinjene for barselomsorgen er tydelige på at det er jordmor som skal ivareta hjemmebesøk den første uken, med tilbud om nødvendig

fødselsekspertise til mor som nylig har født. WHO sier at det viktigste tiltaket for at mødre og nyfødte skal overleve, er å sikre en tilgjengelig jordmor i svangerskapet, fødsel og gjennom sårbar barseltid. Det er økende jordmormangel. WHO ser spesielt alvorlig på at det er for få utdannede jordmødre i Europa. Det gledelige nå

«La oss heller være ærlige. Det dreier seg om sparetiltak.»

er at debatten har ført til at departementet vurderer utdanningskapasiteten for jordmødre. Det utdannes kun rundt 100 jordmødre årlig, og en stor del av landets jordmødre har høy alder. Det er behov for en rask handlingsplan med økonomiske tiltak for å styrke jordmortjenesten med finansielle virkemidler som virker. Helseministeren har vært i møte Jordmorforbundet for å diskutere tiltak og løsninger. Jordmorforbundet stiller tydelige krav om at jordmødre skal ha arbeidsvilkår som gjør det mulig å bidra til å opprettholde fortsatt lav spedbarns- og mødre-dødelighet her i landet. ■



Helsepersonell må bryte stillheten rundt emosjonelle reaksjoner på perinatal død

Belastningen ved å være vitne til et perinatalt dødsfall kan gå ut over både helse og familieliv, og kan føre til økt sykefravær og høyere utskifting.

«Det har vært vanskelig for helsepersonell å sette ord på det de opplever i slike situasjoner.»

Amiste et barn i dødfødsel eller timer etter fødselen er en traumatisk hendelse for foreldrene. Selv om sorg ikke er en sykdom, og de fleste bearbeider sorgen uten profesjonell hjelp, viser studier at sorg er forbundet med økt risiko for dødelighet og dårligere helse (1–5).

Nyere forskning bekrefter disse funnene, som viser at sorg etter tapet av barn er assosiert med økt dødelighet og svekkelser i både fysisk og psykisk helse for foreldrene (6–8).

Taushet

Det har vist seg at ikke bare foreldre, men også helsepersonell som leger, jordmødre og sykepleiere strever med følelsesmessige belastninger etter perinatale dødsfall (9–15).

I noen tilfeller kan disse følelsesmessige belastningene gå ut over både helse og familieliv, i tillegg til at de kan føre til økt sykefravær og høyere utskifting (16, 17). I ekstreme tilfeller fører de til at vedkommende ikke kan fortsette i arbeidet sitt (10, 11).

Det har vært vanskelig for helsepersonell å sette ord på det

de opplever i slike situasjoner, siden det å ha følelsesmessige belastninger i kjølvannet av pasientsituasjoner i mange tilfeller ikke er akseptabelt, eller det har blitt møtt med taushet (18). Det fører igjen til en ekstra belastning for helsepersonell at deres opplevelser ikke blir akseptert (9).

Det har også vært situasjoner der helsepersonell har hatt skyldfølelse uten at det har vært noen objektiv grunn for det (9, 19). Slike opplevelser er det viktig å gripe fatt i og ha et opplegg for å håndtere, slik at de ikke får utvikle seg og blir et grunnlag for sykefravær eller avgang fra yrket.

Trening og refleksjon

En rekke stressfaktorer ved sykehus er knyttet til organiseringen av arbeidet samt til samhandling med pasienter og pårørende. Å arbeide i et komplekst system der flere elementer samhandler med hverandre, gjør helsepersonell mer sårbare for stress og emosjonell utmattelse (20, 21).

Problemet med å håndtere foreldres følelser og sjokk, samtidig med å skulle bearbeide sine egne opplevelser, har blitt beskrevet som problematisk (11, 14, 16–18), samtidig som disse vanskelige følelsene også ble overført til vanlige fødsler (14, 16, 17).

Å bidra til en arbeidskultur som normaliserer det å ha egne



KRITISK: Å bidra til en arbeidskultur som normaliserer det å ha egne følelsesmessige utfordringer blant helsepersonell i spesielt kritiske situasjoner, vil være med på å skape et helsefremmende arbeidsmiljø. Illustrasjonsfoto: Colourbox

FAKTA

Av **Rajja Dahlø**, førstelektor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Tina Eilertsen, overlege og gynekolog, Klinikk for kirurgi, Helse Nord-Trøndelag

Gerd I. Ringdal, professor, Institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Beate André, førsteamanuensis, Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

følelsesmessige utfordringer blant helsepersonell i spesielt kritiske situasjoner, vil være med på å skape et helsefremmende arbeidsmiljø. For et helsefremmende sykehus er dette en viktig målsetting (22).

Tidligere forskning har vist at innføring av et trenings- og refleksjonsopplegg har ført til at helsepersonell har blitt i stand til å håndtere følelser

mangel på mening (13, 14, 18), angst, uro (10, 18), ønske om å slutte i yrket og frykt for rettslige konsekvenser (10, 12).

Personlige faktorer som sorg og utfordringer i eget liv gjorde det vanskelig for helsepersonell å gi god pleie til de sørgende foreldrene (16, 17). Utfordringer med å omstille seg fra fødsler med perinatal død til normal fødsel ble også beskrevet (16–18).

«Opplæring vil redusere jobbstressfaktorer ved sykehus.»

knyttet til perinatal død bedre, og derigjennom vært i stand til å møte foreldrene på en bedre måte (9, 23).

En tidligere studie har funn som tyder på at også opplæring, ikke bare i kliniske områder, men i samarbeid, kommunikasjon, familiesamhandling og stressmestring, vil redusere jobbstressfaktorer ved sykehus (20).

Metode

En strukturert litteraturundersøkelse ble gjennomført for å finne frem til vitenskapelige studier som beskriver jordmødres, obstetrikernes og sykepleieres erfaringer med perinatal død og de faktorene som er viktige i disse opplevelsene.

Studien vår var begrenset til engelsk og skandinaviske språk og besto av artikler publisert fra januar 1990 frem til januar 2016 i elektroniske databaser. Vi fant ti artikler som kunne inkluderes. Dette viser at det finnes lite forskning om dette temaet.

Funn

Vi analyserte studiene ved bruk av kvalitative metoder og Kvalés (24) prinsipper. Det resulterte i følgende kategorier: følelsesmessige implikasjoner, utdanning og opplæring, og støtte fra kolleger.

Følelsesmessige implikasjoner

En studie viste at emosjonelle implikasjoner ble sett på som en positiv ressurs når helsepersonell var i stand til å bruke sine erfaringer til å hjelpe foreldrene på en god måte (23).

Negative følelsesmessige implikasjoner var stress, sjokk (9–14), personlig tap, tristhet (10, 13, 19), skyld, selvbebreidelse (13, 14, 16, 17), tilbaketrekking, depresjon (9, 10, 14, 18, 19), fornektelse,

Endring i kultur

Helsepersonell føler seg uforberedt på perinatale dødsfall, og vi vet lite om helsepersonellens reaksjoner og følelser som kan oppstå i disse situasjonene (11, 12, 14, 18). Helsepersonell opplever at det er tabubelagt å ha og å snakke om sine egne følelsesmessige reaksjoner (18).

Leger og jordmødre har gitt uttrykk for at de er redde for negative konsekvenser hvis de har følelsesmessige reaksjoner ved perinatal død (9).

Helsepersonell må bryte stillheten rundt emosjonelle reaksjoner på perinatal død. Det er viktig å snakke om disse følelsene for å normalisere og fremme anerkjennelse for dem (9, 10, 13, 19, 23). Det er viktig, og et ledelsesansvar, å fremme en kultur hvor man ikke leter etter syndebukker (16, 17).

Støtte fra kolleger

Når de ansatte fikk anledning til å diskutere følelser og erfaringer med kolleger, var dette et viktig bidrag til å utvikle og bruke sine kunnskaper, og hjelp til å kunne ta beslutninger i følelsesmessige vanskelige situasjoner knyttet til perinatal død (9).

Anerkjennelse av følelser og betydningen av å bruke følelser som en ressurs i disse situasjonene ble beskrevet som vesentlig (23). Flere artikler fokuserte på formell og uformell støtte som vesentlig i disse situasjonene. Dette gjelder både personlig og profesjonell støtte fra kolleger, familie, venner og i form av debrifing (10–14, 16–19).

Diskusjon

Artiklene i denne studien viser at helsepersonell opplever situasjoner med perinatal død som belastende og utfordrende. Mange alvorlige følelsesmessige konsekvenser ble beskrevet, mens kun én av de undersøkte artiklene rapporterte at følelser kan brukes som en ressurs i møte med foreldrene (23).

Vi fant ingen forskjeller mellom profesjonene når det gjaldt erfaringer med de følelsesmessige impli-



kasjonene knyttet til perinatal død. Implikasjoner som stress, depresjon, skyld, sjokk, tristhet og sorg er rapportert i artikler med både jordmødre, gynekologer og sykepleiere (9–14).

Frykten for negative konsekvenser hvis en viser følelsesmessige reaksjoner, var rapportert i alle de inkluderte artiklene. Å unngå denne frykten er veldig viktig for å kunne få til en bedre arbeidssituasjon for helsepersonell ved perinatal død (25). Tidligere studier har vist at når emosjonelle og psykologiske reaksjoner blir anerkjent, ser det ut til at helsepersonell utvikler hensiktsmessige måter å uttrykke sine følelser på (26, 27).

En av de mer alvorlige følelsesmessige følgene som ble beskrevet i to av artiklene i denne studien, ønsket om å slutte i yrket, ble oppgitt av både jordmødre og obstetrikere (10, 12). Selv om jordmødre er tryggere på emosjonelle implikasjoner og det å vise sine følelser også i sitt arbeid enn legene, sliter også de med tanker om å forlate yrket (25).

Ledelsesansvar

Det synes å være av avgjørende betydning at kulturen på arbeidsplasser endres slik at det gis mulighet og aksept for å snakke om de emosjonelle utfordringene knyttet til perinatal død, også for de ansatte (28).

Alle de inkluderte artiklene i denne studien rapporterte funn relatert til dette. For å legge til rette for en kulturendring har det blitt foreslått

å utvikle egne utdanningsopplegg for jordmødre og legene som fokuserer på dette (28).

Det er viktig å utvikle en kultur uten at noen føler seg som «syndebukker» i forhold til perinatal død. Ifølge funn i disse studiene blir utvikling av en slik kultur sett på som et ledelsesansvar (16, 17).

Resultatene i denne reviewstudien viser at det kan være kulturelle forskjeller i land og mellom sykehus når det gjelder perinatal død. Alle de inkluderte

PERINATAL DØD:

Kulturen må endres, slik at det gis mulighet og aksept for å snakke om de emosjonelle utfordringene knyttet til perinatal død, også for de ansatte. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

«Frykten for negative konsekvenser hvis en viser følelsesmessige reaksjoner, var rapportert i alle de inkluderte artiklene.»

artiklene rapporterte funn relatert til kulturutfordringer (9–14, 16–19, 23).

Konklusjon

Denne studien beskriver erfaringene jordmødre, obstetrikere og sykepleiere har med perinatal død. Funnene tyder på at perinatale dødsfall har en alvorlig innvirkning på jordmødres, obstetrikeres og sykepleieres følelser, og at følelser som angst, stress, sjokk, skyld og lav selvtilitt er vanlige.

Mangelen på oppmerksomhet og anerkjennelse av





disse reaksjonene synes å være en av de største utfordringene for helsepersonell. Undertrykkelse av slike følelser kan få alvorlige konsekvenser, som uforløste sorgopplevelser eller lav selvtillit.

Studien viser at tilbaketrekking fra situasjonen og fornektelse var vanlig reaksjoner på perinatal

«Hovedproblemet ser ut til å være knyttet til arbeidskultur og aksept av helsepersonellens følelsesmessige reaksjoner.»

død. Disse reaksjonene kan føre til lavere kvalitet på omsorgen for de rammede foreldrene.

Et ønske om å slutte i yrket blir også beskrevet i denne studien, som et resultat av mangel på støtte og den belastningen det er å stå i disse situasjonene. Dette er alvorlige konsekvenser som har stor betydning for enkeltmennesker og for kompetanseoppbygning ved fødeavdelinger.

Hovedproblemet ser ut til å være knyttet til arbeidskultur og aksept av helsepersonellens følelsesmessige reaksjoner. Følelsesmessige reaksjoner blant helsepersonell ved perinatal død må bli anerkjent og sett på som normale, og det må gis mulighet til en bearbeiding av de belastende opplevelsene.

Helsepersonell som arbeider med perinatal død, trenger mer kunnskap og utdanning om kommunikasjon med sørgende foreldre og støtte for å håndtere sine følelser på en god måte. ■

Referanser

1. Parkes CM. Determinants of outcome following bereavement. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. 1976;6(4):303–23.
2. Parkes C, Stroebe M, Stroebe W, Hansson R. Bereavement as a psychosocial transition. Process of adaptation to change: preventive intervention. I: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, red. *Handbook of bereavement: theory, research and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. s. 91–101.
3. Parkes CM, Prigerson HG. *Bereavement: studies of grief in adult life*. Routledge; 2013.
4. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967;11(2):213–8.
5. Ringdal GI, Jordhøy MS, Ringdal K, Kaasa S. The first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliat Med*. 2001;15(2):91–105.
6. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*. 2007;370(9603):1960–73.
7. Houwen Kvd, Stroebe M, Stroebe W, Schut H, Bout Jvd, Meij LW-D. Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Stud*. 2010;34(3):195–220.
8. Harper M, O'Connor RE, O'Carroll RC. Increased mortality in parents bereaved in the first year of their child's life. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2011;1:306–9.
9. Wallbank S. Effectiveness of individual clinical supervision for midwives and doctors in stress reduction: findings from a pilot study. *Evidence-based Midwifery*. 2010;8(2):65–71.
10. McCool W, Guidera M, Stenson M, Dauphinee L. The pain that binds us: midwives' experiences of loss and adverse outcomes around the world. *Health Care Women Int*. 2009;30(11):1003–13.
11. Gardner JM. Perinatal death: uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England, and Japan. *J Transcult Nurs*. 1999;10(2):120–30.
12. Gold KJ, Kuznia AL, Hayward RA. How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians. *Obstet Gynecol*. 2008;112(1):29–34.
13. Jones K, Smythe L. The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal*. 2015;5(1):17–22.
14. André B. Når møte med livet blir møte med døden: jordmødres opplevelser når foreldre mister barn i forbindelse med fødselen. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2000;20(2):39–43.
15. Shorey S, André B, Lopez V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2017;68:25–39.
16. Nallen K. Midwives' needs in relation to the provision of bereavement support to parents affected by perinatal death. Part one. *MIDIRS Midwifery Digest*. 2006;16(4):537–42.
17. Nallen K. Midwives' needs in relation to the provision of bereavement support to parents affected by perinatal death. Part two. *MIDIRS Midwifery Digest*. 2007;17(1):105–12.
18. Pastor Montero SM, Romero Sanchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaen AG, Rodríguez Tirado MB. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(6):1405–12.
19. Farrow VA, Goldenberg RL, Fretts R, Schulkin J. Psychological impact of stillbirths on obstetricians. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2013;26(8):748–52.
20. Hamaideh SH, Ammouri A. Comparing Jordanian nurses' job stressors in stressful and non-stressful clinical areas. *Contemp Nurse*. 2011;37(2):173–87.
21. Sundin L, Hochwälder J, Lisspers J. A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. 2011;38(4):389–400.
22. World Health Organization. Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool. WHO; 2003. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/99775/E84988.pdf (nedlastet 23.03.2018).
23. McCreight BS. Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(4):439–48.
24. Kvale S, Brinkmann S. *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing*. 3. utg. Los Angeles: Sage Publications; 2015.
25. André B, Dahlø R, Eilertsen T, Ringdal GI. Culture of silence: midwives', obstetricians' and nurses' experiences with perinatal death. *Clinical Nursing Studies*. 2016;4(4):58.
26. Mander R. Good grief: staff responses to childbearing loss. *Nurse Educ Today*. 2009;29(1):117–23.
27. Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E, red. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. *Oncol Nurs Forum*. 2004.
28. Rich S. Caregiver grief: taking care of ourselves and our patients. *Int J Trauma Nurs*. 2002;8(1):24–8.

1. Føler du deg komfortabel med vannfødslar og ville du hatt flere vannfødslar dersom du hadde fått tilbud om veiledning og tilrettelegging for arbeidsstillinger?
2. Fokuseres det på å redusere belastningene ved turnus og nattarbeid på din arbeidsplass?
3. Hva betyr det å være fagorganisert for deg?



Merete Strand,
jordmor på FødeBarsei,
UNN Tromsø

1. Nei, jeg er ikke komfortabel med vannfødslar. Det har de siste fem årene ikke vært fokus på å få flere jordmødre sertifisert for dette i avdelingen vår. Hadde nok helt sikkert motivert flere kvinner for å føde i vann om jeg hadde mer veiledning og ikke minst bedre arbeidsforhold. Jeg tilbyr alle som har lyst og mulighet, å tilbringe deler av fødselen i badekaret.
2. Nei, det har absolutt ikke vært et fokus. Vi er nå inne i en god periode hvor vi har hatt mange samtaler om dette, så håper jeg det blir tatt til etterretning i praksis ved neste turnusperiode.
3. Det betyr en trygghet for meg som arbeidstaker, i form av juridisk og økonomisk støtte om jeg skulle trenge det. Vi har også vært heldige med plasstillitsvalgte som er flinke og engasjerte. Det er godt å ha en fagorganisasjon som jeg vet jobber for min arbeidstid, lønn og pensjon. En bonus er gode forsikringsordninger.



Violeta Yaneva,
jordmor på St. Olavs
barseihotell

1. Jeg har ingen erfaring med vannfødslar, siden jeg kommer fra et land hvor det nesten ikke praktiseres. Jeg kommer fra Bulgaria. Jeg kan godt tenke meg å lære og prøve med god støtte og veiledning fra en kollega med lang erfaring.
2. Jeg jobber 100 prosent stilling i tredelt turnus. Ikke så lett å lage optimal turnus med så mange arbeidstimer i løpet av en måned. Jeg føler meg godt ivare tatt av lederen med tanke på belastning og fritid.
3. Det å være organisert betyr ganske mye for meg. Jeg kommer fra et annet land og måtte lære ekstremt mye på kort tid. Jordmorforbundet NSF inkluderte meg, lærte meg, hjalp meg, viste omsorg, respekt og støtte fra første dag. Takk!



Rine Stark-Olsen,
jordmor på Ahus

1. På Ahus er det godt tilrettelagt for vannfødslar. Vi har badekar på alle fødestuer og flere dedikerte «vannfødsel-jordmødre». Jeg anbefaler ofte bruk av badekar som smertelindring til fødekvinnen, men det er ikke ofte jeg har fødsler i selve karet. Jeg føler meg trygg på denne forløsningsmetoden.
2. Vår tillitsvalgte er forkjemper for «sunn turnus», noe som kan redusere belastningen ved turnusarbeid. Det er også innført bruk av ønsketurnus, som kan bidra til færre belastninger. De faste nattevaktene får også noe redusert belastning. Men jeg vil ikke påstå at fokuset på reduksjon av belastning ved turnusarbeid er særlig høyt.
3. Det betyr at vi sammen kan fortsette å kjempe for rettighetene våre, samt å jobbe for at fremtidens kvinner skal få et godt og sikkert fødetilbud.



