



# Jordmora

NR. 3-2013 • ÅRGANG 11

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



**Jordmødre er  
best på ultralyd**

**Sykepleien**



**MEDELEMSBLAD:** Jordmora blir gitt ut av Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund.

# Hva vil du lese om i Jordmora?

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! Vi vil gjerne høre fra deg om hva du ønsker å lese om i Jordmora.

Vet du om noe spennende som rører seg i ditt nærmiljø, på din arbeidsplass eller ute i den store verden som er jordmorrelatert? Tips oss om det! Kanskje er du jordmorstudent eller nyutdannet jordmor som har skrevet en spennende avsluttende oppgave du har lyst til å dele? Eller er du erfaren jordmor som

har gjort deg opp tanker og erfaringer etter mange års praksis? Ta kontakt med oss.

Alt fra små lokale nyheter til store viktige landsomfattende saker er av interesse. Vi stiller ingen krav til organisasjonstilhørighet, og det er ikke farlig å bidra. Vi kommer med tips og råd til deg for å gjøre teksten mer leservennlig.

Tips og bidrag kan du sende til [jordmor@sykepleierforbundet.no](mailto:jordmor@sykepleierforbundet.no)

Håper på å høre fra deg!



**STYRET I JORDMORFORBUNDET NSF. F.V.:** Linn Holberg, Åse Rommetveit, Kristiina Portaankorva, Hanne Schjelderup-Eriksen, Hanne G. Steien, Linda Jeanette Jansgard, Aaste Gjernes og Trude Hartmann Bjørndalen.

## Nytt styre i Jordmorforbundet

Det nye styret i Jordmorforbundet NSF er en god blanding av jordmorveteraner og ferske jordmødre, og med en tydelig lavere gjennomsnittsalder enn de siste årene. En engasjert gjeng er klare for å brette opp ermene. Vi skal høres og synes på utdanningene, blant medlemmene og i

media. Jordmorforbundet skal påvirke beslutningstakere for å fremme kvinnehelse, og sikre et godt og forsvarlig jordmortilbud i hele landet. Vi skal arbeide iherdig for at NSF er lønnsledende og gir det totalt beste fagorganiserte tilbudet for jordmødrene.

■ **LEDER:**  
Hanne Schjelderup-Eriksen



## Takk for tilliten

**Jeg ble valgt** til ny leder for Jordmorforbundet NSF på generalforsamlingen i september. Det er med stor entusiasme jeg overtar ledervervet etter Marit Stene Severinsen, og jeg takker for tilliten. Marit er nå ansatt i NSF som prosjektleder for Jordmorsatsingen. I NSF får Marit i tillegg et team av dyktige ressurspersoner som ivaretar jordmødrenes interesser framover. Dette lover godt!

**Fagkonferansen vår** var svært vellykket ifølge evalueringen. Jacob Birkler innledet konferansen med etiske problemstillinger i jordmors dagligliv. Spennende temaer vi drøftet var restriktiv bruk av oksytocin, mødre dødighet i Norge, å føde for en annen, sein avnavling, proaktiv fødsel, tidlig livsstilsamtale i svangerskapet og trygge hjerter – trygge mammaer. Helsedirektoratet hadde i tillegg en gjennomgang av de nye barselretningslinjene.

**Jordmorforbundet NSF** er godt fornøyd med at de nye barselretningslinjene påpeker at barselkvinnen skal få hjemmebesøk av jordmor. I loven om kommunale helse- og omsorgstjenester skal helsetjenesten tilpasses den enkeltes behov. Kommunene må nå ansette flere jordmødre for å følge lovverket og de nye barselretningslinjene. I dagens praksis sees skrekkeeksempler på dehydrerte nyfødte. Nybakte mødre skrives ofte ut av sykehuset før melken er kommet i gang, rundt tredje dag. Etter utskrivning får de hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor etter cirka en uke. Kommunene må tette dette gapet i helsetjenesten og gi et bedre barseltilbud til kvinnen etter fødsel.

**Et annet argument** for å ansette flere jordmødre i helsetjenesten er en Cochrane studie som omfatter 16 000 kvinner. Den viser lavere risiko for prematur fødsel og intervensjoner hos gravide fulgt opp av jordmor gjennom svangerskapet og fødsel. Det ble sammenliknet utfall av svangerskap der jordmor var den som ga hovedomsorg, med svangerskap der hovedomsorg ble gitt av lege eller både lege og jordmor. Kvinner som fikk omsorg fra jordmor hadde lavere risiko for å føde

før 37. svangerskapsuke, og å miste barnet før uke 24. Kvinnene var mer fornøyd med oppfølgingen underveis og det var mindre bruk av epidural. I tillegg var det færre intervensjoner i fødselen. Det var heller ikke større risiko for keisersnitt. Dette viser at helsearbeid utført av jordmortjenesten gir gode resultater. Jordmorforbundet NSF etterlyser nå politisk vedtatt jordmorsatsing i kommunehelsetjenesten beskrevet i Stortingsmelding nr. 12- «En gledelig begivenhet».

**Jordmødres utdanning** i ultralyd sikrer kvalitet på ultralydundersøkelsen i svangerskapet. Leger som utfører ultralydundersøkelse av gravide får i dag takst for dette arbeidet. Vi arbeider nå for at taksten også må gjelde for jordmødre med videreutdanning i ultralyddiagnostikk. Videreutdanningen er et ettårig heldidsstudium som gir 60 studiepoeng. For fullførelsen av studiet kreves minimum 450 ultralydundersøkelser. Dette gir jordmødre den nødvendige kompetansen til utførelse av ultralydundersøkelse for de gravide. Allmennlegene har ikke videreutdanning i ultralydundersøkelse av gravide, men gynekologer i spesialisthelsetjenesten har erfaring med dette arbeidet. Jordmorforbundet NSF mener at ultralydundersøkelser av gravide skal utføres av jordmødre med godkjent ultralyd utdanning og av gynekologer som arbeider med dette i spesialisthelsetjenesten.

**Det er to** av våre jordmødre som reiser til Tanga i Tanzania for et solidaritetsopphold, i regi av NSF i høst. Sammen med dem drar det også en sykepleier. Jordmorforbundet NSF ønsker dem masse lykke til med oppholdet. Vi er stolte bidragsytere til dette solidaritetsprosjektet.

Med ønske om en fin høst til dere alle.

*Hanne Schjelderup-Eriksen*

LEDER JORDMORFORBUNDET NSF

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

**ANSVARLIG REDAKTØR**

Hanne Ch. Schjelderup-Eriksen  
Mobil: 48 17 12 21  
stearinlyd@hotmail.com

**REDAKSJONSRÅD**

Linn Holberg, Hanne Ch. Schjelderup-Eriksen, Aaste Gjernes, Eli Aaby, Raija Dahlø, Ingeborg Dreyer Thommasen

**ANNONSER OG ABONNEMENT**

Linn Holberg  
Mobil: 95 17 27 18  
linnholberg@gmail.com

**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:** Linn Holberg

**NESTE UTGAVE:** 16. januar 2014

**INNSENDING AV ARTIKLER**

Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkeldokumentet. 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.



■ **8 ARBEIDSLIV:** Mange utfordringer på Føde-Gyn.



# Innhold

NR. 3-2013 • ÅRGANG 11



**26** **FORSKNING:** Nyutdannet på fødeavdeling.

«Det var god stemning og gode innspill til debattene.»

Rapport fra generalforsamlingen, side 20



**22** **NY STUDIE:** Referansekurve for SF-mål er utdatert.

- 2** Nytt styre i Jordmorforbundet NSF
- 2** Hva vil du lese om i Jordmora?
- 3** **LEDER:** Hanne Schjelderup-Eriksen
- 6** Smånytt
- 8** Tempo og trivsel på Føde-Gyn
- 12** Ultralydjordmor på spesialisenter
- 15** Videreutdanning i ultralyddiagnostikk
- 16** Søk stipend
- 17** Hva gjør STAN-referansegruppen?
- 18** Rapporter skal være lett å forstå
- 20** Vel gjennomført generalforsamling og fagkonferanse
- 21** Bli medlem i Jordmorforbundet NSF
- 22** Utdaterte referansekurver i norsk svangerskapskontroll
- 25** Landsstyret og lokalgruppeledere i Jordmorforbundet NSF
- 26** Hvordan er det å være nyutdannet jordmor på fødeavdeling?
- 35** På plakaten



## Skam forlenger fravær

Langtidssykmeldte som opplever høy grad av skam på grunn av sykmelding, har økt risiko for å være sykmeldt også året etter. Høy grad av skam er særlig forbundet med yngre alder og å være sykmeldt for psykiske lidelser. Det viser en undersøkelsen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt og Universitetet i Bergen.

Kilde: Forskning.no

## Gir ikke smerter

Bruk av p-piller før svangerskapet øker ikke risikoen for bekkenleddssmerter, i følge en ny studie fra Folkehelseinstituttet. Forskerne fant derimot en lett økt risiko for bekkenleddssmerter hos kvinner som hadde brukt mini-piller og hormonspiral. Studien inkluderte over 90 000 kvinner i Den norske mor og barn-undersøkelsen.

Kilde: Fhi.no

### SMÅNYTT

## Foreldres seksualitet er ubetydelig

Kunnskapen om barn som vokser opp med homofile foreldre er mangelfull. Men den forskningen som finnes viser at foreldrenes legning ikke har betydning for om barna får en god oppvekst. Det viser en rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). NOVA-forsker Elisabeth Backe-Hansen sier til NRK at andre kriterier avgjør om barna har en god oppvekst.

– Om lesbiske og homofile foreldre er gode foreldre er knyttet til de samme karakteristikaene som hos heterofile. Som om du er forståelsesfull, følger opp barnet på skolen og så videre, sier hun. Rapporten kan lastes ned på nova.no. Den heter Å ha foreldre av samme kjønn – hvordan er det, og hvor mange gjelder det?

Kilde: NRK (nrk.no) Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock



## «Vinn kjærligheten ved å vise kjærlighet.»

Alexander Barclay, skotsk forfatter (1475-1552)

## Eldre oftere deprimerte

Eldre kvinner har mer depressive symptomer i forbindelse med første fødsel enn yngre kvinner, viser forskning ved Høgskolen i Bergen. Depresjonssymptomene øker hos



førstegangsfødende i alderen 32 år og oppover.

Det er stipendiat og høgskolelektor Vigdis Aasheim ved Jordmorutdanningen ved Høgskolen i Bergen, som har kommet frem til resultatene i forbindelse med sitt doktorgradsarbeid.

– Det er viktig å understreke at det er kvinner som har hatt depresjonsproblemer tidligere som ligger i faresonen for å utvikle angst og depresjon, ikke friske kvinner, sier Aasheim til Forskning.no.

Kilde: Forskning.no

## Kan hvitløk forhindre tidlig fødsel?

Gravide som spiser mat med hvitløk og tørket frukt, har mindre risiko for å føde for tidlig, skal vi tro en studie fra Sahlgrenska akademien i Sverige. Kvinnene som hadde spist mer hvitløk enn gjennomsnittet hadde 30 prosent mindre risiko for å føde for tidlig, spesielt hvis de hadde spist mye hvitløk i begynnelsen av graviditeten. Kvinner som hadde spist mye tørket frukt, fremfor alt rosiner, mot slutten av graviditeten, hadde 40 prosent mindre risiko for at forløsningen startet for tidlig.

– Hvitløkens effekt er spesielt interessant, men det er for tidlig å endre kostholdsråd til gravide. Det kreves flere studier, sier Bo Jacobsson til Forskning.se. Jacobsson er professor ved Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Kilde: Forskning.se



## Færre vorter

Færre har kjønnsvorter i Australia etter at HPV-vaksinering ble innført blant unge kvinner i 2007, viser en studie av 85 000 personer. I 2007 hadde 12 % av kvinner under 21 år kjønnsvorter, i 2011 var antallet 0,85 %. For kvinner mellom 21 – 30 år sank andelen fra 11 % til 3,1 %. For menn i de samme aldersgruppene sank andelen fra 12 til 2,2 % og fra 18 til 8,9 %.

Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening

## App for pappaer

I sommer lanserte Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet «Pappatid» for smarttelefoner og nettbrett. Appen inneholder informasjon om aktiviteter, papparollen, rettigheter knyttet til fedrekvoten med mer.

Appen kan lastes ned på: bufetat.no/pappatid.



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox og Scanpix

# Usunn mat kan gi atferdsproblemer



Høyt inntak av usunn mat gjennom svangerskapet øker risikoen for at barnet utvikler atferdsproblemer i tidlige barneår. Det viser en ny studie basert på informasjon fra over 23 000 mødre i Den norske mor- og barnundersøkelsen. Resultatene viser også at småbarn som spiser usunn mat i sine første fem leveår, eller ikke spiser nok næringsrik mat, har økt risiko for depresjon og angst i tillegg til atferdsproblemer.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no  
Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock

## Frykter dårlig sugetak

Mødres vanligste amme-bekymring den første uken etter fødselen er at babyen ikke får godt sugetak på brystet, ifølge en amerikansk studie. I studien ble 532 kvinner intervjuet. Halvparten sa at de var redd for at spedbarnet ikke tok puppen godt nok, altså at babyen skulle drikke for lite.

Andre vanlige bekymringer var smerter i brystene (44 prosent) og frykt for at det ikke var nok melk (40 prosent). Studien ble utført av forskere ved Cincinnati Children's Hospital Medical Center i USA.

Resultatene sier ikke hvor mange av de som bekymret seg som faktisk fikk problemer.

Kilde: Forskning.no



# Tempo og trivsel på Føde-Gyn

Føde-Gyn mottaket på Ullevål sykehus tar imot pasienter, koordinerer arbeidet i fødeavdelingene og gir hjelp via telefon. Jobben er variert og selvstendig - og arbeidsmiljøet meget godt.



Av Ingvild Nordhagen,  
jordmor Føde-gyn

**F**øde-gyn mottaket åpnet i 2010. Avdelingen skal ta imot alle pasienter bosatt i Oslo med behov for gynekologisk ø-hjelp, unntatt pasienter bosatt i bydel Alna, Stovner og Grorud, disse tilhører Ahus. Vi har også ansvar for obstetriske pasienter med behov for ø-hjelpstilsyn med fødeplass på Ullevål sykehus. Mottaket har døgnåpent og er bemannet med sykepleiere, jordmødre og leger. I 2012 fikk 14000 pasienter behandling i vårt mottak, 8436 fødepasienter og 5516 gynekologiske pasienter. Omtrent halvparten av våre pasienter er polikliniske. Vi tar i tillegg imot mellom 4500–4800 telefoner i måneden.

Det jobber 24 jordmødre og fem sykepleiere i mottaket. Jordmødrene jobber tredelt turnus og sykepleierne dag og kveld. På dagtid har vi en sekretær og en lab ass. som tar seg av utstyr, skyllerom og varebestillinger. På natten er mottaket bemannet med jordmødre. Noen av jordmødrene jobber i rotasjon, for eksempel 50 % i mottaket og 50 % på fødeavdelingen.

