TRYGGHET/OMSORG/RESPEKT/TRYGGHET/OMSORG/RESPEKT/TRYGGHET/OMSORG/RESPEKT

LIVLAGA

For deg som har eller venter barn

Liv laga - organisasjon for svangerskaps-, fødsels- barselomsorg. Nr. 1 - 2010

MOR på morsmålet

OMSORGEN ENDRES - konsekvenser for brukerne

VERV OG VINN

Bli med - verv venner og vinn flotte premier!

Liv laga

物 JAPAN•PHOTO

Europas beste fotobok!

Fra **79,-***

*Priseksempel for CEWE FOTOBOK „liten" Grunnpris pr ordre fra kr 49,-

- Europas beste fotobok
- Prisbelønnet kvalitet
- Enkel å lage
- Kjempeutvalg

Min CEWE FOTOBOK

Dine bilder i en ekte bok!

Samle dine personlige fotominner. Kombiner dine bilder med flotte bakgrunner, egen tekst og individuell tilpasning av hver side i en CEWE FOTOBOK – fra kun 79 kr.*

EISA Best Product 2008-2010 · 2008 AWARDS TIPA BEST PHOTO SERVICE · Godt kjøp! CEWE FOTOBOK Japan Photo – Fotografi - oktober 2009 · Beste fotokjede på fotobok! akam.no - 8/10-2008 · Beste fotobok! Japan Photo – Din Side / TV2 Hjelper deg - 13/9-2007 · Beste fotobok – PC World - 01/11-2008

cewe
Bedre bilder - ganske enkelt!

www.japanphoto.no

Prøv Min CEWE FOTOBOK Design Service

NYHET!

Nå tilbyr vi en enda enklere måte å lage CEWE FOTOBOK; Personlig designhjelp av profesjonelle grafiske designere. Last opp bildene dine, våre designere hjelper deg også å velge bilder, og få din CEWE FOTOBOK ferdig designet tilbake til vurdering. Du kan endre til du er fornøyd, og betaler ikke for tjenesten før du bestiller din CEWE FOTOBOK.

1 Last opp bildene dine

2 Vi lager din CEWE FOTOBOK

3 Vurder designet og godkjenn

OSLO: Byporten Shopping • Hegdehaugsvn. 36 • Manglerud Senter • Tveita Senter • BERGEN • DRAMMEN • FREDRIKSTAD • HAUGESUND
KRISTIANSAND • MOSS • PORSGRUNN • SANDNES • SANDVIKA • SKI • STAVANGER • STRØMMEN STORSENTER • TRONDHEIM • TØNSBERG

Leder

Bladet du nå leser er – som nesten alt i Liv laga – resultat av iherdig dugnadsinnsats! Foreldre og besteforeldre i hele landet har bidratt med stort og smått, helt uten betaling. Takk skal dere ha alle sammen! En spesielt stor takk vil jeg rette til vår grafiker, Heidi K. Selliers von Moranville!

Tema for bladet er endringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I en serie artikler forsøker vi å belyse omsorgen fra ulike vinkler, og fortelle om vår rolle. Etter fire år som talerør for vordende og nybakte foreldre i hele landet, er det morsomt å nå få presentere deler av arbeidet vårt på trykk. Vi får ikke alltid gjennomslag for våre synspunkt, men vi kan se tilbake på flere seire – arbeidet vårt nytter!

Nær sagt alle andre pasient- og brukergrupper i norsk helsevesen er organisert i ulike foreninger. Det fødes 62.000 barn i Norge hvert år. Barna og foreldrene trenger at noen taler deres sak. En sterk organisasjon vil sørge for gode helsetjenester for gravide, fødende og barselfamilier. Liv laga ønsker å være denne organisasjonen. Skal vi lykkes trenger vi mange nye medlemmer og andre støttespillere. Bli med oss i arbeidet for at alle som føder barn i Norge skal:

- få den **omsorg** de trenger
- bli møtt med **respekt** for sine valg og ønsker
- være og føle seg **trygge** gjennom svangerskap, fødsel og barseltid

Hilsen Ingeborg Altern Vedal

P.S. Vi håper å utgi flere blad per år, men med knappe ressurser er det vanskelig. Så vi vet ikke når neste nummer kommer.

Styret i 2010: Guro Kjølstad Røste (leder), Susanne Kleppa, Siv-Lise Bendixen Stærk og Ingeborg Altern Vedal

Liv laga – organisasjons for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Stiftet 2008
Brukerorganisasjon for gravide, fødende og barselfamilier. Medlemskap også åpent for pårørende, fagfolk og andre interesserte.
www.liv-laga.no
info@liv-laga.no

Leder og ansvarlig redaktør:
Guro Kjølstad Røste, 94 05 03 18
Nestleder og redaktør:
Ingeborg Altern Vedal, 94 13 18 16

Opplag: 5.000
Layout: Heidi K. Selliers von Moranville
Forsidefoto: Istockphoto
Trykk: Kampen Grafisk
Distribusjon: medlemmer, helsestasjoner, fastleger og sykehus m.m.

Innhold

Smånytt 4

Tema: Endringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen 5-28

Kronikk av Tore Henriksen 30

Engasjert mor og lege 32

Bladets bidragsytere 34

Støtt arbeidet! 35

Kjernesaker

Styret har på oppdrag fra årsmøtet formulert tre kjernesaker. Dette er saker som står svært sentralt i vårt arbeid opp mot myndigheter og politikere: **Krav på informasjon:** Liv laga krever at sykehus, fastleger og helsestasjoner følger loven: Kvinnene har rett til å få forståelig informasjon og å få være med å bestemme over egen kropp og helse. Pasientrettighetsloven er tydelig på at vi som brukere av helsetjenesten har krav på informasjon som gjør oss i stand til å delta i beslutninger om egen helse. Liv laga jobber for å minne om og fremheve denne retten til informasjon. **Full jordmordekning:** Liv laga krever at alle gravide som ønsker det skal få oppfølging av jord-mor og ingen fødende skal måtte føde uten hjelp av jordmor. Liv laga jobber for at oppfølging hos jordmor skal være et reelt alternativ for alle gravide, at alle som trenger følgetjeneste skal få det og at ingen kvinner i aktiv fødsel skal bli forlatt. **Trygghet, respekt og omsorg:** familiene skal få omsorg, bli møtt med respekt, og være og føle seg trygge.

Å bli møtt med respekt og forståelse for hva man opplever og ønsker er en selvfølge. Men dessverre opplever flere å ikke bli hørt, sett eller tatt vare på. Liv laga jobber blant annet med å tydeliggjøre brukernes rolle overfor helsearbeidere.

Ny styreleder

Guro Kjølstad Røste ble valgt til ny leder på årsmøtet 9. mai. Hun er 29 år gammel og har to barn, født på Ullevål og Føderiket. Hun er snart sertifisert Doula gjennom Norsk Doulaforening, og har et brennende engasjement for gravide, fødende og barselkvinners rettigheter. Hun mener det er livsviktig at brukerne blir hørt i møte med helsevesenet.

– Brukerne, både enkeltpersoner og brukergruppene, må bli hørt i møte med helsevesenet. Altfor ofte opp-lever vi at dette ikke skjer. Enten det er i svangerskapsomsorgen, der de føler seg uviktige, tilsidesatt og engstelige, under fødselsforløp der mors ønsker blir overkjørt av helsepersonells kjepphester, eller i barseltiden der både mor og barn er sårbare og ofte blir overlatt til seg selv. Familienes ønsker og behov må bli ivaretatt på en tilfredsstillende måte, enten de trenger medisinsk hjelp eller «bare» omsorg og støtte. Når fagfolk ikke lytter risikerer de å sette morens og barnets helse på spill, sier hun.

Guro har allerede representert Liv laga ved flere anledninger og skal delta i Helsedirektoratets arbeid med nye retningslinjer for barselomsorgen.

Å bli mor på morsmålet

For gravide som ikke behersker det norske språket, og/eller har liten kjenneskap til norsk kultur, kan det være vanskelig å få den helsehjelpen de og barna trenger. Dette kan få store følger for liv og helse. Vi vet at dødsraten er høyere for spedbarn født av innvandrerkvinner enn av etnisk norske. Kommunikasjonssvikt er en av årsakene til dette.

Liv laga og Ammehjelpen ønsker å dra i gang et prosjekt der vi utdanner flerkulturelle kvinner til doula for sine medsøstre. En doula er opplært til å gi støtte og veiledning til kvinnen og hennes nærmeste under graviditet, fødsel og barseltid. Vi håper å starte dette prosjektet i 2011.

Seminar: Å få barn

Liv laga vil 12. oktober 2010 arrangere et seminar om utdanning av flerkulturelle doulaer. Seminaret skal være en idémyldring. Det skal være for fagfolk, doulaer, flerkulturelle brukere, myndigheter, utdanningsinstitusjoner og andre som kunne tenkes å bidra. Vi ønsker innspill på hvordan doulaprosjektet kan gjennomføres og finansieres, og hvordan ordningen kan bli permanent i offentlig regi.

Doulaseminaret

Seminaret vil bli en møteplass for mennesker og miljøer som sjelden eller aldri møtes. Vi håper at det kan øke kontakten mellom tradisjonelle norske organisasjoner og innvandrerkvinnenes organisasjoner og miljø. Vi håper at bånd vil knyttes mellom legfolk og fagfolk, etniske nordmenn og nordmenn med annet opphav.

En doula er opplært til å gi støtte og veiledning til kvinnen og hennes nærmeste under graviditet, fødsel og barseltid. Hun har ikke medisinsk ansvar, men er med som en ekstra støtte under fødselen.
Foto: Bjørg Hexeberg Staveli

Vi ønsker å løfte fram innvandrerkvinnenes behov i møte med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen – og gjerne skape debatt. Vi håper at deltakerne på seminaret kan utveksle erfaringer og ideer, og drøfte behov og løsninger.

Vil du vite mer, kanskje selv bli doula? Send en e-post til doula@liv-laga.no

Foto: Ulf Rasmussen

Endelig elektronisk helsekort?
Ingen skal føde alene
Gravid på overtid
Barselomsorg i krise?

Grunn til å være skeptisk?

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er i endring

Utfordringene står i kø: for få jordmødre i svangerskapsomsorgen, nedleggelse av fødeavdelinger og nedskjæringer i barselomsorgen. Heldigvis for lyspunktene: Engasjerte fagfolk og brukere som sørger for best mulig omsorg for gravide, fødende og barselfamilier. Les, lær og bli inspirert!

2007	Hva gjør myndighetene?	Hva gjør Liv laga?
	Mens Sylvia Brustad er minister legger Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fram et problemnotat som skal bli til «Plan for helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg». **Problemnotat:** **Nasjonal strategi for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.**	**Aksjon mot fødekaos deltar i prosessen forut for planen og på høringen.**
2008	**Hva gjør myndighetene?**	**Hva gjør Liv laga?**
	HOD dropper planen, skriver i stedet en stortingsmelding. Nasjonalt råd for fødselsomsorg er rådgivere.	**Liv laga sitter i Nasjonalt råd og gir HOD råd gjennom det.**
2009	**Hva gjør myndighetene?**	**Hva gjør Liv laga?**
	HOD, ved helseminister Bjarne Håkon Hanssen sender stortingsmeldingen til Helse- og omsorgskomiteen. **St.meld. 12 (2008-2009)** **En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg**	
	Komiteen leverer sin innstilling til Storinget, der det i mai blir debatt og vedtak. Sonja Sjøli (Høyre) er sekretær.	**Liv laga deltar på høring i Helse- og omsorgskomiteen.**
	Innst. S. nr. 240 (2008–2009) **En gledelig begivenhet.** Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene (RHF) skal følge opp stortingsmeldingen. På statsbudsjettet for 2010 bevilges det 2,5 mill. kr. til informasjon til brukerne, en brukerundersøkelse, en utredning av behovet for å stykrke jordmortjenesten, og utabeiding av nasjonale retningslinjer og kvalitetskrav. Elektronisk helsekort får 0,4 mill. kr.	**Liv laga deltar på høring om statsbudsjettet med Helse- og omsorgskomiteen.**
2010	**Hva gjør myndighetene?**	**Hva gjør Liv laga?**
	Ansvar for følgetjenesten overføres fra kommunene til helseforetakene 1. januar 2010. HOD gir Helsedirektoratet og RHF i oppdrag å utarbeide kvalitetskrav. Forslag leveres i april, med høring i mai. HOD pålegger også hvert regionale helseforetak (RHF) å utarbeide en flerårig, helhetlig og lokalt tilpasset plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det lages eller skal lages lokale områdeplaner på foretaksnivå. I tillegg arbeider direktoratet med styrking av jordmortjenesten, elektroniske helsekort og en ny nettportal, og Kunnskapssenteret med en brukerundersøkelse. **Et trygt fødetilbud – Forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner**	**Liv laga representerer brukerne i arbeidet med henholdsvis helsekortet, brukerundersøkelse og kvalitetskravene, og skriver høringssvar til kravene. Vi får også inn noen lokale representanter i arbeidet med områdeplanene.**
Videre	**Hva gjør myndighetene?**	**Hva gjør Liv laga?**
	Helsedirektoratet skal utarbeide retningslinjer for barselomsorgen og senere fødselsomsorgen, og revidere retningslinjene for svangerskapsomsorgen. Arbeidet vil ta flere år.	**Liv laga skal representere brukerne i arbeidet med retningslinjer i barselomsorgen, og følge opp andre saker.**

Politisk saksgang
Departementet utreder en sak. Dep. kan opprette et utvalg, arrangere seminarer, utgi høringsnotat eller offentlig utredning. Organisasjoner o.a skriver høringssvar, og møter ofte dep. i tillegg. Dep. skriver så en stortingsmelding eller en proposisjon som sendes til Stortinget.
En melding er en rapport fra regjeringen til Stortinget om arbeid som er gjort på et spesielt felt, eller drøfting av fremtidig politikk. Stortingskomiteen inviterer til høring. Den diskuterer saken og skriver en innstilling. Innstillingen og meldingen diskuteres i Stortinget og flertallet der fatter vedtak om hvordan saken skal følges opp, hva dep. skal gjøre.

Hva er en høring?
Når Stortinget og Regjeringen ønsker innspill til saker holder de høringer. Høringene er skriftlige og kan være muntlige. Gjennom høringen kan organisasjoner o.a. si fra hva de mener er viktig, komme med forslag til forebedringer etc. og slik forsøke å påvirke politikken - lobbyarbeid.