Saving Lives, Improving Mothers' Care

Siden 1952 har helsemyndighetene i Storbritannia hvert tredje år gitt ut rapporter om mødredødeligheten.

Tekst **Eli Aaby**, jordmor, Ahus, medlem av redaksjonsrådet i *Jordmora*

Før het rapportene *Why mothers die*, nå heter de *Saving Lives, Improving Mothers' Care*. Fra 2014 kommer de ut hvert år.

Hver rapport tar for seg mødredødsfall over en treårsperiode, og de har forskjellige tema. I 2014 var temaet sepsis, i 2015 var det psykisk sykdom og selvmord, i 2016 hjertesykdom. Den siste rapporten for 2017 ble offentliggjort i desember, og for første gang ble den lansert både i Storbritannia og Irland.

Tall og fakta

Tema for 2017-rapporten er kvinner som døde på grunn av epilepsi og andre nevrologiske sykdommer, psykiske helseproblemer, sepsis, blødning og fostervannsemboli. Rapporten har også et eget kapittel om anestesikomplikasjoner.

Det var ingen nedgang i mødredødsfall i perioden 2013–2015 sammenliknet med perioden 2010–2012. Men det har vært en nedgang på 23 prosent i indirekte mødredødsfall fra perioden 2010–2012. Det skyldes i hovedsak at det har vært færre dødsfall på grunn av influensa og sepsis av andre årsaker enn dem som kan forbindes direkte med svangerskap.

I siste periode er mødredødeligheten 8,76 per 100 000 svangerskap.

Læringspunkter

For hvert dødsfall blir alle journalnotater fra alle kontakter kvinnen har hatt med helsevesenet, samlet og gjennomgått av fagfolk, jordmødre, obstetrikere, allmennleger, anestesileger, patologer og intensivsykepleiere. Hensikten er å finne ut hva som hendte. Kunne kvinnen blitt behandlet på en bedre måte?

Rapporten gjengir mange korte case-rapporter, slik at vi som lesere kan få en forståelse for hendelsesforløp og læringspotensial. Målet er å bli bedre, ikke å finne syndebukker.

Rapportene er beregnet på oss fagfolk, og de er offentlig tilgjengelige. De kommer med råd til helsepersonell, ansvarlige i helsetjenesten, poli-

«De fleste dødsfall etter sepsis kunne vært unngått.»

tikere og bevilgende myndigheter. De kommer også med en oppsummering for legfolk og gir råd til dem. For eksempel: Gi beskjed til jordmor eller lege hvis du føler deg dårlig!

Jeg anbefaler rapportene til alle jordmødre, de er spennende og nyttig lesning for oss. Mange av anbefalingene

gir viktige bidrag til diskusjonene og planlegging av helsetjenester til gravide og barselkvinner i Norge.

Sepsis

Det har vært en gledelig nedgang i antallet dødsfall som følge av sepsis. Likevel er det fortsatt sånn at de fleste dødsfall etter sepsis kunne vært unngått med bedre gjenkjenning av symptomene, mer systematiske observasjoner, raskere intravenøs antibiotika og eventuell intensiv behandling.

I et tilfelle ble det oppdaget at en kvinne var i ferd med å utvikle sepsis, og det ble bestemt at hun skulle flyttes til et høyere omsorgsnivå (intensiv avdeling). Det var ikke ledig plass der, og mens hun lå i tre timer og ventet på overflytting, ble det ikke satt inn tiltak. Jordmødrene på barselavdelingen så ikke på henne som sin pasient, og de hadde mange andre å ta ansvar for.

Denne kvinnen ble raskt dårligere og døde. Rapporten sier: Intensiv behandling er ikke et sted, men en støttende og livreddende behandling som kan finne sted hvor som helst. Intensivsykepleier og jordmor kan samarbeide om støttende behandling også på barselavdelingen!

Avgjørende for vellykket behandling av sepsis er: Rask oppfatning av tilstanden. Rask administrering av intra-

Maternal, Newborn and
Infant Clinical Outcome
Review Programme



Saving Lives, Improving Mothers' Care

Lessons learned to inform maternity care from the
UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal
Deaths and Morbidity 2013–15



December 2017

venøs antibiotika. Rask involvering av eksperter. Observasjoner må gjøres systematisk og dokumenteres i kvinnens MEOWS-kurve. (MEOWS står for *modified early obstetric warning score* og tilsvarer ONEWS: *obstetric Norwegian early warning score system*.)

Journalene til nitten kvinner som døde av sepsis, ble gjennomgått. Fem av dem fikk behandling av god kvalitet, mens fem kunne fått bedre behandling, men som sannsynligvis ikke ville forandret resultatet. Ni kvinner kunne fått bedre behandling, og det kunne ha

gitt bedre resultat, altså at de kunne ha overlevd.

Sepsis i barsel

Som i Norge skrives barselkvinner raskere ut fra sykehusene, og jordmødre kommer stadig tidligere i forløpet på hjemmebesøk. En overraskende oppdagelse for dem som gikk gjennom dødsfallene, var at jordmødre ikke har med seg termometer på hjemmebesøk. De slår fast at man da ikke kan gjøre en fullstendig vurdering hvis en barselkvinne sier at hun føler seg dårlig.

MØDREDØDELIGHET: Rapporten gir blant annet en oversikt over årsaker til dødsfall i forbindelse med graviditet og fødsel.

Et råd i årets rapport er at jordmødre må ha med seg temperaturmåler når de går på barselbesøk for å kunne gjøre en systematisk og fullstendig vurdering med temp, puls, respirasjonsfrekvens og blodtrykk. Hvordan er dette i Norge? Har jordmødrene BT-apparat og termometer i jordmorkofferten?

Influensavaksine

Det var bare ett dødsfall på grunn av influensa i perioden. Forfatterne mener at det skyldes at det ikke har vært en kraftig influensaepidemi i perioden, men de er likevel bekymret over at gravide fortsatt dør av en sykdom det finnes vaksine mot.

De anbefaler at jordmødre i svangerskapsomsorgen begynner å tilby influensavaksine, og at helsemyndighetene må finansiere dette. De mener at en ekstra legetime for influensavaksine er nødvendig, og at terskelen for å bli vaksinert er lavere når gravide kan få vaksinen hos jordmor.

Blødning

Obstetrisk blødning er den vanligste årsaken til mødredødsfall på verdensbasis, men det er en sjelden dødsårsak i Storbritannia. Likevel finner rapporten at det er klare forbedrin-



ger i tiltakene som ble gjort for dem som døde av blødning, og de finner grunn til å gjenta tidligere anbefalinger.

Det er en endring i årsakene til de dødelige blødningene. Sammenliknet med tidligere treårsperioder har det aldri vært flere som har dødd av blødninger forårsaket av unormal placentering, det vil si placenta accreta,

hypovolemi avdekkes. Det er først rask puls, rask respirasjonsfrekvens, engstelse og uro. Blodtrykksfall er et sent tegn. De sier det så sterkt: Engstelse og uro er kliniske tegn og symptomer, ikke en diagnose.

Rapporten etterlyser planer for hva de obstetriske avdelingene gjør når det er altfor mye å gjøre for jordmødrene

kvinnen ikke fått god prevensjonsveiledning eller blitt tilbudt langtidsvirkende reversibel prevensjon når de får behandling med medisiner som gjør svangerskap uforsvarlig for kvinnen eller fosteret.

Det er gjengitt caserapporter om kvinner som har stor risiko for komplikasjoner, og som dør av dem. Forfatterne av rapporten spør om kvinnene var kjent med risikoen. De finner at det mangler informasjon i journalene om hva slags informasjon og veiledning om risiko kvinnene fikk før de ble gravide.

Det samme gjelder kvinner med egen tidligere post partum-depresjon eller -psykose og kvinner med en familiehistorie med post partum-psykose.

Planlegging av svangerskapet og barseltiden bør skje i samarbeid med erfarne leger og jordmødre med kompetanse i psykisk helse-arbeid. Det gjelder både medisiner og forebyggende tiltak, som bør inneholde en plan for både fødsel og barseltid.

To tredeler av kvinnene som døde, hadde medisinske eller psykiske sykdommer eller plager som var kjent før svangerskapet.

Her er nettdressen til rapportene: npeu.ox.ac.uk/mbrace-uk/reports God lesning! ■

«To tredeler av kvinnene som døde, hadde medisinske eller psykiske sykdommer eller plager som var kjent før svangerskapet.»

percreta og praevia (9 av 22). Dette er ikke overraskende i og med at det har sammenheng med tidligere keisersnitt.

Hvilke anbefalinger gir de på bakgrunn av journalgjennomgangene til kvinnene som døde av blødninger? Væskebehandling og blodtransfusjon må ikke forsinkes på grunn av en hurtigstest på hemoglobin. Misoprostol og uterin-stimulerende medikamenter må brukes med forsiktighet og ikke overdoseres.

Særlig ved skjult blødning må tegn på

og legene, slik at de ikke takler akutte situasjoner. De er også bekymret for at leger ikke får nok trening i abdominal hysterektomi, som er et livreddende tiltak og ikke bør utsettes.

Prevensjonsveiledning og risikovurdering

For både kvinner med alvorlig fedme eller overvekt og kvinner med alvorlige sykdommer finner de at det er store mangler i tilbudene om god planlegging av svangerskap. I mange tilfeller har





Ny utgave av Jordmorboka

Jordmorboka er oppdatert med nyheter innen forskning. Den finnes nå også som brettbok.

Tekst **Linda Magerøy**, jordmor, Kvinne-barn-senteret, St. Olavs hospital og medlem av redaksjonsrådet for *Jordmora*

Nytgaven av *Jordmorboka* ble lansert på NTNU den 1. februar i år. Redaksjonssjef i Cappelen Damm, Hilde Lærum, innledet med å si noen ord om hvordan boken ble til. Boken har et innhold forankret i fagutvikling, forskning og god praksis. Lærum hedret alle de 37 forfatterne, og berømmet spesielt jobben de to redaktørene for boken, Eva Tegnander og Anne Brunstad, har gjort. Tegnander arbeider til daglig ved Norsk senter for fostermedisin og ultralyd-utdanningen for jordmødre ved NTNU. Brunstad er førstelektor ved jordmorutdanningen ved Høgskolen på Vestlandet.

Takket NSF

Lærum påpekte også at Norsk Sykepleierforbund (NSF) i sin tid så behovet for en norsk lærebok for jordmorstudenter og jordmødre, og sa at uten finansieringen fra NSF ville ikke denne boken blitt en realitet. Nyutgaven er oppdatert på internasjonal forskning. Den finnes også som brettutgave. En spesiell takk ble rettet til forbundsleder Eli Gunhild By og leder i Jordmorforbundet Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen.

Gode illustrasjoner

Redaktørene for *Jordmorboka* delte av sine erfaringer med produksjonen av læreboken, og fremhevet betydningen av at den favner hele faget og får frem

spennet i profesjonen. Illustratør Kari Tove Ruud har bidratt med illustrasjoner som underbygger den faglige dybden, og ble trukket frem av redaktørene som en viktig bidragsyter. De fortalte om en spennende og krevende prosess, og oppfordret de mange jordmorstudentene som var til stede, om å gripe muligheten dersom de noen gang skulle få sjansen til å delta i et liknende prosjekt, da det gir god innsikt i eget fag.

Kritisk blikk

I anledning lanseringen bidro noen av forfatterne med foredrag. Gynekolog og professor emeritus Bjørn Backe kastet et kritisk blikk på de nye retningslinjene for svangerskapsdiabetes, og stilte spørsmålet: Teksten i en kunnskapsbasert lærebok må vel kunne markere uenighet der offentlige retningslinjer ikke er kunnskapsbasert?

«Den favner hele faget.»

Eva Tegnander fortalte om historie og utvikling i jordmødres arbeid med ultralyd, og argumenterte med at den norske modellen, hvor jordmødre gjør ultralyd, kanskje er verdens beste.

Arne Sunde, professor emeritus ved



REDAKTØRER: Anne Brunstad (t.v.) og Eva Tegnander er redaktører også for den nye utgaven av *Jordmorboka*. Her sammen med Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen, leder i Jordmorforbundet. Foto: Linn Holberg

Institutt for klinisk og molekylær medisin ved NTNU, avsluttet med å rette et fokus mot fertilitetsbevaring, og viste til at vi trenger både innvandring og flere fødsler i europeiske land.

Både NSF, Jordmorforbundet, forfatterne og redaktørene har all grunn til å være stolte over den nye utgaven av *Jordmorboka*. Den hittil eneste læreboken for jordmødre på norsk, som enkelt, ryddig og med ny og oppdatert forskning og kunnskap bidrar til å vise både bredden og dybden i det store faget som jordmorvirket er. ■



Etterlyser mobilvettregler for kvinner i barsel

Mange barselkvinner er ikke klar over hvor mye tid de bruker på mobilen. Mobilbruk bør være et tema både i barselundervisningen og på fødselsforberedende kurs, mener jordmødre.

FAKTA

Av Grete-Sofie Kosberg,
jordmor, Sykehuset
Innlandet HF

Rajja Dahlø,
jordmor/førstelektor,
NTNU

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleien.
2018.66056

Som jordmor får man ta del i livets store øyeblikk. Man får være med på å forløse barnet, og legge det til mors bryst der mor og partner trekker inn den deilige duften av den nyfødte. Man kan nesten se forelskelsen ved første blick. Den nyfødte søker mor og far, og bruker livskraften sin på å bli kjent med dem. Alt annet er irrelevant i denne stunden. Dette er noe av det fineste jeg – som jordmor – får oppleve.

Fellesnevneren for alle nybakte foreldre er at de er stolte av den nyfødte. Men ikke alle foreldre bruker de første magiske minuttene til å bli kjent med barnet sitt. Mange prioriterer å knipse bilder og legge dem ut på sosiale medier bare minutter etter forløsningen. Jeg har imidlertid spurt meg selv: Er det virkelig nødvendig? Finnes det noe annet som er viktigere – der og da – enn å snuse inn duften av den nyfødte, å knytte kontakt, og å bare være i øyeblikket?

Fordypningsoppgave

I denne fordypningsoppgaven, ved jordmorutdanningen ved NTNU i Trondheim, ønsket jeg å finne ut om mobilbruk er et tema som blir belyst av jordmor enten før, og/eller etter fødsel, og hva de tenker om bruk av mobiltelefon på barselavdelingen.

Har jordmødrene gjort seg noen tanker om bruk av mobil har innvirkning på tilknytningsprosessen mellom mor og barn? Min hensikt var å finne frem til jordmødres betraktninger og erfaringer rundt temaet. Dette er et høyaktuelt tema som mediene etter hvert har begynt å interessere seg for, men ennå er det begrenset med forskning rundt temaet.

Tilknytning og samspill

Tidlig tilknytning er viktig av mange årsaker. Den første tilknytningsfasen starter allerede i svangerskapet og har betydning for kontakten etter fødselen. Det er viktig at det på barselavdelingen blir lagt til rette for at den positive prosessen føres videre. For å forstå hva barnet trenger, og gjøre noe med det, er det viktig at kvinnen retter sin oppmerksomhet mot barnet. Å være mest mulig sammen med det og sørger for å etablere gode bånd, gjør foreldre i stand til å tolke barnets signaler (1).

Tilknytningen blir skapt ut fra barnets behov og de forutsetningene omsorgspersonen har for tilknytning. Det handler om hvor ubetinget omsorgspersonen makter å elske barnet. Det er viktig med en sterk og god tilknytning fra fødselen av for å sikre barnet god fysisk, psykisk og sosial utvikling (2).

Oppmerksom i ny tilværelse

Mange kvinner opplever fødselen som en overgangsrite – noe som fører til forandringer og gir en ny sosial identitet med nye roller. Å bli foreldre innebærer å endre livsstil og gjøre endringer. Den nye livsstilen skal være forenlig med det å ta vare på et barn. Når man blir mor går man inn i en ny og ukjent tilværelse. Mercer fant ut i 2004 (gjengitt av Venheim) at de som blir mor for første gang, går gjennom flere faser før de føler seg trygge og tilfredse i den nye rollen (1).

Å etablere rutiner de føler de mestrer, tar tid. Wilkins fant ut i 2006 (gjengitt av Venheim) at de fleste nybakte mødre trodde rollen som mor skulle være mer intuitiv (1). De trodde at de i større grad automatisk ville vite hva de skulle gjøre. For å forebygge usikker-



FOREBYGGING: Retningslinjene for jordmødre i svangerskapsomsorgen bør også inneholde punkter om bruk av mobiltelefon og sosiale medier, skriver artikkelforfatteren. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

het hos kvinnen, er det nødvendig at det etableres tidlig kontakt og nærhet. På denne måten blir mor og barn kjent med hverandre. Når mor og barn er mest mulig sammen i barselavdelingen, har mor mulighet til å reagere raskt på signalene barnet gir (1).

Uforstyrret kontakt

Oksytocin (av noen kalt kjærlighetshormonet), adrenalin og prolaktin fungerer i et samspill. Hos både mor og barn utskilles det adrenalin i forbindelse med fødsel. Når barnet fødes skiller kvinnen ut adrenalin som er med på å gjøre henne årvåken i denne fasen, og som gir henne energi. Hos barnet utskilles adrenalin for at det også skal være årvåkent, med store pupiller. Når både mor og barn er årvåkne, er dette noe som bør utnyttes i forbindelse med tilknytning og amming (3).

Umiddelbart etter fødselen er det viktig at mor og barn har kroppskontakt, og helst uforstyrret. I en systematisk oversikt gjort av Moore og medarbeidere, har man sett på effekten av tidlig hudkontakt mellom

«For å forebygge usikkerhet hos kvinnen, er det nødvendig at det etableres tidlig kontakt og nærhet.»

mor og barn. Denne oversikten inkluderte 30 studier og resultatene av effekten ble sett på med hensyn til gråt hos nyfødte og ammingens varighet. Flere kvinner lyktes med amming dersom de fikk tidlig og uforstyrret kroppskontakt med barnet; barnet gråt mindre, var mer stabil i kroppstemperatur samt at tilknytningen og samspillet mellom mor og barn fikk en bedre start (4).

Aktivt samspill

I WHO's Evidence for the ten steps to successful breastfeeding er det skrevet at tidlig hud-til-hud-



kontakt er viktig, og at det bør skje så fort barnet er født. Dette bedrer tilknytningsprosessen og har en positiv effekt for å etablere ammingen. Det bør legges til rette for dette uavhengig om barnet er forløst ved keisersnitt eller vaginal fødsel (5).

For at samspillet mellom barn og foreldre skal være optimalt er det viktig at foreldrene er forutsigbare og sensitive. Det nyfødte barnet er hele tiden i et aktivt samspill med foreldrene.

«I et samspill mellom foreldre og barn er ansikt-til-ansikt-kommunikasjon viktig.»

Hvordan foreldrene reagerer på den perinatale perioden – altså svangerskapstiden etter 22. uke samt barnets syv første levedøgn – kan få konsekvenser for det videre båndet som knyttes mellom dem og barnet.

