



Jordmora

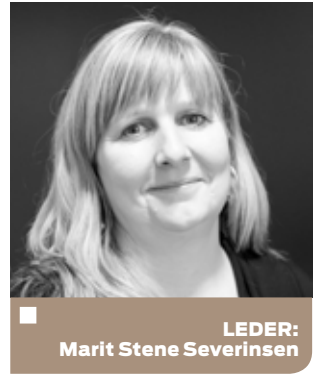
NR. 2-2013 • ÅRGANG 11

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



Abort eller ikke?

Sykepleien



Tre millioner nyfødte dør hvert år

Årets internasjonale jordmordag er nettopp passert. En hel uke til ende har vært viet den internasjonale jordmordagen og sykepleierdagen. 5. mai er en viktig dag å markere, både nasjonalt og internasjonalt. Fremdeles dør nær 350 000 kvinner årlig i forbindelse med svangerskap og fødsel, og for hver kvinne som dør er det 20 andre som får varige lidelser som kan føre til livslang smerte, uførhet og utstøtelse fra samfunnet. Omtrent tre millioner nyfødte dør hvert år, og 2,6 millioner er dødfødte. Halvparten av de dødfødte dør under fødsel som følge av mangel på kvalifisert fødselshjelp. De fleste av dødsfallene skjer i utviklingsland. Én av tre fødsler skjer uten jordmor til stede, og i Etiopia føder over 90 prosent uten jordmor. Dette er dystre tall, og dette er tall vi må gjøre noe med nå!

Ved å utdanne flere jordmødre og kvalifiserte fødselshjelpere i de landene der dødeligheten er størst, vil vi også bidra til å redde kvinner og barn. På den måten kunne vi kanskje komme ett skritt nærmere FNs tusenårs mål nr. 5 om å redusere svangerskapsrelatert dødelighet. Vi har knappe to år igjen skal vi klare å nå målet som er å redusere svangerskapsrelatert dødelighet med tre fjerdedeler innen 2015.

Vi jordmødre er en unik ressurs, tenk bare hvor mye en kan bruke vår kompetanse til. Et område er å tilby gravide tilrettelegging under svangerskapet, målet er at gravide skal være lengst mulig i arbeid. Et prosjekt kalt «gravid og jobb» ble satt i gang av bydel St. Hanshaugen i fjor, og har så langt vært et obligatorisk tilbud for alle gravide ansatte i bydelens barnehager. Heretter vil det også gjelde alle andre gravide i bydelen. Sykefraværet er redusert med 75 prosent,

mye takket være jordmødres råd og veiledning. Et eksempel å etterfølge for andre kommuner.

Et annet eksempel er at alle kommuner skal tilby sine innbyggere et jordmortilbud. Gravide skal dermed få et tilbud om å oppsøke jordmor den dagen hun finner ut at hun er gravid. Ofte ser en at det ikke er ledige jordmortimer før svangerskapet er halvått. Hos jordmor vil hun få råd om ernæring og trening under svangerskap, snakke om bruk av alkohol og tobakk, samtidig som jordmor vil kunne fange opp hvorvidt det er kroniske sykdommer, rusproblemer eller andre forhold som må følges opp. Det første møte med jordmor og den gravide skulle vært i uke 5–7. Helsedirektoratet opplyser på sine nettsider at tidlige livsstilssamtaler er viktige, men vi må få på plass ressurser til økte jordmorhjemler for å få dette på plass! Dette høres på papiret veldig positivt ut. Nå er det dessverre ikke slik at alle gravide har et slikt tilbud der de bor. Kommunene er pålagt å gi tilbudet, men slett ikke alle har prioritert dette.

Årets GF og fagdager går av stabelen den 19.–20. september, med mange spennende temaer. Deriblant viktigheten av å kunne tilby gravide tidlig livsstilssamtaler. Det blir spennende plenumsforelesninger og parallellsesjoner. Håper jeg ser mange av dere der.

Med ønske om en flott vår, og en deilig sommer.

Marit Stene Severinsen

LEDER JORDMORFORBUNDET NSF

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

ISSN: 1503-8580

ANSVARLIG REDAKTØR

Marit Severinsen
maritseverinsen@hotmail.com
Tlf. 99 56 42 77

ANNONSER

Ingeborg Drejer Thomassen
idth@online.no
Tlf. 95 07 61 57

REDAKSJONSRÅD

Marit Stene Severinsen, Linn Holberg, Aaste Gjernes, Eli Aaby, Raija Dahlø og Berit Pettersen

ABONNEMENT

Kontakt NSFs Medlemstjenester på tlf. 02409 eller send en melding til jordmor@sykepleierforbundet.no

PRIS PER ÅR

Ikke-medlemmer av NSF kr 300
Pensjonister kr 150
Høgskoler/ helseinstitusjoner kr 500
Firma kr 800

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/faggrupper/jordmorforbundet

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALIST

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

LAYOUT

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

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO

Colourbox

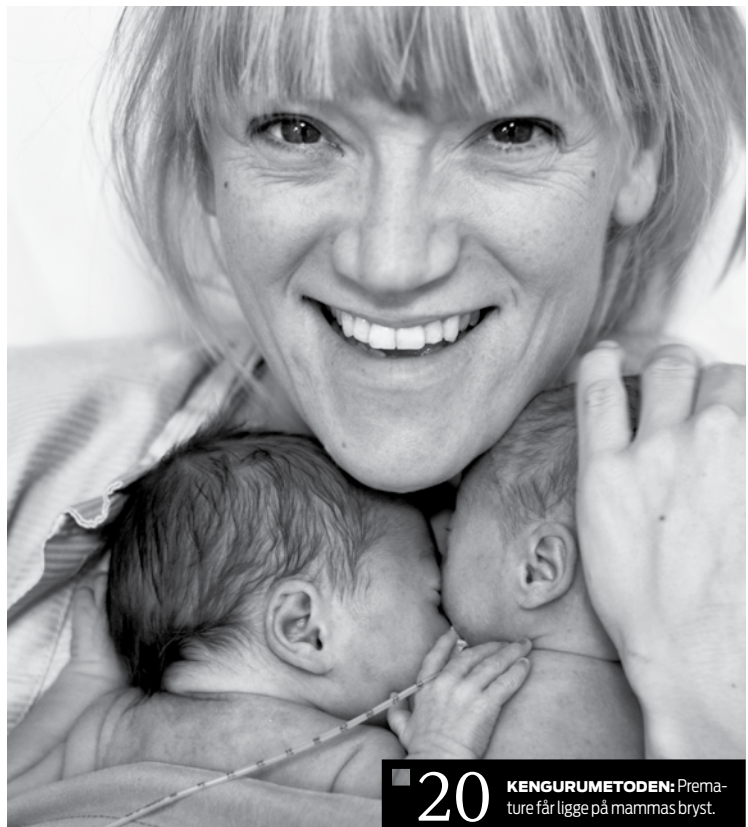
NESTE UTGAVE

7. november 2013

INNSENDING AV ARTIKLER

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

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



20 **KENGURUMETODEN:** Premature får ligge på mammas bryst.

Innhold

NR. 2-2013 • ÅRGANG 11



26 TRIVSELSKONTROLL: Ord har makt - vær positiv

«Alle var opp-tatt av å gjøre et selvstendig og riktig valg.»

Om å vurdere abort, side 10

30 REVMATISME: skaff deg kunnskap om revmatisme.



3 LEDER: Marit Stene Severinsen

9 Kom med innspill til redaksjonsrådet

10 Abort eller ikke?

18 Den internasjonale jordmordagen

20 Kengurumetoden på fødestue for premature

26 Si heller trivselskontroll enn overtidskontroll

28 Bli medlem

29 Generalforsamling og fagkonferanse

30 Kompetansesenter om revmatisme for jordmødre

34 Årets sykepleierleder

35 Stillingsannonser

FASTE SPALTER

6 Smånytt

19 Aktuelle bøker

24 TILBAKEBLIKK: Tysk fødehjem i Norge

Navnetoppen

Nora var det mest populære jentenavnet i Norge i 2012. Emma kom på andreplass og Sofie på tredje. Blant guttene gikk Lukas av med seieren, fulgt av Emil og Mathias. Navnet Nora dukket opp i Norge på midten av 1800-tallet. I 1877, året da «Et dukke-hjem» ble utgitt, var det 132 personer som het Nora. Lukas er et typisk bibelsk navn og betyr «mann fra Lucania». Både Lukas og Nora har fått et oppsving i popularitet etter år 2000.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Metadon hjelper gravide

Gravide som får metadonbehandling i Norge, bruker i svært liten grad ulovlige rusmidler under svangerskapet. De dropper også alkohol, og partnerne deres bruker mindre rusmidler. Det er noen av funnene i doktorgradsarbeidet til rusforsker Ingunn Olea Lund. Hun har fulgt opiatavhengige gravide som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR), det vil si metadon eller buprenorfin.

Kilde: Forskning.no

SMÅNYTT

Redusert risiko for autisme

Kvinner som tok folsyretilskudd ved begynnelsen av svangerskapet hadde nesten halvert risiko for å få et barn med autisme. Å starte med folsyretilskudd senere i graviditeten reduserte ikke risikoen. Det viser resultater i en omfattende studie fra Den norske mor og barn-undersøkelsen og Autismestudien.

Kvinner som tok folsyretilskudd fra fire uker før til åtte uker etter starten av svangerskapet, hadde 40 prosent lavere risiko for å føde barn med barneautisme. Bruk av folsyretilskudd midtveis i graviditeten (i uke 22) påvirket ikke risikoen, viser resultatene.

Kilde: Folkehelseinstituttet



«Latter er et beroligende middel uten bivirkninger.»

Arnold H. Glasow



Assistert befruktning påvirker barnet

Barn født etter assistert befruktning er oftere født for tidlig og har oftere lav fødselsvekt. Redusert fruktbarhet og befruktningsteknikker kan påvirke barnet negativt. Det viser en fersk studie som ser på hva som påvirker negative utfall hos prøverørsbarn de siste 30 årene. Forskerne har gått gjennom 65 studier for å prøve å finne sammenhenger. De konkluderer med at

reduert fruktbarhet har en negativ påvirkning på barnet.

Et funn peker i retning av at det kan være særlig mors fruktbarhet som påvirker barnets omstendigheter. Barn født etter befruktningsteknikken som vanligvis brukes når mannen er ufruktbar, mikroinjeksjon, hadde nemlig færre negative utfall enn dem som ble unnfanget ved hjelp av klassisk prøverørsbehandling.

Kilde: oslo-universitetssykehus.no

Kaffe gir lav fødselsvekt

Gravide med høyt inntak av koffein har større risiko for å få barn med for lav fødselsvekt, uten at svangerskapet varer kortere. Det er konklusjonen i en fersk studie fra den norske Mor og barn-undersøkelsen (MoBa).

Helsemyndighetene anbefaler ikke mer koffein enn tilsvarende tre kopper kaffe daglig. I denne studien var også mindre mengder koffein assosiert med risiko for lavere vekt hos den nyfødte. Gravide som drakk mer enn anbefalt grense hadde 27-62 prosent økt risiko for at barnet var lite i forhold til svangerskapslengde. Risikoen for prematur fødsel var ikke større med økende inntak av koffein. Derimot fant man en svak tendens til lengre svangerskap ved inntak av kaffe. I studien ble også koffein fra andre kilder som brus og sjokolade tatt med.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Færre hivsmittede

I 2012 ble det diagnostisert 242 nye hivsmittede i Norge, 166 menn og 76 kvinner. Dette er en moderat nedgang fra 268 diagnostiserte tilfeller i 2011. Totalt er det nå diagnostisert 5 138 hivpositive i Norge, 3 460 menn og 1 678 kvinner.

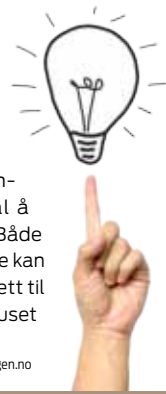
Kilde: Folkehelseinstituttet



Ny idéportal

I mars ble Haukeland universitetssjukehus sin nye idéportal «Idémottaket» lansert. Portalen har som mål å samle flest mulig gode ideer. Både ansatte, pasienter og pårørende kan komme med innspill på internett til hvordan tjenestene ved sykehuset kan bli bedre.

Kilde: helse-bergen.no



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Mange mangler vitamin D

I en svensk undersøkelse som omfattet 95 høygravide kvinner, manglet mange vitamin D. Om vinteren, når det er minst sol, hadde hele 85 prosent av kvinnene et underskudd av vitaminet. 28 prosent led av D-vitaminmangel. Når forskerne så på hele året under ett, hadde 63 prosent av kvinnene underskudd av vitaminet, og 17 prosent hadde så stort underskudd at det ble klassifisert som en mangel.