Store endringer

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er i endring. Noen forandringer skjer fordi faget oppdateres, andre er økonomisk motivert. Endringene som har skjedd de siste årene og som vil skje framover er dels politisk styrt og dels på tvers av politikernes ønsker. Liv laga taler brukernes sak overfor myndighetene.

Av: Ingeborg Altern Vedal

Kjernevirksomheten til Liv laga er å forsøke å påvirke politikere og fagfolk til å lage best mulig tjenester for brukerne. For å få til gode løsninger lokalt har Liv laga jobbet for best mulig betingelser nasjonalt. Arbeidet har brakt flere seire.

Har satt spor

Siv-Lise Bendixen Stærk har vært med fra starten.

– Det er inspirerende når vi får gehør for vårt syn. Vi ser at flere av våre forslag tas med i det ferdige produktet, og at vi lykkes med å sette nye saker på dagsorden. Det gir en god følelse. Hun velger ut fire saker Liv laga har tatt opp.

– Vi har fått gjennomslag for at naturlig fødsel ikke skal være økonomisk belastende for sykehusene, at krav om et visst antall fødsler ved en avdeling skal erstattes av krav til kvaliteten på omsorgen som ytes, at kvinner som ikke ammer må få bedre informasjon om mat fra flaske, og at doula er en god løsning for kvinner med dårlig norskkunnskaper.

Et langt høringssvar

Liv laga sprang ut av «Aksjon mot fødekaos». Organisasjonen ble stiftet bl.a. for å formalisere arbeidet denne og andre aksjoner hadde startet. Aksjon mot fødekaos krevde i 2006 nasjonale retningslinjer i omsorgen. I 2007 startet Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) arbeidet med «Plan for helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg». Aksjonen møtte HOD våren 2007, holdt innlegg på vegne av brukerne på et seminar i mai og deltok på et høringsmøte i oktober. Der drøftet deltakerne et notatet HOD hadde skrevet.

– Vi mente at notatet var svært mangelfullt. Det var mange ting som ikke var behandlet i det hele tatt og mye var knapt nok drøftet. Liv laga leverte et grundig høringssvar som vi i ettertid har fått mye skryt for, forteller Bendixen Stærk.

Arbeidet bærer frukter

Aksjonens arbeid bar frukter våren 2008. Da oppnevnte HOD et nytt Nasjonalt råd for fødselsomsorg, der Liv laga og Ung Sanitet representerte brukerne.

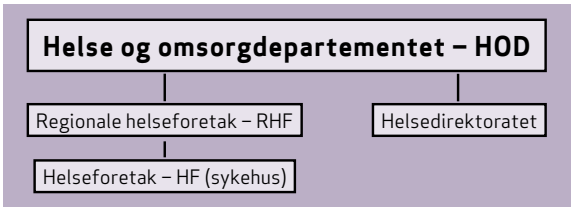
Rådet skulle være rådgivere for HOD i departementets arbeid med en stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Dermed fikk Liv laga en mulighet til å påvirke regjeringens arbeid direkte. Dessverre var tiden knapt, og blant annet barselomsorgen ble ikke grundig nok behandlet.

Da stortingsmeldingen ble diskutert i Helse- og omsorgskomiteen, tok Liv laga opp noen momenter som var utelatt i meldingen.

Arbeidet etter meldingen

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene skulle høsten 2009 følge opp stortingsmeldingen. Svineinfluensaen gjorde dessverre at lite ble gjort.

Våren 2010 gjennomførte direktoratet og foretakene et hastverksarbeid som munnet ut i en rapport om nye kvalitetskrav. I tillegg har foretakene sammen med kommunene i sommer arbeidet med Områdeplaner for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Liv laga har hatt noen lokale brukerrepresentanter i dette arbeidet.



I høst starter Helsedirektoratet arbeidet med retningslinjer for barselsomsorgen – siden det er i denne delen av omsorgen behovet er størst. Liv laga skal delta i dette arbeidet. Etter hvert skal også retningslinjene for svangerskapsomsorgen revideres, bl.a. fordi det skal komme elektroniske helsekort. I tillegg skal Norsk gynekologisk forenings «Veileder i fødselshjelp» på sikt erstattes av offentlige retningslinjer.

Hva er en Doula!

Norsk Doulaforening er foreningen for alle som vil virke som doulaer i Norge. Vi tilbyr Doula nettverk, grunnutdanning og kompetansehevende kurs.

Vil du vite mer? Besøk oss på www.norskdoulaforening.no

NORSK DOULAFORENING

Foto: Istockphoto

Jordmortjenesten skal styrkes, eller?

Helsedirektoratet publiserte i mai en rapport om hvordan jordmortjenesten kan styrkes. Kapasiteten skal øke og kvaliteten bli bedre. Dette krever økte ressurser. Regjeringen lover ingenting...

Av Susanne Kleppa

I rapporten «Utviklingsstrategi for jordmortjenesten – tjenestekvalitet og kapasitet» går direktoratet inn for flere tiltak, blant annet nybegynnerstillinger, fagutviklingsjordmor og ny lovgivning.

Reell valgfrihet

Høye fødselstall, for få kommunejordmødre og for dårlig informasjon gjør at kvinner ikke får svangerskapsomsorg hos jordmor. Direktoratets forslag skal gi økt kapasitet slik at gravide får reell valgfrihet: Oppfølging av kommunejordmor, lege eller en kombinasjon.

Mange kvinner i de større byene har valgt å kjøpe private jordmortjenester. Kommunene har ikke gitt jordmødre driftstilskudd, og dermed har brukerne måttet betale selv, skriver helsedirektoratet. Dette skaper gap i helsetjenestene mellom de som har og ikke har råd til egenbetaling.

På svangerskapskontroll skal jordmor både sjekke fosterets og morens helse, og gi henne og evt. partner veiledning og omsorg. Foto: Olav Bjørkum/ Bømlo kommune

Gravide melder i økende grad at de ikke får oppfølgingen de trenger. Mange opplever at kontroll hos jordmor og hos fastlege er ulik. Fastlegen tar rutinemessige målinger som symfysemål, blodtrykk og blodprøver, mens jordmor i større grad bruker tiden på samtaler, undervisning og omsorg til den gravide og hennes partner.

Kjent jordmor

Flere brukere skal få fødselshjelp

av ei jordmor de kjenner fra før. I distriktene innebærer dette følgetjeneste, mens man i sentrale strøk kan innføre kjent-jordmorordninger slik som man har på Rikshospitalet (se sak side 21). Begge deler vil innbære kontinuitet for brukerne – det er samme jordmor/mødre som følger opp i svangerskapet, under fødselen og i den første tiden etterpå.

Ny organisering

Helsedirektoratet går inn for en sentralisering av jordmortjenesten.

– Direktoratet vil bort fra dagens ordning i kommunehelsetjenesten hvor majoriteten av jordmødrene jobber alene i små deltidsstillinger. En generell styrking jordmortjenesten vil innebære samling av tjenestetilbudet i et geografisk område. Regelen bør være at ingen jordmor alene utgjør en jordmortjeneste, står det i rapportens sammendrag.

Der det er geografisk mulig å få til mener direktoratet det bør opprettes lokale jordmorsenter hvor jordmødrene får et utviklende fagmiljø å jobbe i, og den gravide får flere jordmødre å forholde seg til. Dette vil også være gunstig for rekruttering, siden den nyutdannede jordmoren på denne måten vil bli etablert og trygget i fagmiljøet.

Fagutvikling og kompetanseløft

I tillegg foreslår direktoratet å etablere en ordning med egne nybegynnerstillinger for å sikre at nyutdannede jordmødre kommer ut i tjeneste etter endt utdanning, og får bygget på sin kompetanse og erfaring i trygge rammer.

Etablerte jordmødre skal ivaretas ved at det opprettes egne stillinger som skal arbeide med kvalitetsarbeid og fagutvikling. I tillegg skal kompetansen løftes gjennom kvalitetsarbeid i forbindelse med nye faglige krav m.m.

Lov og forskrift

– Direktoratet anbefaler en sterkere lovforankring av tjenesten ved at kravene til tjenesten tydeliggjøres i lov eller forskrift, står det i rapporten.

– Jordmortjenesten vil bli omtalt i høringsnotat om ny felles helse- og omsorgslov som departementet vil sende på høring i løpet av høsten, forteller Jorunn Litland, seniorrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet.

Utover det vil ikke departementet komme med noen løfter om oppfølging av rapporten. På spørsmål om det vil skje økonomiske endringer henviser Litland til stasbudsjettet, som blir offentliggjort 6. oktober.

Fakta

I 1982 viste en undersøkelse at en vesentlig del av dødsfallene omkring fødsel kanskje kunne vært forebygget med bedre tjenester. Dette ført til en NOU i 1984 «Perinatal omsorg i Norge. Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn», som anbefalte at jordmødre burde trekkes mer inn i svangerskapsomsorgen.

I 1995 ble jordmortjenesten i kommunene obligatorisk. Loven sa imidlertid ikke noe om stillingenes størrelse. Dermed har en kommune oppfylt loven med kun én liten jordmorstilling, selv om behovet er mye større. Direktoratet forslår nå juridiske og økonomiske endringer for å sikre bedre kapasitet.

Ullent snakk og vage løfter?

Vordende jordmor?

Siden jeg var liten har jeg vært fast bestemt på at det var jordmor jeg skulle bli. Av samme grunn har jeg også utdannet meg til sykepleier, og jobber for å få bred erfaring med tanke på en fremtid innen jordmoryrket.

De siste årene har jeg periodevis kommet på andre tanker; er jordmor-omsorgen og den faglige tyngden blitt byttet ut med tekniske overvåkningsapparater? Er det kliniske blikket byttet ut med regler og føringer som ikke gir rammer for å bruke sin kunnskap og erfaring? Skal jeg satse på å videreutdanne meg for i neste omgang å fungere som en nikkedokke på en fødefabrikk hvor de fødende skal ses, men bare stykkevis og delt – og ikke som hele mennesker hvor helheten har betydning?

Når rapporten sier at kvaliteten skal bli bedre og kapasiteten skal øke virker dette lovende.

Aller viktigst er de konkrete grepene regjeringen gjør for å friste mine medsøstre og meg selv til en videreutdanning. Et fagmiljø i vekst, gode rammevilkår å komme ut i som nyutdannet, en anerkjennelse av jordmors betydning for en komplikasjonsfri fødsel og en trygg fødende viser at regjeringen er på riktig vei.

For meg nytter det ikke med ullent snakk og vage løfter. Her må konkrete forslag på bordet, og de må iverksettes raskt.

Å motivere jordmødre til å bli i yrket sitt, utvikle seg og oppbarbeide den kompetansen som trengs gir gode rammebetingelser for et fagmiljø som utvikler og formidler trygghet. Dette gir igjen et spennende yrkesliv å komme inn i – ikke en fødefabrikk som går på kvaliteten løs!

Jeg er klar for et motiverende og utviklende fagmiljø som anerkjenner kompetanse og verdsetter erfaring – er regjeringen?

Susanne Kleppa, bruker og framtidig jordmor

Fødselsangst og keisersnitt

De fleste vordende foreldre føler spenning, usikkerhet eller engstelse før fødselen, mens noen utvikler angst. Keisersnitt kan da være én løsning.

Av Anne Luke

Noen kvinner har så store psykiske problemer knyttet til fødselen at de ønsker keisersnitt. Samtaleterapi kan være et godt alternativ. Akershus universitetssykehus (Ahus) tilbyr Emblasamtale. I mange tilfeller fungerer samtalen så godt at den fødende får jobbet seg gjennom angsten og greier både å føde vaginalt og å sitte igjen med en positiv opplevelse.

Forståelse fjerner utrygghet

Fødselsangst kan ha mange årsaker, slik som tidligere traumatiske fødsler, seksuelt misbruk eller andre emosjonelle problemer. Fastlege eller jordmor bør få vite dette tidlig i svangerskapet. De kan da henvise til Emblagruppen på Ahus. Der er det jordmødre og leger som kan svare på alle spørsmål og snakke om det som forårsaker engstelsen.

Én samtale kan være nok, mens andre trenger mer. I noen tilfeller er det pappaen som er engstelig eller har størst behov for informasjon. Emblagruppen setter opp en plan med mål å gjøre fødselen og barseltiden best mulig.

Anne fikk tilbud om Emblasamtale i andre svangerskap. Sammen med jordmor gikk hun og mannen gjennom fødselsjournalen fra første fødsel. De snakket også om forskjellige muligheter for smertelindring, fødestillinger og forventninger til neste fødsel.

– Jeg synes det var informativt fordi jeg fikk bedre forståelse for hva som hendte under første fødsel. Mannen min synes det var veldig nyttig fordi han ble mindre utrygg på neste fødsel, forteller Anne.

Ikke bare angst

Man trenger ikke å ha fødselsangst for å «kvalifisere» til Emblasamtale. Linda opplevde, som både sin mor og søster, styrtfødsel med sin førstefødte, og var naturlig nok bekymret for at de ikke skulle rekke fram til sykehuset i tide.

Embla-samtalen hun fikk førte til at hun kunne komme inn til fødeavdelingen så fort hun kjente forandringer. En natt gikk slimproppen, og hun ringte Ahus. Hun fikk beskjed om å komme med én gang, og 40 minutter etter at hun hadde lagt på røret var hun tobarnsmor.

– Jeg er veldig glad for tilbudet vi fikk om Embla den gangen, fordi vi fikk en utrolig flott fødsel. Alt det som var skremmende med den første fødselen forsvant fordi vi følte oss trygge. Jeg fikk gutten min på brystet, fikk klippe navlestrengen hans og bli kjent med han med en gang fordi vi var i trygge omgivelser. Og min mann var veldig glad for at han slapp å være jordfar.

Keisersnittskole

Ahus er i startgropa med en «sectioskole» (keisersnittskole) for brukere med planlagt keisersnitt. Den gravide får være med på et undervisningsopplegg, med bilder fra operasjonen, informasjon og mulighet til å stille spørsmål.