Fire viktige elementer

Det er vanlig å regne med fire viktige elementer i tilknytningen mellom foreldre og det nyfødte barnet:

1. Foreldrene retter oppmerksomheten mot barnet. Hvis foreldrene er atspredte, ukonsentrerte eller har det for travelt, er det vanskelig å gi barnet den nødvendige oppmerksomheten.
2. Foreldrene forstår og tolker de signalene som spedbarnet gir. Slik er det viktig at vi kan skille mellom, for eksempel, forskjellig type gråt.
3. Å vite hvordan vi skal tilfredsstille behovene barnet har. Da blir barnet fornøyd fordi det kjenner at «her i verden er det noen som forstår akkurat hva jeg trenger».
4. Foreldrene reagerer raskt når barnet har kommunisert hva det trenger.

Nærværenhet og innlevelsesevne er sentrale begreper for å etablere en tilknytningsprosess og møte spedbarnets behov (6). Grunnlaget for dette forholdet er tillit og hengivenhet. Mor og barn bør være så mye sammen som overhodet mulig i den tidlige nyfødte perioden slik at de kan bli kjent med hverandre og at mor utvikler moderkompetanse (7).

Ansikt-til-ansikt-kommunikasjon

Hansen og medarbeidere skrevet en artikkel om at mobilbruk kan skade samspillet med barn (8). Artikkelen handler om at foreldrenes økende skjerm-

bruk kan påvirke barnets utvikling både kognitivt og emosjonelt. Det hevdes i artikkelen at dette er et område det mangler kunnskap om og at det er viktig at man finner en måte hvor man kan formidle denne type informasjon til foreldre på en optimal måte.

De nasjonale retningslinjene for helsestasjonen har overskriften «Samspill i fokus». Det er anbefalt at temaet blir brakt på bane ved hver konsultasjon. I tillegg skal temaene «Foreldrenes mobil- og skjermbruk» og «Bruk av sosiale medier» tas opp når barnet er fire uker, seks måneder, to år og fire år. Forfatterne av artikkelen hevder at temaene bør bli tatt opp allerede ved hjemmebesøket etter fødsel og at de da legger vekt på blikkontakt, stemmebruk, ansiktsuttrykk, god berøring og andre samspillsfaktorer for kommunikasjon mellom barnet og foreldrene. I et samspill mellom foreldre og barn er ansikt-til-ansikt-kommunikasjon viktig.

I samme artikkel henviser de til «Still-face»-eksperimentet som ble gjort av NRK Viten i 2016. Dette eksperimentet gikk ut på at mor skulle leke med barnet eller gi det 100 prosent oppmerksomhet. Etter en stund ble hun avbrutt i ett minutt der hun fortsatt satt foran barnet, men tastet og så på mobilen sin. Man ser tydelig reaksjonen til barnet over at mamma ikke er tilstedeværende mentalt og man ser også at det tar litt tid før kontakten de hadde før avbrytelsen er tilbake etter minuttet har passert (9).

Intervju med jordmødre

Jeg spurte fire jordmødre følgende spørsmål:

«Hvordan kan behovet for å benytte mobiltelefonen til enhver tid påvirke barselkvinnen og det nyfødte barnets mulighet til en tidlig tilknytning til mor?»

Jeg har i tillegg valgt følgende spørsmål for å utdype problemstillingen:

«Hvorfor er tidlig tilknytning så viktig?»

«Hvordan og når kan man informere om hva som er viktige med tidlig tilknytning?»

«På hvilken måte mener jordmødrene at den økende bruken av mobiltelefon virker inn på tilknytningsprosessen?»

«Hva tenker jordmødre om bruken av sosiale medier?»

Tidlig tilknytning og mobilbruk

Gjennom intervjuene ble fire jordmødrenes syn på tidlig tilknytning belyst. Dette var et tema som berørte jordmødrene uavhengig av hvor de jobbet. Én jordmor jobbet i svangerskapsomsorgen, én jobbet på kombi-

nert føde- og barselavdeling. De øvrige to jordmødrene jobbet ved et barselhotell. De var samstemte i at det er viktig med tidlig tilknytning og at mobilbruk er noe som forstyrrer denne relasjonen. Jordmødrene opplevde at det første møtet mellom mor og barn på barselavdelingen ble overskygget av mobilbruk, ved at foreldrene publiserte hendelsen på sosiale medier:

«Det handler mye om, tenker jeg, og ha holdninger, erfaringer og følelser. Barnet må ha plass og barnet må ikke minst se sine foreldre og særlig sin mors øyne.» (Jordmor ved svangerskapsomsorgen).

«Når mor ammer barnet sitt har hun en dialog med barnet, selv om barnet lukker øynene. Barnet lurar på hvor mor er. Og da tror jeg at dersom det ringer en mobil så forstyrres denne kontakten.» (Jordmor ved barselhotellet).

Nye sosiale normer

I takt med økende bruk av mobiltelefon og sosiale medier, har også de sosiale normene endret seg. Det har blitt større aksept for å benytte mobilen til enhver tid. Det er også større aksept for å publisere gledelige begivenheter som en fødsel. Man ønsker å kommunisere til flest mulig på kortest mulig tid. Man ønsker å «vise seg frem», og det kan virke som det er viktig for dagens unge å få flest mulig «likes» på Facebook.

Jordmødrene var enige om at ikke alle foreldre var like påpasselig med hva de la ut på sosiale medier. De sa imidlertid at det er deres barn og de gjør som de vil, men ikke alle hadde tenkt nøye nok gjennom at det handler om å beskytte barnet sitt:

«Jeg tenker at det kan være ganske negativt da, det gjelder jo generelt hele befolkningen. Men jeg tenker at det er en kultur der man er opptatt av likes og det å bli likt. Alt skal se så perfekt ut, og det gjelder også for barselkvinnene ... for man vil jo gjerne vise frem det gode og ikke det som er tøft.» (Jordmor ved barselhotell).

«... jeg synes at enkelte øyeblikk kan være lagret i hodet vårt istedenfor at absolutt alt skal dokumenteres med et bilde.» (Jordmor ved barselhotell).

Sunn fornuft

Samfunnet utvikler seg hele tiden, og dette gjelder også for føde- og barselavdelinger og svangerskapsomsorgen. Barselkvinner benytter mobiltelefonen til å lese om det nyfødte barnet, hvilke fysiologiske endringer i kroppen som er normale etter en fødsel og til å stille spørsmål på ulike grupper gjerne tilknyttet Facebook.

I tillegg finnes det en barselapp som man kan bruke til å plote inn når man ammer sist, på hvilket bryst, og om barnet har fått morsmelkerstatning. I samme

app kan man loggføre når barnet sist bæsjet og hvor mange våte bleier babyen har hatt i løpet av en dag. Mobilen kan brukes til nærmest hva som helst, men har man virkelig behov for alle disse appene? Kanskje må nybakte foreldre bruke mer sunn fornuft og sin intuisjon for å forstå barnets signaler bedre?

«Jeg tror at den gode mor-barn-kontakten bare er og ikke må dokumenteres via noe. Også må vi huske på at barn har blitt født i alle år, det er jo ikke noe nytt, det er dette som er nytt ...» (Jordmor ved svangerskapsomsorgen).

«Jeg tenker at dette ikke er greit ... jeg bruker mye tid på å få mødre til å stole på sin egen intuisjon, for jeg tror at mange på en måte har glemt den bort. For å få den frem igjen så tror jeg man må være litt nærværende i seg selv og ha en mulighet til å være sammen og bli kjent.» (Jordmor ved barselhotell).

Tidstyv og forstyrrelseelement

Jordmødrene ga uttrykk for å være bekymret for at barselkvinnen ikke fikk nok hvile samtidig som sosiale medier ødelegger tilknytningen og samspillet med barnet. De betegnet bruk av sosiale medier som en tidstyv som tok altfor mye tid fra kvinnen:

«Sånn som nå, når man ut til veldig mange når man legger ut en melding på sosiale medier også får man 130 gratulasjoner. Det sier seg jo selv da, at dette blir en tidstyv oppi det hele ... det blir et forstyrrelsesmoment. Når du skal legge deg for kvelden da, så skal du svare på 130 gratulasjoner.» (Jordmor ved barselhotell).

En av jordmødrene ved barselhotellet var også opptatt av parforholdet og diskuterte dette med de nybakte foreldrene. Hun mente at den utstrakte bruken av mobilen kan påvirke parforholdet i negativ forstand. At mobiltelefonen blir altoppslukende. At man glemmer å prioritere hverandre og retter heller oppmerksomheten mot mobilen.

Barnets rett til personvern

Jordmødrene var av samme oppfatning når det gjaldt mødrenes deling av bilder på sosiale medier – at mødrene ikke hadde gjort seg noen tanker om personvern og hvorvidt barnet ønsket å være en del av internett i fremtiden. En jordmor belyste faren for misbruk – at bilder som deles, kan bli misbrukt av





mennesker med dårlige hensikter. En annen jordmor uttalte at alle foreldre bør ta en ekstra runde og spørre seg selv om de virkelig bør poste bildet.

Jordmødrene jeg intervjuet var genuint opptatte av å legge til rette for den gode tilknytningsfasen. Jordmoren i svangerskapsomsorgen fortalte at hun brukte mye tid sammen med den gravide for å snakke positivt om den gode følelsen som oppstår når barnet sparker eller beveger på seg.

Selv om mange gravide hadde flere plager, var jordmoren opptatt av at de gravide skulle tenke positivt om barnet i magen for å etablere tilknytningen på et tidlig stadium. Jordmødrene som hadde erfaringer fra de første timene etter fødsel og uttalte at de i økende grad registrerer at mobilen kan påvirke tilknytningsprosessen.

Den nyfødte i sentrum

Jordmødrene ved barselhotellet fortalte at de ofte brukte tid sammen med mødre i ammesituasjoner. Her poengterer de ovenfor mødrene: «Se! Nå ser barnet på deg, barnet ditt er forelsket i deg, det vil ha blikkontakt med deg.» Dette fikk de nybakte mødrene til å innse hvor viktig det var å konsentrere seg om babyen og ikke la seg forstyrre av mobiltelefonen.

«... når alt har roet seg, og vi (jordmor) tar en liten tur ut, og kommer inn igjen for å se hvordan det går, så ligger de ofte med mobilen istedenfor å se på barnet.» (Jordmor ved barselhotell).

«Mor går glipp av signaler barnet sender henne, når hun forsvinner inn i mobiltelefonen.»

«Hvis mor har lagt barnet til brystet og begynner å sende meldinger så tror hun kanskje at barnet ligger rolig til brystet, så da går det bra. Jeg tror at et barn oppfatter at nå er mammaen min på en annen plass.» (Jordmor ved barselhotell).

Jordmødrene var enige i at mor potensielt går glipp av signaler barnet sender henne, når hun forsvinner inn i mobiltelefonen. Den dyrebare tilknytningsfasen kan bli amputert. Selv om man ikke vet hvor mye barnet forstår av dette, var én av jordmødrene overbevist om at barnet følte om mor var til stede eller ikke.

Informasjon om mobilbruk

Jordmødrene snakket om i hvilken grad de informerte om bruk av mobil i barseltiden. Noen hadde ført opp dette som et eget punkt på sjekklisten sin mens andre svarte at de nevnte mobilbruk under omvisningen på avdelingen.

I forbindelse med informasjonstime første dag etter fødsel sa én av jordmødrene at hun vektla tilknytning som tema. En annen jordmor informerte om dette ved behov, der hun så det var nødvendig. Hun påpekte imidlertid at hun ved flere anledninger måtte si til foreldre at det ikke var heldig å ha mobilen i sengen sammen med barnet hvis de var ute og trillet i avdelingen.

«Det høres sikkert banalt ut, men jeg kan si 'Nå er dere veldig opptatt av hvordan dere bader barnet, men det er ikke jeg så opptatt av ... Jeg er opptatt av hvordan og hvor mye dere bruker mobilen.'» (Jordmor ved barselhotell).

Svangerskapsomsorgen

Jordmor i svangerskapsomsorgen kunne meddele at de ikke hadde noen rutiner på å informere om mobilbruk og barseltid. Hun snakket derimot mye med kvinnene og fødeparene om tilknytning. Hun håpet at dette ga de noe å reflektere over og at de kanskje selv satte det i sammenheng med mobilbruk. Hun hadde selv erfaring med at gravide kvinner i konsultasjoner hadde mobiltelefonen lett tilgjengelig og også besvarte den hvis den ringte eller det kom meldinger.

Jordmor i svangerskapsomsorgen informerte om den normale barseltiden, men mobilbruk var ikke et eget punkt på listen. Dersom mobilbruk ble et tema, snakket hun om det. Heller ikke ved hjemmebesøk etter fødsel var dette et fastsatt tema.

«Når vi kommer på hjemmebesøk såpass tidlig etter hjemreise, har jeg fokuset mitt på noen ting, men også tilknytning, observerer det ... hvordan mor har kontakt med barnet.» (Jordmor i svangerskapsomsorgen).

Jordmødrene mente det var viktig at alle foreldrepar fikk informasjon om betydningen av tilknytning. Én av jordmødrene mente at man burde vise innslaget som gikk på NRK Viten om hvordan babyen reagerer på mobilbruk (9). Hun mente at innslaget ville være mer effektivt enn en pekefinger fra jordmor.

Manglende oppmerksomhet

Jordmødrene synes det er trist å være vitne til at barnet i mange sammenhenger blir oversett til fordel for mobilen. En av jordmødrene sa at hun noen



PERSONVERN: Jordmødre påpeker at nybakte mødre ikke har gjort seg noen tanker om personvern og hvorvidt barnet ønsker å være en del av internett i fremtiden. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

ganger synes det ser ut som om barnet gir opp å få øyekontakt med mor.

«Jeg synes jo det er litt leit da at mor er mer opptatt av å poste det første møtet med barnet sitt på Facebook istedenfor å etablere kontakten.» (Jordmor på kombinert føde- og barselavdeling).

Jordmødrene mente det ville være hensiktsmessig å opplyse om effekten av hyppig mobiltelefonbruk allerede i svangerskapsomsorgen. At det også ville være gunstig å ta det med seg videre til barselavdelingen. En jordmor uttalte at hun ikke tror at foreldre vet hvor mye tid de faktisk bruker med mobiltelefonen og at mer informasjon om temaet vil være avgjørende for mange. Hyppige påminnelser vil kanskje være nyttig og ikke minst en effektiv tankevekker.

Handler om nærhet

Underveis i intervjuene kom det frem at jordmødrene anser tilknytning som en viktig prosess, både før og etter fødselen. De synes også at dette er en viktig jordmoroppgave å legge til rette for.

Alle jordmødrene som deltok i undersøkelsen var

enige i at bruk av mobil kunne ødelegge tilknytningen mellom mor og barn. Jordmor i svangerskapsomsorgen brukte mye tid på å skape gode relasjoner mellom mor og barn allerede i svangerskapet, siden man vet at dette vil ha en heldig effekt for tilknytningsprosessen etter fødselen. Hun la vekt på at tilknytning handler om nærhet og at barnet må ha plass og mulighet til å se sin mors øyne.

Jordmoren i svangerskapsomsorgen la også vekt på at det har blitt født barn i alle år. Det er ikke noe nytt. Det som derimot er nytt er at mange er så opptatt med mobiltelefonen at de i mange tilfeller ser forbi barnet.

Bevisstgjøre foreldre

Jordmødrene ved de andre avdelingene hadde bred erfaring om barseltiden og tilknytningsfasen. De kom med eksempler på hvordan mobiltelefonbruken overskygget den tidlige tilknytningen. De brukte tid på å sitte sammen med den nybakte moren og påpeke når barnet søkte kontakt med henne. Dette for å gjøre foreldrene ekstra bevisste



på tilknytningen og samspillet og hva et barn gjør når det søker kontakt med mor.

Jeg undrer meg over at de første – magiske – minuttene brukes på sosiale medier. Det er kanskje på høy tid at viktigheten av tidlig tilknytning igjen blir brakt på banen og satt i sammenheng med dagens økende mobilbruk.

En jordmor fortalte om kvinner som postet bilder av den nyfødte på sosiale medier mens hun enda ble suturert. Hun syntes det var trist at dette var mer viktig enn å se på barnet, snuse inn lukten av den nyfødte og forelske seg i det. Hun observerte samspillet mellom foreldre og barn og gikk aktivt inn dersom

«Tilknytning handler om nærhet og at barnet må ha plass og muligheten til å se sin mors øyne.»

hun så at det var behov for hjelp. I den forbindelse kunne hun kommentere at det kan være lurt å legge vekk mobilen litt og heller konsentrere seg barnet.

Et jordmoransvar

Jeg tenker at vi jordmødre har et ansvar for å dele informasjon om nettvett med nybakte foreldre. Det handler om tilknytningen til det nyfødte barnet, men også om å skåne, spesielt mor, mot presset utenifra for å unngå at hun sammenlikner seg selv med de polerte bildene som blir presentert i sosiale medier. Vi må ta tilbake den normale barseltiden, hvor vi retter oppmerksomheten mot barnet, og tilbake på mor.

Mor må kunne tillate seg å leve i barselbobla en stund etter at barnet er kommet til verden, uten å bli eksponert for alt det perfekte som publiseres i sosiale medier. De fleste barselkvinner har nok ikke flat mage, strøket hus og en perfekt liten sovende baby få dager etter fødsel.

Fødselsforberedende kurs

Jordmødrene var samstemte om at mobilbruk påvirker tilknytningsprosessen mellom mor og barn, og at det bør legges mer vekt på mobilbruk i svangerskapsomsorgen. De foreslo at man kunne ha dette som tema på fødselsforberedende kurs fordi veldig mange ikke er klar over hvor mye tid de bruker på mobilen og hvilke konsekvenser det kan ha for barnet og dets utvikling.

En av jordmødrene foreslo at man kan vise til

forskning. En annen foreslo at man burde vise en film der man ser hvordan foreldrenes opptatthet av mobilen påvirker barnet. Filmen fra NRK Viten viser barn i 3 måneders alder (9).

Tema i svangerskapsomsorgen

Retningslinjene ved helsestasjonen inneholder punktene «Foreldrenes mobil- og skjermbruk» og «Bruk av sosiale medier» når barnet er fire uker, seks måneders, to år og fire år. Det kan virke som om det er behov for å ta opp temaet på et tidligere tidspunkt og knytte det sammen med tilknytningen til barnet. Retningslinjene for jordmødre i svangerskapsomsorgen bør kanskje inneholde noe av det samme, og ha dette som et tema ved en eller flere konsultasjoner med den gravide kvinnen.

Som det fremkommer i fagartikkelen «Mobilbruk kan skade samspillet med barn» (8), så blir man kanskje mer bevisst på videre mobilbruk når man får informasjon om dette på et tidligere tidspunkt. Forfatterne av fagartikkelen ønsker at dette skal bli et tema ved hjemmebesøket når også partner er til stede og kan ta del i samtalen. Barselkvinner er kanskje ikke alltid like tilgjengelig for informasjon kort tid etter fødsel. De jobber mentalt med bearbeidelse og gjennomgang av fødselen samtidig som de er i gang med å etablere ammingen.

