



Jordmora

NR. 1-2014 • ÅRGANG 12

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF

Afrikanske kvinner

Tier om overgrep

Sykepleien

Verv og vinn flotte premier!

NSF arbeider for å få flere aktive medlemmer til faggruppen. Vi har mye å tilby i et sterkt faglig fellesskap – både i egen faggruppe og i et tverrfaglig samarbeid med 33 andre faggrupper i NSF.

Som medlem i Jordmorforbundet NSF har du støtte i en sterk og tydelig organisasjon som arbeider for medlemmenes interesser; samfunnspolitisk, fagpolitisk og interessepolitisk. For å nå målet om flere medlemmer til faggruppen lanserte vi i 2013 en vervekampanje med flotte 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 cirka 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, ekvator og Rwenzorifjellene. Studieturen planlegges i april 2014, og vil vare 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 vervepremiene for dem som verver flest jordmødre til Jordmorforbundet NSF.

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

Innmeldingsskjema på baksiden av denne utgaven av Jordmora.

Skjemaet sendes: Medlemstjenester@sykepleierforbundet.no eller: NSF Medlemstjenester, Postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo.

Du må være medlem i NSF for å kunne være medlem i Jordmorforbundet NSF.



LEDER:
Hanne Schjeldrup - Eriksen



Vi har 100 000 medlemmer i ryggen

Vi i Jordmorforbundet har hatt en fantastisk medlemsvekst i det siste. Det er flere årsaker til dette. Jordmorforbundets medlemmer har stor innflytelse på utviklingen av jordmorfaget og jordmorutdanningen. Vi har gått foran og sikret at jordmorutdanningen skal bygge på en bachelorgrad i sykepleie. Neste steg på veien er å sikre at utdanningen blir en mastergradsutdanning. Jordmorutdanningens tradisjoner kombineres med nye akademiske krav, samtidig som grunnlaget dannes for å heve vår lønn og anseelse ytterligere. Samtidig opplever vi et økt press på jordmødre over hele landet for å jobbe mer ubekvem arbeidstid og helgevakter. Jordmorforbundet kjemper med Norsk Sykepleierforbund (NSF) i ryggen for at våre medlemmer ikke skal jobbe oftere enn tredje hver helg. Et eksempel på dette er rettsaken mellom NSF og en av våre arbeidsgivere i Oslo der tvisten handler om nettopp dette. Rettsaken viser hvor sterk vår organisasjon er på å sikre våre medlemmer gode arbeidstidsordninger og ivareta AML bestemmelser. Jordmorforbundet har 100 000 medlemmer i ryggen når vi fremmer våre fagsaker og NSF's sekretariat og advokater tilgjengelig for å vinne fram i viktige kamper for hvert enkelt medlem. I tillegg til god lønnsutvikling sist oppgjør har vi fått til gode arbeidstidsavtaler i noen lokale forhandlinger, der jordmødrene nå har fått lengre hviletid mellom aftenvakt og dagvakt. Det vil si at jordmødre kommer en time senere på dagvakt etter seinvakt. Jordmødre er en naturlig og viktig del av NSF organisasjonen. I NSF har vi mulighet til å samarbeide med 33 ulike faggrupper for å sikre en best mulig helhetlig helsetjeneste for pasientene våre. I tillegg har vår organisasjon 650 hovedtillitsvalgte og rundt 2500 tillitsvalgte som våre støttespillere. Jordmorforbundet vil fremme jordmorfaget med å arrangere fagdager, konferanser og medlemsmøter for alle jordmødre uansett organisasjonstilhørighet. Vi er også opptatt av å samarbeide med jordmødrene i Dnj i viktige fagsaker som vi er enige om.

Regjeringen bevilger 8, 5 millioner til sårbare førstegangs-fødende i statsbudsjettet for 2014. I statsbudsjettet er det bevilget 118 millioner til bekjempelse av vold i nære relasjoner. I planene inngår utprøving av program for familieveiledning som kalles Nurse Family Partnership. Programmet går ut på tett oppfølging og tidlige hjemmebesøk av jordmor hos sårbare førstegangs-fødende fra tidlig i svangerskapet til barnet fyller to år.

Nye retningslinjer for barselomsorgen. I 2012 ga vi sammen med helsesøstrene et høringsvar til de nye barselretningslinjene fra Helsedirektoratet der vi ba om en klar ansvarsfordeling mellom jordmor og helsesøster i barselomsorgen. Dette er

nå ivaretatt i de nye barselretningslinjene der det presiseres at jordmor skal komme på hjemmebesøk i løpet av 1–3 døgn etter mors hjemkomst. For barselkvinner som har behov for ytterligere hjelp av jordmor skal det tilbys et ekstra hjemmebesøk i løpet av den første uken.