– Slike store forandringer som sectioskolen kommer fordi vi har lagt stor vekt på å gjøre de planlagte keisersnittene mer mor/barn-vennlig. I retningslinjene for mor/barn-vennlig sykehus står det jo at mor og barn ikke skal bli skilt etter fødsel. Hos oss vil vi nå legge barnet rett på mors bryst og barnet blir liggende hos mor under resten av operasjonen, og følger med mor i mors seng til

Endelig elektronisk helsekort?

Gravides helsekort har vært uforandret i 25 år. Mange venter utålmodig på en ny versjon.

Av Ingeborg Altern Vedal

Gravides helsekort sørger for informasjonsutveksling mellom lege og jordmor, helsestasjon og sykehus. Alle må fylle ut helsekortet riktig, men mange slurver dessverre. En elektronisk variant vil både sikre at alle obligatoriske felt blir fylt ut og ha plass til mer informasjon enn dagens A4-side.

Komplisert

Helsekortet ble lansert i 1985. I 2005 ga Helsedirektoratet ut Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Da håpet man på en elektronisk løsning ganske raskt. Imidlertid må mange aktører og systemer involveres, og arbeidet er ressurskrevende. Elektroniske løsninger blir ekstra kompliserte når de må fungere både på helsestasjonene, hos legene og på sykehusene.

Før elektronisk helsekort kan tas i bruk må alle helsestasjoner

På Ahus starter de i høst en keisersnittskole for å bedre forberede foreldre ved planlagte keisersnitt. Bl.a. disse illustrasjonsbildene skal brukes i undervisningen. Th.: Fagutviklingsjordmor Eli Aaby
Foto: Kari Skolseg, Ahus

postoperativ avdeling, forteller fagutviklingsjordmor Eli Aaby.

– Jordmor vil være tilstede og bidra til at dette blir en nær og trygg opplevelse for den nye familien. På postoperativ avdeling vil vi legge til rette for den første ammingen. Dette har mange av jordmødrene allerede begynt med, og vi tror at foreldrene opplever dette som meningsfullt og bidrar til å gjøre keisersnittet til en bedre opplevelse. Vi har hatt egne undervisninger for sykepleierne på operasjonsstua og post op, og vi møter stor velvilje og entusiasme fra kollegaene våre.

Adriana er en av mange som kunne ønsket seg et lignende opplegg før hennes keisersnitt. Hun fødte på Rikshospitalet, og valgte keisersnitt på grunn av setefødsel. Hun sier imidlertid at hun nå antagelig ville valgt vanlig fødsel om hun hadde fått bedre informasjon på forhånd.

– Det ble ingen god erfaring for meg, og jeg dro hjem to dager etter keisersnittet fordi jeg følte meg utilpass på sykehuset. Det jeg savnet var mer informasjon, og at de ansatte brukte litt mer tid på meg som førstegangsfødende.

Liv laga positive

Nestleder i Liv laga, Ingeborg Altern Vedal, er positiv til Ahus' tilbud.

– Vi ønsker oss slike ordninger ved alle fødeavdelinger. God informasjon og omsorg skaper trygghet. Slike gode ideer må spres, å lære av andre er god ressursutnyttelse. Kanskje kan Ahus inspirere andre brukere og fagfolk til lignende opplegg?

være tilknyttet Helsenett. Norsk Helsenett er eid av staten og tilbyr tjenester som skal sikre elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Per i dag er nær 59 % av kommunene og ca 95 % av fastlegene tilknyttet Helsenett.

Elektronisk kort

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet startet utviklingen av elektronisk helsekort i 2007, med rapporten «Fra veske til skjerm». Liv laga, Ammehjelpen og Fødsel i Fokus representerer brukerne i arbeidet. Kortet skal være utformet slik at all viktig informasjon blir fylt ut riktig, ved hjelp av obligatoriske felter og hjelpetekster. I tillegg skal personvern og brukerens rett til medvirkning ivaretas.

Sannsynligvis blir det en pilot i et fylke, før kortet rulles ut i hele landet. Avdelingsdirektør i Helsedirektoratet Cecilie Daae kan ikke love at kortet skal være klart innen en gitt dato.

– E-helse får mye oppmerksomhet nå, med bl.a. utvikling av kjernejournal, som også vil få konsekvenser for utvikling av helsekort for gravide. Saken skal opp i nasjonal strategigruppe for E-helse og i strategiplanen Samspill 2.0, forteller Daae. Retningslinjene skal på sikt revideres, men nye retningslinjer for barselsomsorg er nå første prioritet.

Føderiket legges ned

Føderiket ble åpnet i juni 2007. Fødestuen er jordmordrevet og Rikshospitalets alternativ til fødsel på kvinneklinikk.

De tre offentlige sykehusene i Oslo ble slått sammen til Oslo universitetssykehus (OUS) 1. jan. 2009. Et av målene med sammenslåingen er å samle avdelinger med samme kompetanse på ett sted. Inntil videre vil det fortsatt være fødeavdeling ved både Rikshospitalet og Ullevål, men i OUS' områdeplan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg foreslår ledelsen ved kvinneklinikken at Føderiket flyttes til ABC-avdelingen på Ullevål. I praksis vil det si at Føderiket slik vi kjenner det i dag vil bli lagt ned.

Det er sannsynlig at ledelsen ved OUS følger kvinneklinikkens råd og flytter Føderiket. Liv laga mener at Føderiket burde fått bestå som i dag ut prosjektperioden (fem år). I en spørreundersøkelse var 97 % av de fødende fornøyde eller svært fornøyde.

OUS argumenterer både faglig og økonomisk for sammenslåing av ABC og Føderiket. Vi er redd for at en for stor lavrisikoenhet ikke klarer å ivareta den «alternative fødselsfilosofien» som vektlegger kontinuitet, ro og minst mulig medikamentell påvirkning av den naturlige fødsel. Liv laga vil også be om å få se regnskap som viser at evt. besparelser av nedleggelse av Føderiket kommer andre fødende til gode.

Føderiket flyttes til Ullevåls ABC. Vil omsorgen da bli like god, og vil eventuelle besparelser bli brukt på fødende?
Tekst og foto: Ingeborg Altern Vedal

Endringer i følgetjenesten

Følgetjeneste - at jordmor følger en fødekvinne til sykehuset i ambulanse - er viktig for kvinner med lang reisevei. Regjeringen overførte ansvaret for følgetjeneste fra kommunene til helseforetakene 1. januar 2010. Fortsatt er det mange steder uavklart hvordan tjenesten skal organiseres.

Liv laga kjempet for at kvinner skulle ha lovfestet rett til følgetjeneste. Regjeringspartiene gikk mot dette, fordi «syketransport allerede er en del av ansvaret for spesialisthelsetjenesten». Dette ansvaret er også grunn til at følgetjenesten ble overført fra kommunene, ansvarsplasseringen skulle bli tydelig.

Regjeringen overførte ansvaret *før* områdeplanene og avtaler mellom helseforetakene og kommunene var klare. Dermed har følgetjenesten det siste året vært i et vakuum. Nå må partene bl.a. ta stilling til hvilken rolle kommunejordmødrene skal ha, hvordan vakter skal settes opp og lønnes, og hvilke kvinner som skal få følgetjeneste.

Kvalitetskravene sier at «Dersom reisetid til fødested er mer enn 1,5 time skal den fødende vurderes av lege eller jordmor på forhånd med tanke på transportmåte og behov for følge.» Det skal finnes lokaler «der jordmor kan lede fødselen på en tilfredsstillende måte dersom det vurderes at det ikke vil være tid til å transportere den fødende».

Behovet for følgetjeneste må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Liv laga mener at alle kvinner med fare for transportfødsel skal kunne få følge. F.eks. vil en kvinne som tidligere har hatt styrtfødsler ha behov for følgetjeneste selv om avstanden «bare» er én time. Vi vil også kjempe for at foretakene beregner reisevei fra kvinnens *hjem*, ikke fra kommunesentrum.

Foto: Kollevoll barnehage.

Foto: Føderiket

Tilstedeværelse gir trygghet

I Verdens helseorganisasjons retningslinjer for fødselsomsorgen står det at en kvinne i aktiv fødsel aldri skal forlates – jordmor/lege skal være tilstede kontinuerlig. Endelig ser det ut til at dette også blir standard i Norge.

Tekst: Ingeborg Altern Vedal

Norge skal følge retningslinjene og prinsippene Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet for fødselsomsorgen. Dessverre er ikke dette alltid realiteten. WHO understreker i flere dokumenter at en kvinne i fødsel aldri skal forlates. På travle norske sykehus skjer det imidlertid ofte at det er flere fødende enn jordmødre, slik at ei jordmor må forlate én kvinne i fødsel for å se til en annen. Dette kan i verste fall medføre fare for mor og barn fordi komplikasjoner ikke blir oppdaget i tide.

Vi vet at tilstedværelse har mye å si for kvinnens trygghetsfølelse, noe som igjen påvirker hennes smerteopplevelse. I en spørreundersøkelse Aksjon mot fødekaos gjennomførte i samarbeid med Gravid og Foreldre&barn, kom det fram at av de som mente jordmor var nok til stede hos dem under fødselen, følte 90 prosent seg trygge. Av de andre følte bare 50-60 prosent seg trygge. Trygghet gir mestring, og kan bidra til at fødselen tross smerter kan bli en god opplevelse.

Krav til kvalitet

I alle høringssvar og ellers når sjansen byr seg, framhever vi hvor viktig jordmors tilstedeværelse under fødsel er. Det må bli slutt på at kvinner overlates til seg selv og i beste fall en uerfaren partner – enten fødselen skjer på en travel kvinneklinikk, under transport eller ufrivillig hjemme. Alle fødende må få hjelp, veiledning og støtte fra jordmor under fødselen.

I rapporten «Et trygt fødetilbud, Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner», forslår Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene følgende krav under bemanning og kompetanse:

«Bemanningen i kvinneklinikkene og fødeavdelingene må være tilstrekkelig for bedre å ivareta forsvarlig overvåking og behandling samt etterkomme kravet om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen».

Dermed anerkjennes det også at tilstedeværelse er et krav og ikke en tilleggstjeneste avdelingen tilbyr når det finnes tid til overs. I samme rapport står det under kvalitetsindikatorer (som skal måle kvaliteten på omsorgen): «Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor / faglig omsorgsperson i den aktive fase av fødselen».

Liv laga vil fortsette å arbeide for at dette skal bli en realitet. Hvis det både blir et klart definert krav om tilstedeværelse og at sykehusene måles på tilstedværelse, øker sjansen for at alle fødende blir ivaretatt under hele fødselen. Hvis finansieringen av fødselshjelpen i tillegg endres, slik at det lønner seg for helseforetakene å ha mange nok jordmødre på vakt til å kunne gi kontinuerlig til-stedeværelse, er vi nesten i havn.

Blir omsorg en inntekt?

I vårt høringssvar til stortingsmeldingen, «En gledelig begivenhet» oppfordret vi myndighetene til å gjøre noe med finansieringssystemet. I dag er det først og fremst diagnoser og inngrep som gir «inntekter», mens omsorg er en ren utgift.

Dette betyr at smertelindring i form av epidural er en utgift som dekkes gjennom innsatsstyrt finansiering, mens smertelindring i form av opplevd trygghet og jordmors tilstedeværelse ikke kompenseres.

Etter høringen skrev Helse- og omsorgskomiteen: «Komiteen påpeker at fødende i utgangspunktet er friske, og mener det gir feil signal når intervensjon i fødselshjelpen premieres økonomisk. Komiteen vil derfor henstille til Regjeringen om å ta hensyn til dette i vurderingen av finansiering av fødselshjelpen.»

Liv laga vil følge opp denne saken. Systemet må utformes slik at det både er lønnsomt, og mulig, å yte omsorg og skape trygghet. Tilstedeværelse gir trygghet og mestring for fødekvinnen, og muligheten for en god fødselsopplevelse.

Differensiert fødsels-omsorg vil si at kvinner får ulik type omsorg avhengig av deres ønsker, og av deres og barnas helse. Hvis det er høy risiko for at mor eller barn trenger hjelp under og etter fødselen må hun føde på øverste nivå: kvinneklinikk. Hvis risikoen er lav kan hun føde på laveste nivå: jordmordrevet fødestue.

En vanlig vaginal fødsel kan ende i akutt keisersnitt. Keisersnitt er kun mulig ved kvinneklinikk og fødeavdeling. Kvinne på fødestue må overflyttes (fraktes til sykehus) hvis det oppstår komplikasjoner under fødsel.
Foto: Ulf Rasmussen

Differensiert fødselsomsorg

Seleksjon
Kvinnene selekteres til riktig nivå. Seleksjon vil si utvelgelse av gravide til det fødetilbudet som er best tilpasset kvinnens og fosterets behov. Hver fødeinstitusjon har seleksjonskriterier som definerer hvem som etter en faglig vurdering får lov, og hvem som ikke får lov, til å føde der. Seleksjon foregår i svangerskapsomsorgen, rett før, og under fødselen.

Jordmødre og leger som gir svangerskapsomsorg må kjenne til de ulike aktuelle fødetilbudene og de ulike enhetenes seleksjonskriterier. De skal gi denne informasjonen videre til brukerne. Dette skjer dessverre ikke alltid i dag. Brukerne må derfor selv undersøke mulighetene og ikke stole blindt på fastlegen eller jordmoren sin. Jordmødrene og legene må gjøre en grundig vurdering av kvinnen for å plassere henne i riktig gruppe: lav- mellom- eller høyrisiko. Deretter må de veilede kvinnen og evt. partner slik at de kan ta et *informert* valg om fødested. En kvinne som anses som lavrisiko vil ha flere valgmuligheter enn en med høy risiko. Kvinner med høy risiko vil trenge tett oppfølging i svangerskapet, mens for kvinner med lav risiko vil dette være personavhengig. En kvinne tilhørende lavrisikogruppen kan f.eks. ha fødselsangst og derfor ha ekstra behov.

Oppfølging etter behov og ønsker
Kvinnene skal møte så få ulike personer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som mulig. Best er det når samme team følger opp kvinnen i alle tre fasene, dvs. kontinuitet i omsorgen. Kontinuitet vil bidra til at kvinnene blir tryggere, er bedre forberedt og har positive forventninger til fødselen. Dette er spesielt viktig for kvinner som har vonde fødselsopplevelser bak seg, og andre med ekstra behov. Kontinuitet og kvalitet i svangerskapsomsorgen virker forebyggende og helsefremmende.