Dersom man hadde tatt opp mobilbruk i svangerskapsomsorgen, hadde det kanskje vært tilstrekkelig å minne foreldrene om dette ved hjemmebesøket. ■

Referanser

1. Venheim MA. Barselomsorg. I: Brunstad A, Tegnander E, red. Jordmorboka. Oslo: Akribe; 2010.
2. Kvello Ø. Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
3. Brunstad A. Tilknytningsfasen. I: Brunstad A, Tegnander E, red. Jordmorboka. Oslo: Akribe; 2010.
4. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 25;11:CD003519.
5. WHO 1998: Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Genève; 1998. Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43633/1/9241591544_eng.pdf (nedlastet 01.03.18).
6. Brudal LB. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen: Fagbokforlaget Vigmøstad og Bjørke; 2007.
7. Macdonald S, Magill-Cuerden J. Mayes' Midwifery. 14. utg. London: Baillière Tindall Elsevier; 2012.
8. Hansen SA, Strømsvåg KH, Valla L, Misvær N. Mobilbruk kan skade samspillet med barn. *Sykepleien.no*; 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/09/mobilbruk-kan-skade-samspillet-m...> (nedlastet 01.03.18).
9. NRK Viten. Hva skjer med babyen din når du gir oppmerksomheten til mobilen? 2016. Tilgjengelig fra: <https://tv.nrk.no/serie/teknologi-og-som-forandrer-oss/DMPV73001116/sesong-1/episode-3#t=1m44s>



Spre informasjonen!

Kontaktperson: Hanne Graarud Steien

Tlf: 970 83 868

E-post: hanne.steien@nsf.no

Bli med til Bali

32nd ICM Triennial Congress 2020

Hvor: Bali, Indonesia

Når: 25. juni 2020

Neste internasjonale jordmorkongress holdes på Bali, og det kan bli rift om plassene. Meld deg på tidlig for å sikre deg gode rabatter. Les mer om dette på nettsiden <http://www.midwives2020.org/registration>

NSFs 5. nasjonale lederkonferanse

Hvor: Radisson Blue Royal Hotel i Bergen

Når: 30.–31. oktober 2018

Tema for NSFs 5. nasjonale lederkonferanse er ansvar, makt og myndighet.

Mer info legges ut på nettsidene når programmet er klart.

Birth-clinical challenges in labor and delivery

Hvor: Venezia, Italia

Når: 14.–17. november 2018

Pris: 400 euro

For mer info, se <https://www.emedevents.com/organizer-profile/mca-scientific-events-41105>

Gravide-symposium

Hvor: Oslo

Når: 15. juni 2018

Seminar om graviditet og trening i regi av Norges idrettshøgskole (NIH), seksjon for idrettsmedisinske fag. Seminaret er fredag 15. juni på NIH og vil være på engelsk. Flere anerkjente forskere skal holde innlegg, blant andre Ruben Barakat, Tarja Kinnunen, Mireille van Poppel, Wendy Brown, Linda Reme Sagedal, Jorunn Sundgot-Borgen og Kari Bø.

Adresse: Sognsveien 220, Oslo

Påmelding: www.nih.no/gravidesymposium

Ammeveiledningskurs trinn I og II

Hvor: Oslo

Når: 29.–30. oktober 2018

Kurset holdes på Thon Conference Vika Atrium i Oslo, med mulighet for overnatting på konferansehotellet. Det åpnes for påmelding i begynnelsen av april 2018.

De 31. norske perinataldager

Hvor: Stavanger

Når: 7.–9. november 2018

Program kommer i mai/juni. Det legges ut på nettsiden til Den norske legeforening.

2018 International conference of perinatal medicine

Hvor: St. Petersburg, Russland

Når: 5.–8. september 2018

For mer info, se <https://www.mcascientificevents.eu/ecpm2018/>

Informasjon og inspirasjon fra Jordmorforbundet!

Ønsker ditt lokallag eller din gruppe mer informasjon fra oss? Trenger dere litt inspirasjon faglig og sosialt? Ta kontakt med prosjektleder i Jordmorforbundet Hanne Graarud Steien, hanne.steien@nsf.no. Vi kommer gjerne på en fagkafé eller liknende.

Følg oss på Facebook: Jordmorforbundet NSF

Twitter: @JordmorHanne @NSFJordmor

Instagram: NSFJordmor



Ta vare på de gode historiene

I den blå boka på vaktrommet til Føde Vest ved St. Olavs hospital er det samlet gode historier fra avdelingen. Den viser at vårt yrke inneholder mer enn bare centimeter, svangerskapsuker og fødselstidspunkt.

Tekst **Linda Magerøy**, jordmor, Kvinne-barn-senteret, St. Olavs hospital og medlem av redaksjonsrådet for *Jordmora*

en hylle innerst inne på vaktrommet til Føde Vest ved St. Olavs hospital står en blå notatbok med stive permer. Her er det samlet en rekke anonymiserte journalnotater og håndskrevne fortellinger fra avdelingen.

Mye av det som står i boka er morsomme feilskrivninger, som innkomstnotatet hvor det beskrives et CTG med to variable desillusjoner, og kvinnen som var skeptisk til blodtransfusjoner og derfor er beskrevet behandlet med «hjernetabletter».

Beskriver fødsler

Men i den blå boka finner man også beretninger som bidrar til utfyllende beskrivelser av ulike fødsler og arbeidssituasjoner. Derunder det syke nyfødte barnet som «overleveres jordmor, siden barnelege er innskurt i tykt fostervann». Eller beskrivelsen av «en tilsynelatende velskapt gutt», hvor tiltak vurderes unødvendige da barnet «remjer og skriker».

Med medikaliseringens sterke fremmarsj står kanskje den tradisjonelle jordmorfortellingen i fare for å bli utryddet. Rapporter og partogrammer fokuserer mer og mer alene på det tallfestede, og beskrivelsene rundt, om hvordan både mor og kanskje også jordmor opplever situasjonen, faller mer og mer bort.



LESEGLEDE: Det er mye interessant og morsomt å lese i den blå boka på vaktrommet. Fra venstre barnepleier Ingrid Fledsberg, jordmor Berit Roksvaag og jordmor Petra Gartenbach. Foto: Privat

Tidsbilder

I den blå boka på vaktrommet finner vi tydelige tidsbilder. I fødebrevet til en kvinne med termin i begynnelsen av januar 2000 kan man lese om hennes bekymringer rundt hvorvidt alt teknologisk utstyr ved avdelingen skal svikte ved

«I den blå boka finner vi tydelige tidsbilder.»

inngangen til det nye millenniumet. I boka er også beskrevet en av jordmødrene som drømte at lyset ble slokket på hele gamle RIT (Regionssykehuset i Trondheim) før byggeplanen for det nye St. Olavs hospital ble lansert. Man kan også finne spor av de påfølgende problemene med nytt navn

på sykehuset, hvor man finner utklipp fra brev adressert til «St. Josephs Hospital».

Man kan lese om fedre som engasjerer seg sterkt i fødselsinduksjoner ved å ønske opplæring i hinneløsning og injeksjoner av egne spermier. Om jordmødre som i samtale med engstelige gravide med antatte blødninger avdekker at det er far i huset som har skåret seg i fingeren og kastet et blodig papir i toalettet.

En side i boka er viet til beskrivelsen av en julaften på vakt, hvor alt var stille og fredelig bortsett fra en del damer som ringte for å fortelle at riene hadde gått over. Til slutt i beretningen om denne julaftenen, kommer et ønske om en fredelig jul videre for dem som skal komme på vakt senere i høytiden.

Historisk materiale

Jordmødres beretninger om sitt arbeid og virke har fulgt oss gjennom generasjoner

av jordmorkolleger, og har hatt betydning blant annet som historisk materiale og klare tidsbilder. Eksempelvis kan man på Rælingen historielags hjemmesider se at jordmor Aagot Andrea Jacobsen, tilsett fra 1897, er viet stor omtale. Hennes utfyllende skriftlige beretninger fra sitt yrkesliv brukes som kilde til forståelse for samtiden hun levde i.

Det skriftlige materialet viser «hvordan hun sørget med de sørgende og gledet seg når alt gikk bra». Ut fra materialet leser man at hun hadde god kontakt med de fødende, og det spekuleres i om hvorvidt dette kan ha sammenheng med den lave dødeligheten i denne perioden.

Del din historie

Beskrivelsen og beretningen bør kanskje igjen løftes frem i vårt ellers sterkt medikaliserte fagmiljø? Slik kan vi fortsette å skape tidsbilder og historie. Og slik kan vi vise at vårt yrke inneholder mer enn centimeter, svangerskapsuker og fødselstidspunkt. Det inneholder samhandling, følelser og vurderinger. Det rommer både fødekvinnen og hennes samtid, familie og omgivelser, i tillegg til oss selv og vår opplevelsesverden. Og det bæres videre av de inderlige, nære, til tider morsomme, til tider vonde hendelsene som kan falle bort mellom tall og enkle faktaopplysninger.

Har du en jordmorfortelling du vil dele? ■



Hold deg oppdatert på den nyeste sykepleie-forskningen.

**Følg Sykepleien
Forskning på Facebook!**



<https://www.facebook.com/SykepleienForskning/>





Jordmor på hjul

– Jeg må oppfordre folk til å trø til! Man blir skikkelig hekta, sier jordmor Mari Andersen. Hun er en av mange syklende jordmødre i Oslo.

Tekst **Linda Magerøy**, jordmor, Kvinne-barn-senteret, St. Olavs hospital og medlem av redaksjonsrådet for *Jordmora*

Det føles litt som i den koselige BBC-serien, du vet! «Nytt liv i East end!» Der sykler vi rundt med vekt og alt vi trenger til mor og barn i sekken på ryggen. Vinter og sommer trør vi gjennom store og små gater i bydelen, og blir kjent med hvert eneste gatehjørne. Det er bare skikkelig gøy! sier Mari Andersen.

Andersen er en av mange syklende jordmødre i Oslo kommune. I tillegg til Østensjø helsestasjon hvor hun jobber, er ansatte ved helsestasjonene på Frogner, Grünerløkka, Lambertseter og St. Hanshaugen utstyrt med pedalkraft. Med litt elektrisitet til hjelp i motbakkene.

Flere skal sykle

– Det er en del bakker rundt om i Oslo, så det er greit å ha elsykler. Da blir kanskje terskelen for å benytte syklene litt lavere også, sier Ellen Munden Paalgård, spesialkonsulent i Oslo kommunes sykkelprosjekt. Målet med prosjektet er å gjennomføre Oslos sykkelstrategi, som kort oppsummert har som mål å øke andelen sykkelreiser i byen, både ved å få dem som allerede sykler til å sykle mer, og dem som ikke sykler til å begynne med dette.

– Vi har en ambisjon om å få 25 % av befolkningen til å bruke sykkel som transport. Og slike småreiser som jordmødre typisk gjør mye av, er godt egnet for sykkelferdsel, sier Paalgård.



MOSJON: Jordmor Mari Andersen setter pris på all treningen hun får som syklende jordmor. Foto: Privat



SPESIALKONSULENT: Ellen Munden Paalgård vil at flere skal sykle. Foto: Sykkelprosjektet, Oslo kommune

Hun forklarer videre at prosjektets viktigste oppgave er å etablere sykkelstier rundt om i byen, men at Oslo kommune også har bevilget midler til sykler

«Det er bare utrolig lett å finne parkering!»

Mari Andersen

som kan brukes i kommunal tjeneste. Motivasjonen fra kommunens side er både å rydde plass i byen, knytte byen sammen og selvfølgelig å innkassere både miljø- og helsegevinst.

– Hvordan kom kommunen på ideen om å plassere jordmødrene på hjul?

– Det kom jordmødrene på selv. Jordmødre og helsesøstre ved helsestasjonene sendte inn søknad til Oslosykkelen, og de passet jo godt inn i prosjektet. Det er opp til kommunale virksomheter selv å søke støtte til sykkel- og gangtiltak ved sin arbeidsplass, og vi håper at flere hiver seg på. Tilbakemeldingene er at de sparer både tid og penger, så kanskje kan flere kommuner sette i gang med liknende tiltak? spør Paalgård.

Mange fordeler

– Altså, jeg må bare oppfordre folk til å trø til! ler jordmor Mari Andersen.
– Man blir bare skikkelig hekta. Og så



kommer man seg overraskende godt frem!

Hun håper også at flere kommuner kan bli inspirert til liknende tiltak, og påpeker mange fordeler hun har erfart med å dra på hjemmebesøk på to hjul i stedet for fire.

– Man blir godt kjent i bydelen, og det er bare utrolig lett å finne parkering!

Hun er heller ikke i tvil om at det er gull verdt for helsa i en jobb som ellers innebærer mye stillesitting.

– Det er bare herlig å vite at jeg skal på hjemmebesøk og kan sette meg på sykkelen og suse av gårde i frisk luft. Så får man jo gjort unna treninga mens man er på jobb også! sier Andersen begeistret.

Kjøregodtgjørelse

De 60 ansatte ved Østensjø har to elsykler, og har et system hvor de kan gå inn og booke seg på for å få sykkeltid. Mari forteller at dersom hun bruker sin egen sykkel, får hun kjøregodtgjørelse, så det er også et alternativ hvis man velger å bruke full pedalkraft uten elektrisk hjelp. Litt sesongvariasjoner merkes, det er mer rift om syklene på sommeren, men hun forteller at syklene også er i bruk gjennom snø og is, om enn foreløpig kun av henne, og de er utstyrt med gode piggdekk.

– Og så må jeg få sagt at de i Alna bydel er utrolig flinke til å bruke elsyklene sine! Det må du huske å få med, insisterer syk-

kelentusiastene. Hun kan også fortelle at mange av familiene de har omsorg for, synes det er ordentlig morsomt med de syklende jordmødrene. – De er imponerte, og så er de forståelsesfulle dersom man blir en tanke forsinket av snøen.

Mari Andersen kjenner også en viss historisk tilknytning til jordmorkolleger fra tidligere tider når hun trækker ut fra Østensjø med jordmorsekken på ryggen. Det kan gi assosiasjoner til de gamle distriktsjordmødrene som kom frem i båt, til hest, på ski og – så klart – på sykkel.

– Jordmor kommer frem uansett! ler Mari. ■



Fremdrift i arbeidet med ONEWS

ONEWS er et tidlig varsling skåringsystem for gravide og barselkvinner. Det er spesielt utviklet for norske fødeavdelinger.

Tekst **Eli Aaby**, jordmor ved Ahus, medlem av redaksjonsrådet for *Jordmora*

Jordmora nr. 3/16 og nr. 2/17 har jeg skrevet om et tidlig varslingssystem for gravide og barselkvinner. I nr. 2/17 er det gjengitt skåringstabell og respons skjema og et tilrettelagt ISBAR kommunikasjonsark. I den siste artikkelen inviterte vi fødeavdelinger over hele landet til samarbeid og til arbeidsseminar på Ahus.

Seminar 2017

På seminaret var det 53 deltakere fra 16 fødeavdelinger, jordmødre og leger. Både Jordmorforbundet og Den norske jordmorforening var representert, det samme var Pasientsikkerhetsprogrammet. Seminaret var mulig takket være økonomisk støtte fra legeföreningen og at SIM Ahus stilte lokaler og materiell til rådighet. Oppslutningen om arbeidet med å utvikle et felles norsk skåringsverktøy og -system var stor, og vi opplevde mye entusiasme og velvilje. Det ga oss en ekstra oppmuntring til å fortsette arbeidet.

Ikke lett å få kontakter

Vi har jobbet en del med å få kontakter på alle fødeavdelingene. Det er ikke lett som en skulle tro! Den nasjonale arbeidsgruppa har presentert arbeidet på perinataldagene i Ålesund, på en IMEWS-workshop i Irland, for fagrådet i Helse Sør-Øst og vil presentere det på

perinataldagene i HSØ. Vi har vært i kontakt med Helsedirektoratet og Pasientsikkerhetsprogrammet for å få dem med i det videre arbeidet, men uten hell. De sier de ikke har ressurser.

Nytt navn

Vi har arbeidet videre med skåringsverktøyet, respons skjemaet og kurven. Den nasjonale arbeidsgruppa har gjort noen forandringer. Vi er enige om å forandre navnet til ONEWS = Obstetric Norwegian Early Warning Score System. Vi tror at det å ha et engelsk navn gjør det lettere for dem som vil forske på effekten av et tidlig varslingssystem. Våre «cut off»-verdier er de samme som i det irske systemet IMEWS = Irish Maternity Early Warning System.

Det mangler god forskning for å

«Vi ser også at legevisitt på barsel har fått høyere kvalitet.»

begrunne et tiltak som å innføre et tidlig varslingssystem. Det er mange erfaringer med at det gjør det lettere å oppdage sykdom, lettere å kommuni-

sere med og få hjelp fra leger og høyere behandlingsnivå. Det er også sterke anbefalinger om å ha et tidlig varslingssystem, blant annet fra dem som lager rapportene om mødredødelighet i Storbritannia.

Noen forandringer

Etter å ha prøvd systemet vårt i seks måneder på Ahus har vi også gjort noen forandringer i det veiledende respons skjemaet. Vi har erfart at vi har fått noen «ulv ulv»-situasjoner, med det mener vi at vi har varslet lege mer enn det har vært nødvendig. Vi ser at to timer post partum er det fortsatt noen kvinner som har forhøyet temperatur, uten at det er mistanke om sykdom, og hos oss har det forsinket overflytting til barselhotellet. Vi har også forandret litt på terminologien, sånn at den er mer lik NEWS (National Early Warning Score), som brukes på alle de andre voksne pasientene på Ahus.

Positive erfaringer

Vi har erfart at det er mindre arbeidskrevende enn mange antok på forhånd, en forutsetning for det var at vi fikk flere blodtryksapparater, O₂-målere og tempmål, sånn at vi ikke lenger bruker mye tid på å finne utstyret. Etter at vi begynte med skåringer, har vi sett at det er lettere å få hjelp fra høyere



TIDLIG VARSLING-SYSTEM: Når jordmor er bekymret for sykdom hos den gravide, kan systematiske undersøkelser og vurderinger som ONEWS gjøre det lettere å få tidlig hjelp. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

omsorgsnivå og lettere å få legene til å tilse de syke barselkvinnene. Vi er sikre på at vi har oppdaget noen som har blitt alvorlig syke tidligere enn vi ville gjort uten, og at vi har startet raskere med behandling enn uten verktøyet. Vi ser også at legevisitt på barsel har fått høyere kvalitet, og at det er en fordel for oss at de som reiser tidlig hjem, er sjekket ordentlig ut.

Fremdrift

Vi er i kontakt med selskapet som eier og utvikler Metavision, som har kurveløsninger for Helse Sør-Øst, for å få ONEWS-kurve og «cut off»-verdier i elektronisk versjon. Vi er i ferd med å utarbeide prosedyrer for bruk av ONEWS på Ahus, OUS og Vestre Viken, og vil ta initiativ overfor Norsk gynekologisk forening for

å få et ONEWS-kapittel i Veileder i fødselshjelp.

