



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



NORD
universitet

Prosjekt

**samtaletilbud for gravide kvinner ved
Fødeavdelingen Helgelandssykehuset,
avd. Sandnessjøen**

Evalueringsrapport

Jordmor Carola Karl Urvik

Førsteamanuensis Eva Robertson, PhD public health, RMN, BeD,
Nord universitet

Førstelektor Per Kristian Roghell, RN, sykepleiepedagog,
kandidat i sykepleievitenskap,
Nord universitet

Sandnessjøen, 19. august 2016

Evalueringsrapport for samtaletilbudet for gravide kvinner ved fødeavdelingen, Helgelandssykehuset, avd. Sandnessjøen.

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

Av ulike grunner ble prosjektperioden forlenget med om lag 6 måneder (til februar 2016). Samtaletilbudet til kvinnene har imidlertid fortsatt utover perioden.

Bakgrunn

Bakgrunn for prosjektet var et ønske om å kunne gi et tilbud til en gruppe gravide som gir uttrykk for at de er redde for å føde, eller med et ønske om keisersnitt av ulike grunner. Nilsson beskriver fenomenet fødselsangst i sin doktoravhandling, og støtter seg på flere studier som påpeker at fenomenet har en økende tendens. ”Förlossningsrädsla kan uppstå primärt redan under kvinnans uppväxt eller sekundärt efter en svår eller traumatisk förlossning (...)”. Hun viser til en rekke undersøkelser der det går fram at fødselsangst hos gravide kvinner i de nordiska landene ligger på ca. 20%, hvor av 5-10% har alvorlig grad av fødselsangst (Nilsson, 2012, s. 15-16).

Tilbudet i form av samtaler skulle gjøre det mulig å åpne opp for erfaringer kvinnene har gjort tidligere i livet. Ved å bruke narrativer har kvinner mulighet å fortelle sin historie med egne ord, og en viktig del av tilbudet besto nettopp i å ha nok tid, særlig i den første samtalen der kvinner ble invitert til å bringe fram det de hadde på hjertet. Sentralt i tilnærmingen til gravide ved Helgelandssykehuset, avd. Sandnessjøen stod praktisk filosofisk refleksjon. Det er sentralt i en fenomenologisk metode hvor man beskriver hva man har opplevd for å kunne sette det i en sammenheng (Lindseth og Nordberg, 2004). Det er først når man setter ord på erfaringene og opplevelsene som sitter i kroppen at man begynner å forstå hva det egentlig var man har opplevd eller ble utsatt for. Denne grunnleggende refleksjonen er en mulighet vi har for å fortelle andre om det vi har erfart. Ved å bruke tid til å dvele ved en fortelling er det mulig å binde fortid, nåtid og fremtid sammen, og det blir tydelig at det er liten tilfeldighet hvorfor vi reagerer slik vi gjør. Lindseth skriver om *oppmærksomhedens rum*. ”Vi bliver hørt, og dermed hører vi os selv. Det kan betyde, at vi først da mærker, hvad vi siger, og rigtig bliver klar over, hvad der optager os. Erfaringen af et opmærksomhedens rum, som kan åbnes eller lukkes i mødet med en receptiv eller ikke receptiv samtalepartner, er en elementær, en basal menneskelig erfaring. I dette møde bliver vi hjulpet eller hindret i at finde frem på livets vej” (Lindseth, 2011, s. 143).

Svangerskap og fødsel kan være betydningsfulle livshendelser og utfordringer for kvinner med

fødselsangst, og det kan vekke minner om opplevelser man har vært igjennom. Disse minnene kan være knyttet til både det som er godt, men også det som er eller har vært vondt i livet. Derfor trenger kvinnene hjelp til å oppleve at situasjonen faktisk er håndterbar og begripelig. Antonowsky er kjent for begrepet *salutogenese* som tar hensyn til menneskenes totale livshistorie, følelse av sammenheng, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Kjernen i den salutogenetiske tilnærmingen er en antakelse om at den menneskelige organismen normalt befinner seg i en dynamisk tilstand mellom balanse og ubalanse. Med en salutogenetisk innfallsvinkel slipper man å dele mennesker i bare to alternativer: friske og syke. Når menneskene får en følelse av sammenheng er de i stand til å håndtere sine problemer på en bedre måte. De kan fortsette å leve på en mindre smertefull måte, selv om problemene ikke alltid kan løses (Walseth og Malterud, 2004).

Faktorer som tidligere obstetriske komplikasjoner hos flergangsfødende, frykt for smerte, sykdommer eller fysiske plager kan ha betydning for utvikling av fødselsangst. Anna Luise Kirkengen (1998) har skrevet en avhandling om helseproblemer i voksenlivet som følge av krenkelser, omsorgssvikt og seksuelle overgrep i barndommen. Hun har utforsket senfølgen av seksuelle grensekrenkelser gjennom dybdeintervjuer med 30 kvinner. 26 av disse kvinnene har vært gravide og alle hadde problemer med sine svangerskap. Det hyppigste problemet kaller Kirkengen for ”distanse”. Kvinnene var nedstemt, de opplevde avmakt og følte at ”alt var uvirkelig”. Kroppslige plager ”fremstod som blødninger, kvalme, spiseforstyrrelser, bekken- eller underlivssmerter, og sene eller gjentatte spontane aborter”. I forhold til fødsler ser en ”langsom fremgang, for tidlig fødte eller umodne barn, hyppige operative inngrep, blodtap som krevde transfusjon, fødselspsykose, depresjon og avstand til eller avvising av barnet” (Kirkengen, 2009, s. 129).

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

Hensikt med samtaleprosjektet

En hensikt var å få en dypere forståelse for kvinnens opplevelse av fødselsangst. Helsepersonell må få økt innsikt i hvordan de kan møte og støtte kvinner som har fødselsangst, eller som ønsker keisersnitt. ”Noen kvinner med fødselsangst får et nytt traume i møtet med helsevesenet” påpeker Ellen Ramvei ved Institutt for helsefag ved UiS, som sammen med jordmor Margrethe Tangerud gjennomførte en studie der de fulgte opp kvinner som fødte vaginalt etter å ha bedt om keisersnitt på grunn av fødselsangst (Ramvi og Tangerud, 2011). Ved å følge kvinnenes prosesser viser deres studie at det er mulig å oppnå forandring når kommunikasjon mellom helsepersonell og kvinnen er god. Det ser ut som om trygghet,

kontinuitet og kjent jordmor har betydning for å øke mestringsevnen i en situasjon der angst står i fokus. Dermed gis det grunnlag for samarbeid om forløsningsmetode med mulighet til en forandring av det opprinnelige valget.

En annen hensikt var å gi et samtaletilbud på Helgeland for gravide som av ulike grunner har ekstra behov for mer tilgjengelig og tettere oppfølging i svangerskap. Den kommunale jordmortjenesten på Helgeland har allerede betydelige utfordringer ved de lovpålagte oppgaver. Ressurser og antall ansatte er begrenset. Eksisterende tilbud ved SMISO (Senter mot incest og seksuelle overgrep i Nordland) er ikke innrettet mot svangerskap, fødsel og barseltiden.