Differensiert *svangerskapsomsorg* vil si at kvinnene får oppfølging etter behov og ønsker. Hun skal ha et reelt valg mellom jordmor og/eller lege i primærhelsetjenesten. Ved behov skal hun også følges opp av spesialisthelsetjenesten.

1. Kvinneklinikk: Alle kan føde
2. Fødeavdeling: Ikke høyrisiko
3. Fødestue og hjemmefødsel: Kun lavrisiko

Desentralisert fødselshjelp?

Stortinget har vedtatt at fødselsomsorgen skal være desentralisert og differensiert. Likevel har flere lokale fødetilbud forsvunnet de siste årene. Hvorfor?

Kommentar av Ingeborg Altern Vedal

I Norge kan kvinner som ikke føder hjemme, føde ved kvinneklinikk, fødeavdeling, eller fødestue – fødselsomsorgen er differensiert. Denne inndeling i tre nivåer ble gjort av Statens helsetilsyn i rapporten «Faglige krav til fødeinstitusjoner» i 1997. Fødeinstitusjonene er spredt utover i landet – fødselsomsorgen er desentralisert.

Storting og regjering enige

Stortinget vedtok i 2000 at Helsetilsynets inndeling i tre nivåer skulle gjelde. Stortinget og regjeringen var enige om at «det overordnede mål for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal tilbys et desentralisert fødetilbud i Norge, og at den skal holde en god og forsvarlig standard». Desentralisering er i tråd med Verdens helseorganisasjons ti prinsipper for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Flerårige, helhetlige planer

I 2009 bekreftet Stortinget at fødselsomsorgen skal være desentralisert og differensiert. De regionale helseforetakene skal lage planer i samarbeid med kommunene innen 1. oktober 2010. I innstillingen til «En gledelig begivenhet» har Helse- og omsorgskomiteen skrevet:

«Komiteen støtter Regjeringens forslag om at de regionale helseforetakene pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet sammen med berørte kommuner, og mener det er viktig at planen også omfatter svangerskaps- og barselomsorg. Komiteen mener planen må sikre tilstrekkelig kapasitet i forhold til fødselstall, og at den må være i samsvar med utvikling av akuttilbudet ved lokalsykehus. **Komiteen vil understreke at det må sikres et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier.»**

Likevel nedleggelser

Til tross for disse vedtakene er flere fødeinstitusjoner blitt nedlagt de siste årene, og flere kan stå for tur. Det er fire faglige argumenter som står sentralt: Fødselstallet er for lavt til at de ansatte får nok trening. Det er vanskelig å rekruttere fagfolk som sikrer stabilitet og kvalitet ved små avdelinger. Det er ikke nok arbeidsoppgaver til å sysselsette så mange som trengs til å sette opp en god vaktturnus. Driften er uforsvarlig med lange vakter, stor vikarbruk, kommunikasjonssvikt, svikt i bruk av retningslinjer, ingen internkontroll m.m. Disse problemene kan dog ofte løses uten å legge ned. Nedleggelsene er som regel også økonomisk motivert.

Helseforetakene mener at det er penger å spare på å sentralisere fødslene. Det et dyrere å drifte to små avdelinger enn en stor bl.a. fordi man må ha flere ansatte når de skal fordeles på vaktturnuser to steder. I tillegg må foretakene se på den samlete driften. Koster det for mye å ha vaktberedskap på keisersnitt i forhold til hvor ofte de opererer? Går denne vaktkostnaden utover andre oppgaver i sykehuset f.eks. slik at ventetidene der blir lange?

Føden og lokalsykehuset

Koblingene med andre funksjoner gjør at nedlegging eller videreføring av fødeavdelinger har mye å si for hele lokalsykehus' framtid. I tillegg kommer behovet for å prioritere mellom ulike pasientgrupper, og debatten om hvorvidt lokalsykehus er gode nok til å behandle f.eks. kreft. Satt på spissen kan det være at man ved å opprettholde lokalsykehus med en fødeavdeling og full akuttberedskap redder liv ved ulykker, men at liv går tapt ved langvarig sykdom fordi sykehuset mangler spisskompetanse.

Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen startet i sommer en debatt om prioriteringer i helsevesenet. Han sa at prioriteringen må løftes inn i det offentlige rom. Vi har ikke råd til alt som er medisinsk mulig. Ressursene er ikke uendelige. Dette perspektivet er også relevant på lokalsykehusenes framtid. Hvor mye ressurser skal samfunnet bruke på fødselsomsorgen? Og ikke minst; **hvilke konsekvenser får det om denne helsetjenesten prioriteres ned? Sparer vi oss til fant?**

Bedre samtale
Bedre samarbeid
Bedre samliv

Erfaren samlivspedagog tilbyr PREP-kurs for enkeltpar

Gratis prøvetime

Håvard Altern
mobil: 91 84 36 40

www.altern.no

Fakta:
Det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge eier fire helseforetak. Det er to fødeinstitusjoner i hvert foretak. To av dem er kvinne-klinikker. (se organisasjonskart)

«Strategi 2020» er en plan vedtatt av Helse Midt-Norge. Planen skal være retningsgivende for arbeidet i helseforetakene. Der heter det:

«Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene. **God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Dette tilsier at antall fødeavdelinger i regionen må vurderes.** Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende. Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene. **Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse og omsorgsdepartementet.»**

Helse Midt-Norge skal levere en regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober. Se mer i forrige oppslag.

Nedleggelser i Midt-Norge?

I hele vår raste debatten i Midt-Norge. Hvilke funksjoner skal de ulike sykehusene ha? Skal alle fødeavdelinger bestå?

Styret i Helse Midt-Norge vedtok 25. mai i år «Strategi 2020» (se faktaboks). Etter mye diskusjoner klarte partene å inngå et kompromiss om en plan som skal være retningsgivende for sykehusene i Trøndelag, Møre og Romsdal de neste ti årene. Strategiplanen er ikke bindende og de mest konfliktfylte områdene er overlatt til de lokale helseforetakene. Dermed ble det ikke fattet vedtak om regionens seks fødeavdelinger og to kvinneklinikker.

Dette er i tråd med helseministerens pålegg. I en spørretime i Stortinget i mars presiserte Anne-Grete Strøm-Erichsen at de regionale helseforetakene har fått beskjed om at eventuelle planer om strukturendringer i fødselsomsorgen må avvente utarbeidelsen av de regionale planene. Disse skal være klare 1. oktober.

Fra åtte til fire?

Det er åtte sykehus i regionene i dag, der lokale helseforetak eier to sykehus hver. Det er kvinneklinikk i Ålesund og på St. Olav i Trondheim, mens de andre sykehusene har fødeavdeling. Det er barneavdeling ved de to kvinneklinikkene samt i Kristiansund og Levanger.

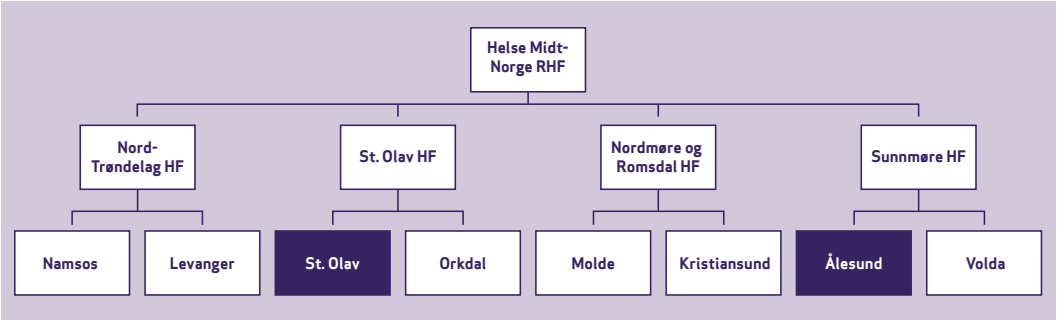
Adm. dir. Gunnar Bovim i Helse Midt-Norge mener at det kun bør være én fødeavdeling og ett sykehus med akuttkirurgisk beredskap per helseforetak. I den opprinnelige strategiplanen var det lagt opp til at fødeavdelingene i Volda, Orkdal, Namsos og Kristiansund skulle legges ned.

Adm. dir. Gunnar Bovim i Helse Midt-Norge ønsker å legge ned fire fødeavdelinger.
Foto: Helse Midt-Norge

Dyr vakt

Føden henger nøye sammen med andre funksjoner på sykehusene. Et sykehus uten barneavdeling må selektere strengere enn et sykehus med barneavdeling. I følge Namdalsavisa vil en moderne fødeavdeling legge stort beslag på beredskapskapasitet en ved små sykehus. Avisa skriver at en føde-avdeling krever vaktteam for jordmor, gynekolog, anestesilege, anestesisykepleier, operasjonssykepleier, bildediagnostikk, laboratoriefag og kanskje etter hvert også vaktteam for barnelege.

I rapporten «Et trygt fødetilbud – Forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner» står det at fødeavdelinger skal som et minimum ha ansatt gynekologspesialister i firedelt vakt og tilstrebe seksdelt vakt. Adm. dir. Gunnar Bovim i Helse Midt-Norge sier til Namdalsavisa at da blir det enda mer kostbart og krevende å fylle vaktene. Allerede går en tredjedel av legelønn til vakt.



Regional fagplan

Helse Midt-Norge ba Helse Nord-Trøndelag å utarbeide forslag til plan som skal gjelde hele regionen. Forslaget ble utarbeidet sammen med representanter for kommunene. Det ble arrangert høringer om planen i Trøndelag 13. september og i Møre og Romsdal dagen etter. Den endelige versjonen vil bli oversendt styret i Helse Midt-Norge og departementet 1. oktober.

– Planen definerer kravene til tjenesten, den legger føringer til den faglige kvaliteten. Når den er vedtatt av styret i Helse Midt-Norge og godkjent av Helsedepartementet vil det regionale og de lokale helseforetakene undersøke hva som skal til for at alle fødeinstitusjonene er i stand til å yte tjenester av den kvaliteten som er vedtatt, sier Svanhild Jenssen, rådgiver i Helse Midt-Norge. Hun understreker at kommunen skal være med å sette planen i verk.

Usikkert på Nordvestlandet

– Siden planen er en faglig plan omtaler den ikke strukturen, dvs. hvilke avdelinger som skal bestå. Den henviser dog bl.a. til Strategi 2020, En gledelig begivenhet og Et trygt fødetilbud, samt det regionale fagnettverket i gynekologi og obstetrikk, som alle legger vekt på at det er viktig med robuste fagmiljø med god rekruttering og et minimumsantall gynekologer, sier Janita Skogeng, avdelingssjef for Kvinneklinikken i Helse Sunnmøre.

Hun forteller at dermed er ingenting avgjort angående Voldas framtid. Heller ikke lenger nord er framtida klar.

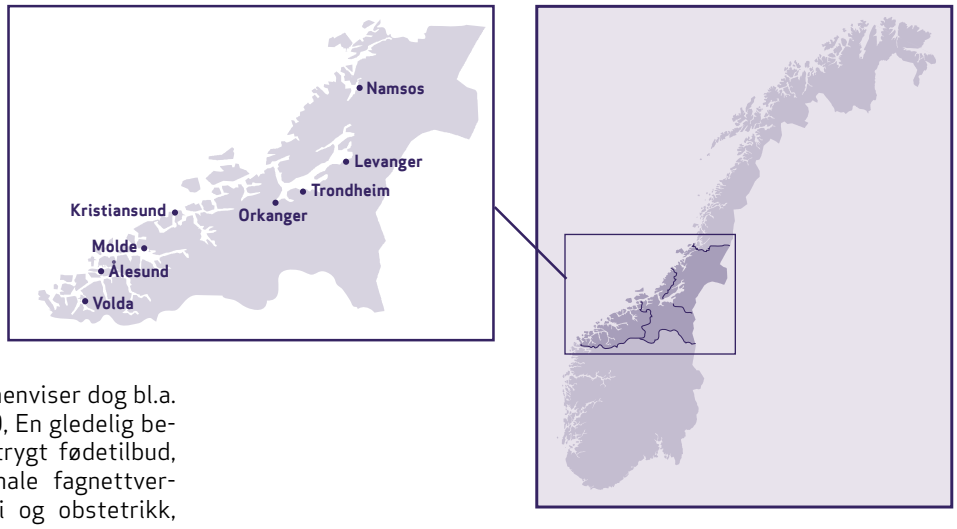
– Styret i Helse Nordmøre og Romsdal vedtok 23. mars å samle fødetilbudet i én avdeling. Dette vedtaket er satt på vent. Eventuell effektuering vil først skje etter at departementet har fått den regionale planen og vi har fått nye føringer for fødselsomsorgen, sier Grete Teigland, leder for fødeavdelingene i Helse Nordmøre og Romsdal.

Helse Midt-Norge utreder nå tre alternativer for sykehusene i området: 0-alternativet – som i dag, revurdere planene for Nye Molde sjukehus og Kristiansund sykehus i lys av Samhandlingsreformen og strategiprosesser, og ett felles sykehus for Nordmøre og Romsdal.

Lokal motstand

Forslag om nedleggelser av fødeavdelinger, eller å gjøre dem om til fødestuer, møter nesten alltid stor lokal motstand. Lokalpolitikerne og befolkningen ellers mobiliserer. De arrangerer fakkeltog og appellerer til rikspolitikerne. Nå er framtida opp til helseministeren og helsedirektoratet. Godkjenner departement de regionale helseforetakenes planer? Vil direktoratet endre kvalitetskravene i «Et trygt fødetilbud» i etterkant av høringen? Først når disse arbeidene er ferdig vil fødeavdelingenes være eller ikke være, bli avgjort.

Av Ingeborg Altern Vedal
Illustrasjoner: Heidi K. Selliers von Moranville



På overtid

– igangsettelse (induksjon) av overtidige svangerskap

Når en kvinne ikke føder til termin vil hun få hjelp til å starte fødselen med medisiner og/eller andre tiltak. Men fagfolk er uenige om hvor lenge hun bør gå før dette skjer.

Av Siv-Lise Bendixen Stærk

I en kronikk i Dagens Medisin i desember i fjor argumenterte Frederik Frøen, avdelingsdirektør i Nasjonalt folkehelseinstitutt, for at kvinnens ønsker skal telle mer ved igangsettelse av fødsel. Han trekker frem nyere forskning som han mener taler for tidligere igangsettelse enn hva som er dagens praksis.