## Pasientene

De obstetriske pasientene som kommer til mottaket har varierende problemer og diagnoser. Kvinnene regnes som obstetriske pasienter fra etter at de har vært på rutineultralysten i uke 18. Kvinnene kan selv henvende seg med spørsmål eller problemstillinger eller det kan være fastlege eller jordmor som ringer for å henvise kvinnen til en vurdering. Dette kan gjelde spørsmål om preeklampsautvikling, vannavgang, smerter, blødninger, rier og lite liv. Alle kvinner med fødeplass hos oss blir bedt om å ringe mottaket når de tror fødselen er i gang. Vi bruker mye tid på å veilede disse kvinnene på telefonen. Vi ser at denne jobben er veldig viktig for å unngå unødvendige konsultasjoner. Mange kvinner kan orke å være hjemme en stund med rier når de får god veiledning via telefon. Men vi er veldig opptatt av at kvinnene skal føle seg trygge hjemme. Hvis de gir uttrykk for utrygghet eller usikkerhet tar vi dem inn for en sjekk og samtale, mange reiser da hjem





## «Jordmødrene har blitt gode på også de gynekologiske pasientene.»

igjen en tur. Kvinnene skal ikke legges opp på fødeavdelingen før de er i aktiv fødsel hvis det ikke er spesielle grunner for det. Dette var en av intensjonene med mottaket, at fødeavdelingen skulle skjermes for polikliniske konsultasjoner og telefoner og dermed ha tid og ro til å ta seg av de kvinnene som er i aktiv fødsel. Når kvinnen kommer inn til mottaket med rier blir det gjort en vurdering av jordmor og man legger en plan sammen med kvinnen. Er hun i aktiv fødsel blir hun lagt inn på fødeavdelingen.

Vi bruker også mye tid på kvinner som opplever lite eller endrete fosterbevegelser i svangerskapet. Vi har gjort tellinger på dette og de utgjør cirka 10 % av de obstetriske pasientene våre, mellom 70 og 80 pasienter er innom mottaket hver måned med denne diagnosen. Vi bruker også mye tid på telefonen med disse pasientene. Vi har nylig jobbet frem en ny prosedyre og flytskjema for disse pasientene i samarbeid med legene. Mange kan veiledes på telefonen og gjøre en sparketelling hjemme som beroli-

ger kvinnen. Vi gjør alltid telefonnotater og ber kvinnen ringe tilbake etter sparketellingen for å sikre at de får den hjelpen de trenger. Hvis kvinnen trenger å komme inn, kommer hun til mottaket. Her gjør jordmor en vurdering av CTG og eventuelle risikofaktorer. Hvis kvinnen kjenner spark, har normal CTG og ingen risikofaktorer i anamnesen kan hun reise hjem. Foreligger det risikofaktorer, kjenner hun ingen spark, har avvikende CTG eller har vært inne for lite liv tidligere skal hun sees på av lege med ultralyd. Omtrent halvparten av de kvinnene vi tar inn for «lite liv» reiser hjem uten legetilsyn. Dette er en av de diagnosene som vi har jobbet mye med og vi har gått gjennom hele forløpet fra telefonhenvendelsen til resultater i etterkant. En av fordelene ved å samle alle i en avdeling er at vi blir gode og kan lage gode rutiner for behandling og forløp.

Vi har valgt å organisere oss slik at alle gynekologiske pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp skal innom mottaket for vurdering. Disse pasientene

**PASIENTSAM-  
TALER:** Mye vei-  
ledning og støtte  
gis på telefon. Foto:  
Henriette Hauketo.

må i utgangspunktet ha en henvisning fra enten egen lege, privatpraktiserende gynekolog eller legevakt. Kvinner som har fått behandling på Ullevål kan kontakte mottaket hvis de opplever bekymring for komplikasjoner. Pasientene som kommer henvist fra lege har enten spontan aborter med behov for behandling, missed abortions, mistanke om andre patologiske tilstander i tidlig graviditet, infeksjoner som for eksempel salpingitter, bartholinitter eller endometritter med behov for innleggelse/behandling, komplikasjoner etter operasjoner eller iv. behandling eller hyperemesis. De kvinnene som gjør hjemmeaborter med tabletter kan også ringe mottaket for hjelp eller komme hvis de opplever komplikasjoner. På dagtid har vi en egen lege som ser på alle de gynekologiske pasientene, vi setter da opp en timeliste som vi forsøker å forholde oss til. Det kommer selvfølgelig ofte pasienter som det haster med, for eksempel store blødninger eller pasienter med mistanke om ekstrauterine graviditeter som må sees på øyeblikkelig. Det kan derfor være lang ventetid hos oss, det oppleves som en utfordring. På vakttid er det gynekologen på vakt som har ansvar for pasientene i mottaket. For legene er mottaket en fordel da de før måtte gå mellom de ulike avdelingene for å se på pasientene, nå er de samlet et sted.

### Gynekologiske pasienter

Mange av jordmødrene opplevde i begynnelsen at gynekologien var ukjent område og en stor utfordring. Nå, tre år etter oppstart, opplever vi at jordmødrene har blitt gode på også de gynekologiske pasientene og at de setter pris på den erfaringen dette gir dem. Jordmoryrket handler om kvinnehelse og mer enn bare fødsel. Dette var også en av intensjonene ved mottaket – å integrerer gynekologi og kvinnehelse i jordmørutøvelsen. I utgangspunktet har sykepleierne på vakt ansvar for de gynekologiske pasientene, men alle skal kunne vurdere henvendelser og ta imot gynekologiske pasienter. På natten er det jordmødrene som

## «Dette er en spennende måte å jobbe på.»

tar imot alle pasientene. Vi har etter hvert også ansatt nyutdannede jordmødre her i avdelingen og det har vist seg å være vellykket. De nyutdannede jordmødrene vektlegger at vurdering av kvinner i tidlig fødsel, vurdering av kvinner med ulike behov for øyeblikkelig hjelp, telefonhenvendelser og gynekologi gir dem en bred og nyttig erfaring. I utgangspunktet har syke-

pleierne også ansvar for kvinner i barsel med ulike komplikasjoner som for eksempel vonde episiotomier og mastitter, men her ser vi at jordmor med fordel kan vurdere disse kvinnene før de eventuelt settes opp til legetilsyn.

### Koordinator

Det er også slik at vi i mottaket har en koordinator, dette er i hovedsak jordmødre med lang erfaring. Koordinatorens oppgave er å styre flyt og behandling i avdelingen, men også ha oversikt over det totale belegget og kapasiteten på hele huset, altså de tre fødeavdelingene, observasjonsposten for gravide, barselavdelingen, gynekologisk sengepost og gynekologisk postoperativ. Koordinator skal sørge for å bruke ressursene og kapasiteten på huset mest mulig effektivt og har ansvar for å fordele de fødende på fødeavdelingene. Koordinator samarbeider derfor tett med ansvarshavende jordmor på hver fødeavdeling. Innimellom er det slik at det er fullt og da må samarbeidet være godt slik at vi kan benytte de ressursene vi har og ikke avviser fødende kvinner unødvendig. Hvis vi allikevel kommer til punktet hvor det er fullt og faglig uforsvarlig å ha flere kvinner i fødsel er det koordinator som tar seg av overflytting til annet sykehus. Utfordringen er jo at når det er fullt hos oss er det ofte fullt på de andre sykehusene i nærheten også. Vi må derfor bruke kreativiteten, kanskje kan kvinnen bli i mottaket litt ekstra, kanskje kan vi flytte en barseldame til hotellet for å frigi plass eller kanskje må en jordmor gå fra en avdeling til en annen for å kunne benytte en ledig fødestue, eller kan og vil kvinnen føde på ABC avdelingen? Fordelen for oss er at koordinator har oversikten over hele huset og kan styre ressursene dit de trengs. Det skjer innimellom at kvinner føder i mottaket også, derfor er det viktig at jordmødrene som jobber i mottaket har erfaring fra fødeavdelingen.

### Mange telefonsamtaler

Alle telefonhenvendelser går inn til mottaket. Vi har et tastevalg som gjør at innringer velger om de vil snakke med sykepleier eller jordmor. På dag og kveld har en av sykepleierne ansvar for sykepleietelefonen og en av jordmødrene ansvar for jordmortelefonen. Det ringer både fastleger, gynekologer, kvinner selv, pårørende og andre avdelinger. Vi er en del av nødnett og koordinator sitter på dag og kveld foran ICCSen, nødnettsskjermen og tar telefoner, styrer flyten via pasienttavlen vår, legger inn pasienter når de kommer, planlegger innleggelser og er det første ansiktet man møter når man kommer til avdelingen.



Telefonidelen av jobben har vi etter hvert sett at er en stor jobb! Det er omtrent 150 inngående telefonsamtaler til mottaket i døgnet. Mange av dem som ringer oss er fødende som trenger veiledning og støtte på telefon for å for eksempel kunne være hjemme til fødselen er ordentlig i gang. Fagjordmor Ingvild Nordhagen og gynekologisk sykepleier Anette Søholt var i fjor høst på et kurs i Sverige over en uke for å lære mer om telefonhenvendelser. Dette var fordi vi hadde sett at mange av våre ansatte synes dette var utfordrende, og fordi vi så behovet for å kvalitetssikre denne delen av jobben. Det tas faglige vurderinger og avgjørelser på telefonen som har stor betydning for liv og helse og volumet av henvendelser var så høyt at dette måtte vi bare sette fokus på. Gjennom kurset i Sverige lærte vi blant annet å strukturere samtalen på en god måte og stille riktige spørsmål. I etterkant har alle i mottaket og også en del andre på «huset» blitt kurset i dette og vi opplever nå større trygghet i forhold til telefonhenvendelser. Det har også blitt anerkjent som en del av jobben, selv om vi fortsatt jobber med gode løsninger for dette. Det hadde vært ønskelig å ikke måtte ta telefoner samtidig som man har pasienter for eksempel–vi skal kunne slå opp i journalen og ha fullt fokus på samtalen og vi skal kunne dokumentere samtalen umiddelbart etterpå for at sikkerheten skal være ivarettatt, det er et stykke igjen dit dessverre.

#### Godt arbeidsmiljø

Sykepleier Lise Almaas har jobbet i mottaket i litt over ett år. Hun har lang erfaring fra akuttmottaket på Ullevål. På spørsmål om hva hun synes er bra med å jobbe i føde-gyn mottak svarer hun: «Variasjonen og det at jeg aldri vet hva som venter meg på jobb. Her i

føde-gyn mottaket er det spesielt bra å være på grunn av det svært gode miljøet, det tette samarbeidet med legene og den selvstendige delen av jobben med for eksempel telefonene.»

Jordmor Cathinka Lunde svarer på samme spørsmål: «Raske avgjørelser og vurderinger, det at jeg kan vurdere en pasient og gjøre meg ferdig med den... også videre med den».

Dette er en spennende måte å jobbe på og vi har siden vi åpnet jobbet med å utvikle kompetansen i avdelingen. Fra oppstarten hadde vi med oss en gjeng med motiverte jordmødre og sykepleiere som tidligere hadde jobbet på føden og på gynekologisk avdeling men ingen hadde jobbet i et mottak. Og så vidt oss bekjent finnes det heller ingen liknende mottak i Norge. Tanken var at alle pasienter på fødeavdelingen og gynekologisk avdeling skulle ha en dør inn på sykehuset. Det var også et ønske om å benytte ressursene og kapasiteten mer effektivt mellom avdelingene. Enhetsleder Ina Dagsholm er anestesisykepleier med lang erfaring fra akuttmottaket på Ullevål og hennes erfaring derfra har vært veldig viktig. Veien har blitt til underveis, vi har endret på mye av det vi gjorde i oppstarten og hele tiden jobbet med løsninger for å bedre pasientflyt og behandling. Nå har vi opparbeidet oss en unik kompetanse på telefonhenvendelser, fødekvinne med behov for øyeblikkelig hjelp, gynekologiske tilstander og koordinatorfunksjon for hele huset. Vi er en gjeng som trives godt sammen både på jobb og i fritiden! Her har det blitt arrangert alt fra lønningstreff, hytteturer, harryturer til Sverige, bingokvelder og selvfølgelig julebord. Det er mye både humor og humør og selv om dagene innimellom er veldig hektiske så er det alltid tid til en god latter, og vi hjelper hverandre så godt vi kan. ■

**PÅ JOBB:** Tre av medarbeiderne på Føde-Gyn. Fra venstre jordmor Signe Møksvold, sykepleier Anette Søholt og jordmor Hilde Karlsen. Foto: Ingvild Nordbakken.

# Ultralydjordmor på spesialistsenter

Nasjonalt senter for fostermedisin er et spesialistsenter innen diagnostikk og behandling av fostre under svangerskapet. Elleve jordmødre jobber ved senteret.



Av Liv Lorås, ultralydjordmor på Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim

**N**asjonalt senter for fostermedisin (NSFM) ved St. Olavs Hospital i Trondheim ble etablert i 1990. Oppgavene til senteret er å:

- Diagnostisere og behandle avanserte malformasjoner - «second opinion» senter.
- Samarbeide med landets genetiske avdelinger vedrørende avansert prenatal diagnostikk.
- Etablere og utvikle invasive prosedyrer i fosterdiagnostikk.
- Tilby videreutdanning i ultralyddiagnostikk for jordmødre og leger.

## Mye som skjer

Det er stor aktivitet med i alt elleve jordmorstillinger, fem legestillinger, to sosisonomer, en barnepleier, en prosjektleder og sekretærer ansatt. I løpet av fjoråret utførte vi 12 000 undersøkelser. Vi har et tett samarbeid med NTNU da utdanning av jordmødre i ultralyddiagnostikk er en viktig del av aktiviteten på senteret. Denne utdanningen ble etablert i 1997. Samme år fikk senteret status som WHO Collaborative Center in Diagnostic Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Dette innebærer undervisning og kursaktivitet også utenfor landets grenser. Vi har fra tid til annen leger og jordmødre som hospiterer hos oss både fra inn- og utland.

## Bruk av ultralyd

Bruken av ultralyd reguleres av Bioteknologiloven. Loven skiller mellom bruk av ultralyd i forbindelse med fosterdiagnostikk og ultralydundersøkelser som ledd i den alminnelige svangerskapsomsorgen. Nye retningslinjer for bruken av ultralyd ble utarbeidet i 1999 og i 2004.

Siden 1986 har ultralydundersøkelse i uke 18 vært et tilbud til alle gravide i Norge. Omtrent 98 % av gravide tar imot tilbudet. Det har vært avholdt to konsensuskonferanser, i 1986 og 1995, der fagmiljøene og brukerorganisasjonene møttes for å diskutere bruken av ultralyd.

## Kunnskap og håndlag

Ultralyd i svangerskapsomsorgen er et hjelpemiddel til å selektere de gravide og de foster som trenger ekstra oppfølging. Her på senteret utfører jordmødre ultralyd både i første, andre og tredje trimester. Vekstmålinger, vurdering av fostervann og placenta kommer i tillegg til rutineundersøkelsen. Etter grunnutdanningen kan man utvide sin kompetanse med å ta videreutdanning innenfor Doppler ultralyd og hjertediagnostikk. Doppplerundersøkelsen (blodstrømsmåling) kan gi svar på om gravide og foster i visse risikogrupper kan komme til å utvikle komplikasjoner.

Ultralyddiagnostikk er en kombinasjon av teori og klinisk virksomhet. Det kreves kunnskap og håndlag. I dag utdannes det tolv jordmødre i året ved videreutdanningen for ultralyd. Det er fortsatt slik at det ikke stilles krav til formell ultralydkompetanse for å utføre ultralydundersøkelser. Dette medfører at den ultralyddiagnostikk som blir utført rundt om i vårt land er av meget forskjellig kvalitet. Det er en bekymring blant fagpersonell.