Samtalestilbudets oppbygging

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

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

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

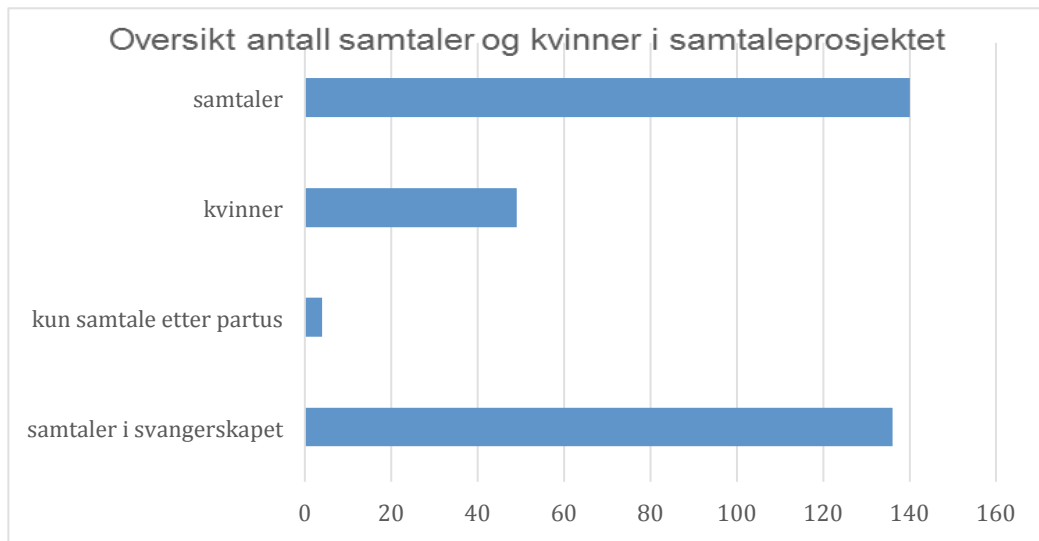
Godkjenning av evaluerings- og forskningsprosjekt

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

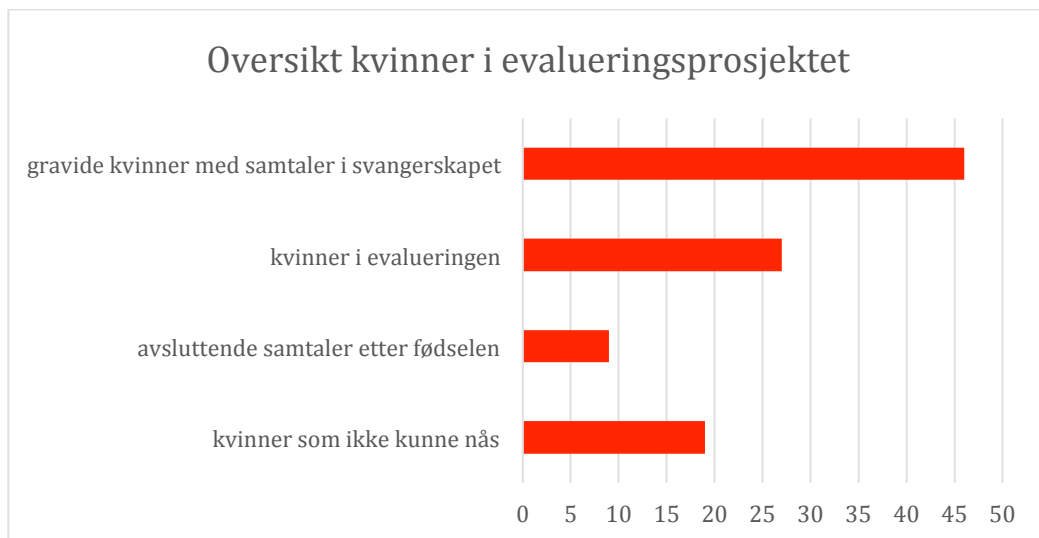
som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. hfl § 2.

Deretter ble det sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS for innhenting av personopplysninger, og prosjektet ble godkjent den 14.3.2016. Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres. 22.3.2106 ble det sendt ut 27 spørreskjema med svarfrist 15.4.2016.

Oversikt antall kvinner i prosjektperioden og utvalg til evalueringsprosjektet

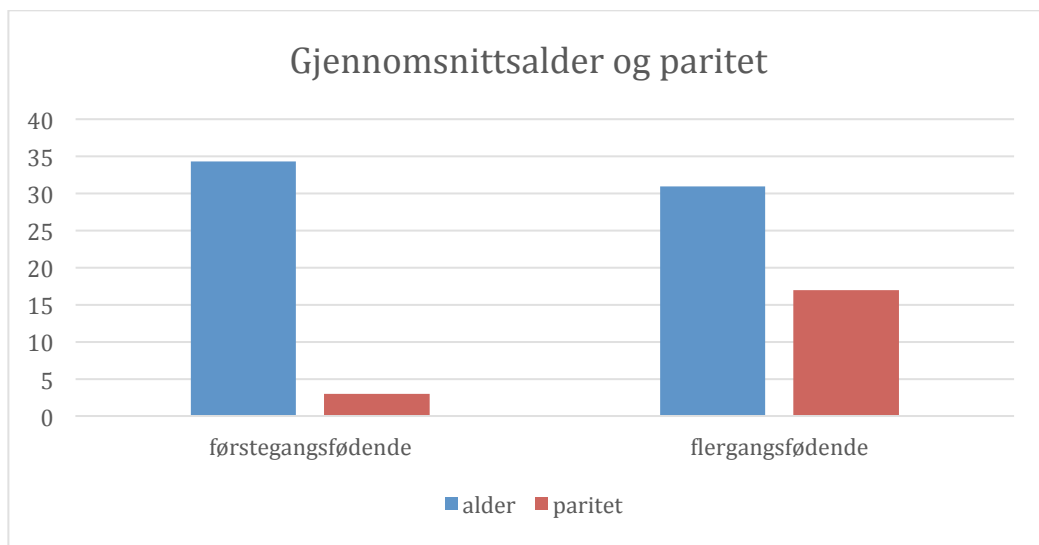


Figur 1: Det ble gjennomført tilsammen 140 samtaler med 49 ulike kvinner fra oktober 2013 til februar 2016. To av disse kvinnene hadde kun postpartumsamtale etter en vanskelig fødsel uten at kvinnene har vært gravid igjen. En kvinne har vært til to samtaler pga traumatisk første fødsel og med angst for, men samtidig sterkt ønske om å bli gravid igjen.