De sterkeste indikatorene på om en kvinne manglet vitaminet, var årstiden, om hun tok vitamintilskudd og om hun hadde reist til sørlige strøk det siste halve året og fått sol. Til sammen forklarte de tre faktorene over halvparten av forskjellen mellom kvinnenes D-vitaminnivåer.

Kilde: Forskning.no



Stressede mødre får stressede barn

Barn av mødre som var stresset under graviditeten, risikerer å bli mer sårbare overfor stress som voksne. Det viser nye rotteforsøk.

– Dyreforsøkene våre antyder at en lav stressterskel kan skyldes en feil i hjernen som sannsynligvis er oppstått fordi moren var stresset under graviditeten, sier forsker Gregers Wegener, ved Institut for Klinisk Medicin på Aarhus universitet i Danmark.

– I verste fall kan det utløse schizofreni og depresjon, men det er mange mellomstadier og antakelig også flere faktorer som spiller inn, sier han.

Kilde: Forskning.no





Verdiskapende
produkter og tjenester
innen helse

Medinor har byttet navn til Alere. Nytt navn – samme gode service.

Alere er en av verdens største produsenter og distributører av diagnostiske tester og instrumenter. Du møter de samme medarbeiderne som hos Medinor. Vi jobber stadig mot det samme målet: Å kunne gi de beste rådene, den beste servicen og de beste produktene. Alere AS leverer et bredt produktspekter av pasientnære tester og instrumenter. Fellesnevneren er brukervennlighet, raske og presise svar – ved pasienten.

Kampanjeprodukter:

actim™ PROM test

- for påvisning av fostervannlekkasje

Nøyaktig diagnose med **actim™ PROM test** minsker risiko for komplikasjoner under svangerskap, og kan spare pasienter og helsevesen for unødvendige og kostbare observasjonsdøgn i sykehus.



Kampanje
20%
rabatt

Sug Medela Basic 30

Basic 30 er et høykvalitets sug med lang holdbarhet. Basic 30 har rask vakuumpoppbygging og lavt støynivå.



Kampanje
20%
rabatt

Fetal FD1 med vanntett probe

Fetal FD1 er en svært god håndholdt doppler for fosterlyd. Den har en vanntett probe (2 MHz) og en LCD skjerm som viser hjertefrekvens.



Kampanje
15%
rabatt

For flere gode tilbud og bestilling, gå inn på www.alere.no

Tilbudene gjelder t.o.m. 14. juni.

Kontakt oss for mer informasjon: Alere AS, Pb 93 Kjelsås, 0411 Oslo

Telefon: 24 05 66 20 | **Fax:** 24 05 67 80 | **e-post:** kundeservice.no@alere.com

alere.no

Kom med innspill!

Når Sykepleierforbundet nå har valgt å legge inn økte ressurser på oss jordmødre, kan vi glede våre medlemmer med en ekstra utgave av Jordmora i året.

NSFs satsning på jordmødre er viktig og riktig. Satsningen forbundet har gjort har også ført med seg en satsning på vårt fagtidsskrift - Jordmora. Fra og med dette nummeret er alt innhold samlet inn og vurdert av et nyopprettet redaksjonsråd som består av engasjerte jordmødre fra Tromsø i nord til Bergen i sør. Redaksjonsrådets oppgave er å være årvåken på hva som rører seg i faget og rundt om i landet, og å være aktiv med å få samlet inn fagstoffet du vil lese om. Vårt mål er å skape et tidsskrift som har stor bredde og innehar noe for enhver. For å få til dette trenger vi også din hjelp.

Ta kontakt

Vet du om noe spennende som rører seg i ditt nærmiljø, din arbeidsplass eller

ute i den store verden som er jordmorrelatert? Tips oss om det! Er det noe spesielt du kunne tenke deg å lese om? Kanskje er du nyutdannet jordmor som har skrevet en spennende avsluttende oppgave, eller er du erfaren jordmor som har gjort deg opp tanker og erfaringer etter mange års praksis? Ta kontakt!

Små lokale nyheter og store viktige landsomfattende saker - alt er av interesse. Del med oss! Vi stiller ingen krav til organisasjonstilhørighet. Det er ikke farlig å bidra. Sitter du på stoff som kunne vært relevant, men synes det virker skummelt? Hvis du ønsker det, vil du få hjelp til å gjøre teksten din mer leservennlig. ■



MEDLEMSBLAD: Jordmora blir gitt ut av Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund.

Redaksjonsrådet

Her er medlemmene i redaksjonsrådet:



Linn Holberg
St.Olavs Hospital,
Trondheim



Raija Dahlø
Høgskolelektor,
Høgskolen i Sør-Trøndelag



Berit Pettersen
Universitetssykehuset i
Nord Norge, Trømsø



Aaste Gjernes
Haukeland universitetssykehus-
KK Bergen



Eli Aaby
Rikshospitalet -
Oslo universitetssykehus

Abort eller ikke?

Hva tenker kvinner når de må avgjøre om de skal ta abort? I denne artikkelen presenteres resultater fra en studie om kvinners erfaringer knyttet til å ta stilling til en graviditet i første trimester.



■ Av Marianne Kjelsvik, sykepleier og høyskolelektor, Høgskolen i Ålesund




■ Av Eva Gjengedal, sykepleier og professor, Universitetet i Bergen og Høgskolen i Molde

De første ukene av et svangerskap kan for en kvinne være fylt av usikkerhet og ambivalens knyttet til om hun skal bære fram barnet eller ikke. Kanskje kom graviditeten uventet eller kanskje ble ikke reaksjonen fra partneren slik hun hadde forventet. Av 75 000 påbegynte svangerskap i Norge hvert år, er om lag 30 000 ikke planlagte. Av disse velger halvparten å føde (Nesheim 1999). 25 prosent av dem som fullfører svangerskapet og 25–30 prosent av de som velger abort oppgir å ha ambivalente følelser knyttet til beslutningen (Tornbom m.fl. 1999).

En oversiktsartikkel som tok for seg 18 kvalitative studier med fokus på kvinners erfaringer viste blant annet at deres valg om abort var pragmatisk og at rask tilgang til støttende og ikke-dømmende helsetjeneste var viktig. De som var godt informert og fikk støtte for sine valg opplevde få psykososiale problemer etter aborten (Lie m.fl. 2008). En gjennomgang av 19 kvalitative og kvantitative studier fant tre hovedbegrunnelser for at kvinner i rike land velger abort: Kvinnefokuserede, andrefokuserede og materielle årsaker. Artikkelen viste at kvinnene tok hensyn til både egne behov, ansvar for barn de allerede hadde, det potensielle barnet og til utvalgte nære inkludert den potensielle faren. Valget var ofte

influert av ønsket om å være en god forelder. Å velge abort ble beskrevet som en måte å ta morsansvaret på alvor. Det kunne være at de ikke var klare for å bli mor, hadde dårlig økonomi eller ikke ønsket å sette et barn til verden som ikke var helhjertet ønsket av begge foreldre. De som var ambivalente, men valgte abort, oppga at å fullføre svangerskapet ville ha dårlig effekt på eget liv eller en annens (Kirkman m.fl. 2009). En norsk studie blant 432 abortsøkende viste at kvinnene skilte mellom hvem de fortalte om graviditeten til, hvem de diskuterte med og hvem de tok beslutningen sammen med. Under 2 prosent involverte ikke noen. De fleste (>85 prosent) hadde minst to samtalepartnere. Beslutningen ble tatt alene hos 42 prosent av kvinnene. Av dem som tok beslutningen sammen med minst én annen part, involverte 94 prosent barnefaren. Sterkest tvil i beslutningsprosessen ble beskrevet av kvinnene som opplevde å være under press. 19 prosent av respondentene fornemmet eller opplevde direkte press i beslutningsprosessen (Skjeldestad 2002). I en annen studie ble kvinner som valgte abort i ulike livsfaser sammenliknet. Nær 60 prosent av påbegynte svangerskap blant enslige kvinner på 25 år eller eldre avbrytes. Hyppigste grunn er mangel på fast partner eller ustabil parforhold. Kvinnene som synes det var



UVENTET: Når en test viser seg å være positiv, reiser det en rekke spørsmål som kvinnen må finne svar på i prosessen fram mot å ta abort eller å beholde barnet. Illustrasjonsfoto Colourbox

vanskelig å ta en beslutning involverte flere personer i beslutningsprosessen (Skjeldestad 2004).

Vi vet altså noe om hvilke grunner kvinner angir for å velge abort. Likevel foreligger det relativt lite kunnskap om hvilke tanker kvinnene gjør seg i selve beslutningsprosessen. I denne artikkelen presenteres noen av resultatene fra masteroppgaven Å ha valget og selv ta avgjørelsen – Kvinnens opplevelse av beslutningsprosessen ved usikkerhet knyttet til å fullføre eller avbryte en graviditet i første trimester. En kvalitativ fenomenologisk studie (Kjelsvik 2009, Kjelsvik and Gjengedal 2011). Hensikten med studien var å gi økt innsikt i kvinners erfaringer knyttet til å ta stilling til en graviditet i første trimester.

INTERVJU MED FIRE KVINNER

Informantene var kvinner som hadde kontaktet Stiftelsen Amatheia for veiledning ved et uventet svangerskap. Veiledere ved tre av Amatheas fylkeskontor rekrutterte informanter etter følgende inklusjonskriterier: Norskatalende, fylt 18 år, gravid for første gang og i første trimester. Kun gravide som hadde et uavklart forhold til graviditeten ble inkludert.

Fire førstegangsgravide mellom 25 og 32 år ble dybdeintervjuet to ganger i løpet av 1. trimester. De

var ved første intervju usikre på om de skulle fullføre svangerskapet. I oppfølgingsintervjuet to uker etterpå hadde alle bestemt seg: To valgte å fullføre svangerskapet og to hadde gjennomført abort. To hadde et forhold til han de var gravid med, en var i et uavklart forhold og en var ikke sammen med den potensielle barnefaren.

«Hvis du er i tvil kan du ikke begynne å glede deg.»

ETISKE OVERVEIELSER

Forskningsprosjektet ble utført i samsvar med Helsinkideklarasjonens retningslinjer (Verdens legeforening, Helsinkideklarasjonen 2009). Tillatelse var innhentet fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK Vest) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Siden kvinnene var i en sårbar situasjon ble det viktig å utvise varmsomhet og være sensitiv i intervjusituasjonen.

HVA STUDIEN VISTE

Kvinnenes beskrivelser av å være i beslutningsprosessen kretset om forhold knyttet til den gravide

kroppen, ønsket om å ta et rett valg og tvetydigheten i å ta et selvstendig valg.

Den gravide kroppen

Graviditeten bidro til et register av følelser, men også til et behov for å skaffe seg kunnskap og å beskytte fosteret for mulig skade.

Følelsesmessige reaksjoner

De følelsesmessige reaksjonene på å få svangerskapet bekreftet varierte mellom glede, fortvilelse, bekymring og sinne mot seg selv. En av informantene beskrev det slik: *Altså det begynner med at jeg finner ut at jeg er gravid og innerst inne så er det sånn et lite smil, sant! Det er jo litt hyggelig. Men samtidig betegnet hun det som en «Verden går under – type ting», siden kjæresten ikke ønsket å bli far.*

Alle skilte mellom å få graviditeten bekreftet og «å ta det innover seg». For noen tok det flere uker å ta det inn og alle beskrev en uvirkelighetsfølelse. Samtidig med at graviditeten fylte tankene forsøkte de å holde de positive følelsene på avstand i tilfelle de skulle velge abort. *Hvis du er i tvil kan du liksom ikke... ikke begynne å glede deg, samtidig som at du gleder deg litt.*

En av kvinnene fortalte at den kroppslige opplevelsen av å være gravid forsterket ønsket om å fullføre svangerskapet: *...når jeg holdt på å ta den avgjørelsen at jeg hadde lyst til å beholde det, så var det og fordi jeg følte at jeg kjente det så veldig godt på kroppen.*

Kunnskap og beskyttelse

Kvinnene fortalte at de hadde behov for å tilegne seg kunnskap om blant annet svangerskap og fosterutvikling, men også om abortlov og abortmetoder. Internett var viktigste kilde. De gjorde valg knyttet til å beskytte fosteret som å slutte å røyke, avholde seg fra alkohol og de var forsiktige med smertestillende medisiner. Alle informantene fortalte at de startet med vitamintilskuddet folat etter å ha lest anbefalingen om det på nettet. En forklarte ønsket om å beskytte fosteret med at hun på den måten var på «den sikre side» hvis hun valgte å fullføre svangerskapet. En annen at hun opprettholdt beskyttelsen helt fram til aborten var gjennomført. *Jeg følte at mens jeg var gravid så hadde jeg lyst til å respektere det som skjedde med kroppen min. Selv om jeg visste at jeg kom til å ta den aborten, så var jeg veldig forsiktig med hva jeg spiste.* De beskrev kunnskapstilegnelsen som en måte å få kontroll over situasjonen på.