Vårt mål

Målet vårt er å få oppslutning om en metode for systematiske observasjoner,

god kommunikasjon mellom helsepersonell og tidlig oppdagelse av sykdom hos gravide og barselkvinner. Vi har tro på at dette kan gjøre at færre kvinner blir alvorlig syke i svangerskapet og barseltida. ■

Bli med på fagdag

Den nasjonale arbeidsgruppa for ONEWS arrangerer fagdag tirsdag 15. mai på Akershus universitetssykehus (Ahus).

En jordmor og en fødselslege fra alle fødeavdelinger i Norge er invitert. Program: Presentasjon av

skåringsverktøy og opplæringsmodul. Kurset er gratis, og det serveres lunsj og kaffe/te. Reiseutgifter må fødeavdelingene selv dekke.

For mer informasjon kontakt Eli Aaby: eli.aaby@ahus.no eli.aaby@online.no tlf. 92 46 49 79. ■



Etterspør forskning på samiske fødekvinner

Vi mangler forskning på både de gamle samiske fødselstradisjonene og den moderne, samiske fødekvinne, mener flere jordmødre.

Tekst **Linda Magerøy**, jordmor, Kvinne-barn-senteret, St. Olavs hospital og medlem av redaksjonsrådet for *Jordmora*

Så langt *Jordmor*s redaksjon kjenner til, har vi sju yrkesaktive samiske jordmødre i Norge. De fleste av disse jobber daglig i nær kontakt med samiske gravide og fødende. De har førstehånds kjennskap til samisk tradisjon, språk og kultur, og derigjennom solid kompetanse til å ivareta en minoritetsgruppe som har med seg en sterk og vond nyere historie. En historie med undertrykking og statlig påført skam over eget språk og kulturarv. Og en enda lengre historie med naturkjennskap og stolthet over egne kunnskaper og ferdigheter.

Samtlige av jordmødrene som vi har vært i kontakt med, etterlyser imidlertid det samme: «Vi mangler forskning på de tradisjonelle samiske fødselstradisjonene, og vi trenger forskning på den moderne, samiske fødekvinne.»

Fornorskningspolitikken

Jordmor Inga Karen Anne Sara jobber for tiden som konstituert helsesøster i Kautokeino kommune. Hun forteller at hun ikke kjenner til noe internasjonalt samarbeid mellom urfolksjordmødre, men at dette ville vært nyttig. Hun har vært i kontakt med kolleger fra urbefolkning andre steder i verden på internasjonale samlinger, og påpeker at det finnes en del fellestrekk i historien til både samer, maori, aboriginere og

canadiske First Nation. Sara understreker at fornorskningspolitikken med forbud mot samisk språk, devaluering av kultur og klestradisjoner, sannsynligvis har betydning for svangerskaps- og fødselsomsorgen. Hun trekker frem BMI, diabetes og kostholdsveiledning som eksempler, og påpeker samtidig behovet for jordmødre med samisk bakgrunn og kjennskap til samisk kultur.

– Tradisjonelt har det samiske kvinneidealet vært at man ikke skal være for tynn. Mattradisjoner innebærer verdsetting av fett kjøtt, og det kan oppleves som sårt å få kostveiledning fra en norsk jordmor, fordi

«Man bruker ikke så store ord.»

Kirsten Karine Hætta, jordmor i Kautokeino kommune

kvinne slik på nytt kan oppleve at det samiske er mindre verdt, og at kostholdstradisjonene fra deres norske samfunn er noe man skal ta imot som bedre og mer høyverdig. Det vil nok være lettere å ta imot den typen råd fra helsepersonell med bakgrunn i samme kultur, sier Sara.

Hun mener fornorskningspolitikken

fortsatt også legger føringer for måten samiske kvinner uttrykker seg på.

– Man snakker ikke så mye, sier Sara, og får støtte i dette av kollega Kirsten Karine Hætta, jordmor i Kautokeino kommune.

– Samiske kvinner har nok en tendens til å følge kroppen, la den styre, og ha tillit til naturen. Men man bruker ikke så store ord, sier Hætta.

Som jordmor i Kautokeino stiller Hætta seg også undrende til om forskjellen er mellom det samiske og det norske, eller om det er like mye en ulikhet mellom by og land.

– Men det er vanskelig å si, da jeg altså ikke er kjent med noen forskning som tar for seg akkurat dette, sier hun.

– Jeg mener det er sannsynlig at denne tilbakeholdenheten i forhold til å si for mye er knyttet til det å være et undertrykt folk. «Birget go oahpat leat javoheapme», eller «Lærer du å tie, lærer du å overleve», påpeker Inga Sara, og viser med dette et uttrykk som gjenspeiler den tvungne assimileringen av de norske samene. En prosess som startet på 1700-tallet, og pågikk til godt inn i 1980-årene. Sara sier videre at hun tror det er relativt enkelt å være samisk i Kautokeino og Karasjok, der hoveddelen av befolkningen er samisk, og samisk er dagligspråket. Men hun etterlyser mer kunnskap om hvordan



JORDMOR: – Det kan være lettere å ta imot råd om kosthold fra en med samme bakgrunn, sier jordmor Inga Karen Anne Sara. Foto: Privat

det er å være samisk fødekvinn i andre deler av landet.

Smerteuttrykk og språk

Inga Sara trekker linjene til kvinner fra andre minoriteter, og understreker at kulturforståelse kanskje burde hatt en større plass i jordmorutdanningen.

Jordmor Berit Inga Eira jobber ved Ullevål sykehus sin fødeavdeling, og har tidligere hatt sitt virke ved føden i Hammerfest. Eira jobber daglig med kvinner fra mange ulike deler av verden, ser de samme likhetstrekkene, og understreker at språket som sådan er en stor synd. Mange kvinner opplever å miste sitt andrespråk under fødsel, og blir da tvunget til å bruke partner som talerør.

– Vi trenger jordmødre som snakker samisk, arabisk og somali. Jeg har som jordmor ved Ullevål hatt omsorg

for enkelte samiskspråklige kvinner, og samtlige har uttrykt takknemlighet over å få en samiskspråklig jordmor, forteller Eira.

«Vi trenger jordmødre som snakker samisk.»

Berit Inga Eira, Ullevål sykehus

Hun støttes av kollega Hætta i Kautokeino:

– Særlig under fødsel er det språklige et problem. Det forstyrrer fødselsprosessen å måtte uttrykke seg på et annet språk enn morsmålet.

Sara påpeker at språket også er en utfordring når det skal fortelles om det

FAKTA

Søk stipend!

- Jordmorforbundet NSF oppfordrer alle som ønsker å forske på svangerskap, fødsel og samiske kvinner, til å søke stipend fra NSF.
- <https://www.nsf.no/medlemskap/faglige-fordeler/stipend>
- Samiske medlemmer av Jordmorforbundet NSF oppfordres til å søke støtte til deltakelse på internasjonale konferanser.




Foto: Mostphotos

nære, intime og vanskelige dersom man ikke får uttrykke seg på sitt førstespråk – «da blir det lettere å tie».

Inga Sara forteller at flere kvinner har uttrykt til henne hvor godt det oppleves å bli ivarett av en jordmor med kjennskap til språk og kultur. De opplever det som beroligende «å slippe å snakke så mye, å bli lest av omsorgsgiveren». Og at dette oppleves viktigere jo mer presset situasjonen er. Sara sier videre at hun opplever at samiske fødekvinner uttrykker smerter mindre både verbalt og nonverbalt, og hun understreker at dette i verste fall kan føre til manglende eller for dårlig overvåking dersom jordmor mangler kulturforståelsen og mistolker kvinnen.

Et tragisk eksempel

I oktober 2005 opplevde Berit Inger Anne Eira Buljo marerittet ved ikke å bli hørt. Hun var innlagt på sykehus i påvente av keisersnitt på grunn av at hun året før hadde opplevd å miste et barn på grunn av placentalløsning. Hun forteller at hun er del av en tradisjon hvor drømmer og følelser tillegges mye mer vekt enn i den norske tradisjonen. Hun fortalte helsepersonellet ved avdelingen om en vond drøm og forutelse hun hadde hatt, og forteller at slike uttrykk er noe som i samisk kultur tas langt mer alvorlig enn i skolemedisinen. Hun merket at 

noe unormalt var i ferd med å skje, og hadde smerter i magen. Hun fortalte at «det er noe galt med magen min», men opplevde at alvorlighetsgraden i det hun formidlet ikke ble forstått. Berit hadde merket at morkaken løsnet enda en gang. Og hennes historie endte med en alvorlig hjerneskadet liten pike. «Hvorfor sa du ikke noe? Hvorfor sa du ikke at du hadde smerter? Du sa jo bare at du hadde vondt?» Dette var spørsmål hun fikk i etterkant av hendelsen fra personalet ved avdelingen, forteller hun.

– Jeg sa ifra med alt jeg hadde. Man uttrykker smerte slik man har lært å uttrykke det. Et fokus på flerkulturell forståelse kan avverge katastrofer, tror jeg. Når en samisk kvinne ytrer noe, må man undersøke videre, avslutter Berit, som selv jobber som helsesøster.

– Hvilke tanker og følelser sitter andre samiske kvinner igjen med etter opplevelser av ikke å bli hørt? undres hun.

Kultur og tradisjon

Kollegene i Kautokeino, Sara og Hætta, forteller om flere aspekter ved tradisjonen og kulturen som kan ha betydning for svangerskaps- og fødselsomsorgen. Ikke bare mattradisjoner, kvinnehelse og idealet om å vise styrke, utholdenhet og ikke å klage. De mener begge at det kan være mye å hente fra gammel kunnskap og fødselstradisjoner.

– Jeg tror det kunne vært til stor nytte å se nærmere på den tradisjonelle kunnskapen og knyttet denne opp mot skolemedisinen, sier Hætta.

Også folketroen kan se ut til fortsatt å ha innvirkning på svangerskapsomsorgen. Sara mener for eksempel at samiske kvinner gjerne kommer sent inn til svangerskapskontroller, og undres om dette kan ha sammenheng med den tradisjonelle oppfatningen om å skjule et svangerskap lengst mulig for fremmede, for å unngå å bli sykeliggjort av andre eller at noen skulle «kaste vondt» på barnet. Selv om denne troen kanskje ikke står like sterkt i dag, henger kan-

skje atferden igjen? Og hvilke konsekvenser har dette for oppfølgingen av et svangerskap med ultralyd og blodprøver som skal tas til bestemte tider?

Brudd med tradisjonene?

Ved Ullevål mener jordmor Eira at unge samiske kvinner i dag er mer eller mind-

«Jeg sa ifra med alt jeg hadde.»

Berit Inger Anne Eira Buljo

re som alle andre norsktalende jenter. Hun tror de unge i dag er opptatt av å avlive de gamle mytene, som for eksempel dette med betydningen av å skjule et svangerskap for fremmede, og at de kanskje er opptatt av å snakke tradisjonen midt imot. Hun ser imidlertid også at et skille mellom generasjonene og denne brytningen kan ha betydning for samhandlingen generasjonene imellom.

– For meg sitter det fortsatt langt inne å tenke seg at noen skal ønske å røpe termin dato. Det hadde vært interessant med mer forskning på samisk kvinnehelse, sier Eira.

På Kvaløya i Tromsø venter Eirin Gaup-Andreassen (37) på sin forestående fødsel.

– Jeg håper supermånen som er ven-

– Gjennom hele svangerskapet har jeg tenkt mye på min avdøde Áhkku (farmor). Hun var flyttsame, og jeg har tenkt på hvor tøff hun var. Hun fant styrken i seg selv, og hadde troen på denne styrken. Hun gikk smertene av seg. Når hun klarte det, skal vel også jeg kunne klare det på et sykehus! Jeg finner også stor inspirasjon i min søster Ánne Margrethe, som jeg betrakter som en superkvinne. Hun fortalte at hun under fødselen erfarte at hun hadde med seg en åndelig hjelper, en gammel dame som sa til henne at hun måtte gå og gå for å holde smertene borte. Jeg tror man kan oppleve å få med seg en slik åndelig hjelper dersom man har troen på det, og lar denne troen slippe til.

På spørsmål om hun tenker annerledes på dette med svangerskap og fødsel enn forrige generasjon, svarer Eirin at hun kanskje er litt gammeldags.

– Det var uaktuelt å annonsere graviditeten på Facebook, og vi ventet i det lengste med å fortelle det til folk. Mamma gratulerte ikke med svangerskapet, men ønsket heller alt godt, sier Eirin.

Hun reflekterer videre:

– Kulturen er muligens litt utvannet med min generasjon, og mange omfavner jo både skikken med babyshower og liknende nyere fenomener. Likevel er det en del fra den gamle skikken som følger oss. For eksempel dette med å ikke skulle vise svakheter, å være sterk



«Hun gikk smertene av seg.»

Eirin Gaup-Andreassen

tende i dag, har krefter til å få noe til å skje her, sier hun håpefullt.

– Jeg har egentlig ingen god kjennskap til samiske fødselstradisjoner, men en sterk tro på at for eksempel kreftene i månen skal kunne hjelpe, sitter dypt i meg, forteller Eirin.

Eirin forteller videre:

og klare seg selv. Jeg vet at en del bruker komsekuler, som henges til beskyttelse over barnevuggen. Hvor mange som fortsatt bruker disse, er jeg usikker på, men i min familie gjør vi det. Når jeg skulle ut på en lengre reise, fikk jeg med en fra moren min, og min søster hadde med seg en da hun skulle inn til

sykehuset for å føde sitt andre barn. Når jeg tenker etter, har jeg faktisk pakket et komsekulesmykke, en šiella, i fødebagen min allerede. Kanskje sitter kulturarven litt dypere i meg enn jeg har trodd?

Eirin skal føde ved UNN i Tromsø, men sier at hun ikke kjenner til om det jobber noen samisk jordmor der. Hun har ikke tenkt over om dette er av betydning for henne, og mener hun ikke har behov for tolk selv om samisk er hennes førstespråk. Hun understreker likevel at hun er rimelig sikker på at språket er viktig for dem som bruker samisk mer i dagligtalen enn det hun gjør.

– Det er nok mange likhetstrekk med våre nye landsmenn. I en så personlig og nær hendelse som en fødsel har man behov for både språk- og kulturforståelse hos jordmor, sier hun.

Eirin viser igjen til sin søster, som

hadde en jordmor i svangerskapet som ikke snakket samisk, men hadde samme bakgrunn i kultur og tradisjon, noe som opplevdes betryggende og ga en god kontakt.

– Jeg har tenkt at det viktigste er å ha en god kjemi med jordmoren. Dessuten er ikke mannen min samisk, så for at han skal være inkludert, må vi snakke på norsk. Så får jeg håpe jeg er heldig og får med meg en åndelig hjelper i tillegg. Jeg tror det er en mulighet, sier hun avslutningsvis.

Mangel på forskning

Det ser tydelig ut til at det er mange områder med behov for videre undersøkelser innen svangerskap og fødsel blant samiske kvinner. Kan man dra nytte av de gamle tradisjonene? Hvordan står disse i forhold til skolemedisinen? Oppsøker samiske kvinner svangerskap-

somsorgen for sent i svangerskapet, og hvilke konsekvenser får i så fall dette? Hvilken betydning har fornuksningspolitikk for kostholdsråd og BMI? Er det av betydning å møte jordmødre man har felles kulturbakgrunn med? Hvilke likhetstrekk finnes mellom samer og andre minoritetsgrupper? Hvordan opplever unge samiske kvinner å stå i brytningen mellom tradisjonen og det moderne teknologiske samfunnet? Hvilken betydning har språket? Hvilke utfordringer ligger i å jobbe som samisk jordmor? En rekke spørsmål melder seg, og det finnes mange tanker rundt svarene. Men de samiske jordmødrene *Jordmora* har vært i kontakt med, er entydige: Det mangler forskning på området. De ønsker alle i større grad å kunne delta på internasjonale konferanser og opprette kontakt med andre urfolksjordmødre, samt i større grad å komme inn i fagmiljøet. ■

TRYGG GRAVIDITET: Det kan føles trygt for gravide samiske kvinner å ha kontakt med en jordmor som snakker samisk og kjenner kulturen godt. Illustrasjonsfoto: Mostphotos





Jordmødre suturerer fødselsrifter ulikt

Mange jordmødre er utrygge når de skal suturere i forbindelse med en fødsel, og savner kursing i de nyeste metodene.

FAKTA

Av **Guri Norunn Opedal**, jordmor, Helse Fonna, Haugesund sykehus

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2018.66012

Fødeavdelinger er bemannet av jordmødre med ulik praksiserfaring. Mange bruker fortsatt den suturmetoden de lærte på jordmorutdanningen. Tidligere var avbrutt suturering vanlig. Nå lærer studenter fortløpende suturering i alle lag. Dette har ført til ulik praksis. Hensikten med studien er å belyse hvor trygge jordmødre er på forskningsbasert suturering.

Ifølge Norsk gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp 2014 (1) opplever opp mot 85 prosent av alle fødende rifter i perineum. I veilederen står det at perineumrifter grad 1 og grad 2 kan sutureres av jordmor (se illustrasjon). Grad 1 er overflatiske skader av hud i perineum eller vaginalslimhinne. Grad 2 er dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum. Ifølge veilederen skal perineumrifter sutureres fortløpende i alle lag (1).

er forskjell i komplikasjoner mellom de to metodene (3–7). Forskning av Kettle og medarbeidere viser imidlertid at den fortløpende teknikken gir mindre smerter i etterkant og mindre behov for fjerning av sting (7).

En studie fra England (8) kartla effekten av opplæring av jordmødre i ny forskningsbasert suturering. De arrangerte en workshop i suturering. Før workshopen suturerte 28 prosent etter forskningsbasert metode. Etter gjennomgått opplæring hadde 100 prosent tilegnet seg den siste forskningsbaserte kunnskapen.

En senere studie fra England (9) viser at 74 prosent av deltakerne følte seg kompetent etter workshop. Av jordmødre som ikke hadde vært på workshop, mente 45 prosent at de var kompetente til å suturere grad 2-rifter.

«Den fortløpende teknikken gir mindre smerter i etterkant og mindre behov for fjerning av sting.»

I den nasjonale handlingsplanen Sfincterskader ved fødsel bør reduseres i Norge (2) settes søkelyset på rifter i perineum. Bakgrunnen for handlingsplanen var forebygging av sfincterskader, som er en velkjent komplikasjon ved fødsler.