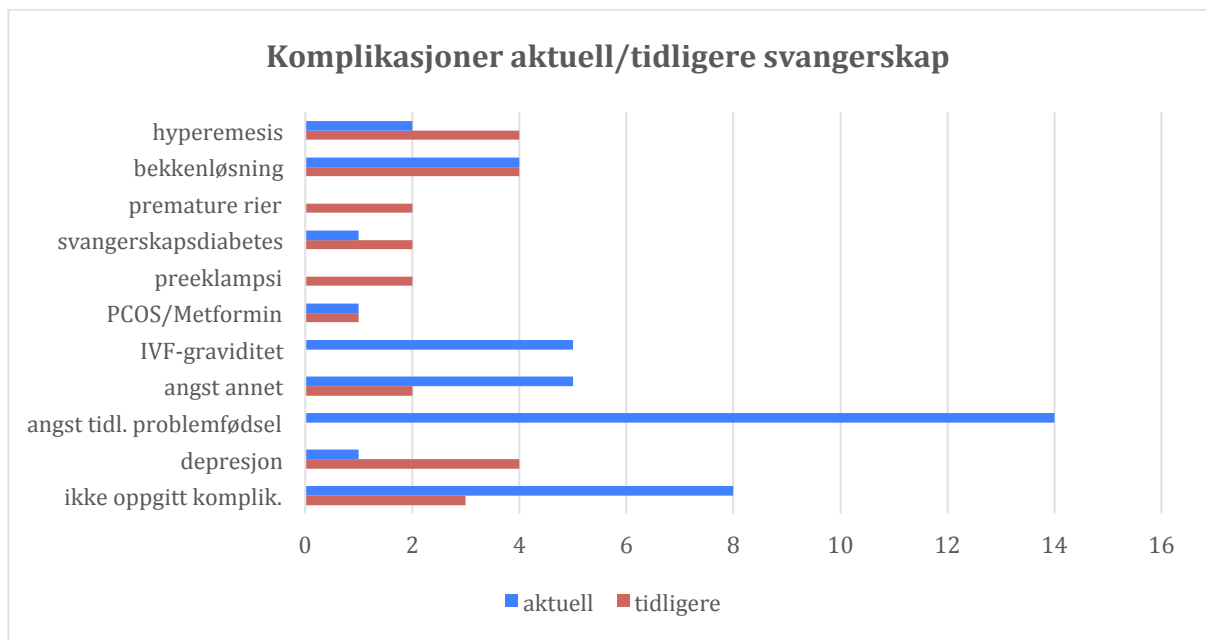


Figur 2: 46 gravide kvinner har vært til samtale i prosjektperioden. 19 av disse har ikke kommet i betraktning for deltakelse i evalueringsprosjektet fordi de ikke kunne nås av forskjellige årsaker som for eksempel flytting fra regionen eller henvist til annen klinikk av forskjellige årsaker. Til slutt landet man på et tall på 27 kvinner som skulle delta i evalueringen og det ble sendt ut spørreskjema til disse. Spørsmålene var rettet inn mot kvinnens erfaringer av samtale, og kontakt med personale under svangerskap, fødselen og i barseltiden. Det har også vært rom for å kunne fortelle fritt, og dele erfaringer og refleksjoner. 20 av de 27 spurte sendte tilbake spørreskjemaet. Dette er en svarprosent på 74%.

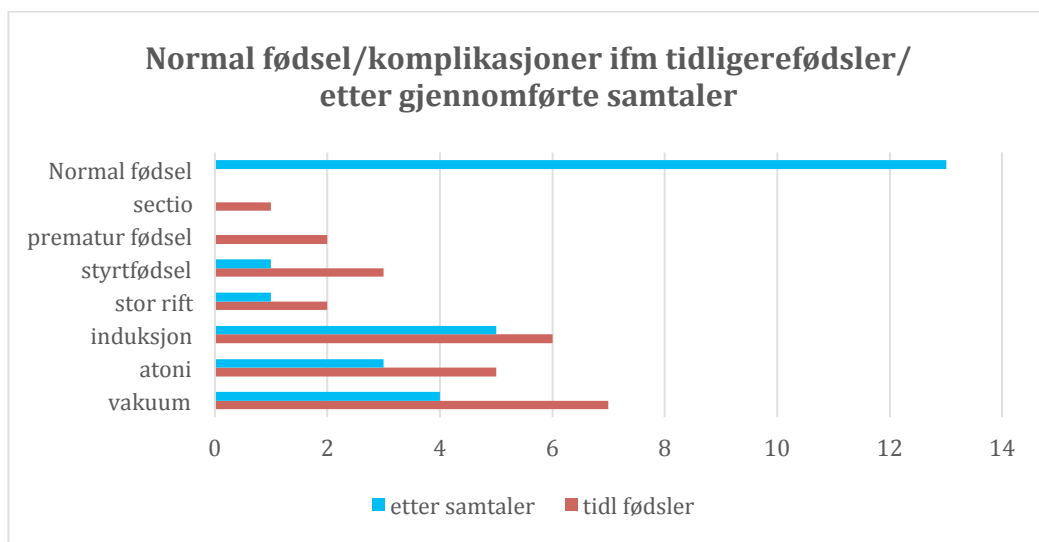
Svar fra spørreskjemaene



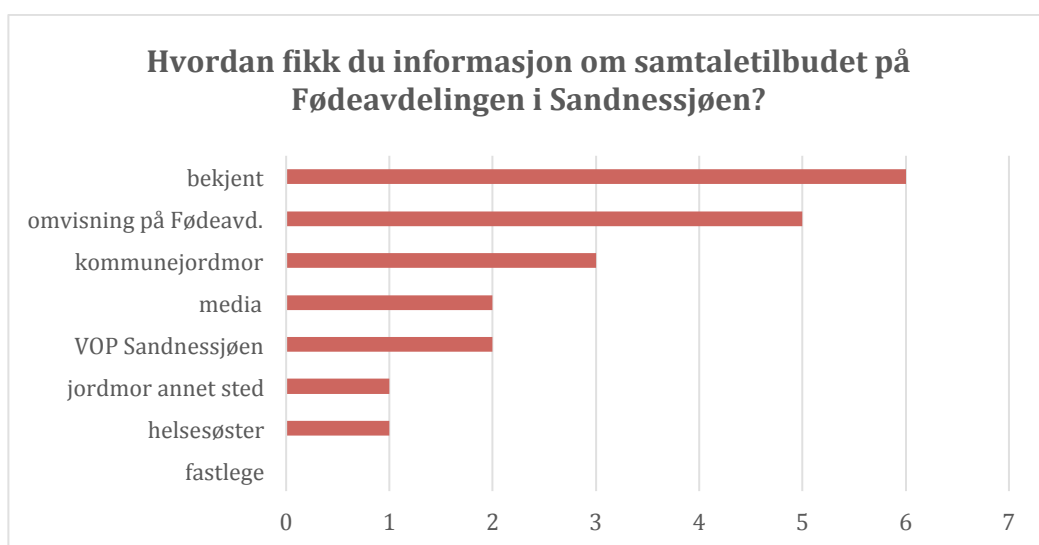
Figur 3: Blant de som svarte på spørreskjemaene var tre førstegangsfødende med et gjennomsnittsalder på 34,3 år, og 17 flergangsfødende med et gjennomsnittsalder på 30,9 år.