Ønsket om å ta et rett valg

Informantene beskrev konsentrasjonsvansker og å bli stresset av valget de ikke var forberedt på. De opplevde situasjonen som et uløselig dilemma, men alle var opptatt av å gjøre et selvstendig og riktig valg. De kartla muligheter og konsekvenser, kjente på vekslende følelser og uansett om valget ble abort eller å fullføre svangerskapet kjente alle lettelse når valget var gjort.

Uforberedt på å velge

Ingen av informantene var forberedt på å ta stilling til om de skulle avbryte eller fullføre svangerskapet. En beskriver tankene om å skulle velge slik: *Jeg fikk ikke til å tenke at abort var et alternativ. For jeg har tenkt, i hvert fall det siste året at hvis jeg blir gravid, så skal det her gå bra. ... Så derfor var det veldig vanskelig å klare å rettferdiggjøre det overfor meg selv, tror jeg. Og fordi at jeg har hele tiden fått beskjed at det er mitt valg. Det er jeg som avgjør det. Jeg må gjøre det for meg selv. Ikke for familie og kjæreste også videre. Også ser jeg på nettet om abort også blir jeg kvalm, sant. Hva skal jeg gjøre da?*

Tidspress

I prosessen med å komme fram til «det rette valget» beskrev de at tiden kjentes knapp. De forholdt seg til lovens grense som fordrer et valg innen utgangen av 12. uke og de fornemmet at fosteret vokste. *Til lenger jeg venter, til verre er det for meg. Tankene om graviditeten og valget de sto overfor stresset dem og kom til uttrykk ved konsentrasjonsvansker og søvnproblemer.*

Uløselig dilemma

Kvinnene beskrev situasjonen som et uløselig dilemma. *Bli det rett det jeg gjør? Det er sånn i det ene øyeblikket så tenker jeg det er helt riktig. Det skal gå bra å ta abort, mens i andre øyeblikket så tenker jeg: Nei, jeg vil gjerne beholde det. Så jeg klarer på en måte ikke å finne ut hva som er riktig for meg.* Beslutningsprosessen omtalte de som slitsom, tung og krevende og at de kjente seg fortvilte. En av dem sa: *Dette her er ikke noen lett avgjørelse. Du kan ikke bare si «Det er best at vi går videre», på en måte. Dette er ikke noe man legger bort og så blir det borte.*

Klarlegging av alternativer og konsekvenser

Informantene ønsket å ta en selvstendig avgjørelse. De kartla handlingsalternativene og konsekvensene og utforsket muligheten både for abort og å få barnet. Etter å ha orientert seg på egen hånd via

Internett, sjekket de ut barnefarens reaksjoner. Alle kvinnene i denne studien oppsøkte veiledningstjenesten Amatheia for samtale om et eventuelt abortinngrep. De drøftet også muligheten for å få barnet enten alene eller i et, for flere av informantene; – uavklart parforhold. Samtidig med avklaringene veide de kontinuerlig for og imot sine egne argumenter. De forsøkte å bestemme seg for så å ombestemme seg: ...*Jeg har jo ligget veldig mange kvelder våken, ikke fått sove. Lagt meg med den tanken at nå skal jeg ha en liten en og våknet opp igjen med tanken at jeg skal ta abort.*

I beslutningsprosessen beskrev kvinnene å være opptatt av fremtiden. Hvordan ville det bli om hun valgte abort? Ville hun komme til å føle skyld og angre? Kunne hun komme til å ikke takle å se babyer, plages av tanker omkring termin dato? Og hva om venninner fikk barn i nærmeste framtid? Og hvis hun ikke kom til å bli gravid igjen? Og ved

fortsatt graviditet: Hvordan vil forholdet til barnefarens utvikle seg, og vil hun klare å være alene med et barn? Eller ønsket hun egentlig å være alenemor?

Flere skrev lister med hva som talte for og imot å ta abort eller få barnet for å sortere argumentene sine, men argumentlisten ga ikke entydig svar.

Ambivalensen, valget og lettelsen

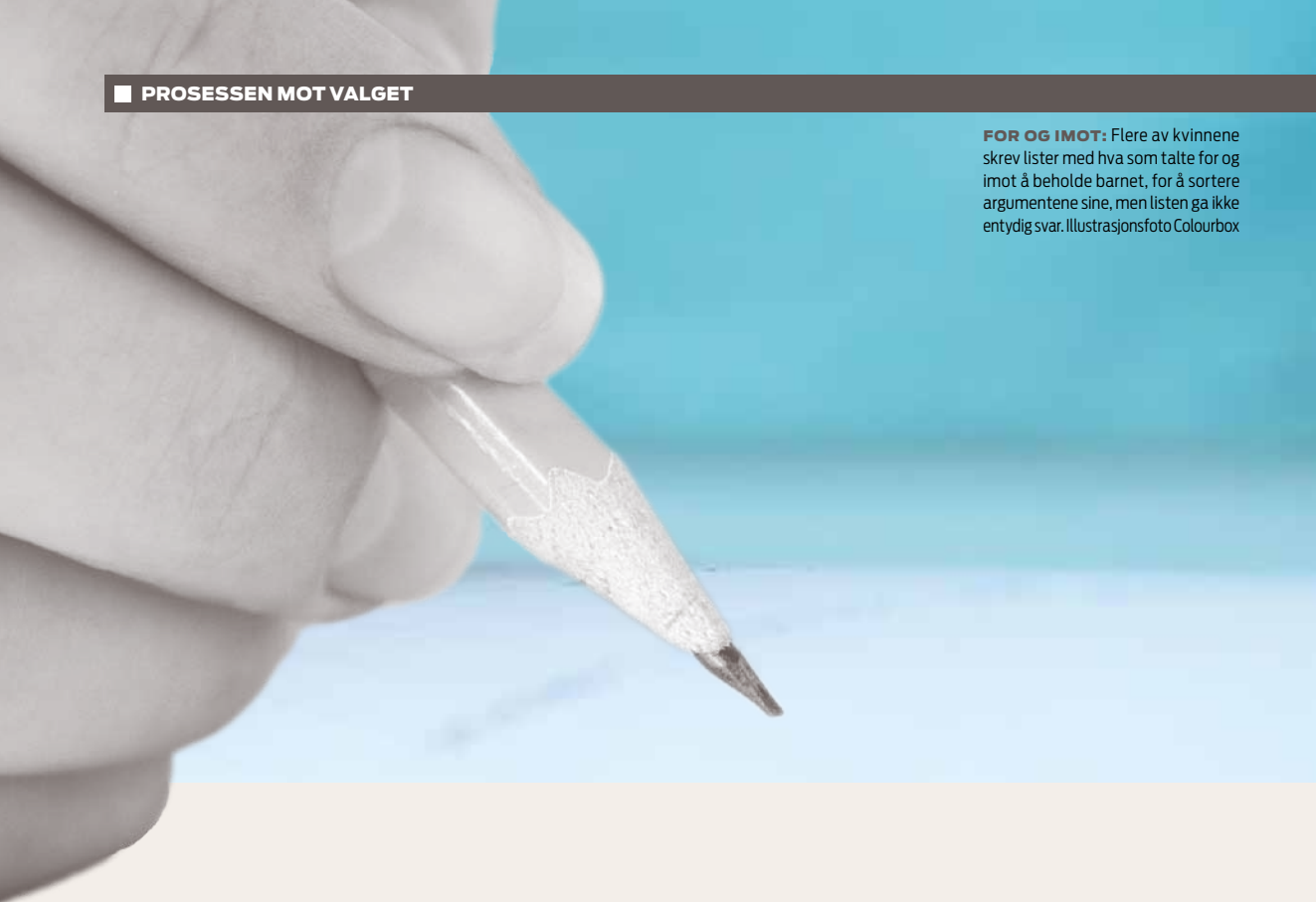
Kvinnene beskrev å være sterkt følelsesmessig påvirket i beslutningsprosessen. For å komme fram til en avgjørelse distanserte de seg til slutt fra følelsene og vektla de rasjonelle tankene. Ventetiden fra den endelige bestemmelsen om å ta abort til abortinngrepet ble beskrevet som svært belastende.

Uavhengig av om de valgte å avbryte eller fullføre svangerskapet beskrev de lettelse når valget var gjort, men følelsene kunne likevel fortsatt være blandede: *Det var faktisk litt fint å være gravid og – så lenge det varte. Og så er det, ja bare å komme seg videre*

KJØLIG FORHOLD: Noen opplever at barnets far ikke har forståelse for deres tanker og følelser når de må velge om de skal beholde barnet. Illustrasjonsfoto Colourbox



FOR OG IMOT: Flere av kvinnene skrev lister med hva som talte for og imot å beholde barnet, for å sortere argumentene sine, men listen ga ikke entydig svar. Illustrasjonsfoto Colourbox



nå liksom. Men det er litt rart å tenke. Det blir nesten sånn kynisk tenkning – fordi det er på en måte min egen avgjørelse å avbryte det da, men på den andre siden så er det også veldig fint for jeg synes rett og slett det er helt fantastisk at dette her var mitt valg og at jeg faktisk har muligheten til å velge.

Tvetydigheten i å ta et selvstendig valg

Kvinnene ønsket å få andres vurderinger av situasjonen samtidig som de ønsket å gjøre et selvstendig valg. De involverte barnefar og alle vurderte om de ønsket å åpne for sin mors tanker om graviditeten. De var spente på hvordan de ville bli møtt av helsepersonell og gjorde seg ulike erfaringer. Alle deltakerne i studien snakket med en eller flere utvalgte venninner de stolte på. Selv om venninnene kom med ulike innspill og argumenter, opplevde informantene det ikke som press i noen retning, men som bidrag til å se situasjonen sin fra ulike perspektiv. Noen opplevde tillitsbrudd og beskrev skuffelse og fortvilelse over at enkelte av de betrodde gikk videre med opplysningene.

Å involvere utvalgte nære

Alle informantene uttrykte et ønske om å gjøre et selvstendig valg uavhengig av andres mening. De beskrev seg selv som sårbare og livssituasjonen som svært privat. De forsøkte å ha kontroll over situasjonen ved å hemmeligholde graviditeten og en even-

tuell abort. Nei, så det er liksom ikke noe du føler for å gå ut med før ... du eventuelt skal få ungen da. For å ta abort føler jeg er et veldig personlig valg og en god del vil nok kanskje se ned på deg og i og med at du tar abort. Kroppslige symptom som tretthet og kvalme samtidig med valg om å avstå fra røyk og alkohol økte risikoen for å bli avslørt. Samtidig hadde de behov for å snakke om situasjonen med utvalgte nære. Å få andres synspunkt på situasjonen opplevde de støttende og berikende, men det bød også på utfordringer. Når kvinnene involverte andre ble de konfrontert med egne tanker, følelser og påvirkelighet. I en sånn situasjon hvor en er veldig sårbar og søker desperat etter å finne en løsning, så søker en veldig mye rundt seg etter det som en tenker kanskje kan være til hjelp. Men det var ikke dermed sagt at det skulle være andre sin påvirkning som skulle avgjøre mitt valg.

Barnefarens rolle

Alle valgte å involvere mannen de var gravid med. For flere av kvinnene utløste bekreftelsen av svangerskapet et behov for å avklare om forholdet til han de var gravid med var til å satse på. Forventningene til mennenes reaksjon på graviditeten var ulike, men alle ønsket å snakke med han, helst ansikt til ansikt og vektla hans innstilling og rolle i beslutningsprosessen. De hadde et ideal om å bli enige om valget og ønsket støtte. En av dem sa: *Jeg har egentlig alltid hatt lyst på unger. Jeg har kjempelyst på det, men jeg har veldig lyst*

å ha det i lag med en som jeg er i lag med og at jeg får støtte, både gjennom svangerskapet og at det skal være gledelig og alt dette her.

For flere av informantene ga valget om å involvere barnefaren i beslutningsprosessen andre konsekvenser enn forventet. For noen innebar det skuffelse og fortvilelse over manglende støtte og forståelse for hennes tanker, følelser og sårbarhet. En beskrev det slik: *Jeg forventet ikke at han skulle bli noe glad eller at han skulle hoppe i taket for dette, for all del, men jeg forventet kanskje at når han fikk tenke seg litt om at han kunne sagt at: «Vi kan snakke om det. Jeg har ikke lyst på noe barn nå, men jeg vil støtte deg i det valget du tar».* Hun konkluderte med at det var bedre både for henne og et eventuelt barn at hun avsluttet svangerskapet og dermed også forholdet til barnefaren.

En av informantene fortalte at hun møtte forståelse fra barnefaren for sin usikkerhet om hva som ble «det rette valget». Hun beskrev likevel et dilemma: Han ville ikke ha ansvaret for at hun valgte abort og hun vil ikke ha tvunget han til å bli far. Men han sa at han ville «støtte henne uansett valg». Hun opplevde at ansvaret og avgjørelsen da ble hennes alene.