## Hva innebærer en rutineundersøkelse?

Rutineultralydundersøkelsen i uke 17- 19 og ultralydundersøkelser på medisinsk indikasjon er en del av den alminnelige svangerskapsomsorgen. Undersøkelsen er frivillig. Det er en medisinsk undersøkelse der for-



Av Berit Langli, ultralydjordmor på Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital, Trondheim





målet er å bestemme termin, antall fostre, placentas beliggenhet og å gjøre en orienterende undersøkelse av fosterets utvikling og anatomi.

Ved å bruke teknologi kombinert med kunnskap formidler vi informasjon om fosteret. Vi vet at den gravide og hennes partner har store forventninger til å se fosteret, men samtidig bekymringer for om noe kan være galt. I de fleste tilfeller kan vi gjøre det til en positiv opplevelse for paret.

For de fleste er dette det første visuelle møtet med barnet sitt. Bildet av fosteret på skjermen skaper en nærhet som gir en sterk opplevelse hos foreldrene. Fosteret, med sine bevegelser, gir bekreftelse på liv, noe som kvinnen ikke nødvendigvis har kjent ennå. Glede og forundring er ofte å se, en og annen tåre, latter og berøring paret imellom, kommentarer på hvem barnet likner på, en lettelse er å spore når alt er som det skal være.

Vi som jobber med ultralyd har ofte lang yrkeserfaring som jordmor. Vi henviser der vi ser det er ekstra behov for oppfølging, for eksempel rusproblematikk og seksuelle overgrep. Henvisningene går til både svangerskapspoliklinikken og jordmor i kommunen. For mange kvinner er møtet med ultralydjordmor det første møte med jordmor i svangerskapet. Ofte har de ikke vært hos jordmor før de kommer hit. Ikke alle kjenner til hva slags tilbud det er i kommunen og hva slags oppfølging de har rett til å få i svangerskapet.

#### Hva legger vi vekt på?

Beherske teknikken og utstyret er en forutsetning for at undersøkelsen er av god kvalitet. Videre er det å kunne tolke bildene korrekt, avgjørende for resultatet av undersøkelsen. Samtidig er det viktig at foreldrene føler seg sett og ivaretatt. Kommunikasjonen mellom jordmor og paret er like viktig her som ellers. Teknologien er et hjelpemiddel, men ikke en erstatning for god kommunikasjon. Foreldrene

## «Det kreves kunnskap og håndlag.»

har stort informasjonsbehov og vi må være bevisste i måten vi formidler det vi ser på. Beskrivelse av det vi ser må formidles med et forståelig språk, unngå faglige termer og subjektive kommentarer. Vårt mål er å bidra til at den gravide og hennes partner skal få en så god undersøkelse som mulig. Dette krever at vi må ha god forståelse av faget (bildediagnostikk) men også gode kunnskaper om svangerskapet for øvrig. Her i Norge har det vært satset på å utdanne nettopp jordmødre for å utføre ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen. Ser vi til andre land er det ikke nødvendigvis jordmor som utfører ultralydundersøkelsen men andre yrkesgrupper, for eksempel sonografer.

**ULTRALYD:** Liv Lorås gjør ultralydundersøkelse i tredje trimester. Foto: Linn Holberg.

Vi tror at det utgjør en forskjell at det er jordmor som utfører denne undersøkelsen. Svangerskap og kvinnehelse er vårt fagfelt. Vi vet hvor sårbar en slik periode kan være for kvinnen og fosteret. Vi går inn i dette fagfeltet med en forforståelse som er unik.

#### Hva når alt ikke er som forventet?

Spørsmål om alt er normalt kommer ofte tidlig i undersøkelsen. Dette er noe vi ikke kan svare på umiddelbart.

Vi får fort et inntrykk når vi legger ultralydproben på magen, men selve undersøkelsen med detaljert gjennomgang tar lengre tid. Dette vil også være avhengig av forhold rundt undersøkelsen som for eksempel dårlig avbildning, høy BMI, arrvev etter tidligere inngrep, fosterets leie, svangerskapets lengde, ultralydapparatet og jordmors erfaring.

De aller fleste fostre utvikler seg normalt men vi ser av og til avvik. Vi har plikt til å informere om det vi ser. Vi er forsiktig med å si hva det betyr. Vi formidler det vi ser uten å komme med en diagnose her og nå. Det er viktig å være ærlig på at vi ikke har alle svarene eller kan si så mye på dette tidspunktet.

Legene tar den videre utredningen og vi legger vekt på at jordmor følger paret videre ved eventuell prøvetaking, som morkakeprøve, fostervannsprøve og andre prøver. Dette går nå over til å hete fosterdiagnostikk. Ofte kommer denne situasjonen veldig uventet på paret.

I en slik situasjon er det viktig at man tenker gjennom hva man ønsker å vite om fosteret. Er det

## «Vi legger stor vekt på å følge opp med samtaler.»

en tilstand som det er mulig å behandle eller er det en tilstand som gir alvorlig sykdom med begrensede behandlingsmuligheter og kanskje ender med døden.

De fleste ønsker å vite mest mulig om fosteret, hva dette betyr for svangerskapet videre og hva dette betyr i deres livssituasjon her og nå. Spørsmål mange stiller seg er hva betyr dette for oss, for barnet, framtida?

Selve utredningsprosessen og etter hvert resultatet av diagnose og prøvesvar er en belastning for paret. Vanskelige prosesser og vanskelige valg. Vanskelig fordi man er i krise og tidsaspektet ligger som et bakteppe. Hvilke valg har man i en slik situasjon? For noen kan svangerskapsavbrudd være aktuelt, for andre ikke.

Jordmødrene, legene og sosionomene jobber i team. Når legene formidler diagnoser og mulig behandling og



**NYTTIG:** E-snurra er et verktøy for terminbestemmelse. Foto: Linn Holberg.

prognose er vi også med i samtalen. Kontaktjordmorfunksjon er nedfelt i våre prosedyrer som omhandler oppfølging av gravide med letale/svært alvorlige tilstander hos fosteret. For å skape trygghet i en vanskelig livssituasjon prøver vi å etterstrebe kontinuitet og tilstedeværelse.

Det viktigste er at foreldrene blir sett, hørt og akseptert.

Informasjon skal være objektiv og nøytral. Foreldrene har rett til å vite. Vi legger stor vekt på å følge opp med samtaler. Vi er tilgjengelig på telefon, også privat.

En av de mange oppgavene for jordmor her på senteret er omsorgen for kvinnen som har et sykt barn i magen. Der flere ultralydundersøkelser i svangerskapet har hatt fokus på det syke trenger også paret å få se på barnet sitt uten ensidig fokusering på det som er sykt. Dette er viktig for tilnærmingen og relasjonen mellom foreldrene og fosteret. Det er ikke bare et sykt hjerte der inne men også et lite menneskebarn.

Kvinner som tidligere har mistet barnet sitt har ofte behov for å komme til hyppigere ultralyd. Behovet for å se, få bekreftelse på at alt er bra er stort.

#### Ultralyd tidlig i svangerskapet

Her på senteret utfører også noen av jordmødrene tidligultralyd. Det utføres på indikasjon uro, svangerskapslengde, ved mistanke om flerlingsvangerskap og risikovurdering fra året kvinnen fyller 38 år. Det siste innebærer blodprøver av mor (fri beta-hCG og PAPP-A) kombinert med ultralyd i uke 11-13+6. Dette er en risikovurdering i forhold til om fosteret kan ha Trisomi 21, trisomi 18 og 13. Ved høy risiko må den gravide vurdere om hun ønsker morkakeprøve, fostervannsprøve eller gå videre uten mer utredning. Det gis veiledning. Som et resultat av dette tilbudet har antall fostervannsprøver gått ned. Jordmødre som utfører tidligultralyd og KUB-test må sertifisere seg hvert år for å holde kompetansen ved like.

I tillegg til at jordmødrene ved NSFAM utfører forskjellige typer ultralydundersøkelser gjennom hele svangerskapet, følger vi de gravide og assisterer ved invasive prosedyrer, som for eksempel blodtransfusjoner, fostervannstapping og innleggelse av thoraxdren.

Med vår utdanning og kompetanse bidrar vi til et godt og kvalitetssikret tilbud for de gravide. ■

# Videreutdanning i ultralyddiagnostikk

Jordmødre kan ta utdanning i ultralyddiagnostikk som fulltidsstudium ved NTNU i Trondheim. Utdanningen gir viktig teoretisk kunnskap og praktisk erfaring.

Videreutdanning i ultralyddiagnostikk for jordmødre har eksistert i 15 år og har per 2012 utdannet 160 jordmødre. Studiet ble opprettet i 1997 av Helse- og sosialdepartementet og er et studietilbud ved Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Selve undervisningen foregår ved Nasjonalt senter for fostermedisin (NSFM) på St. Olavs Hospital. Siden 2011 har studiet vært et fulltidsstudium som strekker seg over to semestre og gir 60 studiepoeng. Lenge var denne utdanningen den eneste av sitt slag i Norden, og er den eneste kompetansegivende offisielle læreinstusjon med kvalitetssikring i ultralyd innen svangerskapsomsorgen i Norge.

Ultralydstudiet har utviklet seg i takt med økende kunnskap innenfor obstetrisk ultralyddiagnostikk, utvikling innenfor ultralydteknologien og politiske føringer i forhold til bruk av ultralyd i svangerskapet. Ultralydundersøkelsen rundt svangerskapsuke 18 har gått fra å være et hett diskusjonstema om tilbudet skulle opprettholdes til å ha blitt en integrert del av svangerskapsomsorgen. Nå er det ultralyd i 1. trimester som diskuteres og flere aktører er aktive med å tilby denne undersøkelsen.

## Teori og praksis

Siden ultralydstudiet ble opprettet har kvaliteten på ultralydundersøkelsene og kompetansen til ultralydjordmødrene vært i fokus. Før studiet er fullført skal studentene ha bestått flere mappeoppgaver, en skriftlig eksamen og ha utført minst 450 ultralydundersøkelser. Fullført studium sikrer at basal ultralydkunnskap er på plass i tillegg til grunnleggende praktisk erfaring. I tillegg til sin kompetanse innenfor det normale svangerskap, fødsel, barseltid og kvinnehelse har jordmødrene nå også ultralydkompetanse som er med på å individualisere og styrke omsorgen for de gravide.

Ultralydstudiet er delt inn i tre moduler som alle har

teoretiske og praktiske komponenter og hvor en veksler mellom å oppholde seg på hjemstedet og lærestedet. De første fire månedene jobber studenten alltid sammen med veileder i praksissituasjonen. Tilgang på en veileder med ultralydkompetanse på hjemstedet er derfor en forutsetning for opptak til studiet. Mappeoppgavene sørger for større forståelse for visse emner og utfordrer studentene til å framstille kvalitativt gode ultralydbilder. På slutten av studieåret får studentene en endelig praktisk evaluering før studiet avsluttes med en skriftlig eksamen.

## Viktig kunnskap

Ultralydstudiet gir studentene en viktig basal kunnskap i obstetrisk ultralyddiagnostikk, som inkluderer ultralydundersøkelser i andre og tredje trimester, ultralydfysikk og apparatlære, kommunikasjon, etikk og genetikk. Det inkluderer også oppfølging av gravide hvor spesielle ultralydfunn blir gjort, for eksempel ved sykdom hos fosteret. I tillegg har studentene kunnskap om ultralyd i første trimester, gynekologi og Doppler ultralyd (blodstrømsmålinger). Gitt den basale kunnskapen vil ultralydjordmødre lett kunne tilegne seg ny, påbyggende ultralydkunnskap. Eksempler er utvidet ultralydundersøkelse av fosterhertet, som er et tilbud ved NTNU, og godkjenningkurs for å utføre ultralydundersøkelser i første trimester av svangerskapet gjennom Fetal Medicine Foundation i England. Begge disse tilleggsemnene forutsetter god basal opplæring og erfaring.

Jordmødre som starter på videreutdanning i ultralyddiagnostikk har i økende grad opparbeidet seg mange studiepoeng. Et ultralydstudium som i tillegg gir 60 studiepoeng gjør at veien til en mastergrad blir kort. Det samarbeides nå med Det medisinske fakultet ved NTNU slik at både tidligere og nye studenter kan gjennomføre en mastergrad med obstetrisk ultralyd som hovedtema for masteroppgaven. ■



Av Eva Tegnander, jordmor/førsteamanuensis, Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Det medisinske fakultet, NTNU



# Søk stipend

Du kan få stipend til videreutdanning, kurs og posters.

## Videreutdanning og mastergradsstipend

Medlemmer som fyller søknadskriteriene og er under videreutdanning eller masterutdanning hele eller deler av 2013 kan søke. Utdanninger som tildeles stipend må ha sykepleiefaglig relevans og være fra 60 studiepoeng til 120 studiepoeng. Totalt deler NSF ut kr 3 000 000 fordelt på to søknadsfrister hvert år. Avhengig av utdanningens lengde tildeles det min. kr. 5000, maks.kr. 15 000. De som tildeles stipend kan ikke motta ny tildeling til utdanning før etter fem år. Saksbehandlingstid er ca 6 - 8 uker etter søknadsfrist.

## Kurs og konferansestøtte 2013

Stipendet er økonomisk støtte på inntil kr 3000 til NSF's medlemmer som ønsker å delta i sykepleiefaglige møter, kurs, kongresser, studiebesøk eller liknende. Kr 2 mill. fordeles til medlemmer og tildelingen skjer fem ganger per år og gjelder for arrangementer

som skjer de to, tre påfølgende månedene etter søknadsfristen. Søknadsfristene er innen midnatt før: 1. mars, 1. mai, 1. august, 1. oktober og 31. desember. Prinsippene for fordeling: Halvparten tildeles etter ansiennitet som medlem i NSF og halvparten etter trekning.

## Støtte til posters

Støtte til abstrakt/posters til internasjonale konferanser på inntil kr 6 000. Søkeren må ha vært medlem i NSF sammenhengende siste tre år og være ajour med kontingenten for å kunne søke. Medlemmer som tildeles støtte, kan ikke motta ny støtte før etter minimum tre kalenderår.

## Mer informasjon:

<https://www.nsf.no/medlemskap/medlemsfordeler/faglige-fordeler/stipend>

## Se fosterets utvikling uke for uke



UKE 9



UKE 18



UKE 27



UKE 40



## Fantastisk animasjon på Babyverden.no

Fosterets utvikling inne i mors kropp har forbløffet mennesker til alle tider, og er blant naturens virkelig store underer!

Se våre profesjonelle virkelighetsnære illustrasjoner av hva som foregår inni mors voksende mage uke for uke fra unnfangelse til fødsel.

**Babyverden.no**<sup>®</sup>  
sammen fra første stund



# Hva gjør STAN-referansegruppen?

Gruppen skal sikre nasjonale standarder for fosterovervåking og bruk av STAN. Dette gjøres ved å arrangere kurs og legge til rette for erfaringsutveksling, samt å revidere kapitlene om fosterovervåking i Veileder i fødselshjelp.

Jeg har sittet som Jordmorforbundet sin representant i nasjonal STAN-referansegruppe siden 2007. Gruppen møtes to, tre ganger per år i tillegg til at vi har utstrakt kommunikasjon på mail.

Mandatet til gruppen beskrives slik:

- Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i revidert «Veileder i fødselshjelp».