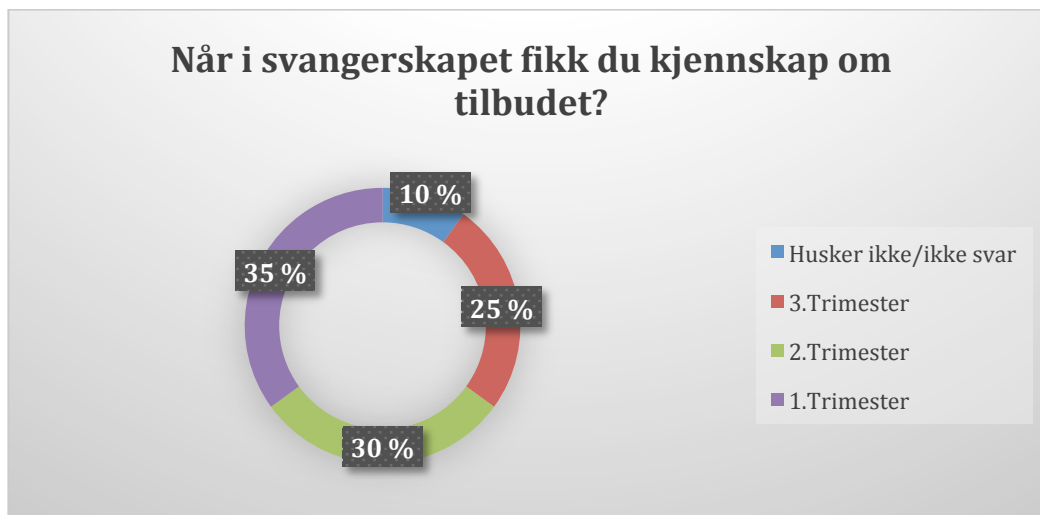
Figur 4: Flere kvinner oppga multiple problemer/utfordringer.



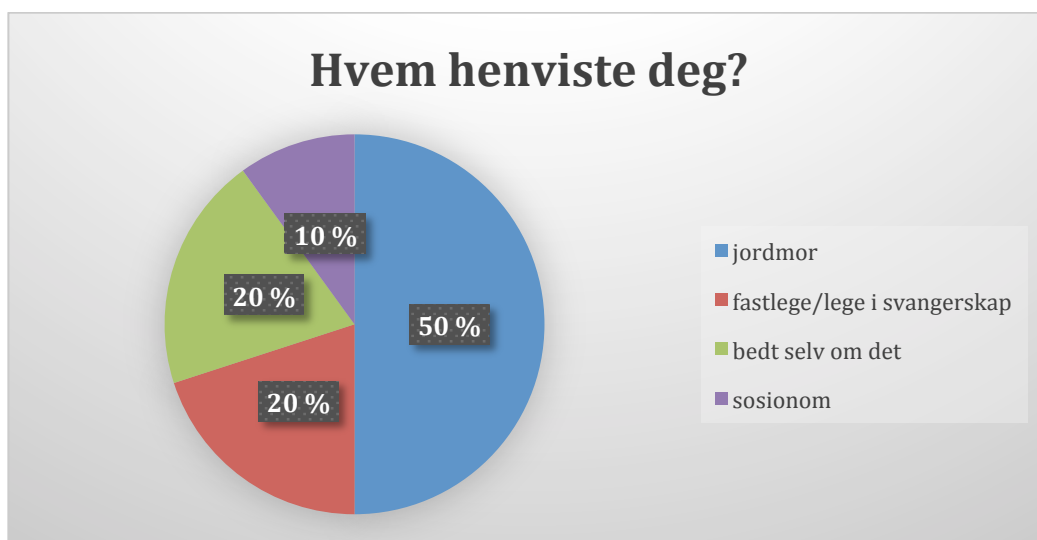
Figur 5: viser tydelig en nedgang i antall komplikasjoner og dermed en økning av normal partus etter gjennomførte samtaler. 2 av de 3 vakuumforløsninger i Sandnessjøen var førstegangsfødende på indikasjon langvarig utdrivningsfase/sliten mor, en kvinne var flergangsfødende med indikasjon occiput posterior. En av kvinnene som sendte spørreskjemaet tilbake ble forløst ved et større sykehus pga komplisert svangerskap (induksjon og vakuum). Flere svar hos den samme kvinnen var mulig.



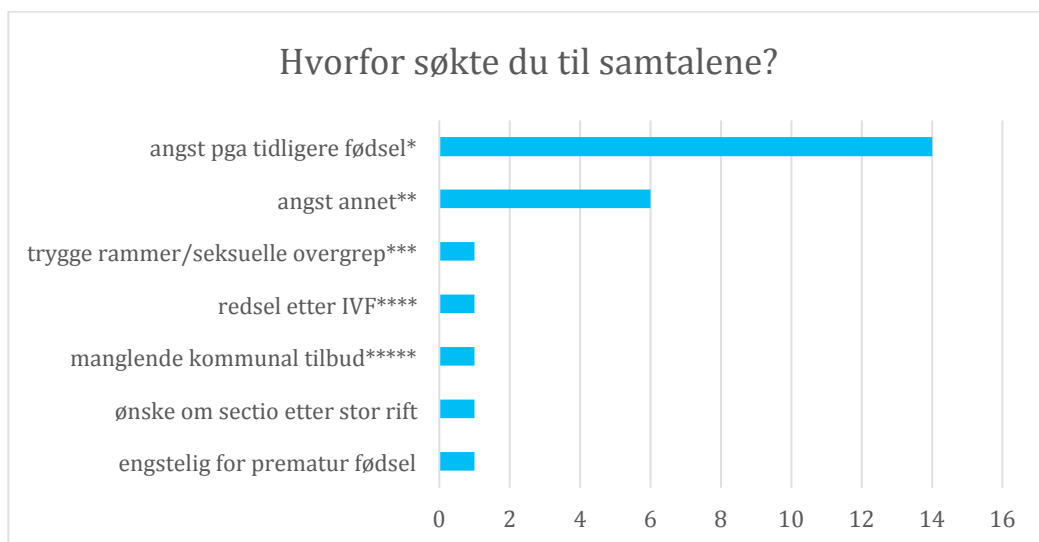
Figur 6: De fleste kvinner fikk vite om tilbudet enten via bekjente (6) eller Fødeavdeling i Sandnessjøen (5). Noen ble informert av kommunejordmor (3) eller jordmor annet sted (1) samt Voksenpsykiatrisk avdeling (VOP) i Sandnessjøen der vedkommende var i behandling (2). To leste om tilbudet i media etter oppslagene i Helgelendingen og Helgelands Blad i 2014. Ingen kvinne ble informert av sin fastlege/lege i svangerskap, (men derimot henvist av fastlege/lege i svangerskap se figur 7). Kun en fikk informasjon av helsesøster. Figuren kan tyde på at fastlegene/helsesøstrene i regionen må få bedre informasjon om samtaletilbudet.



Figur 7: To av de 5 kvinnene som fikk kjennskap i 3. trimester hadde ønsket å kunne komme på et tidligere tidspunkt til samtalen.



Figur 8: Over halvparten av kvinnene ble henvist av jordmor eller ringte selv til føden for å få komme inn i samtalepoliklinikken. Kun 4 ble henvist av fastlege/lege i svangerskap.



Figur 9:

*Et flertall kvinner (14) søkte til samtalene pga tidligere traumatiske fødselsopplevelser (vakuump, atoni, store smerter, tidligere styrtfødsel som opplevdes som overveldende).

**Seks kvinner hadde angst av annen grunn (sykdom eller dødsfall i familien, tidligere spontanabort, depresjon etter første fødselen, sprøyteskrekk).