Kvinnen og mannen kan ha ulike syn på hvorvidt hun skal fullføre eller avbryte svangerskapet, og begge kan være ambivalente til valget. En av informantene beskrev beslutningsprosessen som en berg og dalbane, med høy hastighet og mange følelser som hadde gått opp og ned og med overraskelser rundt stadig nye svinger og med partier med mørke tunneler. Noen av overraskelsene besto i at barnefaren hadde sin egen prosess som påvirket hennes og ga henne uventede utfordringer. Noen av kvinnene endret i løpet av beslutningsprosessen innstilling fra å være ganske sikker på at de ville fullføre svangerskapet til å velge abort. De begrunnet det med reaksjonen fra barnefaren. Kvinnenes erfaringer ga et innblikk i at det er mye som står på spill, også for barnefaren. Om det blir født et barn vil fremtiden utfordre de to til samarbeid om et felles prosjekt. På grunn av manglende støtte og for å holde fokus på sin egen vurdering av situasjonen, valgte noen av informantene å bryte all kontakt med han de var gravid med i løpet av beslutningsprosessen.

Tok stilling til om egen mor skulle involveres

Når informantene ble spurt om hvem de involverte i beslutningsprosessen, sa alle at de ønsket å snakke med sin mor, men at de fryktet at friheten til å velge selvstendig ble begrenset om de rådførte seg med henne. *For det har jo veldig mye å si hva mamma*

tenker. Så det er kanskje det at det ligger noe der da, tenker jeg... Jeg fikk en slik liten aha opplevelse at det kanskje kan være det. Jeg tror det mamma mener vil bety veldig mye for meg. Og uansett hvilket valg jeg tar så har jeg lyst til å føle at det er mitt valg. Og du vet hvordan det er: «Jammen du må gjøre det du har lyst til», sant? Også føler man at det er et aller annet som ligger der, sant?

En av informantene valgte å rådføre seg med moren, men moren ønsket ikke å uttale seg. Moren begrunnet sin manglende vilje til å diskutere situasjonen med at hun ikke ville påvirke datterens valg.

Helsepersonells forståelse og støtte av betydning

Kvinnene gruet seg til å involvere helsepersonell i situasjonen de var kommet i. De håpet på å få råd og veiledning, men var spent på om de ville bli møtt med forståelse og anerkjennelse. Erfaringene de gjorde seg var ulike. En av kvinnene beskrev å bli møtt med forståelse når hun hos fastlegen gråt og uttrykte sin fortvilelse over situasjonen hun var kommet opp i. Legen ga henne mulighet til å tenke gjennom situasjonen og stilte ikke kritiske spørsmål slik hun fryktet. En annen av informantene var svært opprørt etter møtet med fastlegen. Når hun innledet konsultasjonen med å si at hun vurderte å ta abort, men var usikker, ledet legen samtalen over på sin egen erfaring med å bli uventet gravid i studietiden og den gang valgte å fullføre svangerskapet.

«Alle var opptatt av å gjøre et selvstendig og riktig valg.»

I møte med helsepersonell på sykehuset opplevde kvinnene ny spenning knyttet til hvordan de kom til å bli møtt: *For jeg var jo usikker på hvordan jeg ville bli mottatt der. For det er en litt spesiell situasjon. Men de var veldig ok. Det er ekstra viktig i en slik situasjon hvordan man blir møtt. Og det tror jeg nok de var obs på, for de var veldig sånn ydmyke og hyggelige og ivaretagende og omsorgsfulle på alle måter. Tvilen om hva som ble det rette valget vedvarte for noen av informantene helt til «tiden var ute». En av informantene beskrev at når hun passerte 12. uke og fortsatt var gravid, så opplevdes det som at nødutgangen ble stengt. En annen av informantene tok ikke beslutningen om å fullføre svangerskapet før etter at hun hadde vært til den siste forberedende samtalen til abort på sykehuset. Selv*

om hun beskrev at hun var 90 prosent sikker på å beholde det da hun møtte til forundersøkelsen, ønsket hun å gjennomføre konsultasjonen for å ha muligheten for abort. Informanten beskrev at hun følte seg ivaretatt av sykepleieren som ikke prøvde å påvirke henne i noen retning. Når hun dagen før hun hadde avtale om abort ringte for å si at hun ikke kom til å gjennomføre inngrepet, opplevde hun det som helt uproblematisk fra den på sykehuset hun ga beskjed til.

DISKUSJON OG KONSEKVENSER FOR PRAKSIS

Funnene fra studien gir noen innspill til helsepersonells møter med ambivalente gravide. Kvinnenes erfaringer om en begrenset tid til rådighet, fasene de går gjennom i beslutningsprosessen og helsepersonells etiske utfordringer i møte med de ambivalente gravide vil videre bli belyst.

Kvinnene i studien beskrev at tiden stresset dem. Det hastet med å få kartlagt handlingsalternativene og gjøre valget knyttet til om de skulle fullføre eller avbryte svangerskapet. At Internett var en viktig kilde til kunnskap, tilsier at lett søkbar og oppdatert informasjon om svangerskap og abort er av betydning. En konsekvens av abortlovens grense for selvbestemmelse ved utgangen av 12. svangerskapsuke, er at helsetjenestene for gravide i første trimester må være lett tilgjengelige og ha kort ventetid. Dette kan by på utfordringer slik en av informantene i studien møtte når hun ønsket å diskutere situasjonen hun var kommet i med legen, men fikk time flere uker frem i tid.

«Kvinnene gruet seg til å involvere helsepersonell.»

Informantene var opptatt av å gjøre et selvstendig og «riktig» valg. På veien mot den endelige avgjørelsen, viste det seg noen faser som kan være aktuelle å kjenne til for helsepersonell som skal bistå ambivalente kvinner i beslutningsprosessen. Fasene kan oppsummeres i fem ord på A: *Alternativene*, *argumentene*, *ambivalensen*, *avveiningene* og *avgjørelsen*. De kartla *alternativene* og tenkte nøye gjennom konsekvensene av valget de sto overfor. Egen holdning til svangerskapet, kunnskapen de tilegnet seg, samspillet med dem de involverte og i særlig grad han de var gravid med fikk betydning i denne avklaringen. De *argumenterte* med seg selv og med noen nære utvalgte. De var usikre på hva som

ble det mest riktige, men forsøkte å bestemme seg og ombestemte seg. Denne opplevelsen av *ambivalens* kom til uttrykk i en dobbelthet på flere områder og viste seg i alle hovedfunnene. Til kroppen som er gravid og som hun gleder seg over, men prøver å skjule for omgivelsene og til dels for seg selv. *Ambivalensen* knyttet til «det rette valget»: Opplevelsen av at både å velge å få barnet og å ta abort kan være både rett og feil. Og til slutt: Behovet for å involvere andre. De ønsket å høre andres mening, men ville velge selv. I møte med helsepersonell hadde de en forhåpning om å bli møtt på en god måte, men med en forberedthet til fordømmelse. De beskrev å være sterkt følelsesmessig påvirket, men alle gjorde en rasjonell *avveining* og uavhengig av *avgjørelsen* beskrev de å kjenne seg lettet når valget var gjort.

Også tidligere studier har vist at å involvere sine nærmeste og helsepersonell i beslutningsprosessen ikke er uvanlig blant ambivalente kvinner (Skjeldestad 2002, Kirkman m.fl. 2009). Men hvordan kan helsepersonell bistå ambivalente gravide? Ifølge norsk lov er det kvinnen som skal treffe det endelige valget, hun er autonom. Samtidig skal hun ifølge lovens § 2 tilbys informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne (Abortloven 1978). Kvinnene i denne studien gjorde seg ulike erfaringer når de valgte å konsultere helsepersonell. Informanten som fikk legens historie presentert i stedet for mulighet til å diskutere sin egen situasjon minner oss om betydningen av å holde fokus på pasientens behov og hvilken makt helsepersonell har i møte med pasienter i sårbare situasjoner.

Sykepleier og filosof Kari Martinsen er opptatt av at helsepersonell må være klar over risikoen for å falle i noen grøfter, eller utartinger i møte med prinsippet om pasientens autonomi. Farene består i at man kan komme til å forholde seg likegyldig til kvinnens situasjon eller å overinvolvere seg (Martinsen 2003; Martinsen 2005).

Likegyldigheten kan få næring gjennom prinsippet om kvinners selvstendighet. Det kan medføre at helsepersonell ikke lytter etter hennes opplevelse av situasjonen. Kvinnene i undersøkelsen hadde behov for kunnskap, støtte og forståelse. Uten følelsesmessig involvering kan man i form av fastlagte prosedyrer informere gravide kvinner som er usikre i valget mellom abort eller å fullføre svangerskapet. Det kan være informasjon om rutiner ved abort eller rettigheter for enslige forsørgere. Men for å hjelpe i en omsorgssituasjon kreves det i tillegg til kunnskap også omtanke for kvinnen: Hvordan har hun det i

situasjonen? Hvordan er det å kjenne glede over en graviditet og samtidig være fortvilet over at han hun er gravid med venter seg fra henne? Hvordan er det for kvinnen å kjenne seg knyttet til fosteret og samtidig skulle til forundersøkelse for abort? Hvordan kjennes det å være lettet over å kunne velge abort og samtidig grue seg til å gjennomføre den? Om samtalen med kvinnen begrenses til standardisert informasjon om hennes rett til å velge, kan det betraktes som et tillitsbrudd. Kvinnen som er usikker på om hun skal avbryte eller fullføre svangerskapet blir da overlatt til seg selv med bakgrunn i ideen om selvdannelse og individualisme. Når kvinnene i denne studien henvendte seg til helsepersonell var det med en forventning om å få råd og veiledning og å bli møtt på en god måte. I møte med en gravid kvinne i første trimester må helsepersonell være oppmerksom på at hun kan være i tvil om beslutningen. At ambivalens tidlig i svangerskapet er vanlig, kan gjenspeiles i omsorgen for de gravide i form av alminneliggjøring av at man kan kjenne både glede over en uventet graviditet og uro og engstelse knyttet til et planlagt svangerskap. Når helsepersonell møter en kvinne som ønsker å samtale om situasjonen hun er kommet i, må hun stille spørsmål til hvordan kvinnen vedkommer henne. Fokus må være på; hva tjener den andre best? Det er fagpersonen som har ansvar for å tyde pasienten, skriver Martinsen. Hun kan stille spørsmål som åpner for at kvinnen kan uttrykke sin opplevelse av situasjonen og dermed hindre en utarting av omsorgen i form av likegyldighet (Martinsen 2003).

Den andre slagsiden kan komme til uttrykk ved overinvolvering. Ved at fagpersonen i en veiledningssituasjon mener å vite hva som er best for pasienten kan relasjonen bli preget av omsorgspersonens følelser og ikke pasientens. Vedkommendes ideologi og prinsipper blir da viktigere enn å involvere seg emosjonelt i kvinnens livsverden. Resultatet er at pasienten ikke får være delaktig og omsorgspersonens egen livsforståelse blir til press og overgrep (Martinsen 2005). For å unngå disse utartingene eller slagsidene i møte med de gravide i beslutningsprosessen kreves en høy bevissthet om hva som er kvinnens og hva som er veilederens holdninger og meninger. Dette kan skje ved at helsepersonell som møter mennesker i eksistensielle kriser kontinuerlig reflekterer over egen praksis. ■

Personene på illustrasjonsfotoene er ikke identiske med personene omtalt i teksten.



ULIKE ERFARINGER: Kvinnene håpet på å få råd og veiledning av helsepersonell, men var spent på om de ville bli møtt med forståelse for at de vurderte å ta abort. Erfaringene de gjorde seg var ulike. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Referanser:

1. Abortloven (1978). Lov om svangerskapsavbrudd med Endringer, Forskrift og Veiledning. Oslo, Statens trykksaksjekspeidisjon.
2. Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallet, S. and Rosenthal, D. (2009) Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health* 12:365-368
3. Kjelsvik, M. (2009) Å ha valget og selv ta avgjørelsen – Kvinnens opplevelse av beslutningsprosessen ved usikkerhet knyttet til å fullføre eller avbryte en graviditet i første trimester. En kvalitativ fenomenologisk studie. Masteroppgave i helsefag, Studieretning sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen
4. Kjelsvik, M. and Gjengedal, E. (2011) First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy – a phenomenological study. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 25 (1), 169–175.
5. Lie ML., Robson SC., May CR (2008). Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res*. 8: 150.
6. Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget.
7. Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
8. Nesheim BI. (1999) Prevensjon og aborter *Tidsskr Nor Lægeforen* 119: 177.
9. Skjeldestad, FE. (2002). *Beslutningsprosess og behov for informasjon/rådgivning blant kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd – en evaluering av intensjonene i abortloven*. SINTEF Rapport (STF78 A022505).
10. Skjeldestad, FE. (2004). *Personlige grunner for valg av svangerskapsavbrudd*. SINTEF Rapport (SINTEF A6237).
11. Tornbom, M., Ingelhammar, E., Lilja H, Svanberg, B. and Möller, A. (1999). «Decision-making about unwanted pregnancy.» *Acta Obstet Gynecol Scand* 78(7): 636–41.
12. Verdens Legeforening (WMA). *Helsinkideklarasjonen* 5. januar 2009, <http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen/index.txt/view>

Slik feiret vi oss selv

Bamsesykehus og frokostmøte var to av arrangementene da Den internasjonale jordmordagen og Den internasjonale sykepleierdagen ble markert.