- Bidra til kollegial læring og forbedring i bruk av STAN-metoden nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende STAN-registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og kommentar. Gruppen er ikke et sakkyndig organ. Vurderinger og kommentarer er således ikke en del av pasienters journal.

- Bidra i planleggingen/gjennomføring av det årlige erfaringsmøtet som er for alle som bruker STAN eller CTG overvåking under fødsel.

*Revisjon av kapitlene i veileder pågår nå og legene i STAN-referansegruppe er med i dette arbeidet. I tillegg er jordmor Ellen Blix og flere eksterne leger medforfattere.*

*Webopplæring.* Det er nedsatt en arbeidsgruppe for webopplæring i fødselsovervåking. Her sitter jeg som representant for Jordmorforbundet NSF.

*MFR.* Gruppen har kontakt inn mot MFR med henhold til hvilke variabler som er ønskelig i forhold til fosterovervåking/utkomme for barna.

## Hovedformål

Vårt hovedfokus er kontinuerlig læring og læringsutveksling. Deltakelse på det årlige erfaringsmøtet er stor: fra 120 – 180 deltakere hvor godt over halvparten som regel er jordmødre. Gruppen får tilsendt cirka 15 CTG / STAN registreringer per år som enten blir besvart skriftlig eller diskuteres i plenum på erfaringsmøtet. De ulike fødeavdelingene kan på denne måten få en «second opinion» på avdelingens praksis. Tilbakemeldingene har fokus på CTG klassifisering og tolkning av STAN konseptet.

Sjeldne tilfeller/CTG mønstre kan utveksles for

felles læring på erfaringsmøtene. Dette er med på å sikre lik forståelse og håndtering av CTG/STAN og er dermed et viktig element i pasientsikkerhetsarbeid.

Referansegruppen holder kurs i intrapartum fosterovervåking - tidligere kalt «superbrukerkurs». Slike kurs avholdes nå to ganger per år og det undervises i følgende emner:

- Grunnleggende fysiologi, samt CTG fysiologi / klassifisering.

- Foster EKG fysiologi / tolkning.

- Hvordan oppnå optimalt foster EKG?

- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre-baseverdier i navlesnor, samt avnavlingsprosedyre.

- Spesielle utfordringer v/fosterovervåking: Trykktid under fødsel, diabetes, lite liv, intrauterin veksthemning, intrapartum infeksjon

- Antenatal CTG

- Lokal opplæring / kunnskap: Kvalitetssikring og undervisning på avdeling. Hvordan organisere undervisning og oppfriskning på klinikken? Resertifisering/Kasusgjennomgang/Undervisningsmateriale

På slutten av hvert kurs er det en bolk med kasusgjennomgang og diskusjon.

Her har jeg de siste kursene hatt ansvaret for punktet om lokal kvalitetssikring.

Opplæring og evaluering i fosterovervåking håndteres svært ulikt ved de forskjellige fødeavdelinger.

Jeg er opptatt av jordmors rolle når det gjelder fosterovervåking, vi må være trygge både når det gjelder kunnskap og i utførelsen av ulike metoder. En god dialog med legene er avgjørende for en forsvarlig overvåking. Videre er gjensidig respekt, tydelige ansvarsområder og faglig diskusjon og utveksling viktige element. Teamet på jobb må være samkjørte og ha en felles forståelse om fosterovervåking for at vi kan gi pasientene våre det beste tilbudet. ■



Av Berit Lunden Hustad,  
fagutviklingsjordmor, Sør-  
landet sykehus Kristiansand

**GODT SPRÅK:** Skriv rapporter som er lett å forstå for folk som ikke vet hva vanskelige faguttrykk og forkortelser betyr. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

# Rapporter skal være lett å forstå

Dokumentasjonen som sendes fra fødested til helsestasjon og fastlege må ha forståelig språk og relevant innhold. Ved Stavanger Universitetssykehus har en arbeidsgruppe sett på innholdet i fødselsrapportene, og gjort forbedringer.



Av Solfrid Halsne, kommunejordmor og praksiskonsulent tilknyttet kvinne- og barnedivisjonen ved Stavanger Universitetssykehus

**K**vinneklubben ved Stavanger Universitetssykehus og helsestasjonstjenesten i kommunene har hatt faste samarbeidsmøter i lengre tid. Sammen valgte de å se på innholdet i fødselsrapportene, og å kartlegge hvor lang tid det tar fra utskriving til rapportene blir mottatt i kommunen.

Artikkelforfatteren, som er praksiskonsulent ved sykehuset, fikk i oppdrag å utføre dette arbeidet, samt å bearbeide funnene i samarbeid med en arbeidsgruppe.

Målet med arbeidet var:

- å kartlegge tiden fra utskriving etter fødsel til fødselsrapporten er mottatt i kommunen og vurdere forbedringer.
- å forbedre innhold og språk i fødselsrapporten.

## ■ Praksiskonsulent – hva er det?

Ordningen med praksiskonsulent har legene hatt en del år. Det er fastleger som har en liten stilling ved sykehuset med fokus på samhandling. Det er svært få helseforetak som har innført denne ordningen for sykepleiere, men ved Stavanger Universitetssykehus er det fem slike stillinger. Stillingene er 20 % og det er åremålsstillinger. Hver sykepleier er tilknyttet ulike fagfelt.

## Gjennomføring

Fødselsrapportene er den informasjonen som sendes fra barselavdelingene til helsestasjon og fastlege etter fødsel. Fastlege får også egen epikrise fra gynekolog der dette er aktuelt.

Kartleggingen ble foretatt i tre perioder. Resultatet er bearbeidet i en arbeidsgruppe med representanter fra barselavdelingene og helsestasjonstjenesten i kommunene. Konklusjonen fra arbeidsgruppen ble gjennomgått internt på Kvinneklubben for så å innarbeides i EQS. EQS er sykehusets kvalitetssystem hvor alle prosedyrer ligger. Kvinneklubbens prosedyrer er tilgjengelig på Internett.

Høsten 2011 ble omtrent 120 fødselsrapporter anonymisert, og det ble registrert hvilke opplysninger fødselsrapporten inneholdt, samt språk og hvilke forkortelser som ble brukt. Det ble også registrert utreisedato fra barsel og mottaksdato på helsestasjonen.

Funnene i fødselsrapportene ble diskutert i arbeidsgruppen, og rutinen for hva fødselsrapporten skal inneholde ble endret. Det ble blant annet bestemt at alle viktige personaliaopplysninger skal være korrekte og ført på rapporten. Informasjonen om mor skal være relevant for helsestasjon og fastlege, og barnets laveste vekt med dato skal skrives på. Endringene ble gjort kjent i avdelingene og implementert i rutinen i EQS våren 2012.

Kvinneklubben ønsket at dette arbeidet skulle



**TIDSBruk VIST I FIGUR:** Tiden fødselsrapportene brukte fra utskrivning til de var registrert mottatt i kommunen regnet i prosent. Tallene viser at 38–39 % av rapportene er helsestasjonen i hende 2. dag og ytterligere 42–43 % 3. og 4. dag etter utskrivning. Resultatet er bra, men man vil allikevel ha fokus på mulige forbedringer.

følges opp ved å gjennomgå fødselsrapporter fra mai/juni (før ferieavviklingen startet) og fra sommerferieavviklingen 2012.

308 fødselsrapporter ble anonymisert for evaluering og videre arbeid. Det var cirka like mange rapporter fra hver periode.

#### Innhold i rapportene

I det videre arbeidet med rapportene, ble avdelingen rapportene kom fra identifisert for å se om det var vesentlige forskjeller på de to avdelingene. Man ønsket også å kartlegge om rutinene ble fulgt og endringene fra første gjennomgang var innarbeidet. Videre oppfølging av funnene ble gjort innad i avdelingene.

Arbeidsgruppen diskuterte hva som sto i rapportene og om noe manglet ut fra et helsestasjonsperspektiv. At fødselsrapporten er en felles rapport for mor og barn, og at den legges i barnets journal, er et dilemma i forhold til innhold.

Fødselsrapporten er et dokument som skal leses av annet helsepersonell enn jordmor og av foreldrene. Derfor må en unngå sykehusinternt språk, stammespråk og forkortelser.

I materialet så man at det kan være utfordrende å ha fokus på hva som er relevant for mottaker. Det skal ikke være en rapport i forhold til oppholdet på føde/barsel, men nødvendig informasjon for en god overføring til helsestasjonen og fastlege. Diskusjonene i arbeidsgruppen var svært nyttig for å avklare hva som er relevant informasjon.

Hva er ikke relevant:

Helsestasjonen skal ikke ha informasjon om hvilke blodprøver som er tatt av mor, for eksempel i forbindelse med pre-eclamps, om hun har fjernet cyste tidligere, uterus stand, eller om mor har andre sykdommer. Men her finnes det noen unntak, og det er der mors tilstand påvirker amming eller muligheten for å ta seg av barnet.

#### Eksempler er:

- Sterke bekkenrelaterte smerter ved hjemreise eller andre bevegelsesbegrensninger – helsesøster/jordmor kan gå på tidlig hjemmebesøk
- Nedstemthet/depresjon – viktig for helsesøster for å kunne gi rett oppfølging av mor og barn

Helsestasjonen skal altså ha informasjon om mor der denne er viktig for barnet. Informasjonen om mor skal ikke være utdypende da denne informasjonen legges i barnets journal. I noen tilfeller kan det være aktuelt å opprette egen journal for mor for å kunne dokumentere oppfølging.

Til sist noen eksempler på ikke offisielle forkortelser: pm, mtp, u, op-sår ua, 3 under umb. Listen er mye lenger. Husk at skal vi skrive forkortelser i noe vi sender fra oss, så skal mottaker kunne finne de i et oppslagsverk. Dette for at det aldri skal være tvil om hva som menes. Gjetting egner seg ikke i denne sammenhengen.

## «Jeg våger å påstå at all dokumentasjon kan ha godt av en gjennomgang.»

#### Lærdom

Hovedkonklusjonen får overskriften – *bevisstgjøring* og det gjelder alle oss som skriver rapporter, meldinger og annet av samme slag. Jeg er sikker på at de fleste av oss bør sees i kortene med jevne mellomrom. Det er også viktig at man gir tilbakemelding til avsender dersom det ikke er helt klart hva som menes. Dette er ikke kritikk, men hjelp til bevisstgjøring i forhold til hva man sender fra seg. Jeg våger å påstå at all dokumentasjon kan ha godt av en gjennomgang. ■

# Vel gjennomført generalforsamling



**INTERESSANT FOREDRAG:** Jordmor Brit Roland innledet fagkonferansen med en presentasjon av de nye barselretningslinjene.

Jordmorforbundet NSF gjennomførte generalforsamling og fagkonferanse 19. – 20. september i år. Nytt styre ble valgt, og det var gode debatter og foredrag.

**A**vtroppende leder Marit Stene Severinsen innledet generalforsamlingen og Solfrid Halsne, (Sandnes kommune) og Margunn Omtvedt, (Rikshospitalet) var eminente ordstyrere som ledet oss på god måte igjennom generalforsamlingen.

Framlagte forslag til forretningsorden ble enstemmig vedtatt, og det var god stemning og gode innspill til debattene. Nytt styre ble valgt og to resolusjoner vedtatt.

## Mye godt innhold

Den danske filosof, forfatter og foreleser Jacob Birkler innledet fagseminaret med et flott og tankevekkende foredrag om etikk i jordmorfaget. Han problematiserte aktuelle emner omkring surrogati, IVF, livets begynnelse, kjøp og salg av egg og sæd og flere andre tema. En god og nyttig forelesning.

Neste dag ble åpnet av forbundsleder Eli Gunnhild By som sa det var viktig for henne å få komme til oss, og det var også viktig for oss å ha henne der.

Fagkonferansen ble innledet med

«Det var god stemning og gode innspill til debattene.»

at Britt Roland fra Helsedirektoratet fortalte oss om hovedtrekkene i de nye



**GOD OPPSLUTNING:** Engasjerte deltagere samlet på starten av en innholdsrik fagkonferanse.

barselretningslinjene – som kommer seinhøstes.

## Sesjoner

Deretter valgte deltakerne mellom to ulike sesjoner hvor de ulike temaene var restriktiv bruk av oksytocin,

avnavling og proaktiv fødsel. Avslutningsvis var det igjen plenum med informasjon om Askerprosjektet og prosjektet FRIDA.

Evalueringen og tilbakemeldingene av de to dagene ble positive, både med tanke på innhold og organisering. Vi er takknemlige for alle som tok turen og var sammen med oss enten det var en eller begge dagene.

Nå gleder vi oss stort til neste fagkonferanse i Sør Trøndelag i 2014 og generalforsamling og fagkonferanse i Tromsø i 2015. ■





**LEDER:** Hanne Schjelderup-Eriksen.

# Bli medlem i Jordmorforbundet NSF

## Hvem er vi?

Jordmorforbundet NSF ble stiftet i 1967. Jordmorforbundet NSF er faggruppen for jordmødre i Norsk Sykepleierforbund NSF er en landsomfattende organisasjon for sykepleiere og jordmødre med norsk autorisasjon. Medlemskap i Jordmorforbundet NSF forutsetter at du er medlem i NSF. Jordmorstudenter har gratis medlemskap i NSF og Jordmorforbundet NSF under utdanning, og et års gratis medlemskap i faggruppen etter utdanning. Ekstraordinært medlemskap gis jordmødre med utdanning fra andre land for den perioden de avventer og/eller kvalifiserer seg for norsk autorisasjon

## Hva gjør vi?

Styrker faglig identitet og tilhørighet gjennom å skape faglige møteplasser og inspirerende nettverk for jordmødre lokalt og sentralt. Kontinuerlig faglige innspill til - og dialog med ulike myndighetsnivå. Politisk påvirkningskraft gjennom NSF's fag- og helsepolitiske arbeid. Synliggjør aktuelle spørsmål som angår jordmorfag og jordmortjenesten nasjonalt og internasjonalt

## Hva mener vi?

For å møte dagens utfordringer mener Jordmorforbundet NSF at jordmorutdanningen må bygge på en bachelorgrad i sykepleie. Mastergrad i jordmorfag bidrar til utvikling, anvendelse og formidling av forskning og kunnskapsbasert praksis. Akademisk kvalifisering og profesjonsutvikling er viktig og nødvendig for å utvikle jordmorfaget til å møte stadig nye utfordringer. Svangerskap, fødsel og barseltid skal være preget av kvalitet, kontinuitet og respekt for kvinnens valg. Jordmortjenesten skal gi et fullverdig og likeverdig tilbud uavhengig av bosted.

### Hva kan vi tilby deg som medlem?

- En stor, inspirerende og slagkraftig organisasjon
- Jordmorforbundet NSF er en av 33 faggrupper i NSF.
- Dette er en viktig møteplass for tverrfaglig samarbeid
- Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du større innflytelse på din arbeidsplass
- Dyktige tillitsvalgte forhandler frem de beste lønns-vilkårene for nyutdannede- og erfarne jordmødre
- Du har sterk støtte faglig og i spørsmål knyttet til ditt arbeidsforhold
- Jordmorforbundet NSF har lokalgrupper og kontaktjordmødre i hele landet
- NSF har 19 fylkeskontor som ivaretar sine medlemmer lokalt
- Fagtidsskriftet Jordmora utgis tre ganger i året.
- Du mottar tidsskriftet Sykepleien 14 utgaver pr. år og 4 utgaver Sykepleien Forskning
- Egen nettside: [www.jordmorforbundet.no](http://www.jordmorforbundet.no) og jevnlig nyhetsbrev med oppdatert informasjon.
- Du får en rekke medlemsfordeler som gunstige forsikringsordninger, rabattavtaler, faglige fordeler, godkjenningsordninger og stipendordninger.