***En kvinne søkte trygge rammer under svangerskap og fødsel etter seksuelle overgrep i barndommen.

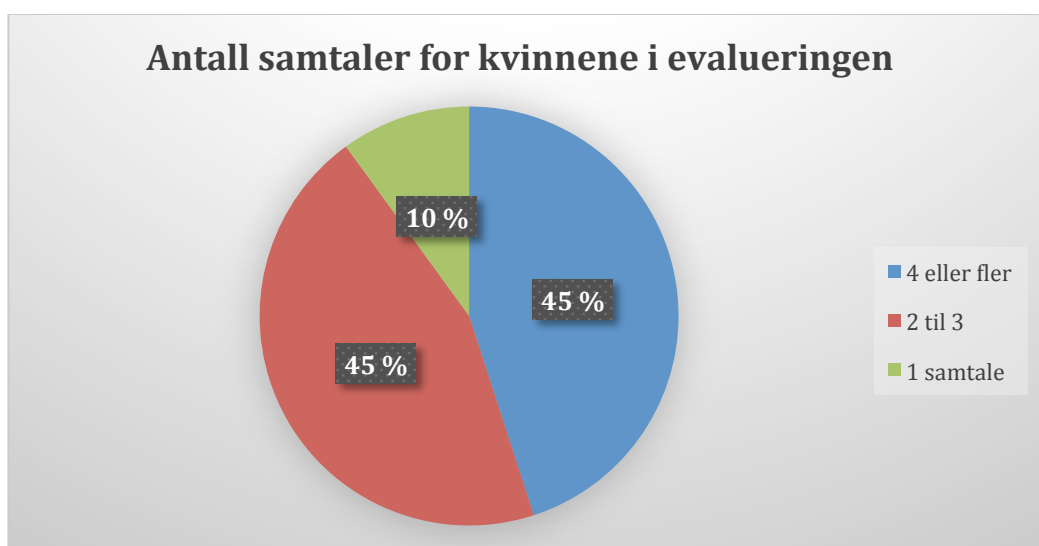
****En kvinne hadde store engstelser ifm IVF-graviditet (flere mislykkede forsøk og spontanaborter).

*****En kvinne klaget over manglende tilbud om jordmoromsorg i kommunen samt angst ifm dødfødsel hos en venninne.

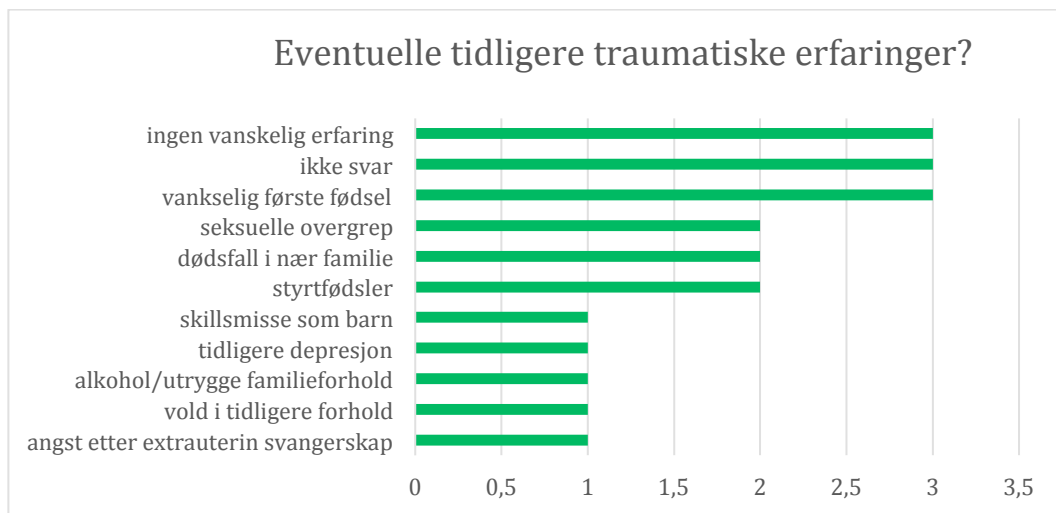
En kvinne hadde ønske om keisersnitt etter stor rift og tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Hun fødte vaginalt etter samtale (ble vakuumpforløst pga occiput posterior uten stor rift).

En kvinne var redd for prematur fødsel (tidligere prematurfødsel/sammensatt angsttilstand).

Flere oppga flere fenomen, og derfor er summen av problemområdet større enn antall kvinner.



Figur 10: To kvinner hadde kun en samtale. Den ene hadde ikke behov for flere, og den andre var ikke klar over at hun kunne ha fått flere samtaler.



Figur 11: viser et bredt spekter av hva som opplevdes som traumatiske eller vanskelige erfaringer.

Hvordan opplevde du samtalene?

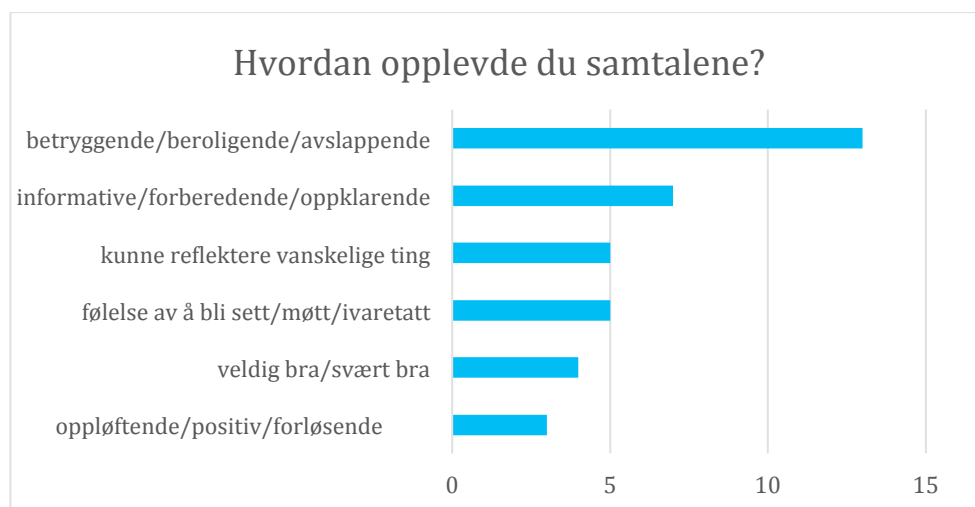
I det følgende brukes det sitater fra fritekst i spørreskjemaene. Kvinnene har blitt nummerert for å vise mangfoldet i svarene. Sitatene er ikke alltid helt ordrett for ikke å avsløre kvinnens identitet.

“Svært bra! Jeg fikk snakket om min frykt for at forstående fødsel skulle ødelegge bearbeidede traumer. Frykt for smerter, og hva smerter og mangel på kontroll ville føre til/skape nye traumer. Betyggende, avklarende og avslappende” (kvinne nummer 1).

“Veldig bra, fikk mye ut av ting som man har holdt for seg selv, vi snakket mye om hele oppveksten, familie, synes det var nesten som en psykologsamtale, gode erfaringer, og fine samtaler” (kvinne nummer 2).

“Samtalene var veldig reflekterende og gav meg andre syn på tidligere hendelser og gav meg heller styrke enn redsel og “svakheter”. Ble også mer komfortabel med å være tilstede på sykehuset” (kvinne nummer 9).