Forebygge?

Norsk gynekologisk forening (NGF) har definerte anbefalinger for når svangerskap skal igangsettes, men faktisk håndtering varierer. Frøen viser til studier fra St. Olavs hospital i Trondheim der kvinnene selv ønsker igangsettelse tidligere enn NGFs veileder anbefaler.

Jo lengre svangerskapet varer, desto større barn og økende komplikasjoner for både mor og barn, og desto flere keisersnitt. Kan man forebygge ved å indusere? spør Frøen. Han viser til studier som viser at tidligere igangsetting fører til færre komplikasjoner og at keisersnitt kan unngås, og at resultatene kan tyde på at kvinnene bør tilbys igangsetting mellom en og to uker etter termin.

Dialog med kvinnen

Fødselshjelpere trenger ikke være enige med alt i disse kunnskapsoppsummeringene. Enighet om at det finnes tydelig tvil, er nok. Ved tvil om hva som er best, er dialog med kvinnen eneste farbare vei, mener Frøen. Han avslutter sin kronikk med å utfordre NGF til å bidra aktivt i utvikling av nye retningslinjer.

Gynekologene kritiske

Frøen fikk raskt svar. NGF fremhever at igangsetting av fødsel ikke er risikofritt og hevder at det ikke er vist at eventuelle fordeler ved igangsetting oppveier ulempene. NGF mener Frøen er på kollisjonskurs med dagens viten dersom hans forslag er at alle skal tilbys igangsetting ved 41 uker.

At kvinnen skal tas med på råd er selvsagt mener NGF, men legen må stå med den endelige beslutningen og det faglige ansvaret. Å overlate avgjørelsen til kvinnen er å fraskrive seg dette ansvaret.

Andre land

Frøen forsvarer sin kronikk i et svar til NGF: «Vi har alle et ansvar for å tilby kvinner kunnskapsbasert svangerskapsomsorg, og kunnskapsgrunnlaget indikerer i dag at induksjon kan bidra til redusert risiko for død, komplikasjoner og keisersnitt, og at de fleste fødende er mest fornøyd med induksjon». Han påpeker videre at flere land har laget nye nasjonale retningslinjer for igangsetting av fødsler basert på den nye kunnskapen.

Kjære ansatte ved legekontor, helsestasjoner, sykehus m.fl.

Napp ut plakat!

Vi ber dere herved informere brukerne om at Liv laga finnes! Det kan dere gjøre på følgende vis:

- Legg dette bladet godt synlig på venterommet
- Napp ut denne plakaten og heng den opp på venterommet e.l.
- Legg fram og del ut brosjyrer o.a. informasjonsmateriell (se våre nettsider)
- Fortell brukerne om oss i samtale med dem

Liv laga jobber for en flyktig brukergruppe. Hele tiden kommer det nye brukere vi må nå ut til. Mange har ikke hørt om Liv laga. Desto viktigere er det at de som vet om oss – både brukere, pårørende og fagfolk – forteller andre om oss og gjerne melder seg inn selv. **Takk for hjelpen!**

Barn og foreldre trenger trygghet før, under og etter fødsel

– organisasjon for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Liv laga

www.liv-laga.no

Layout Heidi K. Selliers von Moranville

Hjelp oss å bli synlige:

Napp ut og heng opp plakaten!

Brukerne reagerer

Oppslagene i media om babyer som dør skaper sterke reaksjoner hos brukerne. Facebookgruppa «Ikke la gravide gå mer enn 7 dager over termin! REDD LIV!» fikk raskt over 35.000 medlemmer. Gruppa hevder at det er økonomi som gjør at ikke flere gravide blir igangsatt.

Av Ingeborg Altern Vedal

Kjell Å. Salvesen, overlege ved St. Olavs hospital i Trondheim, er dels enig.

–Å ta inn gravide til undersøkelse en uke etter termin og eventuelt sette i gang fødselen, skaper et større press på både poliklinisk avdeling og på fødeavdelingene, sa han til Klikk før sommeren.

15.000 fødsler i året

Bjørn Backe, leder i Norsk Gynekologisk forening, mener at det er gode faglige argumenter for dagens praksis.

–Det er en større risiko for komplikasjoner hos mor og barn når fødselen settes i gang. Skulle vi sette i gang alle kvinner i uke 41, snakker vi om 15 000 fødsler i året, som vi da gjør om til risikofødsler. Jeg er sikker på at ulempene ville overveie fordelene, sa han til Klikk.

Han forstår at brukerne reagerer.

–Vi har stor forståelse for at gravide blir engstelige når slike debatter kommer opp i media. Vi merker godt det i vår daglige virksomhet, sa Backe til Klikk da.

Helsedirektoratet var enige.

–Dette er en situasjon som er uholdbar for de gravide. Det er ikke greit med så ulik praksis og en situasjon med to ulike synspunkter, sa divisjonsdirektør Hans Petter Aarseth til Klikk før sommeren. Han lovte samtidig endringer.

En ny norm

–Tidlig på høsten må vi ha klart et budskap om hva normen for hva som er god praksis når det gjelder overtid og gravide. Dette blir en norm som alle helseforetakene blir nødt til å forholde seg til.

Cecilie Daae i Helsedirektoratet bekrefter at arbeidet nå er i gang.

–Vi regner fortsatt med at anbefalingene er klare i høst, men akkurat hvor tidlig på høsten det blir, er vanskelig å si.

Hvem kan vi stole på?

Ulik praksis, anbefalinger og tolkning av forskning skaper usikkerhet og frustrasjon hos oss som skal bruke helsetjenestene. Faglig uenighet skaper ikke trygghet og tillit. Det er viktig at det er en debatt om nye rutiner, men vanskelig å stå på sidelinjen: Hvem kan vi stole på?

Kommentar av Guro Kjølstad Røste

Oppslag i media er alltid forenklinger av virkeligheten og kan gi et feil bilde. Det er lett å konkludere som 35.000 Facebookbrukere: Alle kvinner må igangsettes i uke 41. Men kanskje er bildet mer komplekst? Kanskje har NGF rett i at dette byr på mange ulemper, både for helsetjenestene og brukerne?

Som brukerorganisasjon kan vi ikke konkludere om hva som er faglig riktig. Men vi kan arbeide for to ting: At myndighetene lager retningslinjer som er kunnskapsbaserte og oppdaterte, der nyere forskning vurderes opp mot eksisterende rutiner; og at kvinnenes rett til medbestemmelse blir fulgt. Pasientrettighetsloven er helt klar, vi har både rett på god informasjon og medvirkning.

Retten til medbestemmelse må også tre i kraft der det er tvil om termindato. Hvis f.eks. ultralydtermin sier at kvinnen er 40 uker på vei, mens hennes egen beregning sier at hun er i uke 41, må hun høres. Hennes terminberegning må tas med i vurderingen om igangsettelse.

Norske gynekologer:

Vil ha egenandel for keisersnitt

Kvinner som ønsker keisersnitt uten medisinsk grunn, skal være med på å betale inngrepet selv. Dette mener norske gynekologer. – Uhørt, mener spesialist i fødselshjelp, Jakob Nakling.

Av Anne Grete Storvik, Dagens medisin
Foto: Sykehuset Innlandet

Dette kommer frem i en foreløpig upublisert spørreundersøkelse blant 507 norske gynekologer. Den viser at fire av ti gynekologer foreslår en egenandel som varierer mellom 1500 til 60.000 kroner. Undersøkelsen ble lagt frem på årsmøtet til Norsk gynekologisk forening. Artikkelforfatterne av studien sier til Dagens Medisin at de avventer publisering av artikkelen, og at de derfor ikke ønsker å kommentere undersøkelsen.

Problematisk

Av 507 gynekologer svarte 71 prosent på undersøkelsen, som har sett på hvordan norske gynekologer forholder seg til keisersnitt når det ikke foreligger medisinsk indikasjon på inngrepet. Den avdekket at mer enn seks av ti gynekologer synes det er problematisk med spørsmål om keisersnitt uten medisinsk indikasjon, ifølge abstraktet til undersøkelsen, som er publisert på Legeforeningens hjemmeside. 35 prosent av dem som svarte, mente at kostnadene forbundet med keisersnitt er et offentlig anliggende, mens 40 prosent altså åpner for at inngrepet finansieres ved hjelp av egenandeler.

– Uhørt

Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege dr.med ved Sykehuset Innlandet Lillehammer, Jakob Nakling, var til stede da resultatene ble presentert på årsmøtet for norske gynekologer. Han kaller resultatene av undersøkelsen forstemmende:

– Jeg syns det er uhørt at så mange gynekologer åpner for at man skal betale for en helsetjeneste som en har betalt for gjennom skatt og trygdeavgift. Dette åpner for en todeling av helsevesenet: De som er rike eller har råd, kan enkelt få keisersnitt, mens de som for eksempel har fødselsangst og har problemer med å kommunisere – de som vi faktisk er talsmenn for – de har ikke råd til dette, sier han til Dagens Medisin.

Et slikt system åpner dessuten for en forverring av helsevilkårene som allerede er satt, påpeker Nakling:

– Vi som leger og gynekologer ønsker å få til en best mulig behandling for dem som kommer til oss. Vi møter de som av ulike grunner ønsker keisersnitt – og det viktige er å finne ut av hvorfor de ønsker dette, sier han.

Passer ikke inn

– For min egen del kan jeg si at ideen om egenbetaling er ny og fremmed, og jeg føler at den ikke passer inn i det helsevesenet vi nå har har. Dette er min personlige mening, sier professor og leder Bjørn Backe i Norsk gynekologisk forening til Dagens Medisin.

– Jeg ser på spørsmålene som er stilt, som en provokasjon; at spørsmålsstiller ønsker å fremkalle refleksjoner hos den som blir spurt, sier han.

Utsatt for press

Backe mener svarene som er gitt, gjenspeiler gynekologenes bekymring for at keisersnittstallene har blitt så høye:

– Tallene er mye høyere enn det det er medisinsk grunnlag for. Det som er problematisk for gynekologene, er at de føler seg utsatt for et stadig press og daglig er i forhandlingssituasjoner om keisersnitt, hvor de går på akkord med det som det er medisinsk grunnlag for å gjøre, sier han.

– Det er ikke slik vi driver helse

Nakling legger til at det er en bekymring for at det er høy frekvens av keisersnitt:

– Her hos oss loser vi disse kvinnene inn til samtaler med jordmor, gjerne over flere ganger. Sammen kommer jordmor, fødselslege og den gravide frem til hva som er best for henne, sier han.

Dette er en forkortet versjon av en artikkel publisert av Dagens medisin 7 sept. 2010

Kjent jordmor erstatter keisersnitt

Gravide som er veldig redde for å føde vaginalt og ber om keisersnitt, får tilbud om å bli forløst av en jordmor de er blitt kjent med på forhånd. Med denne ekstra oppfølgingen tør mange føde vaginalt likevel.

Av Lise Gaudernack

Jordmødrene ved fødeavdelingen på Rikshospitalet hadde i lengre tid sett med bekymring på den stadig stigende keisersnittfrekvensen. Spesielt gruppen med eget ønske om keisersnitt har blitt større de siste årene. I denne gruppen er det en del gravide med fødselsangst. Disse får nå i stor grad tilbud om jordmorsamtale på svangerskapspoliklinikken. Kjent-jordmorordningen går i korthet ut på at gravide som utrykker sterk engstelse rundt det å føde vaginalt og heller vil be om keisersnitt, får tilbud om å bli forløst av en jordmor de er blitt kjent med på forhånd. For mange kvinner med fødselsangst er det avgjørende at de kan få et slikt tilbud, ofte er det dette som får dem til å våge å føde allikevel.

To jordmødre følger hver gravid og møter kvinnen og eventuelt mannen minst to ganger før fødselen. I felleskap med paret utarbeider jordmødrene en fødselsplan med fokus på å sikre kvinnens trygghet. De to jordmødrene deler ansvaret for å ha vaktberedskap tre uker rundt kvinnens termin. Beredskapen består i å være tilgjengelig på telefonen, fra en uke før til to uker etter hennes termin.

De som er med i denne ordningen er som regel flergangsfødende og føder derfor oftest i løpet av få timer og spontant vaginalt. Etterpå er de oftest svært lettet, stolte og takknemlige og det er flott å kunne være med å hjelpe dem til en langt bedre fødselsopplevelse enn de hadde forventet.

Artikkelen sto på trykk i Tidsskrift for jordmødre i 2006.

Skremmende konklusjon

Kommentar av: Ingeborg Altern Vedal

Det offentlige skal ikke bekoste unødvendige operasjoner. Friske kvinner ønsker keisersnitt. Tilsynelatende er egenandel en fornuftig konklusjon. At gynekologer trekker en slik slutning er likevel skremmende!

Egenandel vil føre til enda større ulikheter i helsetjenestene. Kvinner med god økonomi kan betale seg til et keisersnitt, andre må godta legens nei. Dette er uakseptabelt. I stedet for egenandel, må kvinnene få omsorg og veiledning. Lege og jordmor må finne ut hvorfor kvinnene ønsker keisersnitt. Har hun tatt et informert valg, vet hun om fordeler og ulemper med vaginal fødsel kontra keisersnitt? Vil hun ombestemme seg hvis hun f.eks. får kjent jordmor?

God omsorg er en mye bedre løsning enn egenandel. Svært mange av de som ønsker keisersnitt har traumatiske fødsler bak seg. Hvis fødselsomsorgen blir bedre vil færre oppleve traumer og dermed færre ønske keisersnitt neste gang.

God svangerskapsomsorg – kommunikasjon, informasjon og veiledning, samt tilrettelagte tjenester – vil gi bedre resultater enn egenandel.

Både i dag og i framtida må forhold som ikke handler om fosteret eller kvinnens fysikk være gyldig grunn til keisersnitt, f.eks. angst og seksuelt misbruk.

Takk til Nakling og hans kolleger som velger kommunikasjon framfor å gi brukeren regninga. Det er kanskje mer krevende, men du verden så mye bedre fødselsomsorg det er!