### Hvordan melder jeg meg inn?

Meld deg inn på e-post: [medlemstjenester@sykepleierforbundet.no](mailto:medlemstjenester@sykepleierforbundet.no) eller til [jordmor@sykepleierforbundet.no](mailto:jordmor@sykepleierforbundet.no)  
Eller fyll ut og postlegg verveskjema på siste side i denne utgaven av Jordmora.

Hva koster det å være medlem i Jordmorforbundet NSF?  
Ordinært medlem: kr. 600,- (pr. nov. 2013)  
Pensjonister: Gratis  
Jordmorstudenter: Gratis  
Kontakt oss gjerne på tlf. 02409.

Vi er på Facebook og Twitter:  
Facebook: [Jordmorforbundet NSF](https://www.facebook.com/JordmorforbundetNSF)  
Twitter: [#NSFJordmor](https://twitter.com/NSFJordmor)

Kontakt NSF's Medlemstjenester på tlf. 02409 eller send en melding til [jordmor@sykepleierforbundet.no](mailto:jordmor@sykepleierforbundet.no)



# Utdaterte referansekurver i norsk svangerskaps

I graviditeten tas det mål av den gravides mage for å kunne følge med på om barnet vokser som normalt i henhold til en referansekurve. En ny studie viser at referansekurvene må oppdateres.



Av Aase Devold Pay, jordmor, Oslo universitetssykehus/folkehelseinstituttet

**G**jeldende norske referansekurver for symfysefundus (SF)-mål ble laget på 1970-tallet og er basert på et fåtall friske kvinner. Gjennom de siste 40 årene har den gravide populasjonen i Norge gjennomgått store endringer; de gravide er blitt større (særlig vekt/overvekt) og det er en større andel kvinner med annen etnisitet, hvor kvinnene er langt lavere enn kvinner med norsk etnisitet. Resultater fra en nylig publisert studie viser at SF-kurven, referansekurven som brukes i Norge i dag, ligger for lavt. Eksisterende referansekurve bør oppdateres.

## Det veksthemmede barnet

Svangerskap med et veksthemmet barn utgjør en av de viktigste gruppene med risikosvangerskap i norsk svangerskapsomsorg. Veksthemming hos barnet er et felles tegn på avvik i fosterets helse for en rekke tilstander der misdannelser og kromosomavvik og morkakesvikt av ulike typer utgjør de viktigste gruppene. De har bety-

## «De gravide er blitt større.»

delig økt risiko for skade, hasteintervensjoner og død både under svangerskapet, under fødsel og som nyfødt. Over halvparten av alle dødfødte barn i Norge er veksthemmet ved fødsel. Det er en høyt prioritert oppgave å identifisere disse så tidlig som mulig i svangerskapet, og identifikasjon av veksthemming før fødsel er forbundet med tydelige helsegevinster under og etter fødsel.

## Definisjon og diagnostikk

I obstetrisk tradisjon finnes to innfallsvinkler for hva som bør forstås som et veksthemmet barn, og

disse må sees i sammenheng og utfylle hverandre. Den «kliniske» forståelsen er gjerne basert på at diagnose bør stilles når gjentatte målinger av fosterets vekst, fortrinnsvis med ultralydbiometri, viser et avvik i tilveksthastighet (at vektcentiler for svangerskapsvarighet faller over tid). Den «epidemiologiske» forståelsen er basert på en enkeltmåling av en fostervekst som er mindre enn en gitt vektcentil for svangerskapsvarighet, såkalt «small for gestational age» SGA. Denne sistnevnte har rettmessig vært kritisert som utilstrekkelig for diagnose alene fordi det har vært velkjent at en betydelig andel tilfeller SGA har vært fysiologiske – i enkelthet fordi små foreldre naturlig får små barn.

De to tilnærmingene er utilstrekkelig alene. Den kliniske tilnærmingen tar ikke høyde for at mange tidlig innsettende årsaker til veksthemming kan føre til en jevn vekst på svært lave percentiler. Den epidemiologiske tar ikke høyde for senere innsettende årsaker der avvik i tilveksthastighet oppstår på ellers tilfredsstillende percentiler. For begge synsvinkler vil diagnosen styrkes betydelig av samtidig identifikasjon av til grunnliggende patologi for et vekstavvik. Likevel er det slik at et flertall av de veksthemmede barna fødes etter et svangerskap uten identifisert patologi, slik også er tilfellet for flertallet av dødfødslene.

## Identifisering av det veksthemmede barnet

I dagens svangerskapsomsorg er identifisering av det veksthemmede barnet basert på tre hovedpilarer: ultralydundersøkelse for korrekt

# Urver omsorg

terminbestemmelse i 2. trimester, oppfølging av svangerskapets vekst gjennom rutinemessig måling av symfyse-fundus (SF) -mål ved alle svangerskapskontroller etter 24 uker, og tilvekstkontroller med ultralyd for særskilte risikosvangerskap så som svangerskap med hypertensjon hos mor, med avvik i SF-målene, med redusert fosteraktivitet, m.v.

Det er flere problemstillinger knyttet til hva man kan forvente av utbytte i forhold til innsatsen for å identifisere veksthemming i norsk svangerskapsomsorg. Det er velkjent i litteraturen at selv veksthemming som er målbare for 10. svangerskapsuke er forbundet med betydelig øket risiko for barnet. At terminbestemmelse i Norge ikke utføres før 17–19 uker ut i svangerskapet gjør således ikke bare at man går glipp av muligheten til å fange opp tidlige avvik, men også at det allerede veksthemmede barnet urettmessig kan få forskjøvet sin termin ut i hva som fysiologisk vil være et overtidlig svangerskap for barnet – med ytterligere øket risiko. At det samtidig gjøres en undersøkelse av barnets anatomi gjør at det så langt har vært politisk uønsket å gjennomføre undersøkelsen på det medisinske optimale tidspunkt.

Den neste utfordringen er at det mangler nyere randomiserte kontrollerte studier av gjentatte ultralydundersøkelser, med adekvat metodologi og analyse, slik at de eneste som eksisterer er gamle studier som ikke har kunnet vise at ultralyd er overlegent SF-mål i å forebygge skade og død i svangerskapet. Selv om man intuitivt ville kunne tenke seg at det må kunne finnes fordeler med

gjentatt ultralyd, finnes ikke kunnskapsgrunnlag for hva som burde være slike undersøkelsers beste innholdsmessige og tidsmessige plassering i svangerskapet, og heller intet faglig argument eller politisk vilje til å tilby gravide mer enn en ultralydundersøkelse i svangerskapet.

Dermed synes det som om den aller viktigste inngangsporten for å identifisere de veksthemmede barna i Norge i overskuelig framtid vil være SF-mål som populasjonsbasert screening. Kunnskapsgrunnlaget for i det hele tatt å gjøre slike målinger er også meget tynt, og baserer seg i hovedsak på fagmiljøenes forståelse av at målinger er «åpenbart» bedre enn rene individuelle inntrykk («synsing») ved manuell palpasjon av magen (som var den tidligere tilnærmingen).

## Dagens symfyse-funduskurver passer ikke

Det finnes flere problemstillinger knyttet til de SF-kurvene som er i bruk i Norge i dag. Viktigst av dem alle er at de ikke lenger «passer» til befolkningen vår. SF-kurvene ble laget på 1970-tallet og siden den gang har den den gravide populasjonen i Norge gjennomgått betydelige endringer; de gravide er blitt større (særlig vekt/overvekt) og det er en større andel kvinner med annen etnisitet, hvor kvinnene er langt lavere enn kvinner med norsk etnisitet.

SF-kurven slik den framstår i dag ble nylig sammenliknet med oppdaterte kurver basert på i overkant av 40 000 gravide kvinner fra Västra Götaland län i Sverige. Disse kurvene var svært ulike referansevektskurven som brukes i Norge i

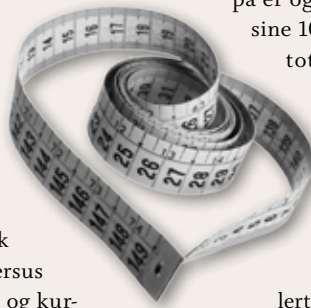
**ENDRET BEFOLKNING:** Den gravide populasjonen i Norge har gjennomgått store endringer. Blant annet er det flere kvinner med annen etnisitet, og mange av disse er langt lavere enn kvinner med norsk etnisitet. Det er en av årsakene til at referansekurvene er utdatert. Illustrasjonsfoto: Microstock.

dag; SF-målene som ble foretatt i studien ligger vesentlig høyere enn hva de gjorde for 40 år siden, og i motsetning til den gjeldende referansekurven er det ingen avflatning av kurven mot termin, men derimot en tilnærmet konstant stigning gjennom hele svangerskapet.

Dagens referansekurve ble utviklet på en tid uten sikker terminbestemmelse (kun basert på siste menstruasjon, ikke ultralyd), og dermed kan feilaktige terminbestemmelser ha forårsaket en «falsk» avflatning av kurven mot termin, noe som er et meget farlig signal dersom det tolkes som at det er normalt med veksthemming mot termin.

#### Tolkningen av symfysefunduskurvene

Et annet problem som gjelder dagens SF-mål er hva man i klinisk praksis «tror» de representerer versus hva de faktisk viser. Hva målene og kurvene representerer er i realiteten ikke angitt på dagens helsekort for gravide, og det er derfor naturlig med misforståelser. Det må være en rimelig antakelse at jordmor/lege tolker kurvens innhold som en angivelse av «hva som er normale SF-mål (senterlinjen), og grensene for hva som må betegnes som avvik (yttergrensen av det skraverte området)». Dette er en intuitiv tolkning, og sannsynligvis hva som faktisk burde presenteres for helsepersonell, men imidlertid sannsynligvis feil på begge punkter. Det kan ikke med sikkerhet fastslås hvor disse kurvene stammer fra. De som var med den gangen, og den utbredte forståelsen



noen «normal» eller hva som er gjennomsnittet i normale svangerskap. Hans publikasjon fra 1977 presenterer riktignok et slikt normalmateriale, men i den norske versjonen er avvikene ganske annerledes. Senterlinjen angir sannsynligvis gjennomsnittet i en populasjon der man har selektert bort svangerskap med betydelige komplikasjoner og for tidlige fødsler, men samtidig inkludert annen patologi. Med andre ord en blanding av en virkelighetsbeskrivelse på godt og vondt og et antatt ideal. Materialet fra 1974 det baserer seg

på er også ekstremt lite og usikkert med sine 100 (+50 SGA/LGA?) svangerskap totalt. Yttergrensene av det skraverte området er heller ikke en ekvivalent til noen anerkjent definisjon av vekstavvik, men muligens en angivelse av det selekterte materialets percentiler. Percentilene til et selektert materiale utgjør imidlertid ingen tilfredsstillende definisjon

av veksthemmede barn, for dette trengs en totalpopulasjon som basis. Dersom forfatterne virkelig hadde vært heldig i sin seleksjon, slik at alle inkluderte svangerskap faktisk var sunne og friske, vil jo ikke 10 percentilen si annet enn at de under denne er blant de 10 % minste blant helt friske og sunne barn – ingen angivelse av hva som er skadelig.

#### Forbedring av SF-kurven

I 2006 publiserte Helse- og Sosial direktoratet nye oppdaterte retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Retningslinjene er kunnskapsbasert, det vil si at det er søkt etter tilgjengelig litteratur, litteraturen er kvalitetsvurdert og rådene er gitt ut fra hvilken kunnskap som finnes. For å oppdage veksthemmede fostre anbefaler direktoratet videre bruk av SF-mål, til tross for manglende kunnskapsgrunnlag. Retningslinjene viser også til at kurven for SF-mål i Helsekort for gravide bør vurderes og eventuelt oppdateres. SF-mål vil fortsatt være en viktig del av svangerskapsomsorgen og nye SF-kurver bør derfor prioriteres høyt. ■

#### Referanse

Pay ASD, Frøen JF, Staff AC, Jacobsson B, Gjessing HK. A new population-based reference curve for symphysis-fundus height. Acta Obstet Gynecol Scand 2013; DOI: 10.1111/aogs.12157

## «SF-mål vil fortsatt være en viktig del av svangerskapsomsorgen.»

i det obstetriske miljøet er at dette dreier seg om kurvene satt sammen av Westin, publisert internasjonalt i 1977. På «folkemunne» kalles kurvene «Westin-kurvene». Ved nærmere ettersyn er dette feil, for det er avvik både i senterlinjen og avviksgrensene mellom Westin kurvene og de som finnes på dagens SF-kurver.

Gitt at dette representerer Westins opprinnelig materiale, angir senterlinjen ikke direkte



# Jordmorforbundet NSF 2013-2015



## LANDSSTYRET

### Leder

Hanne Ch. Schjelderup-Eriksen, Sandnessjøen  
Mobil: 48 17 12 21  
E-post: stearinlyd@hotmail.com

### Nestleder

Trude E. Hartmann Bjørndalen, Rikshospitalet  
Mobil: 98 61 96 16  
E-post: trbjornd@ous-hf.no/trudehb@me.com

### Økonomiansvarlig

Aaste Gjernes, KK Haukeland  
Mobil: 41 66 69 82  
E-post: abgj@helse-bergen.no/abgj@hotmail.no

### Referent

Linda Jeanette Jamsgard, Skien (STHF)  
Mobil: 99 47 13 21  
E-post: lindajamsgard@hotmail.com

### Styremedlem

Linn Holberg, St.Olav, Trondheim  
Mobil: 95 17 27 18  
E-post: linnholberg@gmail.com

### Styremedlem

Hanne Graarud Steien, Skien (STHF)  
Mobil: 97 08 38 68  
E-post: gra-ste@live.no

### 1. Vara

Åse Rommetveit, Elverum kommune  
Mobil: 99 01 21 26  
E-post: aaromme@online.no/  
ase.rommetveit@elverum.kommune.no

### 2. Vara

Kristiina Portaankorva, St.Olav, Trondheim  
Mobil: 90 98 42 55  
E-post: sari.kristiina.portaankorva@stolav.no/  
krismarong@hotmail.com

## LOKALGRUPPELEDERE

### Lokalgruppen i Agderfylkene

Elisabeth Fåland, Kristiansand  
E-post: efaaland@hotmail.com

### Lokalgruppen i Buskerud

Inger Helene Falck  
E-post: inger.helene.falck@lifi.no

### Lokalgruppen i Finnmark

Hilde Eriksen, Hammerfest  
E-post: hilde.eriksen@helse-finnmark.no

### Lokalgruppen i Hordaland

Elisabeth Eilertsen, KK Bergen  
E-post: elet@hotmail.com

### Lokalgruppen i Møre og Romsdal

Ingeborg Dreier Thomassen, Molde  
E-post: idth@online.no

### Lokalgruppen i Nord Rogaland

Ingrid Langeland, Haugesund sykehus  
Mobil: 48 02 84 45  
E-post: langeland.1@hotmail.com