En ny rapport fra norsk fødselsregister viser at det har vært en dobling i transportfødsler som en konsekvens av sentraliseringen og nedleggelse av fødeavdelinger som vi har opplevd de siste årene. Argumentasjonen for sentraliseringen var å sikre et trygt fødetilbud for landets kvinner. I forbindelse med økningen av transportfødsler ønsker helseminister Bent Høie flere jordmødre i distriktene. Her vil Jordmorforbundet utfordre helseministeren til å øremerke midler til ansettelse av nok jordmødre i kommunene slik at følgetjeneste for fødekvinne med lang reisevei er mulig å organisere. Dette innebærer at det må være organisert en vaktberedskap i kommunene. Jordmorforbundet NSF mener det er nødvendig at fødende får en lovfestet rett til et trygt fødetilbud og følgetjeneste der det er mer en cirka halvannen time til fødested. Av landets 434 kommuner tilbyr bare 75 kommuner jordmortjenester hele uken. Halvparten av kommunene har jordmor i 40 % stilling eller mindre. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet går tallet på jordmødre på landsbasis jevnt nedover og har gjort det de siste fem årene. Helsedirektoratets beregninger fra 2010 viser at det mangler minst 1550 årsverk for å utføre lovpålagte oppgaver i kommunehelsetjenesten. Dette omfatter både jordmødre, helsesøstre og andre grupper.

Regjeringen har nå bevilget 180 millioner ekstra til helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Jordmorforbundet NSF har i vårt høringsnotat til regjeringen presisert at disse midlene må øremerkes tjenesten og ser faren i at midlene er lagt på topp av kommunens frie midler. Uten en slik øremerking til tjenesten frykter vi at mange kommuner blir fristet til å bruke pengene til andre formål. Jordmorforbundet NSF er enig med helseminister Bent Høie i at jordmortjenesten må styrkes og gis rammebetingelser til å følge opp forutsetningene for en helhetlig svangerskaps-, fødsel og barselomsorg i tråd med St.medl. 12 «En gledelig begivenhet» og samhandlingsreformen's intensjoner. Vi ser fram til videre samarbeid med helseministeren for å sikre en god og trygg helhetlig helsetjeneste for framtida.

Hanne Schjeldrup-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

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

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

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 8. mai 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.



Innhold

NR. 1-2014 • ÅRGANG 12

11 **HJELPEMIDDEL:** App forenkler SF-måling.

«Hun viste oss et nyansert bilde av innvandring.»

Ingeborg Drejer Thomassen, side 30

8 **OMSORG:** Jordmor for rusavhengige.



2 Verv nye medlemmer og vinn flotte premier

3 **LEDER:** Hanne Schjelderup-Eriksen

6 Smånytt

8 Jordmor for rusavhengige

11 App forenkler symfyse-fundus måling

12 Mange afrikanske kvinner er tause om overgrep

17 Bli medlem i Jordmorforbundet NSF

18 På plakaten

19 Brosjyre uten vanskelige ord

20 Jordmor i Kambodsja

22 Bruk av morsmelkerstatning på barsel

30 Perinataldagene ble et inspirerende møtepunkt

31 Tidlig samtale om alkohol og levevaner

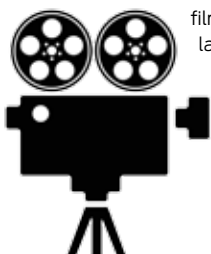
32 Nytt prosjekt om bruk av keisersnitt

34 Aktuelle bøker

35 Landsstyret og lokalgruppeledere i Jordmorforbundet NSF

36 Innmeldingsskjema Jordmorforbundet NSF

Operasjonsfilm for barn



Oslo universitetssykehus har laget forberedelsesfilmer for barn som skal inn til operasjon. Det er laget to filmer, en barnefilm og en ungdomsfilm. Hver film er delt inn i hva som skjer før, under og etter operasjon. Du kan se filmene på: www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/forberedelsesfilmer-for-barn-og-unge-som-skal-opereres.aspx

Kilde: oslo-universitetssykehus.no

Følger ikke legens anbefaling

Hver tredje gravide kvinne med en kronisk sykdom tar ikke medisinene sine slik legen har anbefalt. Det viser en studie ved Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo. Manglende legemiddellevelse er en risikofaktor for gravide kvinner som helsepersonell bør være mye mer oppmerksom på, ifølge forskerne.