Jordmorkontoret med sjel

mama·stork

www.mamastork.no

Født hjemme - naturligvis

Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide retningslinjer for hjemmefødsel i Norge

Tekst: Heide Thorsen
Foto: Kari Spikkeland / Heide Thorsen

Dagens praksis

Kun 0,2 prosent av fødslene i Norge er planlagte hjemmefødsler – 185 i 2009. Studier i Norge og andre land viser at hjemmefødslene har veldig gode utkomme med mindre intervensjon («innblanding»), mindre store skader i perineum (mellomkjøttet), samt at færre ender i keisersnitt og at brukerne er storfornøyde. De fleste sykehusoverflyttinger er førstegangsfødende pga langsom fremgang: ca hver 3. førstegangsfødende blir overflyttet til sykehuset.

Jordmor har med seg en del utstyr til hjemmefødsel for overvåking av forløpet og til å gi akutthjelp til mor og barn. Fødebasseng er ofte brukt hjemme og jordmor kommer hjem til barselsomsorgen. Dessverre er det svært mange som ikke er klare over at hjemmefødsel er både lovlig og mulig i Norge.

Mange som ønsker å føde hjemme har bakgrunn fra land der planlagt hjemmefødsel er en integrert del av fødselsomsorgen. Vestlige land som blant annet Tyskland, Sverige, England, USA og Nederland er sterkt representert. Vi ser også en tendens at kvinner som har skremmende fødsler bak seg og leter etter en setting der kontroll over egen kropp og respekt for egen person er garantert. Kjent jordmor og å være på hjem-

Bakgrunn

Planlagt hjemmefødsel er omtalt i Stortingsmelding 12 «En gledelig begivenhet». Helsedirektoratet har i denne sammenhengen fått oppfølgingsansvaret til utarbeiding av retningslinjer. Retningslinjene skal beskrive beste praksis for planlagt hjemmefødsel gjennom svangerskap, fødsel og barselstid. Det skal også utarbeides et dokument med forskningsbasert informasjon til vordende foreldre.

Om forfatteren

Heide Thorsen er nestleder i Fødsel i Fokus. Hun jobber i 50 % stilling som diakon i Hoeggen menighet i Trondheim. Ved siden av det har hun et oppegående enmannsforetak som doula (fødselsledsager) for sykehus- og hjemmefødsler. Se www.fodekraft.no og www.fodselifokus.no

mebane skaper en trygghet de savnet på sykehuset. Blant de 62 000 fødende hvert år er det har rett og slett sykehusskrekk.

Utfordringer

Det er flere mangler i det nåværende systemet. Hjemmejordmødrene som utfyller oppgaven i dag blir ennå lønnet etter et gammelt takstsystem som gjør det ikke lønnsomt å drive med det. Dvs. de er entusiaster – som med årenes løp blir både slitne og skuffede. Det ligger verken penger eller prestisje i å gi slik helhetlig fødselsomsorg. De står derfor ofte i klem mellom en annen arbeidsgiver og forpliktelsen til å rykke ut til fødsel. Disse rollene er uavklarte. Kjøregodtgjørelse for utrykning er heller ikke på jordmorens side, og dersom hun bestemmer overflytting til sykehuset under fødselen, mister hun pengebeløpet sitt for forløsningen. Dessuten finnes det dessverre en del episoder, der helseforetak ikke har tatt imot en overflyttet hjemmefødsel med jordmor på en god måte. Brukerne i dag må være klar over at det neppe finnes full dekning av hjemmejordmødre i Norge. De må innstille seg på en del kritikk/krenkelse fra både helsevesen og kjenninger. Og de må som regel betale jordmorens vaktberedskap. Dagens tilbud er for de få, som er enten rare eller desperate nok til å krangle seg til en fødsel på egne premisser.

Arbeidet pågår

Retningslinjene er ennå ikke ferdige. Vi kan ikke uttale oss om resultatet. Men Fødsel i Fokus (Fif) er opptatt av, at alle gravide får tilgang til forskningsbasert informasjon. Vi ønsker at det kommer tydelig frem at det ikke er farlig for par som er grundig selektert (frisk mor med barn i hodeleie etter uke 37). Vi ønsker anbefalinger/modeller for jordmorens forankring til material, akuttkurs, retningslinjer ved overflytting under planlagt hjemmefødsel osv. Fif krever også tydelige ord om den økonomiske delen for jordmødrene (som Stortinget så må følge opp). For å sitere på engelsk: Homebirth – own birth og Peace on earth begins with birth.

www.babyalpakka.no

Kvalitetsklær i Alpakkaull både til mor og barn.

Gi TRIPP TRAPP til et barn du er glad i

GRATIS Velg gratis gave

Med Dåpsklubben TRIPP TRAPP får barna gode bøker og musikk rett hjem i postkassa. Her blir de kjent med Bibelens fortellinger, aftenbønner og mange fine barnesanger. Bøker på bokmål og nynorsk.

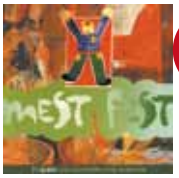
- For barn fra 0 til 12 år
- Ingen krav til minstekjøp
- Tilbud om 3 pakker årlig

GRATIS 1

Noahs ark
Verdi 228,- 0-3 år

GRATIS 2

Sangboksen min
Verdi 295,- 1-5 år

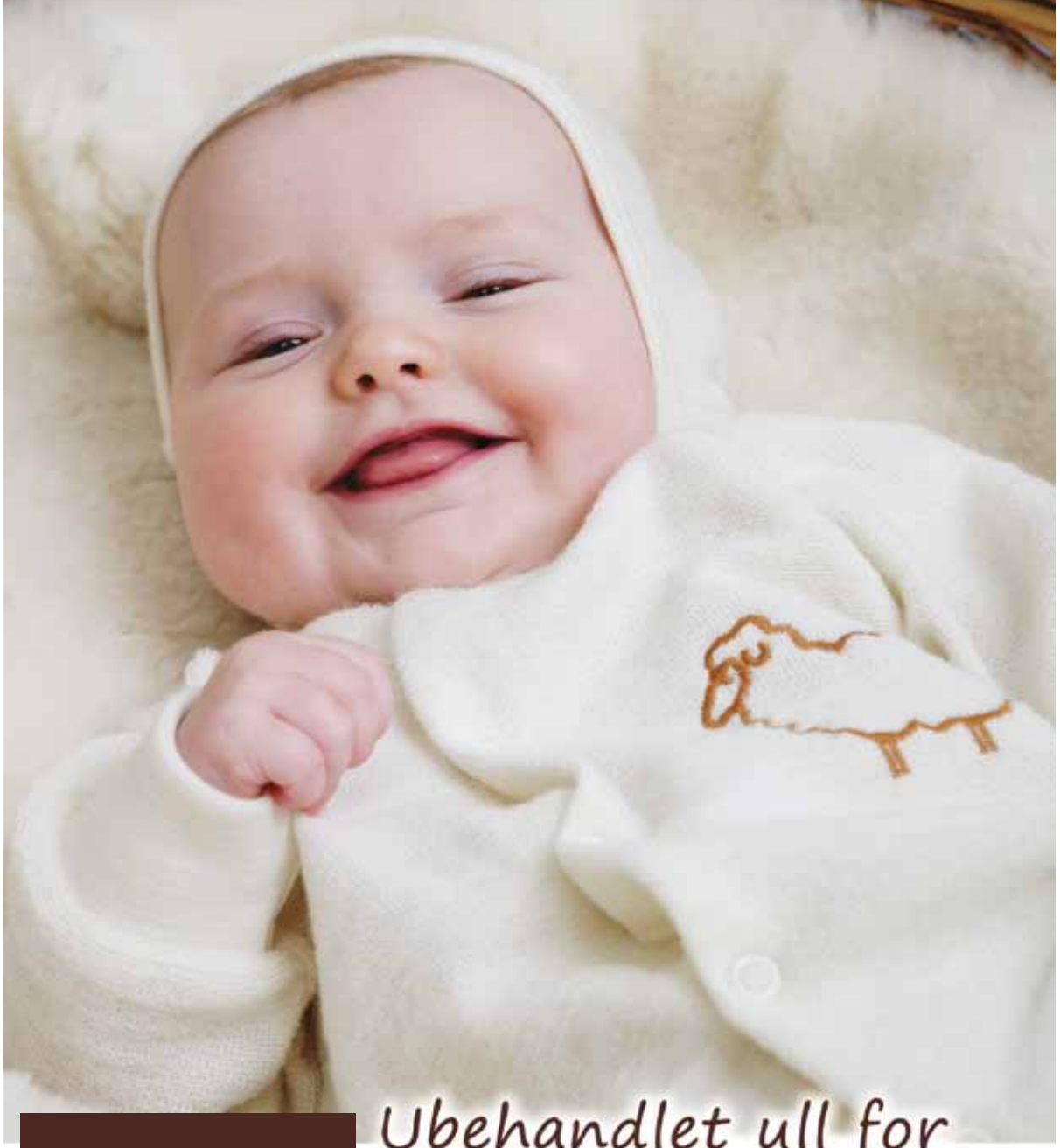


GRATIS 3

Mest fest CD
Verdi 179,- 6-12 år

Flere velkomstgaver finner du på www.tripptrapp-klubben.no

Du betaler kun 45,- for forsendelsen



Ubehandlet ull for ubehandlet hud

Kun ubehandlet ull har alle ullens egenskaper i behold. Derfor gir den ullen et helt eget velvære for små og store. I tillegg gir ubehandlet ull trygge plagg i bruk fordi de ikke inneholder fremmede stoffer som kan tas opp av vårt største organ, huden. Det naturlige fettinnholdet virker rensende, og gir plaggene lenger brukstid før vask. Ren samvittighet gir de også. Både miljø og etikk er i varetatt, hele veien.

Butikker i Bergen,
Oslo,
Trondheim og
Sandvika.
Nettbutikk og postordre.
Bestill katalog på
www.nostebarn.no
eller ring 55 11 32 30

NØSTEBARN
www.nostebarn.no

En barselomsorg i krise?

Mor trenger hvile og omsorg etter fødselen. Det skorter ofte på begge deler i moderne barselomsorg, der verken kvaliteten eller kvantiteten er god nok.
Bilde: Ulf Rasmussen

Liv laga skal de to neste årene være med å utarbeide nye, nasjonale retningslinjer for barselomsorg i Norge. Vi er i kontakt med både brukere og helsearbeidere som deler sine erfaringer. Vi får flere negative enn positive tilbakemeldinger. Et gjennomgangstema er svikt i tilbudet etter fødselen. Er barselomsorgen i krise?

Av Guro Kjølstad Røste

Kontinuitet i informasjonen og god omsorg gjennom svangerskap, fødsel og barseltid er avgjørende. Dersom kvaliteten i alle ledd ikke er like god, blir totalopplevelsen av omsorgen dårlig. I de tilbakemeldingene vi får er det særlig tre temaer som går igjen: amming, hvile, og flergangsfødendes behov.

Ammeveiledning

«Jeg spurte om hjelp til ammingen, men fikk motstridende svar og råd» er en gjenganger. Forventningene til at kvinnene skal mestre ammingen er for store, både hos kvinnen selv, omgivelsene og helsepersonell. Dårlig forhåndsinformasjon gir et dårlig utgangspunkt, og motstridende råd gjør forvirringen komplett.

Barselkvinnene ønsker seg mer omsorg i ammeveiledningen. Mange opplever at personalet er travle. Helsepersonell ønsker å gi tettere oppfølging, men opplever at ressurser og tid ikke strekker til. Stresset personale kan i liten grad bidra til å løse problemer knyttet til amming. Kvinner som av ulike årsaker ikke ønsker eller kan amme opplever ammepress også fra helsepersonell. Kvinnens rett til medbestemmelse gjelder ved amming også, og hun må få nødvendig oppfølging for å sikre riktig ernæring av barnet.

Hvile og privatliv

Når et barn kommer til verden er mor ofte sårbar. Hun er full av hormoner og gråter lett. Hun trenger hvile etter fødselen. Hun har fått et barn, et lite menneske hun aldri har møtt før, som hun nå skal bli kjent med.

På mange barselavdelinger må hun gjøre dette på et rom sammen med flere fremmede. Og la oss være ærlige, man føler seg ikke høye i hatten med brystspreng, nettingtruser med store bind, stygge sykehusskjorter og joggebukser som ikke passer. Badet har man på deling, og for å komme seg dit må man gå forbi andre kvinner og mennene deres.

På barselhotellene får familiene privatlivet mange ønsker. For andre blir det ensomt. Hotell er et godt tilbud hvis kvinnene får hvile, hjelp og veiledning. Derimot føler mange seg overlatt til seg selv, og de får ikke grunnlaget de trenger før hjemreise.

Flergangsfødende

Forventningene til foreldrene når de får barn for første og andre gang er forskjellige. Som førstegangsfødende får mor gjerne opplæring i stell og bading av baby, de fleste får hjemmebesøk av helsesøster, og raskt førstegangskontroll på helsestasjonen.

Tilbudet oppleves ofte svært ulikt neste gang, selv om foreldrenes behov ikke nødvendigvis er mindre. De vet selv hva de trenger råd og hjelp til. Helsearbeidere må forsikre seg om at foreldrene har fått den informasjonen de trenger – og har krav på.

Gode opplevelser

Selv om vi får flest negative tilbakemeldinger, hører vi også gode historier: Brukere som får ro, veiledning, og støtte. Helsearbeidere som motiverer de nybakte foreldrene. Brukere som får tilpasset omsorg. Liv laga vil løfte fram de gode eksemplene i arbeidet med nye retningslinjer. Fortell oss din historie, enten den er vond eller god.

Økt behov for Ammehjelpen

Ammehjelpen opplever økt pågang når liggetiden på barselavdelingene reduseres. Mange mødre mangler basiskunnskap.

Av Anne Sigstad og Bente Myhre Haast
Foto: Privat

Ammehjelpen er en frivillig organisasjon der mødre gir andre mødre hjelp ved ammeproblemer. Hanne Tambs-Lyche bor i Ski og har ni års erfaring som ammehjelper. Gunn Laila Johansen bor i Harstad og har vært ammehjelper siden 1989.

Kortere liggetid

Hvordan påvirker kortere liggetid hjelp med amming?

– Mange av henvendelsene jeg får om svært små barn skyldes hektiske dager på barsel og for dårlig tid til ammeveiledning. Noen råd er preget av at mor og barn skal raskt hjem. Eksempel på dette er bruk av skjold eller flaske som funker der og da, heller enn å gi mor og barn tid og hjelp til å finne ut av tingene, sier Hanne. De første par ukene etter fødsel er såre brystvorter et av problemene. Det kan også være tilstoppede melkeganger, noe som kan gi brystbetennelse, og melkespreng som gjør det vanskelig for barnet å die. Noen barn nekter å die.