Tekst **Berit Berg**, spesialrådgiver fag- og helsepolitisk avdeling Norsk Sykepleierforbund

I år markerte NSF Den internasjonale jordmordagen søndag 5. mai og Den internasjonale sykepleierdagen søndag 12. mai med en hel uke med mange ulike aktiviteter rundt omkring i NSF's 19 fylkeskontor.

Det ble utarbeidet plakater, kronikk/leserinnlegg, radioannonse, flyers, avisannonser med mer til begge kampanjedagene.

Målet med å markere Den internasjonale jordmordagen var å få gratulere jordmødrene med dagen og å fremme bevisstheten om jordmødres betydning for kvinner og barns helse i verden i dag.

Mange fikk i år besøk av NSF's tilfoldsvalgte på Jordmordagen.

7. mai markerte vi Den internasjonale jordmordagen på Hovedkontoret i NSF. Vi møttes kl 08.00 til hyggelig frokost med skikkelig jordmorkaffe. Forbundsleder Eli Gunhild By ønsket velkommen og orienterte om NSF's satsning på jordmødre. Videre gratulerte

hun jordmor Trude Hartmann Bjørndalen som vinner av prisen Årets sykepleierleder i Oslo. Dette ble fulgt opp av fylkesleder Silje Naustvik i Oslo som inviterte til fagdag med prisutdeling den 13. mai på Rikshospitalet. Trude er seksjonsleder ved Barselavdelingen på Rikshospitalet, OUS, og i tillegg er hun styremedlem i Jordmorforbundet NSF. Arrangementet på hovedkontoret var et samarbeid med fylkeskontorene i Oslo og Akershus, Jordmorforbundet NSF og NSF Hovedkontor.

Leder av Jordmorforbundet NSF Marit Stene Severinsen avsluttet dagen med å holde et innlegg om «Jordmorfaglig utøvelse i fremtiden – nasjonalt og internasjonalt».

11. og 12. mai var det et større NSF arrangement på Teknisk museum for å markere Den internasjonale sykepleierdagen hvor vi blant annet hadde etablert et bamsesykehus i samarbeid med flere faggrupper i NSF. ■



Østfold informerer

Jordmora nr. 1/2013 hadde artikler under temaet «Trygge rammer rundt naturlig fødsel». Artiklene refererte blant annet til praksis ved ABC klinikken på Ullevål, OUS, til Storken ved Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus i Bergen, Fødeloftet ved Stavanger universitetssykehus samt «Lettavdelingen» ved Akershus universitetssykehus. Dette er fire av flere avdelinger som tilrettelegger for naturlig fødsel med kontinuerlig oppfølging av jordmor.

Jordmora har fått en henvendelse fra jordmødre på Sykehuset

Østfold i Fredrikstad som vil fortelle om tilsvarende tilbud ved fødeavdelingen der. Føde- og barseltilbudet ble omorganisert i september 2004 og avdelingen var den første i landet som ble organisert i tre enheter; Spesialenhet, Normalenhet og «Fødestue B7». Fødestueenheten har vel 600 fødsler i året, og et økende antall kvinner ønsker å føde der. Ansatte jordmødre og barnepleiere argumenterer for å opprettholde dette tilbudet når nytt sykehus står ferdig i 2015.

Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Tittel: **Filosofi og jordemoderkunst**
Forfatter: **Jacob Birkler**
Forlag: **UC Vest Press, Danmark**
Anmelder: **Raija Dahlø**



Filosofi i jordmorfaget

Dansk filosof og etiker Jacob Birkler har skrevet en lettlest bok på 66 sider om filosofien i jordmorfaget. Boken er delt i tre deler: Etik og menneskesyn, Teori og praksis og Profession og identitet. Den presenterer resultatet av å anvende filosofisk metode i jordmorpraksis, og den formidler samtidig metoden som arbeidsredskap. Boken handler blant annet om den store og lille etikken, vertinnegaven, møtet med den gravide, jordmor som maieutiker, jordmor som kartograf, person og profesjon, å oppleve og utleve en god fødsel og hvem har ansvaret for min fødsel. Birkler mener at det råder en begrepsforvirring, og når vi snakker om fødsel tenker ikke den gravide alltid det samme som jordmoren. Birkler mener at fødselen har forskjellige meningsinnhold avhengig av hvem du spør. Fødselen som begrep synes å være beheftet med flertydighet: blant annet snakker vi om den naturlige fødsel, den normale fødsel, den spontane fødsel og den gode fødsel. Birkler introduserer også et nytt begrep: kompati.

Forfatteren er formann for Det Etske Råd i Danmark, utdannet cand.mag. i filosofi og psykologi og har ph.d. i medisinsk etikk. Han underviser ved jordmorutdanningen i Esbjerg.

BOKANMELDELSE

Tittel: **Survivors of childhood sexual abuse and midwifery practice.**
Forfatter: **Lis Garratt**
Forlag: **Radcliffe Publishing Ltd, UK**
Anmelder: **Raija Dahlø**



Seksuelle overgrep og jordmorpraksis

Alle jordmødrene kommer i kontakt med gravide og fødende som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen, selv om ikke alle vil fortelle til jordmoren om disse opplevelsene. Boken som Lis Garratt har skrevet, hjelper oss å få en større innsikt slik at vi kan utvikle relasjoner med disse kvinnene. Vi har også kollegaer som har overgrepsopplevelser. Boken handler også om relasjoner hvor både den fødende og jordmoren har opplevd seksuelle overgrep i barndommen og om situasjoner hvor begge opplever maktesløshet. Boken gir oss et viktig konsept til å analysere vår egen praksis og hvordan forandre den. Boken er også et eksempel på god praksis som resultat av forskning på sensitive temaer. Forskningsintervjuene ble gjort med stor sensitivitet, forskeren og kvinnen ble sett på som likeverdige deltakere; egenskaper som er like viktige i kvalitativ forskning som i klinisk praksis. Professor emeritus Mavis Kirkham har skrevet forord i boken og hun mener at ved siden av kvinnenes fortellinger har forfatteren gitt oss et nytt begrepsverktøy til å se oss selv som jordmødre.

Hud mot hud for premature barn

Er det trygt å legge barn som fødes for tidlig på en av foreldrenes bryst? Ved St. Olavs Hospital har vi praktisert dette siden 2007 og erfaringene er udelt positive. Nå gjennomføres en studie for å dokumentere effekten av kengurumetoden.



Av Laila Kristoffersen, intensivsykepleier/stipendiat, Barne- og ungdomsklinikken St. Olavs Hospital/ NTNU, Institutt for laboratoriemedisin, barne og kvinnesykdommer, Det medisinske fakultetet.

En prematur fødsel kan utløse krisereaksjoner hos foreldre (1-3) og kan medføre en belastning både for foreldre og barn. I tillegg til at en prematur fødsel ofte kommer raskt og uforberedt, står forventningene til svangerskap og fødsel i stor kontrast til hvordan svangerskapet ender. Studier som er gjort på mors reaksjon ved separasjon fra barnet rett etter fødselen beskriver følelser av blant annet tap, sorg, mangel på kontroll, bekymring og det å føle seg utenfor (3-5). En prematur fødsel fører som regel til separasjon av mor og barn, noe som igjen kan ha konsekvenser for tidlig tilknytning (6). Tidlig på syttitallet beskrev Klaus de negative konsekvensene av forlenget adskillelse av mødre og barn den første tiden etter fødselen (7), og flere studier har i ettertid beskrevet viktigheten av hud-mot-hud kontakt mellom mor og barn rett etter fødselen (8-11). Det første møtet mellom mor og barn kan beskrives som en tidlig sensitiv periode (12, 13) og i en Cochrane review av Moore med flere beskrives det at denne tiden kan representere en sensitiv periode for programmeringen av barnets fremtidige fysiologi og atferd (8). En fødsel innebærer store påkjenninger for mor og barn, og denne situasjonen er karakterisert av et høyt stressnivå (14).

Kengurumetoden

Kengurumetoden (KC), som betyr hud-mot-hud kontakt rett etter fødselen, bidrar blant annet til oxytocinfrigjøring hos mor som igjen fører til en reduksjon av blodtrykk og stresshormoner, stimulerer igangsetting av melkeproduksjon samt kan ha en innvirkning på tilknytningen mellom mor og barn

(15, 16). For barnet er hud-mot-hud kontakt med mor så tidlig som mulig etter fødselen gunstig blant annet med tanke på amming (17, 18), temperaturregulering (19, 20) og respiratorisk/sirkulatorisk stabilitet (8, 21-23). I en studie hvor terminbarn ble undersøkt for å se om hud-mot-hud (KC) rett etter fødselen hadde innvirkning på barnets evne til selvregulering og nevrologisk respons konkluderte de med at KC rett etter fødselen kunne være gunstig for å redusere barnets stressnivå relatert til bombardement av ytre stimuli i forbindelse med fødselen. Barn i KC-gruppen viste også en bedret motorisk balanse samt bedret søvnatferd (14). I Norge legges alle friske terminfødte barn på mors bryst etter fødselen, og ved St. Olavs Hospital har kengurumetoden vært praktisert for premature fra uke 32 (åtte uker før termin) siden april 2007. Kengurumetoden defineres som en metode for behandling og pleie av premature barn, og betyr hud-mot-hudkontakt mellom mor/far og det premature barnet (24). «Kengurumottak», hvor hud-mot-hud benyttes rett etter fødselen på fødestua, er en praksis som er godt etablert og som høster positive tilbakemeldinger fra foreldre og de involverte faggrupper ved nyfødt intensiv og fødeavdelingen. Preliminære funn fra pågående multisenterstudie viser at barn (født åtte til fem uker før termin) som ble lagt hud-mot-hud på fødestua rett etter fødsel har kroppstemperatur og blodsukker innen normalområdet. Forskning på bruk av kengurumetoden for premature på fødestua er få, og av eldre dato (21, 22, 25). Studiene er gjort i Sør-Afrika og Colombia, og så langt vi kan se, er det ikke gjort tilsvarende studier i Europa. Represen-

tanter for «Ekspert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care», Nils Bergman fra Sør-Afrika og Kerstin Hedberg Nyqvist fra Sverige, bekrefter ved personlig kontakt mangelen på aktuelle studier, men anbefaler likevel bruk av metoden så snart som mulig etter fødsel (26). Dette samstemmer med Verdens helseorganisasjons anbefaling om at tidlig hudkontakt mellom mor og barn rett etter fødselen er viktig for å fremme tilknytning og for å stimulere til amming (24).

Positive erfaringer

Nyfødt intensiv (NI) og fødeavdeling ved St. Olavs Hospital tok i bruk kengurumetoden på fødestua ved mottak av premature barn i april 2007. I forkant ble det utarbeidet retningslinjer som beskrev ansvarsoppgavene til de involverte faggruppene. Det ble også laget undervisning som alle involverte faggrupper deltok på i løpet av 2006-2007. Mye planlegging, tid og ressurser er investert for at dette skulle bli vellykket for foreldre og barn, samt at personalet skulle føle seg trygge og komfortable i situasjonen. Erfaringen etter å ha praktisert kengurumetoden på fødestua i seks år er udelt positive, og «kengurumottak» er blitt et nytt begrep på kvinnebarn senteret ved St. Olavs Hospital.

Studie ved St. Olavs Hospital

I forbindelse med at St. Olavs Hospital var de første i Norge som praktiserte kenguru-



TO PÅ BRYSTET: Gro Nygård fødte tvillinger før termin ved St. Olavs Hospital. Barna ble lagt til morens bryst, hvilket er vanlig praksis ved sykehuset. Foto: Irene Aga

«Studier beskriver følelser av tap, sorg, mangel på kontroll, bekymring og å føle seg utenfor.»

metoden for premature født åtte til fem uker før termin, ønsket vi å gjøre en studie hvor vi hadde mulighet til å dokumentere forsvarligheten ved innføring av ny praksis. I samarbeid med Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), Sentralsykehuset i Vestfold og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) startet NI ved St. Olav Hospital en mul-

«Mye planlegging, tid og ressurser er investert for at dette skulle bli vellykket.»

tisenterstudie med dette som formål i 2009. Studien ser på medisinske data etter fødsel, samt ernærings situasjonen i ettertid. Premature født ved Sentralsykehuset i Vestfold og ved UNN er kontrollgruppe da kengurumetoden ikke benyttes som mottaksprosedyre de to sykehusene.