### Lokalgruppen i Nordland

Hilde Jenssen, Brønnøysund  
E-post: jenssen.hild@gmail.com

### Lokalgruppen i Oppland

Inger Johanne Vasaasen

### Lokalgruppen i Oslo og Akershus

Eli Aaby, A-hus  
Mobil: 92 46 49 79  
E-post: eli.aaby@online.no

### Lokalgruppen i Sogn og Fjordane

Turid Langvatn  
E-post: turid.langvatn@jolster.kommune.no

### Lokalgruppen i Sør-Rogaland

Solfrid Halsne, Sandnes kommune  
E-post: sohalsne@online.no

### Lokalgruppen i Sør-Trøndelag

Ingebjørg Laache, St.Olavs Hospital  
Mobil: 41 51 89 34  
E-post: ingebjorg.Laache@stolav.no/  
i-laache@online.no

### Lokalgruppen i Telemark

Hanne Graarud Steien, Sykehuset Telemark  
E-post: hanne.graarud.steien@sthf.no

### Lokalgruppen i Troms

Maja Bjerkeng Nielsen, UNN Tromsø  
E-post: maja.bjerkeng.nielsen@unn.no,  
majbn@hotmail.com

### Lokalgruppen i Vestfold

Sonja Hessling, Sandefjord kommune  
E-post: somarian@online.no

### Lokalgruppen i Østfold

Evelyn Lystad, Fredrikstad  
E-post: evelyn.lystad@so-hf.no/  
evelyn-l@online.no

Hjelp oss å holde listen oppdatert! Hvis du finner feil i listen, vet om lokalgrupper som ikke står her, eller ønsker å få liv i en lokalgruppe som ligger brakk setter vi pris på å høre fra deg. Ta kontakt med oss! **jordmor@sykepleierforbundet.no**



## Følg oss på Twitter og Facebook

Hold deg oppdatert. På Facebook og Twitter får du nyheter som angår deg, informasjon om kurs og du har mulighet til å komme i kontakt med oss på en enkel måte. Søk oss opp: **Twitter: @NSFjordmor #NSFjordmor, Facebook: Jordmorforbundet NSF**




# Hvordan er det å være nyutdannet jordmor på fødeavdeling?

Nyutdannende jordmødre strever mot faglig trygghet. Det er viktig at de blir mottatt på en slik måte på fødeavdelingene at de føler seg trygge, og får god personlig og faglig utvikling.



## Introduksjon

Overgangen fra jordmorstudent til nyutdannet jordmor som arbeider med fødsler kan være krevende. Dette kliniske området er utfordrende fordi jordmor arbeider mye alene under fødselen. Her stilles store krav til vurderinger, handlingskompetanse og selvstendighet.

Studie viser at både nyutdannede og erfarne jordmødre vektlegger god kommunikasjon, og at en er trygg i sin praksis og har de rette holdningene ved studiet slutt (1). Holland et al. (2) viste at nyutdannede sykepleiere og jordmødre ble oppfattet som å være klar for praksis, men manglet selvtillit. Flere faktorer påvirker utvikling av trygghet og selvtillit hos nyutdannede jordmødre varierer (3). Davis et al. (4) fant at selvtilliten til jordmødrene økte beskjedent gjennom det første året i praksis. Seks nyutdannede som ble intervjuet i løpet av de første 6 månedene, sa blant annet at de opphevede et realitetssjokk og gap mellom teori og praksis (5).

Overgangsperioden for nyutdannede jordmødre kunne være karakterisert av engstelse, spesielt dersom det gikk en tid fra man var kvalifisert, til man startet arbeid (6). Overgangsperioden beskrives som å synke eller svømme, og nyutdannede jordmødrene har opplevd både godt og dårlig samarbeid med sine jordmorkolleger (6; 7). Både studenter og nyutdannede jordmødre må lære å navigere gjennom det kulturelle landskapet (8), forventninger og kulturelt samspill på avdelingen påvirker nyutdannede jordmødre som skal

tilpasse seg kulturen (9). En studie fra Sverige viste at nyutdannede jordmødre mente studieprogrammet generelt ga dem en god forberedelse til praksis, men de ønsket mer tid til medisinske komplikasjoner og trening i akutte situasjoner og mindre til forskning (10).

Jordmødre er en av flere profesjoner som arbeider i komplekse situasjoner, som ikke kan standardiseres. Skjønn må derfor anvendes og praksis karakteriseres av usikkerhet og er feilbarlig (11). Erfaring, ikke bare teoretisk kunnskap, er nødvendig for å oppnå et godt klinisk skjønn (12; 13). Som nyutdannet jordmor med begrenset erfaring, kan derfor starten av yrkeskarrieren være krevende.

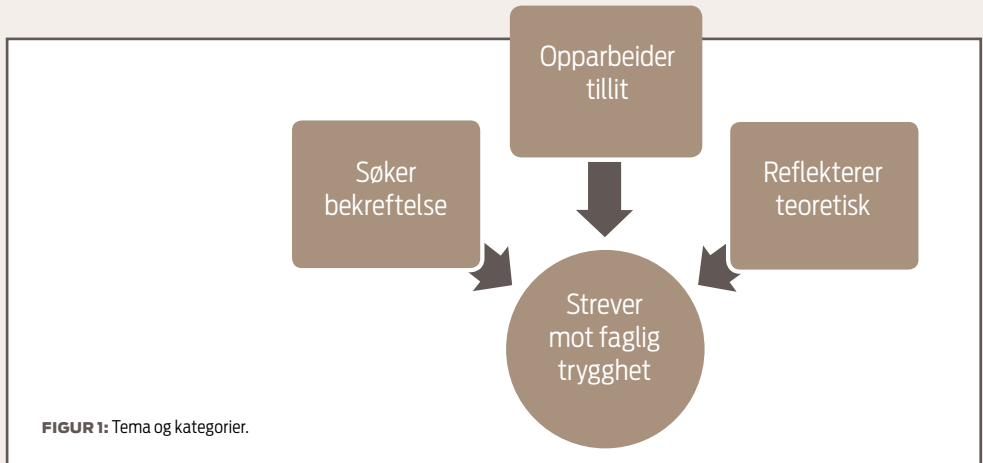
Jordmorutdanningens formål er å utdanne kvalifiserte jordmødre på ulike nivåer i helsetjenesten. En norsk studie av jordmødre som arbeidet på en høyteknologisk avdeling, viste at det var utfordrende å arbeide på en avdeling der både et biomedisinsk og et fenomenologisk syn på fødselen rådde (14). Stillinger for nyutdannede er foreslått for å sikre og utvikle kompetansen til nyutdannede. Hensikten er å sikre at nyutdannede jordmødre starter å arbeide etter utdanning, og fagutviklingsjordmødre er ansvarlig for opplæring av nytilsatte (15).

Jordmorstudiet ble fra august 2004 et 2-årig studieprogram, etter 3-årig bachelor i sykepleie og mist 1 år praksis som sykepleier. Studentene må ha tatt imot barnet ved miste 50 spontane fødsler, til sammenlikning så er Eu's minstekrav 40 fødsler. Dersom

Av Anne Brunstad  
lektor, jordmor, Avdeling  
for helse- og sosialfag,  
Høgskolen i Bergen



**VISER EMPATI:** Nyutdannede jordmødre er flinke til å vise foreldrene empati, ifølge de erfarne jordmødrene i studien. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



antallet ikke kan nås på grunn av få kvinner i fødsel, kan antallet reduseres til 40, forutsatt at studentene i tillegg har deltatt aktiv ved 30 assistert fødsler eller forløsninger. Studentene har 50 % teoretiske og 50 % kliniske studier på ulike områder. Studieprogrammet gir 120 studiepoeng av disse er 30 forbeholdt forskning og fordypningsoppgave (16).

Selv om vi har en felles nasjonal rammeplan, har utdanningsinstitusjonene organisert dette litt ulikt. De nyutdannede jordmødrene i denne studien hadde mest kliniske studier i andre studieår. Fordypningsoppgaven var i tredje semester. De siste 6 ukene av studiet var på fødeavdeling, nettopp for å lette overgangen fra student til nyutdannet jordmor. I løpet av kliniske studier hadde studentene mange skriftlige arbeidskrav. Hensikten med dem var å knytte teori til opplevelser i praksis, for at de raskere og bedre skulle utvikle sin erfaringskunnskap. Å finne og kritisk vurdere artikler var en integrert del av arbeidskravene.

Det er viktig for utdanningsinstitusjonene å få kunnskap om hvordan nyutdannede jordmødre fungerer i sin nye rolle, og hvordan de møter utfordringer i praksis, slik at studieprogrammet utvikles i takt med kliniske utfordringer. Det er også viktig for jordmødre i praksis å ha kunnskap om hvordan det er å være nyutdannet på denne arenaen. Hensikten med denne studien var derfor å beskrive hva som karakteriserer nyutdannede jordmødre som arbeider med fødsler.

#### Metode

Jeg benyttet kvalitative forskningsintervju (17). For å oppnå dybde og bredde i data, samlet jeg data både fra nyutdannede og erfarne jordmødre. De nyutdannede kjenner hvor skoen trykker og de erfarne vet hva

som kreves av en jordmor som arbeider med fødsler. På denne måten ble karakteristika belyst fra ulike perspektiv.

#### Informanter

Jordmødrene ble rekrutterte via e-post til jordmorledelsen på sykehusene. Jeg sendte informasjonsskriv, der de ble invitert til å delta. De videresendte dette til aktuelle jordmødre. Noen av jordmødrene tok direkte kontakt med meg, andre fikk jeg e-post adressen til fra jordmorledelsen. Inklusjonskriterier var; nyutdannede skulle ha arbeidet mellom 6–12 måneder med fødsler. Fordi det kan ta noe tid å gå fra studentrollen til rollen som jordmødre samt å bli kjent i avdelingen. De var både nyutdannet og nytilsatt. De erfarne skulle ha arbeidet minst fem år med fødsler. De hadde dermed et godt grunnlag til å beskrive nyutdannede som gruppe. Jordmødrene arbeidet på høyteknologiske avdelinger og føde/barselavdelinger ved fire ulike sykehus.

#### Datasamling

Hensikt og tema for samtalen var opplyst i informasjonsskrivet de fikk. En åpen tilnærming med et spørsmål ble brukt for at jeg skulle påvirke data minst mulig. Individuelle telefonintervju ble utført. Intervjuene varte mellom 30–45 minutter og ble tatt opp på bånd. Intervjuene og transkripsjon pågikk over flere måneder, fordi flere av de nyutdannede startet å arbeide på barselavdelinger. Andre som startet å arbeide i høyteknologiske avdeling, roterte så til barselavdeling etter noen måneder. Det tok tid å finne nyutdannede som fylte inklusjonskriteriene. Spørsmålet til erfarne jordmødre var: *Kan du beskrive hva som kjennetegner nyutdannede jordmødre, som har arbeidet 6–12 måneder i avdelingen?* Spørsmålet til nyutdannede jordmødre var:



Kan du beskrive hvordan det er å arbeide som nyutdannet i fødeavdelingen? Oppfølgings spørsmål ble stilt når jeg ønsket utdyping av utsagn eller når jeg var usikker på om jeg hadde forstått dem korrekt.

### Dataanalysen

Jeg brukte kvalitativ innholdsanalyse får å analysere intervjuene (18). Intervjuene ble transkribert ordrett av. Det ble brukt ulike farge på skriften, slik at jeg til enhver tid visste hvilke data funnene bygget på. Alle intervjuene utgjorde analysegrunnlaget. Først leste jeg alle intervjuene flere ganger, for å få en oversikt og forståelse av hva dette handlet om. I neste fase sorterte jeg teksten i ulike innholds områder, relater til hensikten med studien. Deretter fortettet jeg meningsområdene og abstraherte teksten og merket den med ulike koder. Kodene ble så sortert i sub-kategorier og deretter til kategorier. Kategoriene ble til slutt abstrahert til et tema.

### Etiske overveielser

Alle jordmødrene mottok skriftlig informasjon om studien, der jeg framhevet det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg fra studien når de ønsket, samt at data ble anonymisert og konfidensielt behandlet. De visste også at samtalen ble tatt opp på band. Studien er meldt NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjenestedatatjeneste), ingen andre søknader var nødvendig.

### Funn

Alle jordmødrene var kvinner. De nyutdannede jordmødrene var utdannet etter 2-årig studieprogram. Analysen viste et tema som karakteriserte nyutdannede jordmødre; *Strever mot faglig trygghet*, tema omfattet tre kategorier: søker bekreftelse, opparbeider tillit og reflekterer teoretisk (Fig. 1). Erfarne jordmødre og erfarne brukes her synonymt, likedan nyutdannede jordmødre og nyutdannede. Sitater brukes for å støtte funnene.

### Strever mot faglig trygghet

#### Søker bekreftelse

Flere av de erfarne jordmødrene framhevet at nyutdannede måtte få lov til å være nye og usikre i starten. Hvor lenge dette varte avhengte av personlighet og den individuelle tryggheten. Flere av de erfarne sa det var viktig å signalisere til de nyutdannede at de kunne spørre om alt. Når nyutdannede søkte bekreftelser på sine vurderinger og handlinger, var det viktig å gi dem denne bekreftelsen, slik at dette førte til faglig utvik-

ling. Noen erfarne jordmødre sa at balansen mellom å spørre andre om råd og fremstå som usikker, og ikke ta egne beslutninger var hårfin, for noen nyutdannede fremsto som utrygge på om de kunne det som var forventet av dem. En erfaren på en høyteknologisk avdeling framhevet, at hvis en nyutdannet søkte bekreftelse på det meste som skulle gjøres, ble hun usikker på om usikkerheten skyltes faglige årsaker, eller om hun var usikker i miljøet. Når nyutdannede stilte spørsmål og diskuterte sine observasjoner og vurderinger, viste de samtidig sin forståelse for situasjon. Erfarne jordmødre fikk da bekreftelse på at nyutdannede mestret det de holdt på med. En erfaren jordmor på en høyteknologisk avdeling sa:

Du har dem som tar det veldig kjapt, du stoler fullstendig på dem, de går inn på føderommet, kommer ut igjen og sier: jeg har en patologisk ctg. Jøss, tenker jeg, men så er det rett.

Den indre bekreftelsen som nyutdannede erfarte når de mestret var like viktig som bekreftelse utenfra fra kollegaer. Mestring av akutte situasjoner ble framhevet som viktig både fra nyutdannede og erfarne. Bekreftelsen var umiddelbar i slike situasjoner og påvirket tryggheten til dem. En nyutdannet jordmor på en høyteknologisk avdeling sa:

Jeg føler meg mye mer trygg nå, både i normale og avvikende fødsler. En må likevel være ydmyk, for om alt ser normalt ut kan noe skje. Jeg har opplevde litt av hvert. Jeg var redd for ikke å mestre, at jeg skulle bakke ut, men det har gått fint.

Noen nyutdannede jordmødre hadde også vært redde for å være i alvorlige situasjoner og ikke få hjelp. Deres usikkerhet i slike tilfeller var påvirket av kollegial støtte. Noen nyutdannede hadde erfaring fra akutte situasjoner fra sin sykepleierbakgrunn, de

## «Det kan være vanskelig for nyutdannede å vurdere sin egen kompetanse.»

hadde erfart at de kunne arbeide målrettet og samarbeide i et team. De dro nytte av denne kunnskapen som nyutdannet jordmor. Når erfarne jordmødre oppdaget at nyutdannede mestret utfordringer som oppsto, ble også de trygge. En erfaren på en fødeavdeling sa:

Jeg følte meg trygg på at hun mestret det hun gjorde. Vi hadde flere barn som trengte hjelp i starten. Hun mestret det bra.