“Jeg opplevde samtalene som gode og betryggende. Jeg fikk snakket om og bearbeidet det jeg synes var vanskelig. Opplevde å få tilbake kontroll slik at angsten for å føde igjen ble mindre” (kvinne nummer 12.)



Figur 12: Flere svar fra den samme kvinnen mulig.

“Lærerike, betryggende, følelse av å bli sett, møtt og ivaretatt. Rolige omgivelser, mye forståelse og iver etter å hjelpe meg” (kvinne nummer 14).

“Jeg følte de samtalene jeg hadde ga meg mye i forhold til det som ventet meg. Jeg fikk satt ord på det som var vanskelig med min første fødsel og jeg fikk gråte “ut” (kvinne nummer 17).

“Veldig bra. Trygg jordmor som ga mye rom for refleksjon” (kvinne nummer 26).

Hvordan erfarer du samtalene nå i ettertid?

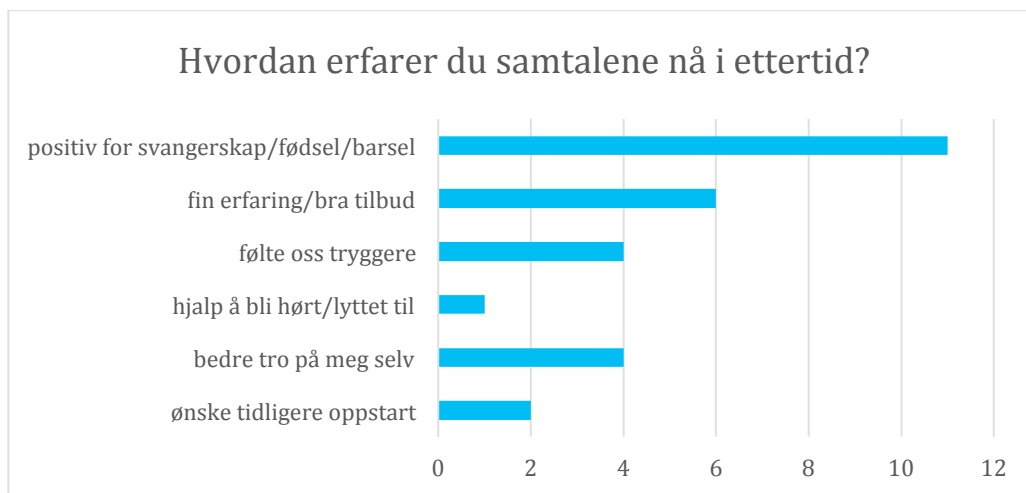
I det følgende brukes det sitater fra fritekst i spørreskjemaene. Kvinnene har blitt nummerert for å vise mangfoldet i svarene. Sitatene er ikke alltid helt ordrett for ikke å avsløre kvinnens identitet.

“Denne type samtaler opplever jeg virker forebyggende og burde vært et fast tilbud til kvinner med ulike engstelser ifm fødsel. Et tilbud tidlig i svangerskapet vil kanskje gjøre at flere velger å føde vaginalt?” (kvinne nummer 1).

“Fikk en liten rød tråd gjennom hele saken, en sammenheng med alt” (kvinne nummer 2).

“Samtalene har gjort at jeg har bedre kontakt med meg selv og følelsene mine, og at jeg har fått ut mange følelser som har sittet fast lenge” (kvinne nummer 3).

“Var helt klart nødvendig for meg og partneren min. Vi begge følte oss mye tryggere etter samtalene” (kvinne nummer 4).



Figur 13: Flere svar fra den samme kvinnen mulig.

“Avgjørende for at barseltiden gikk ganske bra til tross for det jeg opplevde som store fysiske traumer som resultat av fødselen” (kvinne nummer 14).

“Når jeg tenker tilbake så føler jeg at samtalene ga meg tro på at jeg skulle komme meg i gjennom fødsel nr. 2 på en god måte” (kvinne nummer 17).

“Godt å gjøre seg kjent, og vite at noen kjente meg og min historie. Gjorde det tryggere” (kvinne nummer 18).

“Min erfaring i ettertid rundt samtalene er at de var nødvendige. Det gjorde siste del av svangerskapet lettere. Men jeg skulle ønske jeg hadde blitt henvist tidligere” (kvinne nummer 24).

“Tenker noen gang tilbake. Spesielt i dette siste svangerskapet tenkte jeg på det hun sa og hadde mye bedre evne til å glede meg over svangerskap og fødsel” (kvinne nummer 26).

“Hadde jeg ikke hatt denne samtalen ville jeg gått rundt hele svangerskapet og vært redd. Det slapp jeg” (kvinne nummer 27).

Hvordan ser du på erfaringene fra fødselen?

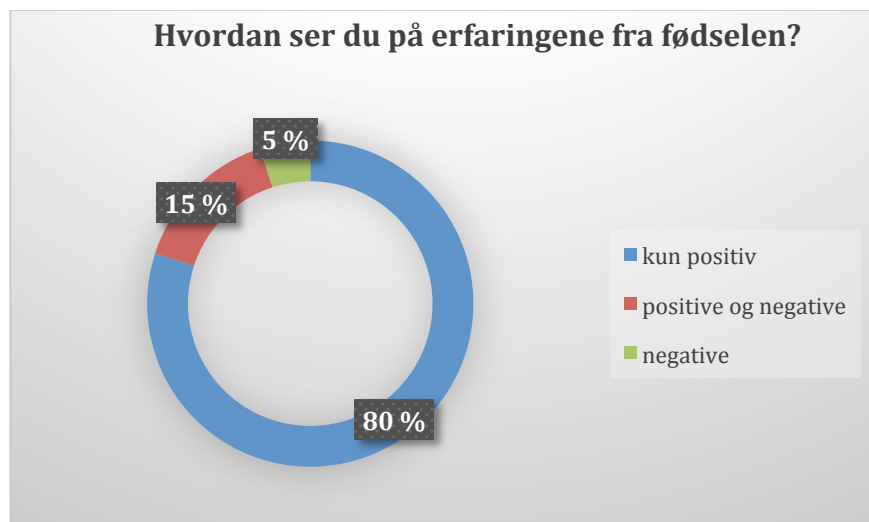
I det følgende brukes det sitater fra fritekst i spørreskjemaene. Kvinnene har blitt nummerert for å vise mangfoldet i svarene. Sitatene er ikke alltid helt ordrett for ikke å avsløre kvinnens identitet.

“Etter siste fødsel er jeg verken redd eller skeptisk til en ny fødsel om det skulle bli flere barn” (kvinne nummer 9).

” Helt fantastisk fødsel, drømmefødsel, alt gikk helt perfekt, men husker det var sinnsykt vond” (kvinne nummer 2).

“En fin erfaring å ha, det å føle at man mestrer noe så vondt og fantastisk” (kvinne nummer 4).

“Jeg synes det gikk bra. Koselige og flinke folk. Litt skummelt da babyen satte seg fast og måtte tas med vakuum. Syns ikke de hadde forstått helt problemet med at jeg er veldig redd for sprøytstikk” (kvinne nummer 22).