I denne studien har vi valgt å undersøke om det er forsvarlig å legge barn som fødes for tidlig på mors eller fars bryst rett etter fødselen. Vi undersøker derfor om premature hvor kengurumetoden benyttes rett etter fødselen evner å opprettholde adekvat blodsukker og temperatur det første døgnet på lik linje med premature som raskt overflyttes NI. I tillegg ser vi på om det er forskjell på premature som mottas på fødestua etter kengurumetoden og premature som mottas på ordinær måte med hensyn til amming, sondeernæring eller bruk av flaske.

Studien er en kvantitativ prospektiv studie som inkluderer alle friske premature som er født fra åtte til fem uker før termin ved St. Olavs Hospital, Sentralsykehuset i Vestfold og Universitetssykehuset i Tromsø (UNN). På et standardisert skjema registreres barnets temperatur, blodsukker og ernæringsform første døgnet og under oppholdet på Nyfødt intensiv. Opplysninger om barnets vekst og ernæringsmåte blir også innhentet ved 1., 3. og 12 måneders alder. Ut i fra de medisinske opplysningene denne informasjonen gir, kan vi si noe om forsvarligheten ved bruk/ikke bruk av kengurumetoden rett etter fødselen på premature, samt om bruk av metoden påvirker barnets spisemåte opp til ett års alder.

Intervensjonsgruppen ved St. Olavs inkluderer alle premature født åtte til fem uker før termin hvor kengurumetoden benyttes på fødestua. Barn med asfyksi, kjente misdannelser og tilstander som åpen-

bares ved fødsel ekskluderes. Kontrollgruppen ved Sykehuset i Vestfold HF og UNN inkluderer alle premature født åtte til fem uker før termin som overføres direkte til nyfødt intensiv etter fødsel. Eksklusjonskriteriene de samme som intervensjonsgruppen. Det er utarbeidet et standardisert registreringsskjema som kartlegger medisinske data første døgnet. Dette fylles ut av ansvarlig sykepleier ved alle tre sykehus.

Utkommedata etter 1, 3 og 12 måneders alder innhentes av studiemedarbeidere ved hvert sykehus. En gjennomført pilotstudie danner grunnlaget for en statistisk styrkeberegning og estimerer 56/112 inkluderte barn i henholdsvis intervensjon/kontrollgruppe. Dette gir en styrke på 80 prosent.

Studien er godkjent Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge (REK Midt-Norge).

Som en forlengelse av denne studien er det startet en kvalitativ studie i regi av lektor og helsesøster Kari Gulla og lektor og jordmor Raija Dahlø ved avdeling for sykepleierutdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. De inviterer mødre som har fått barnet lagt på brystet rett etter fødselen til fokusgruppeintervju hvor mors opplevelser står i fokus.

Bruk av kengurumetoden rett etter fødselen blir altså belyst både kvantitativt og kvalitativt. Studiene er en del av forfatterens doktorgradsprosjekt og resultatene vil bli publisert i et internasjonalt medisinsk tidsskrift. ■

Refranser:

1. Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003 Sep;88(5):F400-4.
2. Singer LT, Fulton S, Kirchner HL, Eisengart S, Lewis B, Short E, et al. Longitudinal predictors of maternal stress and coping after very low-birth-weight birth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010 Jun;164(6):518-24.
3. Shaw RJ, Deblois T, Ikuta L, Ginzburg K, Fleisher B, Koopman C. Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics.* 2006 May-Jun;47(3):206-12.
4. Shah PE, Clements M, Poehlmann J. Maternal resolution of grief after preterm birth: implications for infant attachment security. *Pediatrics.* 2011 Feb;127(2):284-92.
5. Nystrom K, Axelsson K. Mothers' experience of being separated from their newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002 May-Jun;31(3):275-82.
6. Roller CG. Getting to know you: mothers' experiences of kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005 Mar-Apr;34(2):210-7.
7. Klaus MH, Jerauld R, Kreyer NC, McAlpine W, Steffa M, Kennel JH. Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *N Engl J Med.* 1972 Mar 2;286(9):460-3.
8. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Data-*



- base Syst Rev. 2012;5:CD003519.
9. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact.* 2010 May;26(2):130-7.
 10. Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011 Jan;100(1):79-85.
 11. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet.* 1990 Nov 3;336(8723):1105-7.
 12. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth.* 2009 Jun;36(2):97-109.
 13. Mehler K, Wendrich D, Kissgen R, Roth B, Oberthuer A, Pillekamp F, et al. Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants? *J Perinatol.* 2011 Jun;31(6):404-10.
 14. Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2004 Apr;113(4):858-65.
 15. Uvnäs-Moberg K. The oxytocin factor, tapping the hormone of calm, love and healing. 2011.
 16. Okabe S, Nagasawa M, Mogi K, Kikusui T. The importance of mother-infant communication for social bond formation in mammals. *Anim Sci J.* 2012 Jun;83(6):446-52.
 17. SECTION ON BREASTFEEDING. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012 Mar;129(3):e827-41.
 18. Nyqvist KH. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants *Acta Paediatr.* 2008 Jun;97(6):776-81.
 19. McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;3:CD004210.
 20. WHO. Thermal protection of the newborn: a practical guide: Department of Reproductive Health and Research (RHR) World Health Organisation; 1997.
 21. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr.* 2004 Jun;93(6):779-85.
 22. Ludington-Hoe SM, Anderson GC, Simpson S, Hollingsead A, Argote LA, Rey H. Birth-related fatigue in 34-36-week preterm neonates: rapid recovery with very early kangaroo (skin-to-skin) care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1999 Jan-Feb;28(1):94-103.
 23. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(3):CD002771.
 24. WHO. Kangaroo mother care - a practical guide. Geneva: Department of Reproductive Health and Research; 2003.
 25. Ludington-Hoe SM, Anderson GC, Simpson S, Hollingsead A, Argote LA, Medellin G, et al. Skin-to-skin contact beginning in the delivery room for Colombian mothers and their preterm infants. *J Hum Lact.* 1993 Dec;9(4):241-2.
 26. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatr.* 2010 Jun;99(6):820-6.


Årets nye utgaver



Lurer du på hvordan du kan få bøkene eller har du tips til hvordan vi kan gjøre innholdet bedre? Da hører vi svært gjerne fra deg. Kontakt oss på babyverden@sandviks.com

Dersom du ønsker å få bøkene tilsendt, ta kontakt med: kundeservice@sandviks.com. Tlf. 51 44 00 80



 Sandviks tilbyr veiledning gjennom Babyverden.no, Familieverden.no og rett bok til rett tid gjennom Goboken.no. Eller sagt på en annen måte: Vi hjelper barn og foreldre å utvikle seg sammen. Sandviks - Enriching young minds. www.sandviks.com



Kall det hel

På grunn av uro i befolkningen, grunnet ulik praksis ved landets fødeavdelinger, satte Helsedirektoratet i 2011 ned en komité. De midlertidig gjeldende retningslinjene som ble utarbeidet, gir i dag de gravide et likelydende tilbud om kontroll når de har passert TUL (termin ultralyd) med en uke. I skrivet fra Helsedirektoratet kaller man kontrollen en uke etter TUL for uke 41 kontrollen. I praksis betegnes denne kontrollen av svært mange som overtidskontroll.

De gravide er, per dagens definisjon, ikke overtidig før etter 294 dager eller uke 42+0 ifølge e-snurra. Å kalle og å kode denne kontrollen for overtidskontroll blir definisjonsmessig feil. Det ligger mye skremsel og patologi i ordet overtid. Det skremmer unødvendig når ordet overtid knyttes til en kontroll der en definisjonsmessig ikke er overtidig.

Trivselskontroll

En av våre leger hadde, fra det sykehuset han arbeidet på tidligere, med seg betegnelsen «trivselskontroll» som beskrivelse av denne kontrollen. Å innlede samtalen med at «nå skal vi sjekke om barnet ditt trives der det er, før vi konkluderer med hva vi planlegger videre» er positivt både for de gravide og for oss som kontrol-

ler trivselskontroll

Trivselskontroll er et hyggeligere navn på overtidskontroll. Det skremmer unødvendig når ordet overtid knyttes til en kontroll der den gravide ikke er overtidig.

lerer. «Det var en koselig beskrivelse,» har jeg hørt flere gravide uttrykke ved bruk av «trivselskontroll».

Da har det også blitt lettere for den gravide å fortsette svangerskapet de få dagene som gjenstår til de blir overtidige. Dersom det foreligger grunn for det blir det selvfølgelig aksjonert og sørget for forløsning på aktuelle indikasjon.

«Det ligger mye skremsel og patologi i ordet overtid.»

Bevisst ordbruk

Det er makt i ord. La oss som jordmødre ha et kontinuerlig og bevisst fokus på bruk av ord og begreper generelt – og i denne saken la være å bruke uttrykket overtidskontroll – flere dager før den gravide per definisjon er overtidig.

Vi som jordmødre bør, oppi alt fokus på jakt etter patologi, prøve å styrke fødekvinnen og det normale ved svangerskap og fødsel – i denne saken med å være oss bevisst vårt ordbruk. ■

Uke 41 kontrollen

I påvente av revisjon av Norsk gynekologisk forenings (NGF) veileder i fødselshjelp, som skal utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, anbefaler Helsedirektoratet følgende punkter til praksis.

Overtid defineres som graviditet > 294 dager (= WHO definisjon).

Alle gravide får tilbud om uke 41-kontroll i spesialisthelsetjenesten 7–9 dager over TUL eller nærmeste virkedag som er praktisk gjennomførbar for kvinnen og tjenesten.

Ved dette tidspunkt gjøres en klinisk vurdering med blant annet ultralydundersøkelse (inkluderer føtometri og estimering av fostervannsmengde), CTG-undersøkelse, vanlig svangerskapskontroll, og eventuelt vaginal undersøkelse og hinneløsning.

Kvinnen bør anbefales induksjon framfor videre oppfølging etter uke 41 kontrollen ved:

- Ultralydestimert fosterstørrelse < 10 percentilen eller vekstavvik mer enn minus 15 prosent.
 - Redusert fostervannsmengde (AFI < 5 cm eller dypeste lomme < 2 cm).
 - Mors alder >35 år for førstegangsfødende.
 - Pregravid BMI >30.
 - TUL mer enn 14 dager senere enn en «antatt sikker» termin Naegele.
 - Andre risikofaktorer bør vurderes individuelt (f.eks. etnisitet, sosiale faktorer og obstetrisk sykehistorie).
- I forbindelse med undersøkelsen bør det legges en plan for videre oppfølging. Det tilstrebes at alle induksjoner bør være påbegynt seinest på dag 294. Kvinnens ønsker vektlegges i den totale vurderingen, også hvis de ikke ønsker induksjon.

Kilde: helsedirektoratet.no



Av Ingebjørg Laache, jordmor ved St. Olavs Hospital i Trondheim



Bli medlem i Jordmorforbundet NSF

Jordmorforbundet NSF er en møteplass for fag- og kunnskapsutveksling. Vi arbeider for å styrke faglig identitet og tilhørighet gjennom å skape faglige møteplasser og et inspirerende nettverk for jordmødre lokalt og sentralt. Vi gir politiske innspill om utdanning, kliniske spørsmål og utvikling av jordmorfaget. Vi følger jordmorfagets utvikling for å sikre fagets identitet og bidrar til anvendelse og formidling av forskning og erfaring. Jordmorforbundet NSF har lokalgrupper i hele landet, NSF's Fylkeskontorer i alle fylker og et meget godt utbygd nettverk av tillitsvalgte. Les mer om oss på www.jordmorforbundet.no og følg oss på facebook: *Jordmorforbundet NSF*.

Medlemsfordeler

Som medlem i Jordmorforbundet NSF har du tilgang til Norsk Sykepleierforbunds gunstige forsikringsordninger, rabattavtaler, faglige fordeler, godkjenningsordninger, stipendmidler, juridisk bistand og en stor organisasjon med mer enn 3000 tillitsvalgte som ivaretar dine lønns- og arbeidsvilkår.

Du får medlemsrabatt på Jordmorforbundets fagkonferanser og nasjonale konferanser i regi av NSF.

Du får tilsendt tidsskriftet *Jordmora* tre ganger i året. Tidsskriftet *Sykepleien* kommer med 14 utgivelser i året og *Sykepleien Forskning* utgis fire ganger hvert år.

Hvem kan bli medlem?

- Jordmorforbundet NSF er faggruppen for jordmødre i Norsk Sykepleierforbund.
- NSF er landsomfattende fagorganisasjon for sykepleiere og jordmødre med norsk autorisasjon.
- Ekstraordinært medlemskap gis sykepleiere og jordmødre med utdanning fra andre land for den perioden de avventer og/eller kvalifiserer seg for norsk autorisasjon
- Medlemskap i Jordmorforbundet NSF forutsetter at du er medlem i NSF.
- Jordmorstudenter har gratis medlemskap i NSF og Jordmorforbundet NSF under utdanningen og ett år etter avsluttet utdanning.