### Opparbeider tillit

Nyutdannede oppnådde tillit og ble integrert i jordmor kollegiet på ulike måter. To ble *hevet utpå* allerede få uker etter studiets slutt, ved at de gikk inn som en del av ordinær bemanning. De startet da mange av de erfarne jordmødrene var på sommerferie og fikk dermed ansvar for å vise sommervikarer til rette i avdelingen. Der var ikke nytilsatt program. De andre to ble gradvis integrert gjennom avdelingens nytilsatt program. Dette var fast for alle nytilsatte i disse avdelingene. Nyutdannede og nytilsatte arbeidet her på toppen av ordinær bemanning i en periode. Alle nyutdannede beskrev den første tiden som vanskelig, noen sa det kunne ta opp mot fire måneder før de følte seg avslappet og trygge. Tilliten som nyutdannede oppnådde var et resultat av samspillet mellom å få, og ta ansvar for arbeidsoppgaver i avdelingen, samt at oppgavene ble utført på en god måte. Nyutdannede jordmødre oppnådde tillit i jordmor kollegiet gjennom sitt daglige arbeid, men særlig når spesielle oppgaver skulle utføres. Sitatet fra en nyutdannet jordmor på en fødeavdeling viser at hun ble vist tillit og fikk et stort ansvar:

Jeg hadde en kvinne som skulle ha magnesium drypp. Jeg hadde aldri gjort dette før, så jeg leste prosedyren. Jeg følte meg litt skjelven med det samme. Jeg sa til de andre at jeg aldri hadde gjort dette før, så de måtte være i nærheten. Flere av de andre sa at de heller aldri hadde gjort dette. Det gikk veldig bra.

Når nyutdannede følte seg utrygge, sikret de seg støtte fra de erfarne jordmødrene. Det ble også framhevet fra de erfarne, at nyutdannede var aktive, tok initiativ og viste interesse for det som skjedde i avdelingen. De sa dette var et viktig og positivt kjennetegn på nyutdannede jordmødre. De framhevet samtidig at nyutdannede var dyktige til å skape gode relasjoner til kvinnen og paret. En erfaren jordmor på en høyteknologisk avdeling sa:

## «Hun ble vist tillitt.»

De er følelsesmessige flinke i forhold til kvinnene, de engasjerer seg mye i hva som skjer der inne (på føderommet) og hva som skjer med kvinnen og barnet.

Nyutdannede brukte her relasjonskompetanse fra sin sykepleiefaglige bakgrunn, de viste empati og støttet kvinnen.

### Reflekterer teoretisk

De erfarne jordmødrene mente trygghet var en viktig forutsetning for at nyutdannede skulle vise sine kunnskaper og utvikle seg faglig. Flere framhevet at

nyutdannede hadde en annen type trygghet, enn dem selv som nyutdannet. De mente nyutdannede jordmødre hadde en god plattform til å arbeide selvstendig som jordmor. En erfaren jordmor på en høyteknologisk avdeling sa:

Jeg har sett, uten å bli personlig, de har en god teoretisk bakgrunn, de står frem som trygge. De fanger opp, er veldig gode observatører, kontakter oss, gir god informasjon og jobber godt. De er selvstendige, reflekterte og trygge.

Selv om de erfarne jordmødrene sa at selvstendigheten og mestringen til nyutdannede var god, framhevet de at også her var individuelle forskjeller. Nyutdannedes refleksjoner ble synlig gjennom spørsmålene de stilte. Selv om nyutdannede ble oppfordret og oppmuntret til å stille spørsmål, viser sitatet fra en erfaren på en høyteknologisk avdeling at også dette kan være en hårfin balanse:

*Kan jeg gjøre dette?* spør de. Spørsmål om ditt og datt. De er ikke redde, men redde for å gjøre noe feil. *Har jeg gjort alt i dag?* spør de, litt sånn usikre.

Nyutdannede jordmødre kan bli oppfattet som usikre, dersom de stiller for mange spørsmål eller som de erfarne jordmødrene mener er unødvendige spørsmål. Noen erfarne jordmødre sa at nyutdannede stilte store krav til seg selv, og derfor var redde for å gjøre feil. De erfarne jordmødrene framhevet at de nyutdannede var teoretisk sterke, samtidig som noen sa at nyutdannede manglet det kliniske blikket. Flere av de erfarne jordmødrene sa at de nyutdannede fremsto som positive, selvsikre og trygge på same tid som de var usikre og søkte hjelp. De nyutdannede jordmødrene selv var bevisste på at de manglet erfaring. En nyutdannet på en fødeavdeling sa:

For meg var dette enormt energikrevende i starten. Jeg følte meg trygg på det teoretiske, men har ikke fått prøvd meg nok enda.

På tross av begrenset erfaring, følte nyutdannede jordmødre seg trygge på sitt teoretiske fundament. De erfarne jordmødrene etterspurte og verdsatte kunnskapen til de nyutdannede. De nyutdannede ble lyttet til og behandlet som likeverdige partnere i faglige diskusjoner. Kunnskapen til de erfarne og nyutdannede jordmødrene utfylte hverandre, slik sitatet fra en nyutdannet på en fødeavdeling viser:

Jeg merket at min kunnskap ikke er så langt fra deres. Jeg har masse kunnskap om pre-eklampsi, rifter og slikt, og mye om å søke etter kunnskap. Da merker jeg at de blir litt usikre på meg. Jeg har ikke så mye erfaring som dem, men når vi diskuterer, snakker de om sine erfaringer og jeg om forskning.



Utvexling av kunnskap var en viktig dimensjon ved å være en god kollega. Nyutdannede jordmødre hadde god informasjonsteknologisk kompetanse. Denne kompetansen ble anerkjent på ulike måter, som skryt fra de erfarne, eller at de fant oppdatert kunnskap på nettet. En erfaren jordmor på en høytteknologisk avdeling sa:

Dersom de spør oss om noe vi ikke vet, er de veldig raske inne på nettet. De er gode til å finne forskning. Vi er ikke så gode til det.

Denne kompetansen ble synlig når faglige spørsmål ble reist i avdelingen, og de erfarne ikke kunne svare. De nyutdannede jordmødrene deltok og bidro i faglige diskusjoner og framhevet samtidig at de hadde akkurat startet med å utvikle sin erfaringskunnskap.

#### Diskusjon

Denne studien beskriver sentrale kjennetegn hos nyutdannede jordmødre som arbeider med fødsler. Nyutdannede jordmødre strevet mot faglig trygghet, ved at de søkte bekreftelser, opparbeidet tillit og reflekterte teoretisk. Det kan synes som nyutdannede oppnår bekreftelser og tillit i jordmorkollegiet ved å ta og få ansvar for daglige aktiviteter i avdelingene, og at dette er sentralt for deres trygghet. Det kunne synes som det var like viktig at erfarne jordmødre erfarte at de nyutdannede mestret, som det var for de nyutdannede selv. Funnene indikerte at bekreftelse ble oppnådd både ved måten de nyutdannede vurderte situasjonene, måten arbeidsoppgavene ble utført og spesielt ved hvordan de håndterte akutte situasjoner. Den indre bekreftelsen nyutdannede jordmødre erfarte, og den ytre bekreftelsen fra de erfarne var viktig og umiddelbar for alle. Handlingskompetansen til nyutdannede ble framhevet av alle. Denne kompetansen framheves også som viktig i Rammeplan (16). Konsekvensene av ikke å mestre

akutte situasjoner kan få store konsekvenser både for kvinnen og barnet, på kort og lang sikt. Der kreves rett tiltak til rett tid, samt god kommunikasjon og et godt tverrfaglig samarbeid. Når nyutdannede mestret utfordringene bra, kunne dette påvirke og forsterke tilliten fra de erfarne, noe som igjen kunne påvirke ansvar som nyutdannede fikk.

Denne studien viser at tilliten og støtten nyutdannede fikk fra de erfarne jordmødrene, kunne ha en positiv betydning for nyutdannedes trygghet. Samspillet mellom å bli vist tillit og bli gitt ansvar, kan ha stor betydning for om nyutdannede tar på seg oppgaver i avdelingen. Man kan heller ikke se bort fra at det kan påvirke engasjementet til nyutdannede for det som skjer i avdelingen. Studien viser at støtten fra de erfarne var spesielt viktig for nyutdannede når spesielle oppgaver skulle utføres. Tilliten og støtten fra kollegaer var her av stor betydning. Prosedyrer ble også viktig for nyutdannede i slike situasjoner. Dāvøy (19) hevder at prosedyrer og faktakunnskap er inngangsporten til faget, og viktig veiviser når man mangler erfaring. I min studie kan det synes som trygghet er både en viktig forutsetning og konsekvens av mestring. Om de nyutdannede ble trygge av å mestre, eller tok utfordringer fordi de var trygge, er sannsynligvis to sider av samme sak. Faglig utvikling er et resultat av at man liker arbeidet sitt og har lyst til å bli god, interesse og engasjement i faget er viktig (19).

De erfarne jordmødrene i min studie, framhevet at de nyutdannede var flinke til å vise empati overfor kvinnen og paret, og at de skapte gode relasjoner til dem. Dette kan relateres til deres bakgrunn som sykepleiere, de hadde allerede erfaring med å forholde seg til egne følelser i møte med andres. På en annen side kan man ikke se bort fra at når man føler seg trygg teoretisk, kan det være lettere å ha et

**VIKTIG ARBEID:** Jobben som jordmor byr på utfordringer, som nyutdannede jordmødre må vise at de behersker. Illustrasjonsfoto: Microstock.



**TRYGG:** Jordmødre som er nye i jobben, føler seg tryggere når de får bekreftelse på at de gjør en god jobb. Illustrasjonsfoto: Microstock.

mer utdrettet fokus, og dermed lettere skape gode relasjoner til paret. At nyutdannede jordmødre viser en genuin interesse for fødekvinner viser også andre studier (5). Relasjon mellom kvinnen og jordmor kan påvirke kvinnens fødselsopplevelse og sannsynlig også påvirke kvinnens mulighet til å føde spontant (20). Det er også viktig at jordmødre har gode tekniske ferdigheter samtidig som hun gir kvinnen psykisk støtte i løpet av fødselen (21).

De nyutdannede jordmødrene i min studie var integrert i jordmorkollegiet på alle avdelingene, og var viktige samarbeidspartnere. Deres teoretiske kunnskaper ble etterspurt og verdsatt. Det kunne synes som nyutdannede og erfarne jordmødre komplementerte hverandre, selv om de nyutdannede hadde mindre erfaring. Dette samsvarer med andre studier, som viser at jordmødre vektlegger godt samarbeid (22). Det kan også relateres til læring i praksisfellesskapet, der læring assosieres til spesifikke situasjoner sammen med andre (23; 24; 8). Selv om samarbeid ikke alltid er uproblematisk, må man arbeide sammen for å løse oppgavene (25). Lave og Wenger (26) refererer til interaksjon mellom læring og arbeid som *situert læring*, de mener mennesker i utgangspunktet er perifere deltakere, før de gradvis blir fullverdige medlemmer av praksisfellesskapet. Eraut (27) fant at ved fravær av gode relasjoner på arbeidsplassen, søkte nykommere hjelp og informasjon fra mennesker med samme status og begrenset makt, som dem selv. Årsaken til at de nyutdannede jordmødrene i min studie opphevede at de hadde gode relasjoner til de erfarne, kan være at der var få av dem,

selv på de store avdelingene. Vi har en liten befolkning og et lite fagmiljø, dette kan også påvirke integreringen av nyutdannede i et praksisfellesskap. Andre studier (7), har derimot vist at nyutdannede jordmødre har opplevd dårlige relasjoner til de erfarne jordmødrene, og dermed et vanskelig arbeidsmiljø. Det kan synes som de nyutdannede jordmødrene i min studie var integrert i jordmorkollegiet, gjennom sine faglige argumentasjoner og ikke mistet at de viste de var til å stole på når ting skjedde.

De nyutdannede hadde et godt teoretisk fundament, og viste dette gjennom sine teoretiske refleksjoner. I denne studien kan en påvirkende årsak til dette være relatert til de skriftlige arbeidskravene i deres studieprogram. Hensikten med arbeidskravene var nettopp å bygge bro mellom teori og praksis. Man må samtidig være bevisst på at gode teoretiske kunnskaper ikke er tilstrekkelig for å utøve et godt skjønn, fordi teoretisk kunnskap er uten kontekst (28). For å utføre godt klinisk skjønn og handle klokt og korrekt i komplekse situasjoner, kreves faglig forståelse og at man er sanselig til stede (13). Utvikling av et godt faglig skjønn er derfor både tidkrevende og personlig krevende. Erfaring er også en viktig kunnskapskilde i alle profesjoner som må foreta faglige vurderinger. Dette kan relateres til hvorfor de nyutdannede jordmødrene i denne studien framhevet at de ikke hadde så mye erfaring enda. Erfaringsomfanget er selsagt begrenset når man er nyutdannet. Og som Molander (11) hevder blir man sårbar når skjønn utøves, for skjønn er feilbarlig. Selv om man har prosedyrer er det mange komplekse situasjoner innen jordmorfaget som ikke kan standardiseres. Man kan ikke se bort fra at dette var en medvirkende årsak til at de nyutdannede opplevde den første tiden som svært energi krevende og var redde for å gjøre feil.

Det kan være vanskelig for nyutdannede å vurdere sin egen kompetanse. En studie på nyutdannede sykepleiere, viste at de vurderte egen fagkompetanse til å utføre sykepleie til å være større på noen område, enn sine kollegaer (29; 30). Andre studier har vist at nyutdannede sykepleiere og leger følte de hadde utilstrekkelige kunnskaper til å møte kliniske utfordringer (31). Støtte, spesielt fra ledelsen, er viktig når man starter i en ny rolle (2). Langendyk (32) viste at nyutdannede leger selv mente det var mye de ikke kunne, men de visste ikke nøyaktig hva de ikke kunne. Dette kan samsvare med min studie, når erfarne framhevet at nyutdannede ønsket bekreftelse på sine vurderinger og handlinger, var de kanskje usikker på om de hadde gjort det de skulle. Man kan heller ikke se bort fra at



det kan relateres til at samarbeid vektlegges mer i dag enn tidligere (16). Min studie viste at balansen mellom å fremstå som trygg og sikker, samtidig som man rådfører seg med erfarne jordmødrene, kan være en utfordring for nyutdannede jordmødre. Andre studier har også vist at tryggheten hos nyutdannede jordmødre varierer (1; 4; 33).

De erfarne jordmødrene i min studie framhevet at de nyutdannede hadde god informasjonsteknologisk kompetanse. Dette samsvarer også med andre studier, der denne kompetansen assosieres med alder og utdanning (34). God informasjonsteknologisk kompetanse er dessuten en viktig forutsetning for faglig utvikling (35). Man kan heller ikke se bort fra at kompetansen kan relateres til arbeidskravene de hadde som studenter. Det er viktig at denne kompetansen etterspørres og benyttes i fagmiljøet, slik at nyutdannede føler at den verdsettes og utvikles. I henhold til Benner (29), kan sykepleiere utvikle seg til kompetent nivå, men mangler kunnskap på noen områder til å heve seg opp på ekspert nivået, de er ikke bevisst på hva de mangler kunnskap om. Benner (29) framhevet at kompetansen i informasjonsteknologi var viktig å bruke regelmessig i faglige sammenhenger, dersom den skulle vedlikeholdes og utvikles.