Figur 14: Nesten alle svarte positive på hvordan de opplevde fødselen, og at de følte seg både tatt på alvor og godt ivaretatt. Flere oppga at de hadde en mestringsfølelse i etterkant hvilket de tror har å gjøre med økt kunnskap og forventningsavklaring gjennom samtalene.

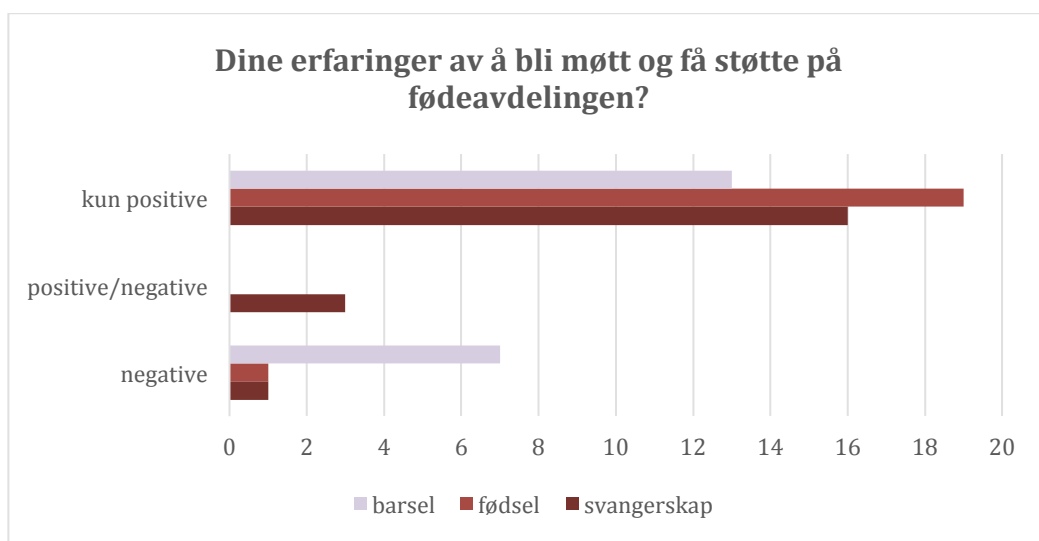
“Jeg hadde en fin fødsel med nr. to. Opplevde kontroll og mestring” (kvinne nummer 12).

“Tross nok en rask fødsel gikk det bra. Trygge og gode jordmødre som tok meg på alvor” (kvinne nummer 18).

“Mine erfaringer fra fødselen er at vi ble veldig godt tatt hånd om. Jeg følte en stor mestringsfølelse etter å endelig lykkes. Føler også at mine bekymringer underveis ble møtt på en god måte, og tatt på alvor” (kvinne nummer 24).



Figur 15: 11 kvinner opplevde kontakten med ulike helsepersonell trygt og godt, mens seks ga uttrykk for at det har vært for mange ulike personer å forholde seg til. To av disse sier at de ble mer fornøyde etter hvert som det ble mer kontinuitet i oppfølgingen. En kvinne hadde ønsket hun hadde et slikt samtaletilbud også ved første svangerskap. I tillegg oppga en kvinne at det har vært 7 forskjellige jordmødre under fødselen som varte i ca 15 timer. En kvinne savnet mer forståelse for engstelse ifm sin IVF-graviditet fra legen i svangerskapet. Også her var flere svar mulig.



Figur 16: Et flertall kvinner beskriver utelukkende positive erfaringer fra Fødeavdelingen i Sandnessjøen, både når det gjaldt svangerskapet og fødselen. I forbindelse med fødselen beskrives det spesielt at fødebrevet hjalp slik at de ansatte kunne støtte opp individuelt etter kvinnens behov. En kvinne opplevde at jordmoren var noe usikker og lite rutinert, og at hun fikk lite veiledning under fødselen/i utdrivningsfasen. Når det gjaldt barseltiden var svarene litt mer variert, og de som var misfornøyde (7) opplevde at det var for mye ulike informasjon samt utfordringer i kommunikasjon, for eksempel i forhold til amming.

Svarene på spørsmålene 2d, 6 og 12 er ikke tatt med i evalueringsrapporten. Etter at svarene kom inn har vi kritisk reflektert over spørreskjemaet og kommet fram til at svarene gitt på disse spørsmålene ikke tilførte vesentlig informasjon til evalueringen. (Et eksempel her er medisinbruk).

Vi har dessuten i rapporten vært forsiktig med utelukkende å bruke ordene traume og traumatisert. Begrepet traume kan lett forstås av både helsepersonell og kvinnene selv som en diagnostisering. Vi skriver derfor i stedet vanskelige/traumatiske erfaringer eller hendelser. I spørreskjemaet ble det derimot ureflektert brukt begrepet traumatiske erfaringer. Vi kan i ettertid se at dette var uheldig. I utformingen av spørreskjemaet var vi på dette punktet ikke forsiktig nok.

Når det gjelder den muligheten som kvinnene er gitt i spørreskjemaet om å skrive frie/åpne kommentarer vil vi ha muligheten til å komme tilbake til innspillene. Det er planlagt kvalitative intervju med en fenomenologisk tilnærming av et utvalg av kvinnene.

Oppsummering og avslutning

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

Det er tydelig at et høyt antall flergangsfødende med tidligere vanskelige fødselsopplevelser var blant de som søkte til samtaletilbudet. Kommentarene fra disse kvinnene tyder på at en vanskelig opplevelse ved første fødselen har meget stor betydning for at fødselsangst kan oppstå. Det er sammenfallende med resultatene fra en svensk fenomenologisk studie om langtidseffekter for kvinner med fødselsangst. Denne studien kan gi en refleksjon om betydningen av fødselsopplevelser, og hvordan disse blir lagt merke til og tatt på alvor i helsetjenesten (Nilsson, Robertson og Lundgren, 2012). Flere kvinner har gjennom evalueringen påpekt at dette tilbudet ved Helgelandssykehuset, avd. Sandnessjøen, burde være tilgjengelig for alle førstegangsfødende.

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

Et større antall gravide ble henvist fra HALD-kommunene samt Brønnøysund, noe som kan tyde på at tilbudet fortsatt er lite kjent i de øvrige kommuner på Helgeland. Flere av kvinnene

(55%) fikk kjennskapet om tilbudet i 2. og 3. trimester, men hadde ønsket å kunne komme tidligere til samtale. For å kunne gi hjelp og veiledning i bearbeidelse av belastende livshendelser er det ønskelig at henvisningen skjer tidlig i svangerskapet. Oppbyggingen av samtaletilbudet baserer seg på at det skal være god nok tid til enkeltsamtaler, og at kvinnen skal oppleve kontinuitet slik at det er mulig å bearbeide tidligere vanskelige opplevelser. Kvinnen blir også oppmuntret til å skrive fødebrev, noe flere i evalueringen påpekte som viktig. I kvinnenes kommentarer i friteksten på spørreskjemaene påpeker de at fødebrevet gjorde at de ble tatt på alvor, og at de hadde mulighet til å sette ord på det som var vanskelig. Dette er sammenfallende med funn hos Robertson (2014) om viktigheten av å bli tatt på alvor. Fødebrevet var også viktig for de ansatte på avdelingen for å kunne gjøre seg kjent med kvinnenes utfordringer, engstelser, behov og forståelse av egen situasjon.