Kontakt NSF's Medlemstjenester på tlf. 02409 eller send en melding til jordmor@sykepleierforbundet.no



Generalforsamling og fagkonferanse

Sett av dagene 19. – 20. september 2013 for å delta på Generalforsamling og fagkonferanse på Quality Hotel Expo på Fornebu utenfor Oslo.

Vi planlegger to innholdsrike dager. Jordmorforbundets medlemmer skal stake ut politikk og satsingsområder for de neste to årene – det er viktig at alle engasjerer seg.

Jordmorforbundet NSF inviterer alle jordmorkolleger til fagkonferansen som følger etter Generalforsamlingen. Programkomiteen er kommet langt i planlegging av det faglige programmet og flere aktuelle temaer løftes opp. Tema for fagkonferansen er Jordmor i praksis – kvalitet og kontinuitet:

Påmeldingen åpner i mai, og oppdatert informasjon om det faglige og sosiale programmet publiseres fortløpende på Jordmorforbundets nettside og på Facebook. Vi oppfordrer medlemmer i Jordmorforbundet NSF til aktivt å bruke muligheten til å søke NSF's stipendordning for kurs- og konferansestøtte. Følg med på nettsidene!

www.jordmorforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no

19. SEPTEMBER		Med forbehold om endringer
10.00 – 16.00	Generalforsamling	
16.30 – 18.00	Innledning av fagkonferansen Den danske filosof, forfatter og foreleser Jacob Birkler innleder fagkonferansen ved å forelese over et sett ulike etiske problemstillinger i jordmødrenes dagligliv.	
20.00 –	Festmiddag med underholdning	
20. SEPTEMBER		
09.00 – 15.00	Faglig program Dagen vil bli delt opp i plenum og parallelle sesjoner fordelt på følgende temaer:	
	<ul style="list-style-type: none"> · Proaktiv fødsel · Bruk og misbruk av oxytocin · Sen avnavling · Jordmødres holdning til epidural · Trygge hjerter - trygge mammaer · Mødre dødelighet i Norge · Tidlig livs samtale - om rus og røykevaner · De nye barselretningslinjene 	



Følg oss på Facebook

Hold deg oppdatert. På facebooksidene til Jordmorforbundet NSF får du nyheter som angår deg, informasjon om kurs og mye annet.

Spør en jordmor om

Både jordmødre og gravide kan få nyttige opplysninger om revmatisme hos kompetansetjenesten i Trondheim.

Tekst **Tone Størseth Moksnes**, jordmor ved Nasjonal Kompetansetjeneste for Svangerskap og Revmatiske sykdommer



GIR INFORMASJON: Artikkelforfatteren Tone Størseth Moksnes er utdannet jordmor og jobber ved Nasjonal Kompetansetjeneste for Svangerskap og Revmatiske sykdommer. Hun har jobbet ved revmatologisk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim og som barselsykepleier. Hun tar videreutdanning i revmatologi ved Universitetet i Nordland.

Nasjonalt Kompetansetjeneste for Svangerskap og Revmatiske sykdommer (NKS), i Trondheim er en tjeneste som har fokus på revmatisk sykdom, svangerskap og småbarnstid. Tjenesten fikk nasjonal status fra 1. januar 2012. Tjenesten er tilknyttet revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital.

Informasjon og veiledning

NKS sitt hovedmål er å gi informasjon og veiledning til kvinner og menn med revmatisk sykdom og deres pårørende, som planlegger et svangerskap eller har små barn.

Pasienter som har leddgikt, ankyloserende spondylitt, psoriasisleddgikt, barneleddgikt, SLE eller annen revmatisk sykdom, og har spørsmål om svangerskap, bruk av medisiner under svangerskap, amming eller om barnestell, kan henvende seg direkte til NKS.

Videre ønsker senteret å bistå helsepersonell med råd vedrørende spesielle problem kvinner med revmatisk sykdom har i forbindelse med svangerskap, fødsel og småbarnstid. Det legges også stor vekt på forskning og fagutvikling, og det drives forskning på svangerskap, fertilitet, medikamentbruk, mestring av småbarnstid og livskvalitet.

NKS bygger på professor Monika Østensens mangeårige forskning omkring svangerskap og revmatisk sykdom og revmatolog Johan Fr. Skomsvoll og Marianne Wallenius sin videreføring av dette arbeidet. Pasienter, helsepersonell og andre tar direkte kontakt med kompetansetjenesten per brev, telefon, besøk eller e-mail. Man trenger ingen henvisning. Yngre kvinner og menn som er innlagt i Revmatologisk avdeling eller kommer til poliklinikken får tilbud om samtale med sykepleiere ved kompetansetjenesten.

NKS er bestående av sykepleiere, jordmor og revmatologer og har også

et tett samarbeid med fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom som også er tilknyttet det tverrfaglige tilbudet som finnes ved revmatologisk avdeling. I tillegg har vi et nært samarbeid med Nasjonalt Senter for Fostermedisin. Ofte er det også aktuelt å samarbeide med for eksempel øyelege, nefrolog, kardiolog og obstetrikker for å nevne noen. I tillegg er føde/barselavdeling og helsestasjonen også naturlige kontaktpunkter i vårt arbeid.

Databasen RevNatus

RevNatus er en database for forskning på svangerskap hos pasienter med revmatiske sykdommer. Databasen driftes av NKS. Den har godkjenninger av REK og Datatilsynet. Pasientene gir skriftlig samtykke til registreringen. Dette er den eneste kjente databasen omkring gravide revmatikere som registrerer både artritt-, bindevevs- og vaskulittsykdommer. Man registrerer data før svangerskap, en gang hvert trimester, 6 uker etter fødsel samt 6 og 12 måneder etter fødsel. Foreløpig er det 12 ulike institusjoner rundt om i landet som registrerer data inn til RevNatus. Målet med databasen er å være kilde til forskning og kvalitetsutvikling.

Biobank

Det er også opprettet en ny biobank på sykehuset. Forskning på biologisk materiale samlet fra gravide kvinner med revmatisk sykdom, er vesentlig

revmatisme

for forståelsen av hvordan sykdommen kan påvirkes enten i positiv eller i negativ retning. I tillegg er det nødvendig å finne ut hvilken innflytelse nødvendig behandling har på selve svangerskapet og fosteret. Ved biobanken samler vi inn materiale (blodprøver, urinprøver, morsmelk, placenta, navlestrengsblod) fra pasienter som følges opp av NKSJ. Hensikten er å bygge opp et lager av biologisk materiale som kan brukes til forskning på revmatiske sykdommer og svangerskap. Man ønsker å etablere dette lageret som en del av Regional forskningsbiobank Midt-Norge. En slik samling av biologisk materiale vil legge grunnlaget for en rekke delprosjekter vedrørende kvinner med inflammatorisk revmatisk sykdom eller bindevevs sykdommer i fertil alder.

Kort om revmatisme

Revmatisme er noe langt mer enn litt vondt i ryggen – det er en samlebetegnelse for de om lag 200 forskjellige revmatiske sykdommene som finnes. Disse sykdommene omtales ofte som muskel- og skjelettsykdommer. Revmatisme kan også angripe muskler og senefester, huden, lungene, slimhinner og andre organer. Hele 300 000 nordmenn har fått stilt en revmatisk diagnose og nesten hver eneste norske familie er berørt av en revmatisk plage. Revmatisme er den vanligste årsaken til at nordmenn oppsøker lege og revmatikere utgjør den største gruppen sykmeldte og ufø-

retrygdede. Mange revmatikere har store smerter, men det er også viktig å påpeke at veldig mange lever gode liv som revmatikere. De fleste revmatiske diagnoser er kroniske og medfører stivhet og smerter i ledd og muskler.

Trenger man en kompetansetjeneste?

Revmatisk sykdom og svangerskap interagerer med hverandre (Klareskog, Saxne, & Enman, 2005). Derfor er det viktig at en kvinne som har en revmatisk sykdom får informasjon om viktigheten

«Godt planlagte svangerskap reduserer risikoen for uønskete hendelser.»

av å planlegge et eventuelt svangerskap og at sykdommen bør være i en rolig fase når man går inn i et svangerskap. Det er kanskje behov for justering av medisiner i forkant. Enkelte medisiner må seponeres i god tid før graviditet. Det samme gjelder for menn med revmatisk sykdom som planlegger barn sammen med sin partner. Dette er viktig for å kunne oppnå best mulig utfall hos både mor og foster (Koksvik, 2011).

Svangerskap hos de med kroniske sykdommer, deriblant revmatiske sykdommer, klassifiseres som risikosvangerskap og skal følges i spesialhelsetjenesten.

Ta kontakt

Kontakt NKSJ på e-post: nksr@stolav.no eller på telefon: 72 82 64 17 for både spørsmål og eventuelt ønske om mer informasjon.
På nett: www.revma.org

Når kvinner og menn i fertil alder med revmatisk sykdom er på kontroll hos revmatolog skal svangerskap alltid være et tema. Dette for å kunne planlegge i god tid – noe som er vesentlig for utfall av et eventuelt svangerskap.

Før svangerskapet er planlegging et viktig stikkord og da spesielt ved bindevevs sykdommer. Det er viktig at sykdommen er i en rolig fase. Kanskje er det behov for medikamentjusteringer. Kanskje må man skifte til en medisin som kan brukes under svangerskap. Av

Vanlige spørsmål

Dette lurer pasienter og helsepersonell på:

Medikamenter utgjør en stor del av spørsmålene. Før, under og etter svangerskap. Hvilken effekt kan medikamentet ha på fosteret? Hva skjer med sykdommen dersom man må slutte? Sykdommens effekt på svangerskapet. Svangerskapets effekt på sykdommen. Finnes det medisiner man kan bruke under svangerskap? Fødsel. Mange lurer på om de kan forløses vaginalt? Amming? Prevensjon. Adopsjon. Fertilitet/Infertilitet. Trygderettigheter. Barnestell/ praktiske råd.

og til må mors risiko for oppbluss vurderes opp mot eventuell risiko for uønsket effekt hos foster og/eller svangerskap. Godt planlagte svangerskap reduserer risikoen for uønskete hendelser og bedre svangerskapsutfall. Og for oss ved NKS er det av stor betydning at vi kommer i kontakt med disse pasientene før de blir gravide. Vi kommer tett på dem og følger dem gjerne fra planleggingsfasen, gjennom hele svangerskapet og et stykke ut i småbarnsperioden. Vi får ofte beskjed nesten samme dag som de tester positivt

på graviditets-

ten. Og som jordmor er det en unik opplevelse å få være så tett på gjennom hele denne spennende fasen med disse pasientene. Foreldre med revmatisk sykdom støter ofte på utfordringer som er ukjente for friske (Koksvik, 2011). Gjennom å styrke pasientens innsikt i hvilke utfordringer de kan forvente å møte på gjennom svangerskapet, fødselen og i tiden som småbarnsforeldre kan man lede dem mot økt mestringsevne.

I et svangerskap er det mange fysiologiske endringer som skjer. Ofte kan det være vanskelig å skille om det er «normale» forandringer som følge av svangerskapet eller om det er økt sykdomsaktivitet (Brunstad & Tegnander, 2010; Klareskog et al., 2005). Svangerskap hos kvinner med revmatisk sykdom regnes som risikosvangerskap. Angst og usikkerhet er karakteristiske følelser hos dem som gjennomgår risikosvangerskap. De er mer sårbare og maktesløse enn kvinner som gjennomgår et normalt svangerskap (Behruzi et al., 2010).

Dersom man imøtegår disse kvinnene og deres partnere på deres behov for informasjon

og omsorg og greier å se menneskene til tross for risikofaktorer og komplikasjoner, viser det seg at disse kvinnene også føler seg som «normale» gravide (Behruzi et al., 2010). Som jordmor ved NKS støter

jeg på mange utfordringer i mitt møte med kvinner og menn med revmatisk sykdom. Jeg kommer tett på disse kvinnene og mennene i en viktig fase av deres liv, hvor det er store endringer (Brodén, 2007). En av de viktigste utfordringene for meg er å se hele mennesket, ikke bare diagnose og risikofaktorer.

Samarbeid og oppfølging

I et svangerskap hos en revmatiker kan det ofte være sammensatte utfordringer som følge av sykdommen som krever et tverrfaglig kontrollopplegg gjennom svangerskapet. Helst bør de aktuelle fagpersonene møtes i forkant av et eventuelt svangerskap hvor man forventer komplikasjoner for å kartlegge, planlegge oppfølging og behandling og eventuelt forløsning. Og pasienten og dens pårørende deltar også i disse tverrfaglige møtene.