En svakhet med min studie er at der er få nyutdannede i utvalget. Selv om datasamlingen og analysen pågikk over flere måneder, hadde alle nyutdannede arbeidet like lenge med fødsler. Data ble samlet ved telefon intervju. En ulempe med det, er at en ikke kan lese kroppsspråket til hverandre. Men på en annen side kan informantene føle seg friere og dermed snakke lettere. Samtalene foregikk lett med alle. Den største svakheten i denne studien er at samme person har både samlet og analysert dataene. Dette kan påvirke troverdigheten og påliteligheten av funnene, fordi kvalitative data alltid kan tolkes ulikt. Relasjon mellom forsker og informant kan også påvirke funnene (36), og alle

relasjoner har elementer av makt (37). Derfor er det viktig å fremheve at jeg ikke hadde noen personlige relasjoner til noen av jordmødrene. De hadde frivillig meldt sin interesse for å delta i studien, og visste hva samtalen dreide seg om. En annen faktor som kan påvirke funnene er forforståelsen til forsker og informanter. I denne studien vil jeg anta at det var en fordel at jeg kjente til jordmødrenes hverdag, spørsmålet som begge gruppene fikk var dessuten åpne, nettopp for å påvirke minst mulig. Informantene ble valgt for å få både bredde og dybde i data, noe som kan styrke påliteligheten av resultatet. Resultatet i studien kan kun relateres til dette utvalget.

### Konklusjon

Denne studien viser at nyutdannede jordmødre strever mot faglig trygghet på ulike måter. De oppnår bekreftelser ved å mestre de daglige utfordringene i avdelingen, men det viktigste var at de mestret akutte situasjoner. Bekreftelse på at de dugde var umiddelbar og viktig i slike situasjoner, både for dem selv og fra kollegaene. Tillit i jordmorkollegiet ble opparbeidet ved at de nyutdannede tok på seg ansvar og oppgaver, og viste at de håndterte dette bra og var til å stole på. At de nyutdannede reflekterer teoretisk, relateres både til deres teoretiske fundament og deres informasjonsteknologiske kompetanse. De nyutdannede jordmødrene ble integrert i jordmorkollegiet, og tross begrenset erfaringer syntes det som deres kompetanse komplementerte hverandre. Ikke alle avdelinger hadde nytilsatt program. Hvor utbredt dette er, bør forskes mer på. Det er viktig at nyutdannede blir mottatt på en slik måte at de føler seg trygge, og at god personlig og faglig utvikling skjer.

Takk til mine kollegaer Anne-Britt Vika Nilsen og Asgjerd Litlere Moi for konstruktiv tilbakemelding på artikkelutkastet. ■

### Referanser:

1. Butler, M., Fraser, D., Myrphy, R., 2008. What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration? *Midwifery* 24, 260–269.
2. Holland, K., Roxburgh, M., Johnson, M., Topping, K., Watson, R., Lauder, W., Porter, M., 2010. Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland, United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing* 19, 461–469.
3. Donovan, P., 2008. Confidence in newly qualified midwives. *British Journal of Midwifery* 16, 510–514.
4. Davis, D., Foureur, M., Clements, V., Brodie, P., Herbison, P., 2012. The self-reported confidence of newly graduated midwives before and after their first year of practice in Sydney, Australia. *Women and Birth* 25, e1–e10.
5. Van der Putten, D., 2008. The lived experience of newly qualified midwives: a qualitative study. *British Journal of Midwifery* 16, 348–358.
6. Hughes, A., Fraser, D., 2011. "SINK or SWIM": the experience of newly qualified midwives in England. *Midwifery* 27, 382–386.
7. Fenwick, J., Hammond, A., Raymond, J., Smith, R., Gray, J., Foureur, M., Homer, C., Symon, A., 2012. Surviving, not thriving: a qualitative study of newly qualified midwives' experience of their transition to practice. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2054–2063.
8. Young, N., 2012. An exploration of clinical decision-making among students and newly qualified midwives. *Midwifery* 28, 824–830.
9. Hobbs, J., 2012. Newly qualified midwives' transition to qualified status and role: assimilating the «habitus» or reshaping it? *Midwifery* 28, 391–399.
10. Schytt, E., Waldenström, U., 2013. How well does midwifery education prepare for clinical practice? Exploring the views of Swedish students, midwives and obstetricians. *Midwifery* 29, 102–109.
11. Molander, A., Terum, L.I., 2007. Profesjonsstudier – en introduksjon.

- I: Molander, A., Terum L.I. (red.) Profesjonsstudier. Universitetsforlaget, Oslo, s. 13–28.
12. Alvsvåg, H., 2002. Klinisk skjønn. I: Bjørk, I.T., Helseth, S. Nortvedt, F.(red.). Møte mellom Pasient og Sykepleier. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, s. 208–221.
  13. Cioffi, J., 1998. Education for clinical decision making in midwifery practice. *Midwifery* 14,18–22.
  14. Blaaka, G., Eri, T.S., 2008. Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery* 24, 344–352.
  15. Helsedirektoratet, 2010b. Utviklingsstrategi for Jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og Kapasitet., Oslo.
  16. Rammepplan med Forskrift for Jordmorutdanning 2004. Utdannings – og forskningsdepartementet.
  17. Kvale, S., 2005. Det Kvalitative Forskningsintervju. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
  18. Graneheim, U.H., Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.
  19. Dävåg, G., 2007. Stå ikke med hendene i lomma! Faglighet er personavhengig. I: Alvsvåg, H., Førland, O. (red.). Fagkritiske Perspektiv på Sykepleie. Akribe Forlag, Oslo, s. 233–249.
  20. Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., 2012. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 102, CD003766.
  21. Nicholls, L., Webb, C., 2006. What makes a good midwife? Implications for midwifery practice. *Evidence Based Midwifery* 4, 65–70.
  22. Murray-Davis, B., Marshall, M., Gordon, F., 2011. What do midwives think about interprofessional working and learning? *Midwifery* 27, 376–381.
  23. Collin, K., Valleala, U.M., 2005. Interaction among employees: how does learning take place in the social communities of the workplace and how might such learning be supervised? *Journal of Education and Work* 18, 401–420.
  24. Smeby, J-K., 2007. Connecting to professional knowledge. *Studies in Higher Education* 32, 207–224.
  25. Hovland, O.J., Andresen Skutlaberg, G., 2007. Integring i praksisfellesskapetpraksisfellesskapet med refleksjon som verktøy. I: Alvsvåg H., Førland, O. (red.). Fagkritiske Perspektiv på Sykepleie. Akribe Forlag, Oslo, s. 189–203.
  26. Lave, J., Wenger, E., 1991. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press, Cambridge.
  27. Eraut, M., 2004. Sharing practice: problems and possibilities. *Learning in Health and Social Care* 3, 171–178.
  28. Grealish, L., Trevitt, C., 2005. Developing a professional identity: student nurses in the workplace. *Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession* 19, 137–150.
  29. Benner P., 1984. *From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, Boston.
  30. Lofmark, A., Smide, B., Wikblad, K., 2006. Competence of newly graduated nurses – a comparison of the perceptions of qualified nurses and students. *Journal of Advanced Nursing* 53, 721–728.
  31. Smeby, J.K., Vaagan, A., 2008. Recontextualising professional knowledge – newly qualified nurses and physicians. *Journal of Education and Work* 21, 159–173.
  32. Langendyk, V., 2006. Not knowing that they do not know: self-assessment accuracy of third-year medical students. *Medical Education* 40, 173–179.
  33. Skirton, H., Stephen, N., Doris, F., Cooper, M., Avis, M., Fraser, D., 2012. Preparedness of newly qualified midwives to deliver clinical care: an evaluation of pre-registration midwifery education through an analysis of key events. *Midwifery* 28, e660–e666.
  34. Aro, M., Olkinuora, E., 2007. Riding the information highway – towards a new kind of learning. *International Journal of Lifelong Education* 26, 385–398.
  35. Haigh, J., 2004. Information technology in health professional education: why IT matters. *Nursing Education Today* 24, 547–552.
  36. Enosh, G., Ben-Ari, A., 2011. Cooperation and conflict in qualitative research: a dialectical approach to knowledge production. *Qualitative Health Research* 13, 125–130.
  37. Nunkeosing, K., 2005. The problems with interviews. *Qualitative Health Research* 15, 698–706.

## Verv og vinn flotte premier

Jordmorforbundet NSF lanserer nå en vervekampanje med flotte premier, for å få flere medlemmer.

### Premier

Vi tilbyr faglige opplevelser til de av Jordmorforbundets medlemmer som verver flest nye medlemmer til faggruppen:

- Fire ververe får deltakelse med reise og opphold på ICMS 30.Triennial Congress i Praha 1-5. juni 2014.
- To ververe får studietur med reise og opphold til Kagando District Hospital i vest Uganda. Sykehuset ligger omtrent fem timers kjøring vestover fra hovedstaden Kampala i Uganda, i nærheten av byen Kasese. Kagando District Hospital er et privat sykehus med 250 sengeplasser. Nedslagsfeltet er cirka 300 000 – 400 000 og det kommer en del pasienter over grensen fra Kongo. Sykehuset ligger nær Queen Elizabeth National Park, ekva

tor og Rwenzori-fjellene. Studieturen planlegges i april 2014, og vil være i en uke. Det ugandiske sykepleierforbundet (UNMU) er en av NSF's samarbeidspartnere i Afrika og vil i samarbeid med NSF's representant i Afrika være behjelpelig med å tilrettelegge for dette besøket.

- 20 ververe får reiseeffekter fra NSF's fordelsbutikk til en verdi av kr 1000.

Lykke til med vervingen og du blir med på loddtrekningen om disse flotte vervepremiene for dem som verver flest jordmødre til Jordmorforbundet NSF.

Vil du lese mer om vervepremiene kan du logge deg inn på [www.jordmorforbundet.no](http://www.jordmorforbundet.no) eller scanne Qr-koden.



Medlemskap må være registrert innen 28. februar 2014 (midnatt) for at du skal være med i trekningen om toppremiene.

Skjema for innmelding finner du på baksiden av denne utgaven av Jordmora.



## Spre informasjonen!

**Kontaktperson:** Linn Holberg  
**Tlf:** 95 17 27 18  
**E-post:** linnholberg@gmail.com



**Rikshospitalet**

## Kurs i bruk av CTG og STAN

**28. og 29. november 2013**

Legeforeningen arrangerer kurs i bruk av CTG med tilhørende CTG- tolkning og bruk av STAN. Det blir blanding av forelesninger og diskusjon av kasuistikker i små grupper. Kursleder er Branka M. Yli, som sitter i den Nasjonale STAN referansegruppe, som du kan lese mer om i denne utgaven av Jordmora.

Frist for påmelding: 20.11.13

Mer info: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/stan/stan-superbrukerkurs/>

**Maastricht, Nederland**

## Europeisk jordmor- utdanningskonferanse

**29. – 30. november 2013**

Enten du jobber som selvstendig jordmor, i fødselsomsorgen, svangerskapsomsorgen, på fødestue, klinikk eller ved et universitet forstår man at læring og utdanning foregår overalt. Denne konferansen er ment for dem som ønsker å lære mer om essensen av jordmorutdanning, jordmorstudenters praksis, utvikling av læreplaner og vurderinger. Den bringer forskning og utdanning sammen. Arrangør er Den europeiske jordmororganisasjonen (EMA)

Mer info: <http://www.av-m.nl/avm/ema-congres/ema-program#.UkrAC4a9XNA>

**Akershus universitetssykehus**

## Kroniske sykdommer i graviditet

**Lørenskog 11.–12. november 2013**

Temaene for kurset er behandling og konsekvenser for mor og barn der mor har hypertensjon eller diabetes. Samt ulike psykiske lidelser i svangerskap og fødsel. Arrangør er Kvinneklivnikken ved Akershus universitetssykehus

Mer info: <http://www.ahus.no/aktuelt/aktiviteter/Sider/kroniske-sykdommer-i-graviditet.aspx>

**Oslo**

## Idéseminar for gjennombrudds- prosjekt – keisersnitt

**21.–22. november 2013**

Norsk gynekologisk forening og Legeforeningen ønsker å dra i gang et nytt gjennombruddsprosjekt for keisersnitt og inviterer til informasjons-/idedugnadsmøte. På møtet vil man drøfte erfaringer med det forrige gjennombruddsprosjektet, konsekvenser av keisersnitt, hvordan redusere keisersnittfrekvensen. Andre temaer er bl.a.: Keisersnitt og neonatalt utfall – er det en sammenheng? Induksjon, stimulering og keisersnitt. NPE, skadesaker og forløsningsmåte. Hva betyr jordmor for sectoriaten? Keisersnitt på eget ønske/fødselsangst

Mer info: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Nyheter/2013/Keisersnitt---Soria-Moria/>

**Brussel, Belgia**

## Optimising Childbirth Across Europe

**9. april 2014**

En konferanse med fokus på å fremme vitenskapelig kunnskap for å forbedre svangerskapsomsorgen. Målet er bedre utfall for mødre, barna og deres familier over hele Europa. Det kan man oppnå ved å forstå hva som fungerer, for hvem og under hvilke omstendigheter.

Mer info: <http://optimisebirth.com>



## INNMELDING I NSF OG I JORDMORFORBUNDET, NSF VERVEKAMPANJE

### INNMELDING NSF ORDINÆRT MEDLEMSKAP

#### PERSONOPPLYSNINGER

Etternavn: \_\_\_\_\_ Fornavn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: (11 siffer) \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

#### UTDANNING

Eksamensdato: \_\_\_\_\_ Sykepleierhøgskole/sted: \_\_\_\_\_

#### ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsgiver: \_\_\_\_\_ Ansettelsesdato: \_\_\_\_\_

Arbeidssted: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

Stillingsbetegnelse: \_\_\_\_\_

#### KONTIGENT

I arbeid  Ikke i arbeid, spesifisert: \_\_\_\_\_

Trekk kontigent vi lønn  Innbetaling vi giro Antall avdrag (1, 2, 4, 12):

#### TIDLIGERE MEDLEMSKAP I NSF

Ja  Nei Tidligere medlemsnr:  Tidsrom:

#### EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP

Ekstraord. medl. § 4D Dato, søkn. norsk autorisasjon:

#### FYLLES UT AV NSF

Medlemsnr.: \_\_\_\_\_ HPR-nr.: \_\_\_\_\_

### INNMELDING TIL JORDMORFORBUNDET NSF

Medlemsnummer (for de som allerede er medlem i NSF): \_\_\_\_\_

Utdanningssted for jordmorutdanning: \_\_\_\_\_

Eksamensdato for jordmorutdanning: \_\_\_\_\_

Vervet av: \_\_\_\_\_ Medlemsnr.: \_\_\_\_\_

- Medlemskap må være registrert innen **28. februar 2014** (midnatt) for at du skal være med i trekningen.
- Skjemaet sendes: Medlemstjenesten@sykepleierforbundet.no eller: NSF Medlemstjenester, Postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo.
- Du må være medlem av NSF for å kunne være medlem i Jordmorforbundet NSF.