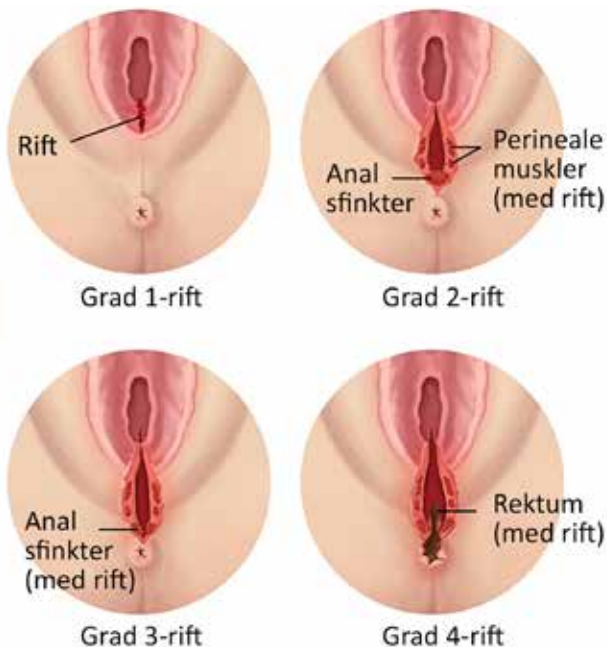
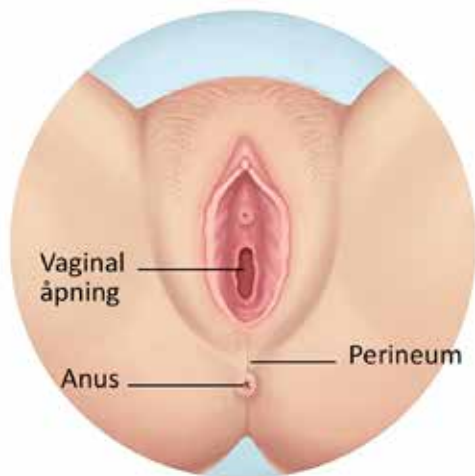
Forskning på suturering

Det er gjort en del forskning på fortløpende versus avbrutt suturering. Oppsummeringen er at det ikke

Metode og utvalg

Deltakerne i studien var praktiserende jordmødre på fødeavdelinger. Ifølge Malterud (10) egner kvalitativ metode seg til å samle inn og analysere egenskaper, karaktertrekk eller ferdigheter. På bakgrunn av forskningsspørsmålet passet det derfor å bruke en kvalitativ tilnærming med fokusgrupper.

Informantene var jordmødre med både lang og kort fødepraksis. Studien har deltakere fra fem sykehus, fire grupper med til sammen tolv informanter. Gruppene var henholdsvis to, tre, fire og tre deltakere. Gjennomsnittserfaringen var elleve år. Informanten med lengst praksis hadde tretti års erfaring. Informanten med kortest praksis hadde ett års erfaring.



VAGINALE RIFTER: Fire grader av vaginale rifter som kan oppstå i forbindelse med fødsel. Jordmødre kan suturere grad 1- og grad 2-rifter. Illustrasjon: © Health& / healthand.com

Datainnsamling

Fokusgruppene ble gjennomført i september og oktober 2016. Hovedspørsmålet til informantene var på hvilken måte de holdt sine suturkunnskaper ved like, og hvilke teknikker de brukte. Selv om temaet for fokusgruppeintervjuene var bestemt i en intervjuguide, var ønsket å få frem flest mulig erfaringer rundt suturering av perineumrifter.

Det ble lagt vekt på at samtalen skulle være åpen (11). I fokusgrupper med et så smalt tema er det viktig at moderator har gode kunnskaper om emnet. Kvaliteten på dataene er avhengig av intervjuerens ferdigheter (10, 12).

Undertegnede fungerte som moderator for fokusgruppene. Som medhjelpere hadde jeg studentkolleger som også var praktiserende jordmødre. Medhjelper registrerte samspillet i gruppen, kroppsspråk og andre nonverbale inntrykk. Datagrunnlaget var tre timer og femti minutter lydopptak som inneholdt rikelig med uttalelser innenfor temaet.

Rett etter intervjuene reflekterte moderator og medhjelper rundt dialogen (13). Begge syntes det var god dynamikk i samtalen. Informantene løftet hverandre opp og spilte videre på hverandres uttalelser.

Analyse

Lydopptakene ble transkribert ordrett. Datainnsamlingen ble analysert etter inspirasjon fra Malteruds beskrivelse av systematisk tekstkondensering over fire trinn (10). De meningsbærende enhetene ble identifisert og systematisert til kategorier.

Resultatet er fordelt på tre temaer: erfaringsbasert eller forskningsbasert suturering, jordmor etterspør opplæring og kollegastøtte.

Etiske overveielser

Intervjuene er godkjent av Norsk senter for forskningsdata. Dataene er innsamlet og bearbeidet i henhold til loven om personvern og datalagring for denne type studier (14). Før gjennomføringen av intervjuene signerte informantene en samtykkeerklæring.

Validitet

For å øke validiteten omfatter studien representanter fra fem sykehus med ulik størrelse. Moderators arbeidsplass var ikke med i undersøkelsen.

Lederne ved fødeavdelingene valgte ut informanter. Det kan ikke utelukkes at dette kan ha hatt





innvirkning på hvor representativt utvalget var. Både moderators og medhjelpers oppfatning var at dette ikke påvirket troverdigheten, og at gruppen utgjorde et representativt utvalg.

Det var bra fokus på suturering gjennom alle intervjuene. Grunnlaget for analyse var derfor tilstrekkelig.

Antallet informanter og gruppestørrelse kan også ha hatt innvirkning på validiteten. Antallet er i færreste laget. Malterud skriver at fokusgruppe-

praksis. Yngre informanter sa at nå får studenter opplæring via GynZone (20), som har utviklet e-læring i forskningsbasert kunnskap for studenter, jordmødre og lege. På GynZone er det i stor grad fortløpende suturering som benyttes.

Jordmødre etterspør opplæring

Flere informanter sa at de var usikre når de skulle veilede studenter. De mente det var uheldig at studentene kunne en annen metode enn den de selv benyttet. De etterspurte en felles praksis.

Mange savnet undervisning og fagdager og mente det burde legges inn i turnusen. En jordmor sa at hun ikke hadde vært på kurs på fem til seks år og savnet faglig påfyll.

En annen fortalte at da spørsmål om oppfriskningskurs ble tatt opp, ble temaet svært følelsesladet. De stilte spørsmål til hverandre om de ikke var flinke nok til å suturere.

Mange mente at GynZone var den beste standardiserte referanserammen og læringsarenaen. En av informantene ble klar over at hun hadde vurdert noen rifter feil da hun så opplæringsvideoer på GynZone. Flere avdelinger har startet med opplæring via GynZone.

Kollegastøtte

Informantene sa at det bør være trygt å snakke med hverandre, dele kunnskap og gi konstruktive tilbakemeldinger. Det må være åpenhet for å diskutere teknikk.

En jordmor sa at det er viktig hvordan kolleger oppfører seg når de blir tilkalt. Hun hadde opplevd en kollega som kom inn og glefset «Hvorfor spør du om det! En blind mann må jo se at dette er en vanlig grad 2-rift».

Ved en annen episode hadde hun opplevd at en kollega mer eller mindre snurpet stingene sammen i sinne. Jordmødrene sa at slike situasjoner ødelegger for tryggheten.

Noen følte at de måtte ta seg sammen hvis andre skulle se på sutureringen. De var redde for kritikk. Mange jordmødre sa at de tilkalte en ekstra jordmor hvis de var usikre på rifter. Flere informanter mente at terskelen for å be om hjelp er blitt lavere.

Diskusjon

Erfaringsbasert eller forskningsbasert

Mange av informantene sa de var utrygge på forskningsbasert suturering. De stilte spørsmål ved hva forskningen viste til som kunne verifisere

«Når noe ryker, så ryker alt.» Jordmor

intervjuer med to deltakere kan forsvares dersom det er god interaksjonen mellom informantene (11).

Studiens begrensninger

Tre av fokusgruppene foregikk i arbeidstiden. Samtalene ble forstyrret i snitt to ganger. På spørsmål om dårlig suturering ble det litt taust. Slike sensitive tema hadde nok kommet bedre frem ved individuelle intervjuer (13).

Studien omfatter bare tolv deltakere. Ved større deltakelse kunne kanskje temaet blitt mer utdypet.

Resultater

Ut fra analysen av fokusgruppeintervjuene fremkom det tre fortellinger: «Erfaringsbasert eller forskningsbasert», «Jordmødre etterspør opplæring» og «Kollegastøtte». Hver fortelling inneholder et utsagn fra informanter.

Erfaringsbasert eller forskningsbasert

Flere informanter med lang erfaring sa at deres opplæring gikk ut på å sy i svinekjøtt, skumgummi og placenta. Da de kom ut i praksis, var det vanskelig å identifisere musklene. Den gang var det vanlig å sy avbrutt både vaginalt i dybden og ut i huden.

Flere kom inn på overgangen da ny forskningsbasert kunnskap sa at man skulle sy fortløpende i alle lag. Noen stilte spørsmål ved hvilken teoretisk bakgrunn som lå til grunn. En jordmor sa: «For når du syr fortløpende og den går opp, så ryker alt, ikke sant?»

Usikkerheten førte til at mange gikk tilbake til avbrutt suturering i dybden og fortløpende rett under huden. Flere nevnte at de klamret seg til den første metoden de lærte, og at de var blitt vanedyr.

Noen av jordmødrene savnet at de ikke implementerte den forskningsbaserte kunnskapen i sin



metoden. Ifølge Veileder i fødselshjelp 2014 (1) skal perineum sutureres med fortløpende sutur. Huden lukkes med intracutan fortløpende sutur, eller avbrutte ved behov.

Flere jordmødre hadde opplevd at sutureringen gikk opp. Det førte til engstelse for å bruke fortløpende suturering i alle lag.

Det er gjort ulik forskning (3–7) på fortløpende versus avbrutt suturering. Oppsummeringen er at det ikke er forskjell i komplikasjoner mellom de to metodene. Ingen av studiene tar opp problemstillingen om sting som går opp når de sammenlikner suturmetoder.

En studie av Kettle og medarbeidere viser at fortløpende teknikk gir mindre smerter i etterkant og mindre behov for fjerning av sting. Men den samme studien viser at uansett suturmetode som blir brukt, er det ferdighetene til den som suturerer, som har størst betydning for resultatet (7). En studie fra England viser at resultatet av suturering er avhengig av både ferdigheter og teknikk (9).

Man kan spørre seg om det er nødvendig å presse

nye metoder på jordmødre som har lang erfaring i suturering. Det må tas hensyn til at Kettle og medarbeideres forskning viser at fortløpende suturering gir mindre smerter i etterkant for den fødende (7).

Jordmoryrket er en ensom jobb, der en er mye inne på fødestuen alene med ansvaret for sutureringen. Informantene sier det er lettest å benytte den metoden de føler seg tryggest på.

Her må jordmødre reflektere over egen praksis.

«Det er ikke så veldig mye faglig påfyll man får.» *Jordmor*

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (15) skal jordmor følge med i fagfeltets forskning og kunnskapsutvikling og forstå betydningen av å være i faglig utvikling gjennom livslang læring. Hvis den metoden de føler seg tryggest på, gir mer smerter og komplikasjoner for den fødende, er ikke dette en forsvarlig praksis.

ULIK PRAKSIS:

Jordmødre etterlyser mer faglig påfyll og en felles praksis for suturering av fødselsrifter. Illustrasjonsfoto: © www.gynzone.dk



FORTLØPENDESUTURERING: Bildet er hentet fra en av GynZones instruksjonsvideoer. Illustrasjon: © gynzone.dk.



Jordmødre etterspør opplæring

Informantene var usikre på hvordan de skulle veilede studenter. Det var ubalanse mellom praksis på avdelingen og det studentene hadde lært på jordmorskolen. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal jordmødre delta i den formelle utdannelsen av jordmorstudenter og jordmødre (15). Da er det viktig at praktiserende jordmødre er kjent med oppdatert forskning.

Simpson og Downe skriver at en jordmor bør ha en lengsel etter ny kunnskap og evnen til å reflektere over egne ferdigheter (16). Vil dette si at man skal sørge for å tilegne seg kunnskap i fritiden, eller menes det å stille krav til at arbeidsgiver må gi rom for at man kan holde seg faglig oppdatert i arbeidstiden?

«Det er bedre nå enn før.» Jordmor

Ifølge lov om spesialisthelsetjenesten skal virksomheten «sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig» (17). Det å ikke opptre omsorgsfullt overfor en pasient gis som eksempel på uforsvarlighet i Helsepersonelloven med kommentarer (18).

Ifølge Kettle og medarbeideres forskning gir fortløpende suturering mindre smerter i etterkant (7). Vil ikke det å velge fortløpende suturering kunne betraktes som å opptre omsorgsfullt overfor

pasienten? Dette bør jordmødre ta med seg når de reflekterer over egen praksis.

En jordmor sa at hun ikke hadde vært på kurs på fem til seks år og savnet faglig påfyll. Flere jordmødre ønsket fagdager og kurs, med fokus på suturering. De sa at fagdager burde komme inn i turnusen. Her mener jeg at arbeidsgiver må legge bedre til rette slik at jordmødre kan oppfylle helsepersonellovens krav om å jobbe faglig forsvarlig.

Et av satsingsområdene i Helsedirektoratets rapport Utviklingsstrategi for jordmortjenesten (19) er å styrke utøver. En trygg jordmortjeneste er avhengig av jordmødrenes kompetanse.

Fagutviklingsjordmødre er ansvarlige for opplæring av nyansatte og studenter. Kartlegging i utviklingsstrategien (19) viste manglende tid til å prioritere fagutvikling og at jordmødre ikke hadde egne midler til kvalitets- og kompetanseutvikling.

Mange informanter så på GynZone (20) som den beste standardiserte opplæringsarenaen for suturering. Alt tyder på at deltakelse i workshoper endrer jordmødrenes ferdigheter i sutureringspraksis (8, 9).

Resultatet fra fokusgruppene viste usikkerhet på suturmetode og stort ønske om fagdager og opplæring.

Kollegastøtte

Denne studien viser at det er viktig med trygghet til å spørre kolleger hvis man er usikker på en rift. Den nasjonale handlingsplanen fra 2006 (2) satte fokus

på at en kollega skulle være med på å vurdere riften.

I funnene nevnte en informant at hun hadde vurdert noen rifter feil. Handlingsplanen (2) anbefaler at man skal være to til å vurdere riftene man er usikre på. Denne handlingsplanen har kanskje medvirket til at informantene opplevde at det var lettere å spørre om hjelp nå enn før.

Kolleger som blir tilkalt, må være innstilt på å gi kollegastøtte. Dessverre viste noen funn at ikke alle kolleger opptrer like hensynsfullt. Det kan skyldes at de kommer fra en stressende situasjon og ikke har lyst til å sette seg inn i andres arbeid.

Dette underbygges også i en studie utført av Wilson (21). Han påpeker at tidsfaktor, personalsituasjon og kompetanse kan være avgjørende for hjelpen vi får.

Brunstad og medarbeidere (22) fremhever betydningen av samhandling med kolleger. Lang erfaring alene er ikke nok for å utvikle seg faglig. Faglig veiledning, kollegial støtte, trygghet og hvordan man lar seg påvirke av andre, kan være utslagsgivende for hvordan jordmødre lærer og utvikler seg.

Noen av informantene nevnte at de var engstelige for ikke å suturere riktig hvis en kollega skulle se på. Liknende funn er gjort i australsk forskning (23), som viste at jordmødre var redde for å bli overvåket og kritisert av kolleger.

Kan grunnen være faglig usikkerhet eller redsel for ens rykte internt på avdelingen? Hvis det er tilfellet, er det en jobb å gjøre både med opplæring og trygghet blant kolleger. Flere av jordmødrene sa at det måtte være åpenhet om å diskutere teknikk.

Konklusjon

Denne studien viser at mange jordmødre ikke er trygge på forskningsbasert suturering. Det er ubalanse mellom erfaringsbasert praksis og forskningsbaserte metoder. Dette skaper usikkerhet når det gjelder veiledning av studenter og hva som er den beste behandlingen av de fødende.

Noen jordmødre binder seg og er redde for at de ikke suturerer riktig når kolleger ser på. Informantene nevner at diskusjon om suturering er et omtålig tema. Mange etterspør fagdager og opplæring.

Jordmorutdanningen benytter GynZone. Praktiserende jordmødre ser på GynZone som den eneste relevante referanserammen og ønsker opplæring. Studien viser at opplæring i forskningsbaserte suturmetoder, trygghet og delingskultur blant kolleger kan forbedres. ■

Referanser

1. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp. Oslo: Den norske legeforening; 2014. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselsjelp-2014/> (nedlastet 02.03.2018).
2. Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge: nasjonal handlingsplan. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.jordmoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Artikler_og_rapporter/Nasjonal_handlingspla_B094a1.pdf (nedlastet 02.03.2018).
3. Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen TB. [Commentary on] Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomized trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured ... Including commentary by Rouse DJ. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2008;63(7):416–7.
4. Valenzuela P, Puente S, Valero J, Azorin R, Ortega R, Gujarró R. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116(3):436–41.
5. Morano S, Mistrangelo E, Pastorino D, Lijoi D, Costantini S, Ragni N. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2006;13(5):457–62.
6. Almeida SF, Riesco ML. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(2):272–9.
7. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *The Cochrane Library*. 2012.
8. Selo-Ojeme D, Ojutiku D, Ikomi A. Impact of a structured, hands-on, surgical skills training program for midwives performing perineal repair. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;106(3):239–41.
9. Selo-Ojeme D, Pathak S, Joshi V. The knowledge, practice and opinion of midwives' in the UK on their training in obstetric perineal repair. *Archives of Gynecology & Obstetrics*. 2015;291(6):1265–70.
10. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
11. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
12. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg., 2. oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
13. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2. utg. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
14. Slettebø Å, Nortvedt P. Etikkk for helsefagene. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.
15. Den norske jordmorforening. Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikkk> (nedlastet 02.03.2018).
16. Simpson L, Downe S. Expertise in intrapartum midwifery practice. I: Downe S, Byrom S, Simpson L, red. *Essential midwifery practice: leadership, expertise and collaborative working*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2011. s. 102–24.
17. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven> (nedlastet 24.05.2017).
18. Helsedirektoratet. Helsepersonelloven med kommentarer [internet]. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 [oppdatert 10.01.2018; siteret 02.03.2018]. IS-8-2012. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsepersonelloven-med-kommentarer>
19. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for jordmortjenesten: tjenestekvalitet og kapasitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1815. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-jordmortjenesten-tjenestekvalitet-og-kapasitet> (nedlastet 02.03.2018).
20. GynZone. E-læring og kurs. 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.gynzone.net/home> (nedlastet 02.03.2018).
21. Wilson AE. Effectiveness of an educational programme in perineal repair for midwives. *Midwifery*. 2012;28(2):236–46.
22. Brunstad A, Nilsen A, Aasheim V. Forløsningspraksis og fødselsriffter: jordmødres erfaringer. *Vård i Norden*. 2007;27(2):9–13.
23. Dahlen HG, Caplice S. What do midwives fear? *Women Birth*. 2014;27(4):266–70.



Svangerskap og fødsel etter fedmeoperasjon: Hva bør jordmødre vite?

Hvilke utfordringer opplever jordmor i møte med fedmeopererte gravide kvinner, og hvordan kan hun best ivareta kvinnen gjennom svangerskap, fødsel og barseltid?

FAKTA

Av Mia Sjøpstad,
jordmor,
St. Olavs hospital

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2018.69455



«I møte med en overvektig kvinne hadde hun hatt store problemer med å få oversikt over fosterets organer.»

Norge er et av de tryggeste landene i verden å føde barn i, med lave tall for alvorlig skade eller dødsfall hos mor og barn knyttet til fødsel. Samtidig er overvekt og fedme et økende folkehelseproblem, noe som også angår oss som jordmødre, i og med at mange overvektige er kvinner i fertil alder.