Svangerskap

Hvilken oppfølging man planlegger underveis i svangerskapet avhenger av hvilke utfordringer som forventes. Og man skiller da mellom de ulike diagnosene. Som et eksempel vil omtrent 75 prosent av de med RA (leddgikt) oppleve markant bedring av symptomene under graviditeten, de fleste i løpet av de første tre månedene. Bedringen varer som regel hele svangerskapet. Cirka 20 prosent av de med RA opplever ingen bedring og rundt fem prosent opplever en forverring. De fleste kvinner opplever økt sykdomsaktivitet etter fødsel. Omkring fire måneder etter fødsel opplever cirka 40 prosent en symptomforverring. Denne forverringen vedvarer som regel ikke og ett år etter fødsel er de fleste med RA på samme nivå som de var før de ble gravid (de Man, Dolhain, van de Geijn, Willemsen, & Hazes, 2008; Koksvik, 2011). Her vil jeg understreke at de ulike revmatiske diagnosene opptrer forskjellig. Hvordan de ter seg finnes beskrevet i vår metodebok som ligger elektronisk på www.revma.org.

BEDRE, SÅ VÆRRE: Mange revmatikere opplever en markant bedring av symptomene under graviditeten, og økt sykdomsaktivitet etter fødsel. Illustrasjonsfoto Colourbox

Forløsning

Når det gjelder forløsning er en revmatisk sykdom i utgangspunktet i seg selv intet hinder for vaginal forløsning. Men dersom man for eksempel har dårlig fungerende hofteproteser, avstivet rygg eller lignende kan en vaginal forløsning by på utfordringer. Dette vurderes underveis av obstetrikere i de tilfeller det er nødvendig. Også for de som har nakkeaffeksjon

tips, samliv og seksualitet, kommunikasjon m.m.

Samliv

I en travel hverdag med omsorg for barn, husarbeid, fritidsaktiviteter og kanskje yrkesliv, kan det i perioder være lett å glemme at man var et kjærestepar før man ble foreldre. De fleste finner ut at det å bli foreldre er en krevende oppgave.

«Økt sykdomsaktivitet er en ekstra belastning på forholdet.»

kan en eventuell akutt forløsning med keisersnitt bli problematisk på grunn av vanskeligheter med intubering i forbindelse med narkose. Dette er viktig å ha med i betraktning i forkant av en fødsel.

Post partum

Tiden etter fødsel er også ei uforutsigbar tid hvor mange opplever forbigående oppbluss av sykdommen sin de første tre til seks månedene. Generelt vil de oppleve symptomene som mer belastende enn før svangerskapet fordi de nå også har et barn å ta hånd om. Når det gjelder behandling etter fødsel må man hos hver enkelt vurdere fordeler og ulemper ved amming sett i forhold til sykdomsaktiviteten, da noen av medikamentene ikke er forenlig med amming. Men det er også mange ulike medikamenter som kan brukes selv om man ammer.

Samtalegrupper

Etter hvert som barnet blir eldre, endrer utfordringene seg for foreldre med revmatisk sykdom. Som en del av lærings og mestringstilbudet ved St. Olavs Hospital arrangerer NKSR samtalegrupper for småbarnsmødre med revmatisk sykdom i samarbeid med to likemenn ved Norsk Revmatikerforbund. Det er et tilbud som går parallelt med skoleåret med møter omtrent en gang i måneden med aktuelle temaer som for eksempel sykdomslære, kost – ernæring, sorg og kriser, praktiske

Og for mange revmatikere er økt sykdomsaktivitet ofte en ekstra belastning på forholdet. Kroniske smerter, vonde ledd og en stadig følelse av å være trøtt kan virke nedbrytende på krefter og humør. Mange nybakte foreldre, med eller uten en revmatisk sykdom, opplever samlivet som ekstra utfordrende.

Jordmor ved NKSR

Jordmor har selvstendige konsultasjoner med både gravide og ikke-gravide. Og da kombineres den «reumatologiske» konsultasjonen med vanlig svangerskapsomsorg. De kvinnene som hører til i vår region får tilbud om å ha sine «vanlige» svangerskapskontroller samtidig som de får oppfølging for sin revmatiske sykdom. Kontinuitet er et nøkkelord for å skape trygghet og tillit og redusere antall involverte i den grad det lar seg gjøre. Det er spesielt viktig for meg som jordmor å fokusere på det «normale» aspektet av denne fasen av livet for disse kvinnene, hvor sykdom og komplikasjoner ofte naturlig nok vies stor oppmerksomhet. De skal jo tross alt bli foreldre de også.

Jordmor er naturlig deltakende i tverrfaglig forum.

Ellers består arbeidsoppgavene av dataregistrering i RevNatus, lab. arbeid i forbindelse med Biobank, ansvarlig for mødregruppe, undervisning, stu-

dier, publikasjoner, rådgivning, både til pasienter og helsepersonell. Sannsynligvis vil man se flere svangerskap med kompliserte forløp på grunn av bedre teknikker med assistert befruktning og mer kunnskap om trygg behandling av revmatiske sykdommer basert på internasjonal konsensus og data, slik at enda flere revmatikere enn før blir bedre i stand til å gå inn i svangerskap.

Ellers av aktiviteter ved NKSR tilbyr vi bassengtrening for gravide revmatikere i regi av fysioterapeut tilknyttet revmatologisk avdeling, vi blogger; <http://www.stolav.no/no/Aktuelt/Nyheter/PulsenBlogg/Hvem-hva-hvor/>, har egen nettside; www.revma.org. Vil igjen nevne metodeboken i revmatiske sykdommer og svangerskap som ligger elektronisk tilgjengelig som oppslagsverk med anbefalinger som bygger på internasjonal konsensus.

NKSR er også i gang med å planlegge en internasjonal tverrfagligkonferanse for svangerskap og revmatiske sykdommer som skal avholdes i Trondheim i september 2014.

Viktige oppgaver for en nasjonal kompetansetjeneste er blant annet å bygge opp og formidle kompetanse og å drive utadrettet virksomhet i form av undervisning. Så det bare å ta kontakt. ■

Referanser:

- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., Leduc, N., & Misago, C. (2010). Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos*, 13(1), 49–58. doi:10.1007/s1019-009-9220-0
- Brodén, Margareta. (2007). *Graviditetens muligheter: en tid hvor relasjoner skapes og utvikles*. København: Akademisk Forlag.
- Brunstad, Anne, & Tegnander, Eva. (2010). *Jordmor-boka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Akribe.
- de Man, Y. A., Dolhain, R. J., van de Geijn, F. E., Willemssen, S. P., & Hazes, J. M. (2008). Disease activity of rheumatoid arthritis during pregnancy: results from a nationwide prospective study. *Arthritis Rheum*, 59(9), 1241–1248. doi:10.1002/art.24003
- Klareskog, Lars, Saxne, Tore, & Enman, Yvonne. (2005). *Reumatologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Koksvik, Hege Svean. (2011). *Mor og far med revmatisk sykdom*. Trondheim: St. Olavs Hospital.

Årets sykepleierleder

Trude Hartmann Bjørndalen er årets sykepleierleder i Oslo.

Vi i landsstyret vil gratulere Trude Hartmann Bjørndalen, seksjonsleder på barselavdelingen ved Rikshospitalet, OUS. Trude ble kåret av NSF Oslo til vinner av Årets sykepleierlederpris. Trude er ved siden av å være en flott leder også styremedlem i Jordmorforbundet. Jeg har selv vært så heldig å ha Trude som min leder. Hun viser stor faglig tyngde, og døra er alltid på gløtt. Hun er en tilstedeværende leder, og nettopp det er viktig for at en føler seg sett som individ i en travel arbeids- hverdag. Denne prisen er deg velfortjent Trude.

Gratulerer så mye.

På vegne av landsstyret i
Jordmorforbundet NSF
Marit S. Severinsen



Nasjonal statuskonferanse om screening og intervensjoner i svangerskapet; Trondheim 26. – 27. september 2013

Samhandling til barnets beste – Hvordan kan svangerskapsomsorgen hjelpe voldsutsatte kvinner og det ufødte barnet

Kunnskapsstatus

Vold og overgrep mot gravide og konsekvenser for barnet. Hvordan forholder dagens svangerskapsomsorg seg?

Utfordringer og tiltak

Hvor er kunnskapshullene? Hva kan gjøres for kvinnen og barnet?

Konferansen er et samarbeid mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag, NTNU og St. Olavs Hospital HF

Mer informasjon vil etter hvert legges ut på våre nettsider



Kunnskapen du trenger



Vi søker prosjektleder for jordmorsatsingen

Det er ledig stilling som prosjektleder for jordmorsatsingen i Norsk Sykepleierforbund (NSF), 50 % engasjement (01.08.2013 – 31.12.2015)

Engasjementet er tilknyttet fag- og helsepolitisk avdeling i NSF. Avdelingen består i dag av 19 høykompetente medarbeidere som blant annet arbeider med spørsmål knyttet til sykepleierutdanningene, forskning, eHelse, psykisk helse og rus, innovasjon og tjenesteutvikling i kommunene, kvalitet og utvikling i spesialhelsetjenesten og jordmørtjenesten. I samarbeid med Jordmorforbundet NSF skal prosjektlederen tydeliggjøre NSF's politikk som har betydning for jordmødre og jordmorutdanning. Målet er at NSF skal bli et attraktivt fagforeningsvalg for jordmødre.

Til engasjementet søker vi en selvstendig, samhandlende og strukturert prosjektleder som er god på pedagogikk og kommunikasjon. Kandidater bør ha erfaring fra personal- og prosjektledelse, påvirknings- og utredningsarbeid og evner til innovativ og helhetlig tenkning. En offensiv og selgende personlighet er å foretrekke.

Spørsmål rettes til fagsjef Kari E. Bugge, tlf. 41433530 eller e-post: kari.elisabeth.bugge@sykepleierforbundet.no.

For fullstendig stillingsutlysning og opplysning om søknadsadresse: www.sykepleierforbundet.no og www.jobbdirekte.no/sykepleierforbundet

Søknadsfrist 21. mai 2013

Jordmødre til Tanzania



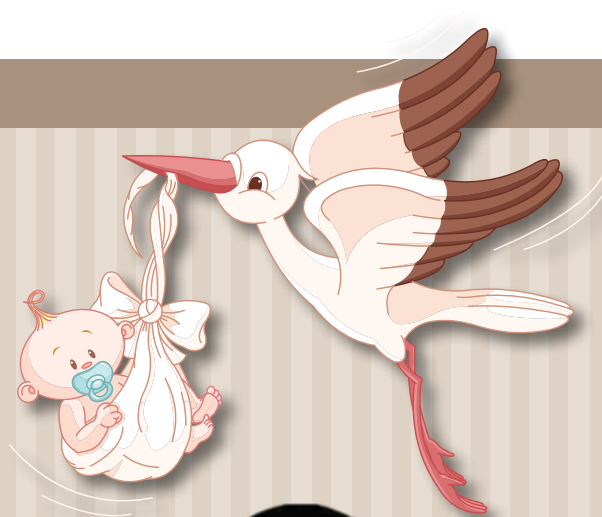
NSF søker solidaritetssykepleiere – og jordmødre til Tanzania. NSF har i en årrekke samarbeidet med Tanga International Competence Center – TICC i Tanga. TICC er et regionalt kompetansesenter for læring og har engasjert seg innen helse og utdanning. TICC organiserer en rekke aktiviteter og har flere prosjekter, hvis hovedformål er å forbedre levekårene for familier og lokalsamfunn i Tanga og skape bærekraftige modeller for læring og utvikling. For mer informasjon www.meetingpointtanga.net

NSF tilbyr en unik mulighet for våre medlemmer til å bidra i regional helseutvikling i Tanga, i samarbeid med TICC. Vi viderefører pilotprosjekt fra 2011 hvor vi gir en jordmor mulighet til å gjennomføre et solidaritetsopphold i Tanga. Det er ønskelig at aktuelle kandidater er villige til å jobbe i det lokale helsevesen i tre måneder. Bolig vil være på TICC senteret. NSF har et hus for våre medlemmer. Det vil bli tilrettelagt et opplegg for hver kandidat i samråd med sykepleier Ruth Nesje, som også er leder for TICC.

NSF ønsker jordmødre med:

- Minimum fem års arbeidserfaring.
- Gode engelskkunnskaper, skriftlig og muntlig.
- Fordel med utlandserfaring/kjennskap til bistandsarbeid.

NSF vil dekke reise, opphold, forsikring, vaksiner og utgifter til intervju. NSF dekker ikke tapte arbeidsfor tjeneste. Det utbetales kostpenger pr. virkedag basert på satser for Tanzania. Tentativ utreise er september/oktober 2013. CV og søknad på engelsk sendes til jordmor@sykepleierforbundet.no innen 15.mai 2013. Aktuelle kandidater vil bli innkalt til intervju i uke 23/24, i Oslo.



Annonser i Jordmora

Vær synlig,
samtidig som du treffer
hele målgruppen.

Annonsepriser:

1/1-side: kr. 6000

1/2-side: kr. 4500

For mer informasjon eller bestilling

kontakt Ingeborg Drejer Thomassen

epost: idth@online.no

tlf. 950 76 157