- Amming er en naturlig del av praten på barsel, også mødre i mellom. Med kortere liggetid mister de denne erfaringsoverføringen, og blir engstelige når de kommer hjem. Noen er usikre på barnets evne til å suge, og mange bekymrer seg generelt for om det de gjør er riktig, forteller Gunn Laila.

Frustrerende å ikke mestre

Hvilke konsekvenser får dette?

- Noen tyr til flaske for å være trygg på næringsinnhold og mengde. Jeg får ofte spørsmål om selve melken, både når det gjelder farge, tykkelse og næring. Mange nybakte mødre føler seg alene om ammeproblemene og kan bli frustrerte når de ikke mestrer det og barnet gråter. Det er gjerne når småskrikingen begynner de tar kontakt, sier Gunn Laila.

- Trøbbel og smerter kan gjøre at mødre avvenner tidligere enn ønsket fra brystet. Barnet går da glipp av de helsemessige fordelene morsmelken gir. For mange mødre kan det gi sterke følelser og oppleves som et nederlag å måtte slutte tidlig. Undersøkelser tyder på at amming også kan være med på å forebygge fødselsdepresjoner. Både ved at mor opplever mestring i stedet for nederlag, og at hormonene som følger av ammingen er gunstig for tilknytningen til barnet, sier Hanne.

Ro, informasjon og trygghet

Hva kan gjøres for å bedre situasjonen?

- For å forbygge ammeproblemer er det gunstig med mer fleksibel liggetid på barsel, mener Hanne.

- De nybakte mødrene trenger ro til å lære seg teknikken og finne trygghet i ammingen mens de er på barselavdelingen. Da har de et helt annet utgangspunkt når de kommer hjem, hvor de i tillegg til egen usikkerhet også kan belemres med velmente råd og spørsmål fra omgivelsene. Selvtillit er et nøkkelord, sier Gunn Laila.

Begge påpeker hvor avgjørende god informasjon er: Informasjon og tilvenning på barsel er nødvendig, men mor må også være trygg på hvor hun kan få hjelp etter hjemkomsten. Ideelt sett skulle jordmortjenesten ha minst to hjemmebesøk de første par ukene, uten at man trenger å be om det.

Helsestasjonen nyter stor tillit, særlig blant førstegangsforeldre, men trenger opplæring og informasjon for å kunne gi de riktige rådene. Videre må barselavdelinger og helsestasjoner informere langt bedre om tilbudet om ammehjelp.

Fars rolle

Kanskje burde også ansatte på barsel hospitere på helsestasjoner i perioder, for å se hvordan ammingen fungerer på større barn, spør Hanne.

- Jeg har hatt god erfaring med å inkludere far når vi snakker om amming. Han kan hjelpe til med å skjerme mor og barn så de får ro og trygghet rundt ammingen, sier Gunn Laila.

Ikke lenger status å være barselkvinne og nybakt mamma

Overgangsritualer i forbindelse med fødsel og barsel er vanlig i de fleste kulturer. Lege Malin Eberhard-Gran har sammen med flere andre forskere sett på slike overgangsritualer. De fant at likhetene mellom de ulike kulturenes ritualer og tradisjoner er overraskende store. Men disse tradisjonene er også i stor forandring, og flere steder er de ritualene som var vanlige før 1950 nå helt borte

Tekst: Siv-Lise Bendixen Stærk
Foto: Ingeborg Altern Vedal / Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Vanlige fellesnevnere i slike overgangsritualer er at kvinnen fritas for sine oppgaver, enten fordi hun vurderes som «uren» eller fordi hun er ekstra sårbar. Hvile, rikelig med mat – gjerne spesiell «barselmat», og ny sosial status er gjennomgangstema. Barselperioden anerkjennes som en sårbar periode for både kvinnen og barnet.

Redusert omsorg

En slik omsorg er i dag nærmest fraværende i Norge. Antall liggedøgn i sykehus er redusert fra 14 dager på 1950-tallet til ned til 2 dager i dag. Husmorvikarordningen er historie, og det sosiale kvinnenettverket er betydelig mindre enn det var i bondesamfunnet. Å bli mor gir ikke lenger den samme sosiale statusen, og forventningene knyttet til rollen er store. Man skal klare seg selv. Trenger man hjelp må man selv oppsøke den, i vanlig kontortid.

– Tilbudet og kvinnefellesskapet som fantes tidligere er ikke lenger der. Barselomsorgen på sykehuset er blitt kuttet ned på uten at man har kompensert på andre måter, uttaler Malin Eberhard-Gran til Aftenposten.

Flere depresjoner

Å føde barn er ikke lenger en livstruende hendelse i kvinnens liv, men mange er likevel sårbare i denne perioden. De har stor risiko for å utvikle en klinisk depresjon.

–Antall kvinner som sliter med fødselsdepresjoner ser ut til å ha økt på 10 år. Nedbyggingen av barselomsorgen kan være en medvirkende årsak, sier lege og forsker Malin Eberhard-Gran til Aftenposten i et intervju 24. august i år. Det er mindre og mindre fokus på avlastning og hvile etter fødselen. Det er en smygende endring som er ganske radikal, legger hun til.

De som trenger det mest

I sin artikkel, «Postnatal care: a cross-cultural and historical perspective», beskriver Eberhard-Gran og medforfatterne en britisk omsorgsmodell med «selective visiting». Jordmor drar på hjemmebesøk til alle barselkvinner og kartlegger behovet for oppfølging. Der hvor det er behov for ekstra omsorg og hjelp får kvinnen tilbud om bl.a. jevnlige hjemmebesøk. I denne omsorgsmodellen bruker jordmor mer tid på dem som trenger hjelp og mindre ressurser på dem som klarer seg greit selv.

– Det er så store individuelle forskjeller. Det er i denne første perioden den nybakte moren er mest sårbar, det er ikke alle som har et godt nettverk og en omsorgsfull, støttende partner, sier Eberhard-Gran.

I Norge har man hatt en ordning med hjemmebesøk fra helsestasjonen. Men tibudet har vært for de fleste vært ett enkelt hjemmebesøk, uten mulighet for videre hjemmebesøk og oppfølging. Også dette tilbudet er betydelig redusert de siste årene, slik at flere kvinner nå ikke får hjemmebesøk i det hele tatt. Det er de som trenger det mest som rammes hardest når tilbudet reduseres.

Populært med «Jordmor hjem» i Bergen.

Populært tilbud

Haukeland startet september 2007 opp et prosjekt hvor barselkvinner fikk oppfølging av jordmor i eget hjem. Tilbudet gis til kvinner som har hatt ukompliserte fødsler, og som reiser hjem innen første døgnet. Initiativtagere til prosjektet er Monica Pisani Ekeli og Kari Aarø.

Prosjektet – som har fått navnet «Jordmor hjem» - har vært svært populært, og ikke alle som søker om å delta i prosjektet får plass.

– Denne uken har det vært veldig stor pågang, sier initiativtaker og jordmor Monica Pisani Ekeli ved Haukeland Universitetssykehus til Bergens Tidende 3. september. – Vi må si nei til mange. Vi har måttet avvise halvparten av de som har spurt og har nok sagt nei til minst 500 stykker.

Pågangen til prosjektet har økt etter at Barselloftet på sykehushotellet ble nedlagt i fjor. Fedre får nå kun besøke mor og barn mellom kl 17 og 20, og mange nybakte mødre velger derfor å reise hjem tidlig, med eller uten tilbud om oppfølging fra prosjektet.

– Slik det er nå, er det flere kvinner som reiser hjem uten oppfølging. De ønsker å være sammen med faren. Det kan skape uroligheter og mange av dem må tilbake til poliklinikk etter fire dager. Det er en ugunstig situasjon, sier Ekeli til Bergens Tidende. I dag er det kun to jord-mødre i 50% stillng som deltar i prosjektet og intiativtakeren skulle gjerne sett at prosjektet ble utvidet med en stilling, slik at flere kvinner kunne fått tilbud om oppfølging hjemme.

Prosjektet evalueres nå, og så langt er tilbakemeldingene gode. Fra januar neste år vil også Fjell kommune få et lignende tilbud, i regi av kommunen i samarbeid med Kvinneklinikken.

Foto: Ørjan Deisz / Bergens Tidende

Nysgjerrig på tøybleier?
Usikker på hvordan du skal komme i gang?
Vi selger testpakker: Prøv tøybleier,
uten å investere stort eller måtte ta valg.
Vi fører også ulike typer
bæretøy og mange andre
produkter du vil ha glede av
i småbarnsperioden.
kenguruloftet
»kenguruloftet.no
»tøybleiebutikken

Lurer du på hva du kan spise, drikke og trene når du er gravid?
helsedir.no/gravid
Helsedirektoratet

MERK ALT
Merk Alt AS selger navnelapper til merking av klær og eiendeler. Lappene er av høy kvalitet og tåler maskinvask.
Kjøper du navnelapper hos Merk Alt AS får barnehagen 20 % av ordresummen uten at lappene blir dyrere for deg. Midlene vil komme alle barna til gode.
Bestill på nett: Send bestilling til bhg@merkalt.no eller bruk kontaktskjemaet på www.merkalt.no. Bestill på SMS: Send BESTILL ønsket tekst, motivnr., eventuell beskjed, leveringsadresse og send til 2105. Tjenesten er gratis.
Eksempler på navnelapper i faktisk størrelse: 30x14 mm
Fornavn Etternavn 99 99 99 99
Etternavn Tlf.: 99 99 99 99
Andersen
Fornavn Etternavn Furuliaåsen 10 0000 OSLO
www.merkalt.no

MAMMAFAVORITTEN:
VARMEPUTER
• varme og gode
• kan brukes mange ganger
• kan forebygge brystbetennelse og tette melkeganger
BÆRETØY fra 459,-
DVD 'AMMING' 199,-
ULL-INNLEGG fra 149,-
- prisbelønte designklær for ammende kvinner
©2009
ammeklær - amme-BH - ammeinnlegg - brystpumper - ammeputer - bøker, DVD'er og brosjyrer - hjelpemidler - bæretøy - varmeputer
AMMEBUTIKKEN
www.ammebutikken.no

Kronikk:
Fosterliv og forebygging

Av Tore Henriksen / Foto: Inger Marie Grini

Tore Henriksen (61) er fødselslege. Han er seksjonsoverlege, fødeseksjonen, Rikshospitalet Oslo Universitetssykehus. Han er professor i medisin ved Universitetet i Oslo og tidligere leder av Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Hans forskningsområder er svangerskapsforgiftning (preeklampsi), overvekt, diabetes og andre metabaolske tilstander i svangerskapet.

Fra vi er født formes vi av et komplisert samspill mellom medfødte egenskaper og omgivelsenes påvirkning. Men hva med erfaringer fra livet i mors liv, disse første månedene av vår eksistens?

I løpet av 38 uker i mors liv vil barnet samle erfaring som kan bli avgjørende for livskvalitet, helse, sykdom helt frem til alderdommen. Feilernæring og andre miljøfaktorer i fosterlivet bidrar til fedme, diabetes, høyt blodtrykk, hjertesykdom, muligens også kreft og mentale lidelser.

Mye tyder på at betydelig stress i svangerskapet kan påvirke barnets mentale utvikling negativt. Omvendt, sunn livsstil hos mor før og under svangerskapet gir bedre utsikter for barnet.

Hvordan er det mulig at miljøet i mors liv kan påvirke helsen mange tiår senere?

I løpet av noen få måneder utvikler vi oss fra én enkeltcelle til et individ bestående av minst titusen milliarder celler, satt sammen slik at vi kan lære, forme språk, utvikle tanker, balansere kroppens ulike funksjoner, bekjempe sykdom og ikke minst bringe frem neste generasjon. Hver celle er så kompliserte at selv den mest avanserte datamaskin blir enkel i sammenligning.

Alle cellene i kroppen er genetisk like og inneholder 25-30.000 gener. Likevel utvikles hundrevis ulike celletyper med svært forskjellige form og ferdigheter. For eksempel kan en nervecelle strekke seg fra ryggmargen til stortåa og lynraskt lede elektriske impulser, mens immuncellene er som ørsmå runde baller som vandrer rundt i kroppen på jakt etter bakterier, virus og andre skadelige stoffer.

Hvordan er det mulig at celler som er genetisk like, likevel blir så forskjellige? Forklaringen er at en sak er å ha et gen, noe annet er om det er aktivt. I fosterlivet slås tusenvis av gener av og på i kortere eller lengre perioder. Det skjer, blant annet, ved at signalmolekyler fra noen celler fortteller naboceller at de skal slå på de genene som gjør dem til hudceller, mens andre naboer får beskjed om å aktivere genene som former dem til nerveceller.

Fremtidige mødres helse må få mer oppmerksomhet enn kolesterolnivået og vekten til menn og kvinner i 50-60 års alderen.

Denne prosessen starter allerede når fosteranlegget består av noen få celler og pågår hele fosterlivet, men den er særlig intens de tre til fire første månedene av graviditeten. Utviklingen av et foster foregår etter en svært stringent plan i tid og rom . Aktivitetsnivået til de ulike genene er tilsvarende fast regulert på ulike stadier i fosterlivet.

Vi har lenge visst at hvis et gen slås på eller av litt for tidlig eller for sent i fosterlivet, kan det føre til synlige feilutviklinger. Det som er nytt er at bare små endringer i genenes aktivitetsnivå i fosterlivet kan få betydning først langt opp i voksen alder. Det dreier seg altså om en langsiktig regulering av genenes aktivitet. Denne formen for langsiktig styring kalles epigenetisk regulering . Satt på spissen kan vi si at hvordan reguleringen styres hos hver enkelt av oss er viktigere enn hvilke gener vi har. En rekke miljøfaktorer kan påvirke geners aktivitet gjennom epigenetisk regulering i fosterlivet. For eksempel kan sukker, fettstoffer, vitaminer og rusmidler gripe inn i den epigenetiske reguleringen hos fosteret. Det er godt dokumentert i studier av dyr og alt tyder på at det samme gjelder mennesket.