Fedmekirurgi har de senere årene blitt et mer og mer kjent begrep, og stadig flere kvinner med fedme benytter seg av denne typen behandling (1). Dette medfører nye utfordringer for helsevesenet, og da spesielt for gynekologer og kirurger, men også for jordmødre. Det handler ikke da bare om kvinnens helse og livskvalitet, men også om fosterets utvikling (1).

Hva betyr det når disse kvinnene blir gravide etter

mødrene er overvekt og fedme en stadig vanligere utfordring i den kliniske hverdagen. I møte med en overvektig kvinne på den ordinære ultralydundersøkelsen i svangerskapsuke 18 hadde hun hatt store problemer med å få oversikt over fosterets organer, nettopp på grunn av mors fedme.

Videre var hun frustrert over hvordan en skal møte disse kvinnene under svangerskap, fødsel og barseltid. Det hun sier, støttes også i litteratur og aktuell forskning; «examination was limited due to body habitus» (2).

Videre ble jeg etter flere samtaler med gynekologer og jordmødre ved en kvinneklinikk gjort oppmerksom på de kvinnene som gjennomgår fedmekirurgi, og utfordringene, men også fordelene, dette kan bringe med seg dersom kvinnen i etterkant blir gravid og føder et barn. Samtidig er det meg bekjent få eller ingen retningslinjer for hvordan en skal ivareta disse kvinnene.

Fedmekirurgi

I litteraturen som er anvendt i denne artikkelen, er *bariatric surgery* et gjennomgående begrep. Dette er i norsk og skandinavisk litteratur oversatt til «fedmekirurgi». Fedmekirurgi deles inn i to: restriktive prosedyrer og malabsorptive prosedyrer (3).

Inngrepene kan utføres enten laparoskopisk eller via åpen kirurgi. Det er viktig at jordmor kjenner til forskjellen på disse inngrepene, da det får betydning for hvilken oppfølging kvinnen trenger i svanger-

gjennomgått kirurgi? Hva vet egentlig jordmødrene om disse kvinnene, og hvordan kan vi best ivareta dem under svangerskap, fødsel og barselomsorg?

Mangler retningslinjer

Interessen min for temaet ble for alvor vekket under praksisstudier ved en fødeavdeling. Ifølge en av jord-



skap, fødsel og barseltid. Inngrepene vil derfor i det følgende beskrives i korte trekk.

Restriktive inngrep

Restriktive prosedyrer tar sikte på å begrense mengden mat som kan konsumeres på en gang. Laparoskopisk

Sammendrag: Stadig flere kvinner med fedme benytter seg av fedmekirurgi. Dette medfører nye utfordringer for jordmødre. Det handler om kvinnens helse og livskvalitet, og om fosterets utvikling. Velkjente komplikasjoner etter fedmekirurgi er blant annet ernæringsmangler, dehydrering og tarmhernier. Økt overvåking av fedmeopererte kvinner under svangerskap, fødsel og barseltid er nødvendig.

gastrisk banding (LAGB) er den mest brukte restriktive prosedyren, selv om den ikke er så vanlig akkurat i Norge (4). Her legges en silikonring rundt inngangen til magesekken, og denne kan reguleres i diameter.

Denne typen inngrep gjør at en raskere oppnår metthetsfølelse og dermed også begrenser inntaket av kalorier. Fordelen med dette inngrepet er at det er forholdsvis enkelt å utføre, har få komplikasjoner, og en kan individuelt tilpasse størrelse på inngangen til magesekken basert på kostråd og eventuelle bivirkninger (5).

Malabsorptive inngrep

I en malabsorptiv prosedyre blir magesekken og deler av tynntarmen koplet ut, slik at absorpsjonen av fett og kalorier blir begrenset. Dette kalles også

SPESIELLE HENSYN: Jordmødre bør være oppmerksomme på hvordan ettervirkningene av fedmekirurgi kan innvirke på svangerskapet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



for gastrisk bypass-operasjoner. Disse prosedyrene anses for å være mer effektive enn de restriktive prosedyrene hva gjelder å behandle komorbide tilstander som hypertensjon og diabetes (5).

I Norge har denne prosedyren i økende grad blitt erstattet med langsgående ventrikelreseksjon, eller *gastric sleeve*, som gir en trang, rørformet magesekk (4).

Den mest populære fedmeoperasjonen i USA er *Roux-en-Y gastric bypass* (RYGB). Dette inngrepet er en kombinasjon av restriktive og malabsorptive kirurgiske teknikker. Her lages magesekken mindre, samtidig som den koples direkte til den midtre delen av tynntarmen (5).

For at det skal være nevnt, utføres det fortsatt såkalt *duodenal switch*, men mye sjeldnere nå enn tidligere. Dette inngrepet er assosiert med betydelig malabsorpsjon, og det er stor fare for underernæring og mangeltilstander (4).

Fedmekirurgi for fertile

Metoden som er ansett for å være mest effektiv for vektnedgang hos personer med alvorlig fedme, er fedmekirurgi (3). Kirurgi er imidlertid anbefalt bare til de med sykkelig fedme. Dette gjelder da de som har en BMI over 40, eller de med BMI på 35 eller høyere som har tilleggstilstander som hypertensjon, diabetes eller høyt kolesterol (5). I tillegg innvilges operasjonen også til kvinner med fedmerelatert infertilitet (2).

Harris og Barger viser generelt til en signifikant økning i forekomsten av fedmekirurgi. Omtrent fire



«I Norge har gastrisk bypass-operasjoner i økende grad blitt erstattet med langsgående ventrikelreseksjon.»

av fem som fikk utført denne typen kirurgi, var kvinner (5). I Norge har antallet fedmeopererte frem til 2013 ellevedoblet seg på ti år, og årlig gjennomgår rundt 3000 personer fedmekirurgi her til lands (23). Vekttap etter fedmekirurgi varierer med typen inngrep, men estimeres å være alt fra 14 til 80 prosent av overvekten (4).

Den drastiske økningen i antallet fedmeoperasjoner vil føre til at flere kvinner som tidligere på grunn av overvekt og fedme var infertile, nå blir gravide.

FAKTA

Tromboembolisme

Blodpropp som løsner og følger blodstrømmen inntil dimensjonen på blodkaret ikke lenger tillater videre passasje, og proppen setter seg fast.

Kilde: Store medisinske leksikon



Illustrasjon: Mosphotos

Vekttapet vil kunne føre til økt fertilitet (4, 5), og da spesielt for kvinner med polycystisk ovarialsyndrom, da de kan få tilbake normal egglosning (4).

Disse kvinnene vil søke hjelp i svangerskapsomsorgen. Det er dermed viktig at jordmor har kunnskap om hvordan hun best kan ivareta akkurat denne gruppen kvinner og deres ufødte barn.

Ernæringsstatus

Velkjente komplikasjoner etter fedmekirurgi, og da spesielt etter malabsorptive prosedyrer, er ernæringsmangler og mangel på vitaminer og mineraler. Samtidig viser litteraturen at også anemi og forandringer i hemoglobinnivå forekommer etter slike operasjoner (3). Andre studier viser at de kvinnene som har gjennomgått kirurgi, også har økt risiko for anemi i svangerskapet (3).

Mangelfull ernæringstilstand hos kvinnen kan igjen påvirke fosterets ernæringstilstand og videre fostervekst og utvikling (6). Studier som har tatt for seg ernæringsstatus hos pasienter som har gjennomgått gastrisk bypass-kirurgi, viser lave nivåer av sink, jern, magnesium, betakaroten, D-vitamin og vitamin B12 (5).

Flere casestudier beskriver ernæringsmangler hos kvinner som blir gravide etter gjennomgått fedmekirurgi. Bebbler og medarbeidere (7) fant at disse kvinnene ofte hadde lave nivåer av vitamin B12, folsyre, ferritin, albumin og kalsium. Absorpsjonen

av vitaminer og mineraler blir minimalt påvirket av LAP-band-prosedyrer, og mangeltilstander er mindre sannsynlige hos disse kvinnene enn hos dem som har gjennomgått RYGB, hvor mesteparten av magesekken og duodenum er forbi-passert (5).

Samtidig peker Dalfrå og medarbeidere (6) på at mangeltilstander også kan oppstå hos de kvinnene som har gjennomgått restriktive prosedyrer. Det er imidlertid på generell basis observert at overvektige pasienter ofte mangler D-vitamin og har jernmangelanemi. Da en del av disse kvinnene fortsatt er å regne som overvektige selv etter gjennomgått fedmekirurgi, trenger dette derfor ikke alltid ha sin årsak i gjennomgått kirurgi (5).

Kaloriinnhold i morsmelk

Det ble for en tid siden rapportert om fem tilfeller av alvorlig intrakraniell blødning hos nyfødte av mødre som hadde gjennomgått ulike typer fedmekirurgi. Dette kan sannsynligvis relateres til maternell K-vitaminmangel, og dermed også til K-vitaminmangel hos fosteret. Både Harris og Barger (5) og Dalfrå og medarbeidere (6) viser til disse funnene i sine studier.

Men selv om K-vitaminmangel er rapportert etter fedmekirurgi, er ikke det blant de mest hyppig forekommende mangeltilstandene (5). Antallet barn det vises til i disse studiene, er likevel for lite til å være representativt, og en skal derfor være forsiktig med å trekke konklusjoner om at K-vitaminmangel med sikkerhet kan knyttes til fedmekirurgien.

Det er post partum observert lave verdier av vitamin B12 i morsmelken til kvinner som har en historie med fedmekirurgi. Dette har sannsynligvis sammenheng med mors mangel på den faktoren som trengs for å absorbere B12 (2).

Dersom det også foreligger malabsorpsjon av fett, kan kaloriinnholdet i morsmelken være lavere, noe som igjen kan påvirke den nyfødtes vekst. Harris og Barger presiserer imidlertid i sin artikkel at det trengs mer forskning på området for å kunne si noe om disse barna er en risikogruppe (5).

Komplikasjoner

Det forekommer også kirurgiske komplikasjoner under svangerskap hos disse kvinnene. Komplikasjonsraten ligger opp mot 5 prosent, uavhengig av om det dreier seg om malabsorptive eller restriktive inngrep (5).

Den mest vanlige og alvorligste komplikasjonen for kvinner som er gravide etter fedmekirurgi, er

tarmhernier. Når uterus vokser under svangerskap og graviditet, vil den forskyve andre indre organer, og dermed føre til et økt abdominalt trykk. Dette trykket kan igjen føre til at deler av tarmen presses ut i «tomrom» etter tapt fett som følge av operasjonen, og dermed kan det oppstå avklemming og tarmobstruksjon (5).

Adherenser (sammenvoksinger) etter fedmekirurgi øker også risikoen for tarmhernier.

Det er tre perioder av graviditeten hvor det er økt risiko for tarmhernier: i midten av graviditeten, når uterus blir et abdominalt organ; ved termin,

«Årlig gjennomgår rundt 3000 personer fedmekirurgi her til lands.»

når fosterets hode går ned i bekkenet; og i post partum-perioden, når uterus på kort tid skal tilbake til sin opprinnelige størrelse (5).

De kvinnene som har gjennomgått fedmekirurgi, og som har fått komplikasjoner i form av tarmhernier, rapporterte om kvalme, oppkast og magesmerter. I de fleste tilfellene kom behandlingen sent, noe som resulterte i høy forekomst av neonatal og maternell dødelighet (8). Dette er alvorlig, og igjen understrekes viktigheten av at jordmør kjenner til komplikasjoner som kan oppstå hos gravide kvinner som har gjennomgått fedmekirurgi, slik at det kan fanges opp tidlig og en kan unngå tragiske utfall.

Perinatale utfordringer

Som tidligere nevnt er den største utfordringen i svangerskapet hos disse kvinnene ernærings- og mangeltilstander, noe som igjen kan påvirke fostertilveksten. Kvinner som har gjennomgått *gastric banding*-operasjoner, har liten kapasitet i magesekken, og kan ikke innta ubegrensede mengder mat og drikke på en gang.

Under svangerskap øker væskebehovet, og disse kvinnene kan derfor være i risikozonen for å bli dehydrerte. Kvalme og oppkast i tidlig graviditet kan også komplisere svangerskapet (5).

Et relativt nytt funn er at kvinner som har gjennomgått kirurgi, oftere blir indusert enn sykkelig overvektige. En fant også hyppigere forekomst av blodtransfusjon etter fødsel og venøse tromboembolismer hos denne gruppen kvinner (9). Kjær og

medarbeidere finner imidlertid ikke belegg i sin studie for å si at risikoen for indusert fødsel er økt hos denne gruppen kvinner, sammenliknet med en kontrollgruppe (10).

Det er gjort flere studier på neonatale utfall etter fedmekirurgi. Disse har spesielt tatt for seg prematur fødsel, lav fødselsvekt, makrosomi (stort foster) og perinatal dødelighet. Flere av studiene har imidlertid ikke vist at fedmekirurgi har noen skadelig effekt på nyfødte barn (5).

Studier av *gastric banding* viser lavere forekomst av makrosomi og lav fødselsvekt sammenliknet med gravide kvinner med fedme (5, 11). Dette støttes også av både Shai og medarbeidere (3) og Kjær og medarbeidere (10), hvor det kommer frem at kvinner som har gjennomgått fedmekirurgi, har mindre sannsynlighet for å føde store barn sammenliknet med sykelig overvektige gravide kvinner.

Lavere fødselsvekt

Dersom en sammenlikner graviditet hos kvinnene før og etter fedmekirurgi, er det også funnet signifikant lavere fødselsvekt etter gjennomgått operasjon (6). Det fremkommer av studien til Johansson og medarbeidere (11) at tendensen hos de fedmeopererte kvinnene er at de har lavere risiko for svangerskapsdiabetes og LGA-barn (barnet er stort i forhold til svangerskapsalder), og kortere gestasjonsalder (alderen på fosteret på et bestemt tidspunkt) enn kontrollgruppen.



«Mangelfull ernæringstilstand hos kvinnen kan påvirke fosterets ernæringstilstand og videre fostervekst og utvikling.»

Kjær og medarbeidere fant heller ingen signifikant forskjell når det gjaldt overføring av nyfødte barn av fedmeopererte mødre til intensivavdeling (10). På den andre siden finner Johansson og medarbeidere i sin studie at risikoen for dødfødsel eller neonatal død var høyere hos kvinnene som hadde gjennomgått fedmekirurgi, sammenliknet med kontrollgruppen (1,7 prosent versus 0,7 prosent) (11).

Samtidig må det bemerkes at 98 prosent av kvin-

nene fra studien til Johansson og medarbeidere (11) hadde gjennomgått gastrisk bypass-kirurgi, og en må derfor være forsiktig med å trekke konklusjoner for andre typer prosedyrer.

Preterm fødsel

Kohortstudien til Stephansson og medarbeidere viser til funn som peker i retning av at gjennomgått fedmekirurgi er assosiert med risiko for preterm fødsel. Risikoen for moderat preterm fødsel mellom 32 og 36 fullgatte svangerskapsuger var større blant kvinner som hadde gjennomgått fedmekirurgi, sammenliknet med en kontrollgruppe av kvinner som ikke hadde gjort et slikt inngrep. De fant på den andre siden ingen signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt preterm fødsel før 32 fullgatte uker (12).

Til sammenlikning finner ikke Abenhaim og medarbeidere i sin studie belegg for å si at risikoen for preterm fødsel er større for denne gruppen kvinner (9). Det gjør heller ikke Johansson og medarbeidere (11). Dette kan imidlertid kanskje forklares ut fra kontrollgruppen i Abenhaim og medarbeideres studie, som besto av sykelig overvektige gravide kvinner. Disse har som tidligere nevnt økt risiko for preterm fødsel (9).

Når det gjelder risikoen for at disse mødrene får SGA-barn (barnet er lite i forhold til svangerskapsalder), er det en del sprik i litteraturen. Enkelte studier har avdekket en høyere risiko for å få barn som er små for alderen (13), og også en høyere forekomst av intrauterin veksthemning (14). Abenhaim og medarbeidere viser i sin ferske studie til funn som peker i retning av at intrauterin veksthemning faktisk forekommer hyppigere hos kvinner som har gjennomgått fedmekirurgi, sammenliknet med sykelig overvektige kvinner (9).

Den registerbaserte kohortstudien til Kjær og medarbeidere konkluderer med at nyfødte av mødre som har gjennomgått fedmekirurgi, har lavere fødselsvekt, lavere gestasjonsalder og 2,3 ganger høyere risiko for å være SGA-barn sammenliknet med en matchende gruppe kvinner som ikke har gjennomgått fedmekirurgi. Forekomsten av SGA-barn var i tillegg høyere hos gruppen som hadde gjennomgått gastrisk bypass-kirurgi (10).

Disse funnene støttes av Johansson og medarbeidere, som også finner høyere risiko for SGA-barn hos de fedmeopererte kvinnene (15,6 prosent versus 7,6 prosent i kontrollgruppen) (11). Dalfrå og med-

arbeideres litteraturstudie finner imidlertid ikke holdepunkter for å si at forekomsten av SGA-barn er større blant denne gruppen kvinner sammenliknet med normalbefolkningen (6), og er derfor å betrakte som motstridende til andre forskningsfunn.

Oppfølging

De fleste studiene som ligger til grunn for denne artikkelen, peker på at økt overvåkning av fedmeopererte kvinner under svangerskap, fødsel og barseltid er nødvendig (5, 10, 11), nettopp på grunn av at historikk med fedmekirurgi assosieres med en rekke komplikasjoner (11). Kjær og medarbeidere understreker i sin studie at obstetrisk oppmerksomhet bør rettes mot ernæringsmangler hos mor, og også mot fosterets vekst (10).

Det har imidlertid vært utfordrende å finne gode svar i litteraturen på hva som konkret anbefales når det gjelder oppfølging av disse kvinnene, og da spesielt oppfølging fra jordmor. En faktor som imidlertid er verdt å nevne, er at gravide kvinner som har gjennomgått fedmekirurgi, synes å være mer overvektige enn de kontrollgruppene som er brukt i de forskjellige studiene.

Overvekt i seg selv er som nevnt innledningsvis en velkjent årsak til flere komplikasjoner, blant annet makrosomi (6). Som jordmødre kjenner vi til komplikasjonene knyttet til makrosomi: fødselstraume, skulderdystosi, høyere mortalitet og lavere Apgar-skår (5).

Svangerskapet

Det er viktig for jordmor å vite noe om på hvilket tidspunkt etter operasjonen kvinnen ble gravid, da det kan få konsekvenser for hvilken oppfølging kvinnen har behov for. Aleris overvektsklinikk anbefaler å vente i to år etter operasjon før en blir gravid, slik at en oppnår stabil vekt før svangerskap (15).

Grunnet potensielt stort vekttap, og derfor risiko for å utvikle vitamin- og mineralmangel, i tiden rett etter operasjonen og 12–18 måneder frem i tid anbefaler annen litteratur å vente med graviditet i minst 12–18 måneder etter operasjon (4, 5). Nymo og de Soysa hevder i sine anbefalinger at graviditet i en såkalt katabol fase øker risikoen for prematur fødsel, vekstretardasjon og næringsmangler hos barnet (4).