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

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

Evalueringen indikerer et behov og ønske om et samtaletilbud som prosjektet har utviklet. Dessuten viser evalueringen en tendens til nedgang i komplikasjoner i forbindelse med fødselen etter gjennomførte samtaler. Dette har stor betydning i et lengre perspektiv, både med tanke på nytt svangerskap og fødsel, men også i et forebyggende og helsefremmende perspektiv. Dette forebyggende og helsefremmende perspektiv gjelder også for barnets trivsel og utvikling. Det kan tenkes at en burde vurdere å optimalisere den tverrfaglige oppfølgingen i primær- og spesialisthelsetjenesten, særlig for kvinner med tidligere vanskelige erfaringer.

Med den planlagte omstruktureringen av sykehusstruktur og fødetilbudet på Helgeland kan et slikt tilbud i svangerskapet bli enda viktigere for å sikre god kontinuitet og høy kvalitet i

oppfølgingen av gravide med ulike former for angst og tidligere vonde eller traumatiske livserfaringer.

Litteratur

- Antonovsky, A (1979) Health, stress and coping. San Francisco: Jossey Boss
- Dahlø, R. og Laache, I (2010) Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepsefaringer. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- Kirkengen, A. L. (2009) Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004) A phenomenical hermeneutical method for researching lived experiences. *Scand J Caring Sci*, 2004, 18, 145-153
- Lindseth, A. (2011) Når vi bliver syge på livets vej – en utfordring for filosofisk praksis. I: J. B. L. Knox & M. Sørensen (red.), *Filosofisk praksis i sundhedsarbejde*, s. 139-167. Frederiksberg: Frydenlund, 2011
- Lindseth, A. (2012) Being ill as an Inevitable Life Topic: Possibilities of Philosophical Practice in Health Care and Psychotherapy. I: *Philosophical Practice. Journal of the APPA*. Volume 7, Number 3, November 2012
- Nilsson, C., Robertson, E. og Lundgren, I. (2012) An Effort to Make All the Pieces Come Together: Women`s Long-Term Perspectives on Their Experiences of Intense Fear of Childbirth. *International Journal of Childbirth*. Volume2, Number 4, 2012, pp.255-268(14) <http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.2.4.255>
- Nilsson, C., (2012) Förlossningsrädsla. Med fokus på kvinnors upplevelser av att föda barn. *Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet 2012*. Linneaus University Press
- Ramvi, E. og Tangerud, M. (2011) Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing and Health Sciences*, 2011, **13**, 269–274
- Robertson, E. (2014) To be taken seriously. Women`s experiences of migration and healthcare needs during childbearing. *Sexual & Reproductive Healthcare*, Volume 6, Issue 2, June 2015, Pages 59-65
<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>
- Ruppert, Dr. F. (2013) Forstå dine sår i sjelen. Traumer, tilknytning og familiekonstellasjoner. Flux Forlag AS
- Walseth L. og K. Malterud (2004) Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (124:65-6)

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i en evaluering med spørreskjema av et prosjekt med samtaletilbud for kvinner i svangerskapet

I perioden oktober 2013 til oktober 2015 ble det gjennomført et samtaleprosjekt for kvinner med angst i svangerskap og fødsel på Fødeavdelingen, Helgelandssykehuset i Sandnessjøen. Du har vært hos jordmor til en eller flere samtaler. Vi ønsker å evaluere dette prosjektet, og spør om du vil delta.

Evalueringen av prosjektet med samtaletilbud innebærer deltakelse i en spørreundersøkelse. Du vil motta et spørreskjema med noen spørsmål. Spørsmålene er rettet inn mot dine erfaringer av samtale og kontakt med personale under svangerskapet, fødselen, og i barseltiden. Det vil også være rom for at du fritt kan fortelle og dele dine erfaringer og refleksjoner. I tillegg kommer intervjuer til å gjennomføres. Et utvalg kommer til å bli spurt om å delta i intervjuer med en egen forespørsel etter at spørreskjema er besvart. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet ovenfor. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Den informasjon du gir vil transkriberes på bokmål, slik at dialekt og andre særegne uttrykk ikke avslører din identitet. Materialet samt båndopptakeren vil være låst inn, med mindre den er under transport. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Carola Urvik som har tilgang til navnelistene og som kan finne tilbake til deg.

Din deltakelse i evalueringen er frivillig. Du kan trekke deg også etter at du har sendt inn spørreskjemaet uten å gi begrunnelse. Du kan også kreve at den informasjon som du har gitt slettes. Etter rapport og publisering kommer materialet med persontilknytningen å destrueres. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Deltakelse i evalueringen vil ikke gi noen ulemper for deg, men gir mulighet for deg å dele av dine erfaringer. Dersom du har spørsmål til evalueringen, kan du kontakte Carola Karl Urvik, tlf: +47 481 44 644. Du kan også kontakte mine veiledere Eva Robertson ved Universitet i Nordland (tlf: +47 941 64 314) eller Per Kristian Roghell ved Høgskolen i Nesna (tlf: +47 481 54 571). Som deltaker i prosjektet har du rett til å informeres om resultatet i evalueringen. Dette fås ved henvendelse til Carola Karl Urvik, tlf: +47 481 446 44

Samtykke til deltakelse i evalueringen med spørreskjema

Jeg er villig til å delta i evalueringen med spørreskjema

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om evalueringen

(Carola Karl Urvik, prosjektmedarbeider, dato)

Vedlegg 2

Spørreskjema *Evaluering av samtaletilbud for kvinner i svangerskap*

I forbindelse med evalueringen av samtaletilbudet for gravide kvinner på Fødeavdelingen, Helgelandssykehuset i Sandnessjøen, ønsker vi at du fyller ut vedlagte spørreskjema. Dette vil gi deg mulighet til å reflektere over din fødselsopplevelse. Er det for lite plass, kan du bruke et ekstra papir som du hefter sammen med spørreskjemaet.

1. Din alder, antall barnefødsler, eventuelle komplikasjoner i forbindelse med disse svangerskapene og fødsler?

2a. Hvordan fikk du informasjon om samtaletilbudet på Fødeavdelingen i Sandnessjøen?

2b. Når i svangerskapet fikk du kjennskap om tilbudet?

2c. Hvem henviste deg?

2d. Eventuelle medikamenter under svangerskapet?

2e. Eventuelle andre kontakter i svangerskapet innen helsevesenet?

3. Hvorfor søkte du til samtalerne?

4a. Hvor mange samtaler hadde du i løpet av svangerskapet?

4b. Hvis det kun var en samtale, hva var grunnen til det?

5. Eventuelle tidligere traumatiske erfaringer?

6. Hvilken kjennskap har du til din egen fødsel?

7. Hvordan opplevde du samtalerne?

8. Hvordan erfarer du samtalerne nå i ettertid?

9. Hvordan ser du på erfaringene fra fødselen?

10. Dine erfaringer i svangerskapet av kontakt med ulike helsepersonell?

11. Dine erfaringer av å bli møtt og få støtte på fødeavdelingen

a. i svangerskapet?

b. under fødselen?

c. i barseltiden?

12. Kan du tenke deg å delta i et intervju på et senere tidspunkt?

13. Er det noe annet du vil fortelle?