Under- eller overernæring i fosterlivet synes også å påvirke risikoen for sykdom senere i livet. For eksempel vil et underernært foster regulere sine gener og sin utvikling som om ernæringen etter fødselen også blir dårlig. Hvis det barnet som så fødes får svært rikelig med kalorier, er genenes regulering ikke forberedt på det. Det dreier seg altså om et manglende samsvar mellom hva fosteret ernæringsmessig belaget seg på før fødselen og hva dets ernæring faktisk ble senere i livet. Overernæring i fosterlivet synes på tilsvarende måte å være uheldig for barnets

fremtidige helse.

Den nye kunnskapen om epigenetikk og betydningen av ernæring og andre miljøfaktorer i fosterlivet for senere helse må få betydning for hvordan vi tenker forebyggende helsearbeid. Det dreier seg om å tenke helse over generasjoner. Konsekvensen er å vektlegge i betydelig større grad barn og unges helse, og ikke minst unge kvinners helse. Ny kunnskap viser at en kvinnes helse- og ernæringstilstand helt ved starten av graviditeten (ved befruktningen!) er minst like viktig for fosteret som ernæringen gjennom svangerskapet.

Fremtidige mødres helse må få mer oppmerksomhet enn kolesterolnivået og vekten til menn og kvinner i 50-60 års alderen.

Nytt liv som nisje

Fastlege Kari Løvendahl Mogstad (43) har stort hjerte for store mager. Kanskje ikke så rart, når hun selv har født seks barn.

Tekst: Anne Midtsæter
Foto: Merete Haseth

Kari Løvendahl Mogstad har nettopp kommet hjem til familiens gule hus på Byåsen i Trondheim. Husholdningen teller sju personer fra fire år og oppover. I det store, lyse huset er det høyt lydnivå av aktive barn, nettopp hjemkommet fra skole og barnehage. Fredrik (8) skal på butikken, og forhandler om å beholde litt av vekslepengene. Laurits på fire hopper rundt beina til mor og har mye på hjertet, mens Selma på sju spiller piano med hele armene. Mari på 18, Sivert på 14 og Karis mann Nils Ivar Leerand er ikke kommet hjem ennå.

– Jeg fødte fire av barna i løpet av fem år og to måneder. Til sammen har jeg gått gravid i 5 1/2 år, født 6 barn, og ammet i 9 år. Jeg har vel egentlig opplevd alt unntatt keisersnitt og tvillingfødsel…

Startet egen praksis.
Kari og mannen Nils hoppet begge av tilværelsen som leger ved St Olavs hospital, for å bli fastleger med egen praksis. Det var en vanskelig tid som fikk dem til å skifte spor.

– Det var i 2001. Både jeg og Nils jobbet som leger ved St Olavs hospital. Jeg var konstituert overlege på akuttavdelingen. Vi ventet vårt første barn sammen, det var mitt tredje svangerskap. Og så, på tremindatoen, mistet vi den ufødte gutten, Erik. Samtidig opplevde vi alvorlig sykdom i familien. Det var tungt. Den perioden snudde opp-ned på alt. Da kjøpte Nils en praksis på Skansen, og begynte å jobbe der. I 2004, etter å ha født Fredrik sent på året i 2001 og så Selma i 2003, kom jeg etter og begynte i redusert stilling, forteller Kari.

Hjerte for mager.
Hun profilerte seg raskt som en lege med sterk interesse for svangerskapsomsorg og barselmedisin.

–Jeg tror mye av engasjementet kom av opplevelsen med å miste Erik; den sårbarheten ga meg en veldig glød etter å lære mer, for å kunne gi trygghet videre til andre gravide. Og det at jeg selv har fått så mange barn, nærer jo selvsagt også opp under interessen, forteller Kari.

På timelista hennes er det en stor andel av vordende eller nybakte mødre hver eneste arbeidsdag. Engasjementet for mødre og barns ve og vel er stort, og Kari mener fastlegene spiller en avgjørende rolle i oppfølgingen av gravide og barselkvinner.

Viktig kontinuitet.
– Det er vi som er kontinuitetsbærerne; vi kjenner gjerne kvinnen fra før, særlig dem med tidligere problemer, som dia-

Fastlege og fembarnsmor
Legene Kari Løvendahl Mogstad(44) og Nils Ivar Leraand (45) driver felles praksis på Skansen i Trondheim. Mari (18) og Sivert (14) er Karis barn fra tidligere ekteskap. Sammen har de barna Fredrik (8), Selma (7), og Laurits (4).

Kari har et stort engasjement for svangerskapsomsorg og barselmedisin. Hun er fagpolitisk aktiv, og foreleser ved NTNU. Hun holder også private fødselsforberedende kurs i Trondheim.

Kari og Nils har sammen skapt hudpleieserien «Lykkelig som liten».

Hennes blogg finnes på www.lykkeligsomliten.no

betes, psykisk sykdom eller andre kroniske sykdommer som det er viktig å holde god kontroll på under et svangerskap. I tillegg skal kvinnen og barnet være vår pasient videre etter fødselen, og da mener jeg at denne kontakten er viktig hele veien. Dette er en veldig meningsfull og trivelig jobb for en fastlege, og vi har en styrke gjennom vår medisinske breddekompetanse. Det krever selvsagt en dedikert lege, for at gravide skal føle seg godt ivaretatt, slik som for alle andre pasienter. Det er selvsagt ikke alle leger som er like oppdatert innen dette feltet, men med stadig flere kvinner i yrket og et «generasjonsskifte», så er det veldig stor interesse og glød for dette feltet nå. Det ser jeg på kurs jeg er med å holde for leger, sier Kari.

Hun har i flere år vært fagpolitisk aktiv, og er opptatt av at svangerskapsomsorgen skal ha rom for rolledeling mellom de ulike fag gruppene i helsevesenet.

Aldri kjedelig.

– Når det er flere profesjoner innen samme felt, vil det gjerne bli litt uklare rollefordelinger. Dette ser man både innen svangerskapsomsorgen, med leger og jordmødre, samt i barselomsorgen, mellom jordmødre og helsesøstre, og delvis leger. Alle har sin plass, i kraft av hver sin unike kunnskaps- og erfaringsbase. Men det vil selvsagt være utfordringer knyttet til denne rollefordelingen. Det viktigste er gjensidig respekt, mener Kari.

I sin praksis opplever hun at gravide har fått et nesten umettelig behov for informasjon i svangerskapet.

– Jobben min er aldri kjedelig, selv om det er mye det samme som går igjen. Du kommer nært innpå vordende foreldre, det er jo en så spesiell tid de er inne i, og det er artig å få være med i den fasen. En ting jeg merker er at informasjonsmengden rettet mot gravide har tatt av den seinere tida. Det slås stadig opp nyheter som er egnet til å skape unødig uro hos gravide, de er i en sårbar situasjon. Jeg skulle nok ønske damene kunne stole litt mer på egen kropp, og overse mer av den unødvendige informasjonen. I så måte er min egen blogg ment som en motvekt, sier legen.

Multitasking.
Hun har i tillegg til fastlegepraksisen en deltidsstilling som foreleser ved medisinstudiet på NTNU, og hun holder fødselsforberedende kurs i Trondheim. I 2008 lanserte hun og mannen Nils en egen kremserie for barn, under navnet «Lykkelig som liten». Det er en hektisk hverdag, men engasjementet gjør at jobben i seg selv gir påfyll av energi.

– Når du brenner for noe, føles det ikke som tungt arbeid. Du må ha tro på det du driver med, da kommer trangen til å jobbe helt av seg selv. Det er forskjell på å gjøre mye og å være stressa, påpeker Kari Løvendahl Mogstad.

Heidi K. Selliers von Moranville er grafisk designer, jobber til daglig med logo- og profilutvikling, annonse- og magasinlayout m.m. i et reklamebyrå. E-post: heidi.selliers@gmail.com

Ingeborg Altern Vedal jobber med IKT og lobbyvirksomhet, har to barn. Har jobbet med fødselsomsorg siden hun var gravid med nr to i 2006. www.altern.no

Siv-Lise Bendixen Stærk jobber som fysioterapeut og er spesielt engasjert for forebyggende helsearbeid. Har to barn. Har vært Ingeborgs makker siden oppstarten i 2006.

Guro Kjølstad Røste er mor til to og jobber med kredittopplysning. Hun er nyutdannet doula og ble med i styret i år.

Susanne Kleppa er sykepleier og mor til en. Jobbet mot nedleggelsen av Fødeloftet i Stavanger. Har sittet i Liv lagas styre siden 2009.

Ulf Rasmussen er hobbyfotograf og far til to.

Anne Midtsæter er frilansjournalist og -fotograf med 12 års erfaring fordelt på avisjournalistikk, magasin, tv-, radio og nettjournalistikk. Hun har base utenfor Molde, og dekker saker over hele landet for ulike oppdrags-givere. www.storymill.no

Merete Haseth er fotograf, jobber som frilanser og driver portrettstudioet Wow foto. www.wow-medialab.com

Anne Luke er mor til tre. Hun har bakgrunn som journalist og har vært en fast medhjelper i flere år.

Bente Myhre Haast har jobbet som kommunikasjonssjef, redaktør og skribent. I dag er hun rådgiver i byrået Ordkraft, som leverer alt innen kommunikasjon og er spesialister på omdømmebygging og samfunnskontakt. Bente er nybakt farmor og mener selv å ha nytte av det hun skrev. www.ordkraft.no

Anne Sigstad har 4 barn og har vært ammehjelper i snart 25 år. Fra 1999 til 2003 var hun leder i Ammehjelpens sentralstyre. Siden 2003 har hun vært ansatt i en 25 % stilling i Ammehjelpen.

Takk også til Tidsskrift for jordmødre, Dagens Medisin, Gravid, Bergens Tidende, Bømlo kommune, Kollevoll barnehage og Føderiket, som velvillig delte bilder og tekst med oss! Takk til modellene våre! Og til slutt: Takk til annonsørene våre – uten dere hadde vi ikke hatt råd til trykking!

Pappamagasinet
FAR OG BARN
Det maskuline motstykket til de rosa mammabladene. Den perfekte gave til far!
Årsabonnement koster kun kr. 295 + porto/eksp.
Bestilles her: www.farogbarn.no/abo

Hvordan bidra - hvorfor bli medlem?

Kjære leser. Er det viktig for deg at gravide, nyfødte og foreldre blir godt ivaretatt av helsevesenet? Meld deg inn i Liv laga og støtt arbeidet vårt for god svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg!

Støtt en god sak

Hvorfor? I de to årene Liv laga har eksistert har vi oppnådd mye politisk. Vi blir stadig invitert av myndighetene til å representere brukerne i ulike utvalg, til å delta på høringer, holde innlegg på konferanser, osv. Vi opplever at vi ofte får gjennomslag for våre synspunkter. Imidlertid er ressursene knappe og arbeidet er i stor grad basert på frivillig innsats. Skal vi opprettholde eller øke dagens aktivitetsnivå, trenger vi flere støttespillere.

- Liv laga arbeider for at alle som føder barn i Norge skal få gjøre det tryggest mulig – at det å få barn skal bli en positiv opplevelse.
- God svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg forebygger sykdom og skade hos mor og barnet, og legger til rette for en best mulig start på familieforøkelsen.
- Det fødes 62.000 barn hvert år. Disse og deres foreldre er en stor «pasientgruppe» som trenger et sterkt talerør overfor myndigheter og fagmiljø.
- Liv laga er en ung organisasjon, med knappe ressurser. Vi har ingen ansatte og dugnad preger jobbingen. Vi trenger støtte for å kunne fortsette arbeidet!

Hvordan? Den beste støtten du kan gi er ved å melde deg inn som vanlig medlem eller som støttemedlem. Alle kan bli medlem i Liv laga: far, mor, besteforeldre, slektninger, fagfolk osv. Tegn medlemskap på liv-laga.no: 100 kr for støttemedlem og 200 kr for vanlig medlem.

Enten du melder deg inn eller ikke, spre informasjon om Liv laga! Fortell om oss til venner og bekjente, bli tilhenger på Facebook, tips media om «våre» saker, del ut brosjyrer og løpesedler, heng opp plakater. Plakaten i midten kan du nappe ut av bladet, og henge opp på helsestasjonen, i barnehagen, på sykehuset e.l. Flere plakater finner du på nettsidene **www.liv-laga.no**

Vil du bidra ytterligere? Liv laga er en demokratisk organisasjon og vi skal ivareta og representere mangfoldet av brukere. Vi trenger alt fra tips og små innspill, til aktiv deltakelse i politiske og faglige saker. Som aktivt medlem kan du påvirker Liv lagas arbeid direkte. Styret ønsker tett kontakt med medlemmene. Hvis du har mer penger enn tid til overs kan du gi skattefrie gaver til Liv laga.

Både organisasjoner og firma kan være medlem, og vi vil gjerne inngå samarbeid med bedrifter.

Se mer informasjon på våre nettsider om medlemskap, hvordan vi bruker pengene, hva du kan gjøre for å hjelpe oss, hva vi arbeider med nå osv.
Takk for din støtte!

Returadresse: Liv laga, c/o Ingeborg Altern Vedal
Haslekroken 1a, 0575 Oslo

Meld adresseendring:
info@liv-laga.no

Verv og vinn

Meld deg inn eller verv en venn! Høstens vervekonkurranse er todelt. Både den som melder seg inn og den som verver kan vinne premie! Du kan vinne bæretøy, bøker, utstyr til deg og barnet og fotobøker. Verdi: 100 – 1.149 kr.

Flott tosidig meitai fra Filiokus til en verdi av 1100,- kroner.

Stilig bæresele fra AngelPack til en verdi av 1149,- kroner.

PREMIENE:

- Mei Tai (bæresele) fra Filiokus
- Formsydd bæresele fra Bæreglede
- Gavekort på fotobok fra JapanPhoto
- Boka «Ikke bare mamma» av Line Konstali
- Romanen «Gå under jorda» av Mikkel Bugge
- Buggy boots fra Go'klompen
- Tøfler i ullfilt fra Bæreglede
- Silkelue fra Tre bjørner
- Vesker fra Kenguruloftet og Hei Baby!
- Varmeputer fra Ammehjelpen

Slik deltar du:

Nye medlemmer melder seg inn på våre nettsider. Husk å fylle ut navnet på verver! Vi trekker i to omganger: Det blir premier både til medlemmene og til ververne. Alle kontingenter som er betalt innen 1. desember er med i trekningen.
Se detalj-erte regler på våre nettsider.

www.liv-laga.no