På den andre siden hevder Harris og Barger at det ikke finnes belegg i litteraturen for å si at utfallet av graviditet og svangerskap forverres dersom kvinnen blir gravid før disse anbefalingene. Tvert imot har noen

studier vist at det ikke er noen signifikante forskjeller i materielle eller neonatale komplikasjoner som veksthemning, prematur fødsel eller hypertensjon (5).

Samtidig er det greit å være klar over at tidlig graviditet etter gjennomgått kirurgi kan føre til at det totale vekttapet etter operasjonen blir mindre, noe som kan medføre at kvinnen ikke oppnår optimal helseeffekt av inngrepet (4).

Videre vil en økt risiko for noen komplikasjoner henge sammen med på hvilket tidspunkt etter ope-

«Enkelte studier har avdekket en høyere risiko for å få barn som er små for alderen.»

rasjonen kvinnen ble gravid. Mangel på folat før graviditet kan øke risikoen for nevralforsdefekter hos fosteret (16), og dersom kvinnen ble gravid på et tidlig tidspunkt etter operasjonen, kan det være grunn til å tro at et stort vekttap etter operasjon har medført vitamin- og mineralmangel. Dette vil imidlertid også være knyttet til hvilket inngrep kvinnen har gått gjennom, og kan ikke bare knyttes til tiden fra operasjon til svangerskap.

Optimal vektøkning

Nymo og de Soysa anbefaler tidlig kontroll hos jordmor eller fastlege. De anbefaler samtidig tidlig ultralyd ved 6–10 uker dersom det foreligger risikofaktorer som kan medføre misdannelser. Fostervekst bør monitoreres nøye. Symfyse-fundus-mål fra uke 26, og deretter månedlig, anbefales (4).

Ved første kontroll bør det i tillegg til standard-blodprøver tas prøver som gir informasjon om kvinnens ernæringsstilstand. Videre anbefales det at en tar slike prøver hver tredje måned i svangerskapet, og vekt bør måles ved alle kontroller. Stabil vekt utelukker imidlertid ikke malabsorpsjon av næringsstoffer, og fosteret har derfor økt risiko for ulike mangeltilstander (4).

Forskningen har så langt ikke gitt noe entydig svar på hva som er optimal vektøkning hos fedmeopererte gravide, men den gravides førgravide BMI danner utgangspunktet her. Mengde kosttilskudd bør vurderes hos disse kvinnene, men type og dosering avhenger av hvilken type kirurgi som er gjennomgått (4).

Dersom en kvinne som er fedmeoperert, blir gravid under 24 måneder etter inngrepet, bør hun henvises til klinisk ernæringsfysiolog. Samtidig bør det vurderes om kvinnen har nytte av å bli henvist til ernæringsfysiolog også etter at det har gått 24 måneder etter gjennomgått fedmekirurgi. Ernæringsfysiologen vil kunne hjelpe jordmor dersom det kommer opp spørsmål rundt vektuttap, manglende vektoppgang, stor vektoppgang, ved mistanke om eller påviste ernæringsmessige mangler og ved spørsmål om kosttilskudd, næringspreparater, sondeernæring eller intravenøs ernæring (4).

Gjennom egne erfaringer i praksisfeltet, og i samtale med gynekolog, kom det frem at ikke sjelden legges noen av disse kvinnene inn på observasjonsavdelingen for gravide, da de har behov for sondeernæring eller intravenøs ernæring. Viktigheten av tverrfaglig samarbeid i møte med disse kvinnene presiseres fra flere hold, det være seg jordmor, fastlege, gynekolog, ernæringsfysiolog, anestesilege og pediatr (5, 6, 17).

Svangerskapsdiabetes

Fedmeopererte gravide bør screenes for svangerskapsdiabetes. For jordmor er det viktig å vite at den vanlige glukosetoleransetesten (også kalt sukkerbelastningstest) ikke skal brukes til kvinner som er fedmeoperert (4, 5). Grunnen er at hurtig og stor til-

non-invasivt. Dette kan være fordelaktig når kvinnen går gjennom et svangerskap. En slik justering kan føre til optimal ernæringsstatus for kvinnen, og dermed også jevn fostertilvekst (6). Kvalme og oppkast kan også reduseres ved at båndet justeres (5).

Noen gastrokirurger og obstetrikere slipper luften helt ut av båndet i svangerskapsuke 36 for å minimere risikoen for herniering, men også for å tilrettelegge for optimale ernæringsforhold knyttet til laktasjon og amming post partum (5). Kvinnen drar altså fordel av dette på flere måter: kontrollert matinntak gjennom graviditet og redusert risiko for mangeltilstander som ellers er assosiert med LAGB (6).

Forskningen peker imidlertid på at det ikke finnes noen praktiske retningslinjer for justering av båndet i svangerskap hos de kvinnene som har gjennomgått LAGB-prosedyren (5). Det må samtidig presiseres at denne typen inngrep ikke er så mye brukt i Norge (4), men det er likevel viktig for jordmødre å kjenne til at denne typen inngrep utføres i andre deler av verden.

Kvinner som på grunn av det kirurgiske inngrepet er i risikozonen for å bli dehydrert, bør oppfordres til alltid å ha med seg en flaske med vann og regelmessig drikke små mengder for å sikre tilstrekkelig væskeinntak (5). Væskeinntaket kan de første årene etter operasjon være lavt, og enkelte gravide kan trenge intravenøs tilførsel av væske for å sikre at inntaket blir tilstrekkelig (4).

Konsultere gastrokirurg

Jordmødre i svangerskapsomsorgen bør vie økt oppmerksomhet til gastrointestinale symptomer hos denne gruppen av kvinner (4). Gravide kvinner som har gjennomgått fedmekirurgi, skal tas på alvor dersom de under svangerskapet har symptomer som magesmerter og livmorkramper. Det samme gjelder ved kvalme, oppkast og brystmerter.

Her kan tarmobstruksjon, hernier, perforasjon og blødning være differensialdiagnoser til andre graviditetsrelaterte diagnoser. Smerter knyttet til obstruksjon og hernier er som oftest intermitterende og oppstår mer sannsynlig etter matinntak.

Det kan være verdifullt å konsultere med en gastrokirurg under utredning av slike plager i svangerskapet. Generelt anbefales det at terskelen for å kontakte kirurg skal være lav dersom en mistenker komplikasjoner knyttet til gjennomgått fedmekirurgi (4).

Fødselen

Operasjonen i seg selv øker ikke behovet for ekstra



«Graviditet i en såkalt katabol fase øker risikoen for prematur fødsel, vekstretardasjon og næringsmangler.»

førsel av sukker til en liten ventrikkle (magesekk) kan medføre det en kaller dumping. Dette kan medføre rask forflytning av glukose til tarmen, noe som igjen kan føre til blodtrykksfall, svimmelhet og diare (4).

Det anbefales derfor heller å måle fastende glukose og glukose etter frokost hver dag i en uke. Gravide kvinner som har gjennomgått kirurgi, kan altså trenge en annen tilnærming når det gjelder å avdekke en eventuell svangerskapsdiabetes, og derfor er det viktig at jordmor har kunnskap om dette.

Hos kvinner som har gjennomgått laparoskopisk gastrisk banding, kan båndets diameter justeres

oppfølging og pleie akkurat under fødselen. Samtidig kan som tidligere nevnt kirurgiske komplikasjoner oppstå, og det er økt risiko når fosterhodet trenger ned i bekkenet. Jordmor må derfor være på vakt dersom kvinnen klager på sterke magesmerter under eller rett etter fødselen (5).

Det som kan oppleves som utfordrende her, er at det kan være vanskelig å skille mellom det som er smerter knyttet til kirurgien, og fysiologiske fødselssmerter, da disse også for mange oppleves som veldig sterke (18). I *Veileder i fødselshjelp* (2014) fremkommer det at gjennomgått fedmeoperasjon i seg selv ikke er en indikasjon for keisersnitt (19).

Barseltiden

De fleste kvinner som har født vaginalt, opplever en viss grad av smerter i perineum (20). Etterrikk kan også være smertefulle, spesielt for flegangsfødende (21). Førstevalget for jordmødre når det gjelder medikamentell smertelindring per os, er preparater som inneholder paracetamol.

Dersom dette ikke har ønsket effekt, bør kvinnen tilbys antiflogistika, for eksempel naproxen (NSAIDs) (20). Kvinner som har gjennomgått fedmekirurgi, skal imidlertid ikke ta NSAIDs for smerter i post partum-perioden, da disse medikamentene kan skape sårddannelser (ulcerasjon) i den lille magesekken (5). Dette er det derfor viktig for jordmor å vite om.

Det er essensielt i barseltiden at jordmor fortsetter å overvåke ernæringsstatus hos disse kvinnene og deres nyfødte barn. Mangeltilstandene som følge av fedmekirurgi kan påvirke ammingen (2, 6). Det kan som tidligere nevnt oppstå vitamin B12-mangel hos barnet, eller kaloriinnholdet i morsmelken kan være lavt, noe som vil ha konsekvenser for barnets vekst.

Pediater skal umiddelbart informeres dersom en kvinne har gjennomgått slik kirurgi, og det er naturlig at dette blir jordmors oppgave. Videre kan pediateren gjøre vurderinger knyttet til behov for enterale eller parenterale vitamintilskudd hos disse mødrene og barn som ernæres med morsmelk (2, 5, 6). Med tilstrekkelig inntak av vitaminer og mineraler i laktasjonsperioden, og da spesielt kalsium, jern, folat, vitamin B12 og D-vitamin, kan kvinnen etter fedmekirurgi også oppleve vellykket amming (2). Barnets vekst i nyfødteperioden bør også monitoreres nøye (2).

I *Veileder i fødselshjelp* oppgis det at effekten av p-piller kan reduseres på grunn av redusert absorp-

sjon etter fedmekirurgi (19). Dette må jordmor være klar over i en eventuell prevensjonsveiledning etter fødsel.

Jordmors tilnærming

Det er grunn til å tro at fedmeopererte kvinner, som tidligere har vært sykkelig overvektige, har hatt negative erfaringer med kropp, vekt og kost. Det er da vesentlig med tydelighet og klare avtaler fra jordmors side i møte med disse kvinnene. Trygge

«Hurtig og stor tilførsel av sukker til en liten ventrikkel (magesekk) kan medføre det en kaller dumping.»

rammer er en del av en helhetlig ivaretagelse av kvinnen og hennes barn (22).

Det er i enkelte deler av landet etablert poliklinikker for overvektige gravide, der kvinnene får tett oppfølging med kostholdsveiledning og råd om fysisk aktivitet. Samtidig blir den psykiske helsen ivarett. Ernæringsfysiolog er ofte en ressurs (22), jamfør det som tidligere er skrevet om tverrfaglig samarbeid.

Videre kan det nevnes at tidligere historikk med fedme kan gjøre kvinnene mer utsatt for post partum-depresjon (5). Jordmor må derfor være ekstra på vakt overfor disse kvinnene. Kroppen er igjen endret etter fødsel, og det er viktig å ha en åpen dialog om følelsene kvinnene har rundt kroppslige endringer etter gjennomgått svangerskap og fødsel (Laache, 2010).

Konklusjon

Den økende forekomsten av fedme i befolkningen medfører også at flere kvinner søker hjelp i helsevesenet og får gjennomført fedmekirurgi som behandling mot overvekt og fedme. Kvinner i fertil alder utgjør en stor del av denne gruppen, og det er trolig at dette er en gruppe kvinner som jordmødre i økende grad vil møte i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid.

Det er tydelig at jordmødre har behov for økt kunnskap om dette saksfeltet, nettopp for å kunne fange opp de tilfellene som krever ekstra oppfølging. Jordmor skal jobbe kunnskapsbasert, og det er derfor avgjørende å vite noe om dette temaet for å gi kvinnene best mulig oppfølging.



Fedmekirurgi tillater kvinnene å ha sunnere helse, lavere risiko i svangerskap og avkom med lavere risiko for å utvikle overvekt og overvektsrelaterte tilstander senere i livet – alt dette som følge av mors fedmeoperasjon. Sikkerheten rundt

kan relateres til dårligere utfall som perinatale dødsfall og kongenitale (medfødte) malformasjoner (misdannelser) (3). Forskningen viser heller at kvinner som har gjennomgått fedmekirurgi, har bedre utfall av graviditet sammenliknet med gravide kvinner med sykkelig overvekt eller fedme (9).

«Det er essensielt at jordmor fortsetter å overvåke ernæringsstatus hos disse kvinnene og deres nyfødte barn.»

svangerskap der kvinnen har gjennomgått fedmekirurgi, har vært kartlagt i flere studier de siste årene. Foreløpig har det ikke blitt påvist at fedmekirurgi

Det er høyst sannsynlig at den potensielle risikoen for den gravide kvinnens og fosterets under- og feilernæring kan balanseres med nøye oppfølging av mødrene i svangerskapet og bruk av næringstilskudd (6).

Det kan synes selvsagt at mangeltilstander etter fedmekirurgi er til å unngå, og enklere å behandle enn fedme i seg selv (3). Samtidig er det ikke dermed sagt at det ikke er utfordringer som følger med disse kvinnene når de gjennomgår svangerskap, fødsel og barseltid. Kirurgiske komplikasjoner kan oppstå, og jordmor må være bevisst dette i oppfølgingen av kvinnen. ■

Referanser

1. Kaska L, Kobiela J, Abacjew-Chmylko L, Wojanowska-Pindel PK, Walerzak A, Makarewicz W, et al. Nutrition and pregnancy after bariatric surgery. *ISRN Obese*. 2013. 492060.
2. Jevitt C. Pregnancy complicated by obesity: midwifery management. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009;54(6):445–51.
3. Shai D, Shoham-Vardi I, Amsalem D, Silverberg D, Levi I, Sheiner E. Pregnancy outcome of patients following bariatric surgery as compared with obese women: a population-based study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2014;27(3):275–8.
4. Nymo S, de Soysa AKH. Veileder for leger, jordmødre og kliniske ernæringsfysiologer i ernæringsoppfølging ved høyriskosvangerskap: den gravide fedmeopererte. Referansegruppen for fedmekirurgi. Trondheim: Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet; 2014.
5. Harris AA, Barger MK. Specialized care for women after bariatric surgery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2010;55:529–39.
6. Dalfrå MG, Busetto L, Chilelli NC, Lapolla A. Pregnancy and foetal outcome after bariatric surgery: a review of recent studies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2010;25(9):1537–43.
7. Bebbler FE, Rizolli J, Casagrande DS, Rodrigues MT, Padoin AV, Mottin CC, et al. Pregnancy after bariatric surgery: 39 pregnancies follow-up in a multidisciplinary team. *Obes Surg*. 2011;21(10):1546–51.
8. Guelinckx I, Devlieger R, Vansant G. Reproductive outcome after bariatric surgery: a critical review. *Human reproduction update*. 2009 mars–april;15(2):189–201.
9. Abenhaim HA, Alrowaily N, Czuzoj-Shulman N, Spence AR, Klam SL. Pregnancy outcomes in women with bariatric surgery as compared with morbidly obese women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016;29(22):3596–601.
10. Kjær MM, Lauenborg J, Breum BM. The risk of adverse pregnancy outcome after bariatric surgery: a nationwide register-based matched cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;208(6):464.e1–5.
11. Johansson K, Cnattingius S, Näslund I, Roos N, Lagerros YT, Granath F, et al. Outcomes of pregnancy after bariatric surgery. *The New England Journal of Medicine*. 2015;372:814–24.
12. Stephansson O, Johansson K, Näslund I, Neovius M. Bariatric surgery and preterm birth. *New England journal of medicine*. 2016;375:805–6.
13. Marceau P, Kaufman D, Biron S. Outcome of pregnancies after biliopancreatic diversion. *Journal of Obesity Surgery*. 2004;14(3):318–24.
14. Sheiner E, Edri A, Balaban E, Levi I, Aricha-Tamir B. Pregnancy outcome of patients who conceive after the first year following bariatric surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;204(1):50.e1–6.
15. Aleris Overvektsklinikk. Gravid etter slankeoperasjon. Oslo; 2016. Tilgjengelig fra: <http://overvekt.net/etter-operasjon/gravid-etter-slankeoperasjon/> (nedlastet 21.11.2016).
16. Hamre B. Svangerskapsomsorg. I: Brunstad A, Tegnander E, red. *Jordmorboka*. Oslo: Akribe; 2010.
17. Skogøy K, Laurin R, Aasheim ET. Svangerskap like etter fedmeoperasjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2009;129:534–6. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2009-534-6.pdf> (nedlastet 09.01.2017).
18. Ulvund I. Fødselssmerte og smertelindring. I: Brunstad A, Tegnander E, red. *Jordmorboka*. Oslo: Akribe; 2010.
19. Henriksen T, Overrein H, Kardell K, Skogøy K. Adipositas og svangerskap og fødsel. I: Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk gynekologisk forening; 2014. Kapittel 15.
20. Reinart LM. Plager og komplikasjoner. I: Brunstad A, Tegnander E, red. *Jordmorboka*. Oslo: Akribe; 2010.
21. Venheim MA. Barselomsorg. I: Brunstad A, Tegnander E, red. *Jordmorboka*. Oslo: Akribe; 2010.
22. Laache I. Tilstander hos kvinnen som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid. I: Brunstad A, Tegnander E, red. *Jordmorboka*. Oslo: Akribe; 2010.
23. Leknes, BO. Fedmeoperasjoner – ingen lettvinnt løsning. forskning.no. 2013. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/mat-menneskekroppen-overvekt/2013/02/fedmeoperasjoner-ingen-lettvinnt-losning> (nedlastet 22.03.2018).



Nurses and Midwives needed



The wartime job that can be your career . .

The girl who becomes a Nurse or Midwife is doing a war job of vital importance. More than that, she is fitting herself for a career in Britain's Health Drive. She can proudly say, "I am doing my best for my Country and the future."

FILL IN THIS COUPON TODAY

TO: THE MINISTRY OF LABOUR AND NATIONAL SERVICE
(Dept. N.R.), 24 KINGSWAY, LONDON, W.C.2.

Please send illustrated literature on Nursing or Midwifery as a wartime job and as a career. Also details of TRAINING, PAY etc.

I am interested in
NURSING/MIDWIFERY (Strike out word not applicable.)

Name

Address.....

County.....

[USE BLOCK LETTERS]

B.E.2

The wartime job that can be your career . .

The girl who becomes a Nurse or Midwife is doing a war job of vital importance. More than that, she is fitting herself for a career in Britain's Health Drive. She can proudly say, "I am doing my best for my Country and the future."

FILL IN THIS COUPON TODAY

I KRIG OG FRED: I Storbritannia var det behov for jordmødre og sykepleiere under andre verdenskrig. Staten søkte derfor etter kvinner som kunne tenke seg opplæring i disse yrkene i 1943. I annonsen ble det reklamert med at de som fikk utdanning og jobb, kunne si: «Jeg gjør mitt beste for mitt land og for fremtiden.» Foto: NTB Scanpix / Mary Evans Picture



#JordmorKan

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

DU KAN SPØRRE JORDMOR OM

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

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



Jordmørforbundet NSF
www.jordmorforbundet.no

Vil du vite mer?



Snakk med jordmor der du bor:

Stempel/ Navn på
Helsestasjon/ Sykehus