Kilde: Forskning.no

SMÅNYTT

Engstelige drikker mer

Kvinner som ofte opplever stress, angst og depresjon har økt risiko for å drikke alkohol under graviditeten, viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Forskerne undersøkte i hvilken grad såkalt negativ affektivitet økte risikoen for alkoholbruk. Negativ affektivitet er et stabilt personlighetstrekk som henger sammen med en økt tendens til å oppleve hyppige og sterke negative følelser som angst og depresjon. Studien viser at:

- Negativ affektivitet økte risikoen både for lavt og høyt forbruk av alkohol under graviditeten. Et lavt alkoholinntak ble definert som 0,5 til 2 alkoholenheter drukket 1-4 ganger per måned, mens et høyt forbruk ble definert som inntak av 5 eller fler alkoholenheter på en gang.
- Negativ affektivitet mer enn doblet risikoen for at mor drakk mer enn 5 alkoholenheter på en gang i løpet av graviditeten.

Kilde: fh.no/Folkehelseinstituttet



«Det finnes ikke bedre skjønnhetsmiddel enn lykke.» *Marguerite Blessington, irsk forfatter*

Ikke autisme av antidepressiv medisin

Gradvis bruk av antidepressiv medisin under graviditeten øker ikke risikoen for autisme hos barnet, ifølge forskerne bak en stor dansk undersøkelse. Tidligere studier har vist at gravide som tar SSRI-preparater har opptil fem ganger så høy risiko for å få barn med autisme, men de danske forskerne tilbakeviser at det er en sammenheng.

– Flere og flere kvinner får antidepressiv medisin mens de er gravide. Og et stigende antall barn får konstatert autisme. Dette har ført til bekymring for at det skal være en sammenheng. Vår studie kan i motsetning til andre mindre studier ikke påvise at det er økt risiko for å få et barn med autisme ved at gravide tar antidepressiv medisin, sier ph.d. Jakob Christensen, forsker ved Aarhus Universitet og lege ved Aarhus Universitetshospital.

Undersøkelsen omfattet 655 000 danske barn.

Kilde: Aarhus Universitetshospital/www.auh.dk



Gå bort røyksuget

Gravide kan dempe røyksuget ved å gå i moderat tempo i 15 til 20 minutter, ifølge en canadisk undersøkelse. 30 gravide deltok i undersøkelsen, hvorav 15 gikk og de resterende så på tv. De som gikk rapporterte at røyksuget ble redusert med i gjennomsnitt 30 prosent, i motsetning til tv-titterne. Imidlertid varte ikke effekten lenge. Allerede etter en halv time var suget etter røyk igjen merkbart, men likevel 17 prosent mindre i snitt enn i kontrollgruppen. Forskerne mener at gåturer kan være en del av en røykeslutt-strategi. Undersøkelsen ble utført ved Western University i Ontario. Kilde: Reuters.com

Fedmeopererte føder for tidlig

Kvinner som har gjennomgått fedmeoperasjoner, føder oftere for tidlig, viser en undersøkelse ved Karolinska Institutet i Stockholm. Nær 10 prosent av de tidligere fedmeopererte kvinnene i undersøkelsen fødte før 37. svangerskapsuke.

Kilde: Forskning.no



Hjelper foreldre løse babyer

Organisasjonen Joyful Motherhood har fått 24 000 kroner fra ansatte ved Haukeland universitetssykehus. Pengene skal brukes til å gi morsmelkerstatning til nyfødte som har mistet sin mor i det fattige landet Malawi. Det er 25- og 40-årsjubilarer ved sykehuset, samt ansatte ved Kvinneklubben, som har gitt pengene.

Kilde: helse-bergen.no

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Prematurfødte får dårligere motorikk

Barn som blir født prematurt og med svært lav fødselsvekt har nedsatte motoriske ferdigheter som voksne, viser en norsk studie. Studien omfattet 36 unge voksne født prematurt med svært lav fødselsvekt (< 1 500 g), hvorav fire hadde cerebral parese, og en kontrollgruppe med 37 terminfødte med normal fødselsvekt. Deltakerne ble undersøkt ved 14 års alder og ved 23 års alder med ulike tester for å vurdere finmotorikk, ballferdigheter, balanse, grovmotoriske ferdigheter og isolert motorisk tempo. Ved 23 års alder hadde gruppen med svært lav fødselsvekt dårligere skår enn kontrollgruppen på alle testene. Mange av forskjellene var også til stede etter eksklusjon av de fire deltakerne med cerebral parese.

Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening



Paracetamol kan skade fosteret

En norsk studie antyder at langtidsbruk av paracetamol under graviditeten kan gi uheldige effekter på barnets utvikling. Studien viser at barn som hadde blitt eksponert for paracetamol i mer enn 28 dager av svangerskapet hadde dårligere grovmotorikk, dårligere evne til kommunikasjon og mer atferdsproblemer sammenlignet med veksponte søsken. Den samme tendensen ble sett ved bruk av paracetamol i kortere enn 28 dager, men svakere.

– Resultatene styrker mistanken om at langtidsbruk av paracetamol under svangerskapet kan ha en uheldig effekt på barnets utvikling, men at sporadisk bruk i korte perioder trolig ikke er skadelige for fosteret. Vi kan likevel ikke si sikkert at det er en årsakssammenheng. Det er behov for ytterligere forskning, sier Hedvig Nordeng. Hun er professor ved Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Kilde: fhi.no/Folkehelseinstituttet



DAGSENTER: Vi er daglig innom Hveita dagsenter som drives av Frelsesarmeen.

Jordmor for rusavhengige

Helse- og overdoseteamet i Trondheim driver oppsøkende virksomhet blant byens narkomane og prostituerte. Som jordmor i teamet er en viktig del av jobben å hindre graviditet.



■ Av Kathrine Raaen, jordmor Helse- og overdoseteamet

De fleste tenker på svangerskap og fødsler når de hører tittelen jordmor. Dette var også hovedfokus da jeg utdannet meg til jordmor i Bergen i 2001. Men undervisningen inneholdt i tillegg informasjon om forebygging av svangerskap, overgangsalder og læren om kvinnelige hormoner. Kort sagt handler jordmorutdanning om kvinnehelse. Hos oss i Helseteamet er ikke oppgaven til jordmor å ta hånd om gravide rusavhengige, men å hindre svangerskap hos den samme gruppen. I tillegg tilbyr jeg prevensjon, tar celleprøver og bakterieprøver.

Lavterskeltilbud

Helse – og overdoseteamet er et kommunalt lavter-

skeltilbud for injiserende rusavhengige. Vi driver oppsøkende virksomhet på gatenivå og har åpen helsestasjon to timer daglig i uka. Her jobber sju personer: Inge har jobbet siden oppstarten i 2001, Vibeke, Hilde og Håkon er psykiatriske sykepleiere. Sykepleier John Petter har mange års erfaring fra akuttmedisin og tar nå videreutdanning i psykisk helsearbeid og jeg som jordmor. I tillegg har vi en legestilling på 20 %. Legen er til stede hver onsdag i åpningstiden på helsestasjonen. Leder for teamet er psykiatrisk sykepleier Jan Erik Skjølås.

Det var tilfeldig at jeg begynte her. Jeg hadde fast jobb på St. Olavs Hospital og var ikke på utkikk etter ny. Men jeg kjente Vibeke fra før og

hun gjorde meg oppmerksom på stillingsannon- sen. Før opprettelse av jordmorstillingen hadde Helseteamet en gynekolog til stede to timer hver fredag. Men den gruppen mennesker vi jobber med har vanskelig for å møte til timeavtaler, og ikke mange møtte opp. Tanken var at om en jordmor jobbet i 100 % stilling så kunne jordmor følge opp kvinnene og ta prøver med en gang de kontaktet helseteamet. Med en jordmor i 100 % stilling er noen med kompetanse på kvinnehelse til stede gjennom hele uka hos helseteamet

Helseteamets tjenester

Selv om det finnes et gynekologisk tilbud fra før i sykehus og hos fastleger blir dette ofte ikke benyttet av kvinnelige rusmisbrukere. En av årsakene er at timeavtaler er vanskelige å forholde seg til for denne gruppen pasienter. Brukerne har vanskeligheter med å holde avtaler på grunn av situasjonen de er i. Det at vi i helseteamet jobber oppsøkende gjør at vi kan møte dem der de er. Vi har også et godt samarbeid med andre tiltak for rusavhengige som lettere gjør at vi kan fange dem opp.

Helseteamet og tjenestene vi har er velkjent i Trondheims rusmiljø. De kommer til helsestasjonen vår for å få reint brukerstyr, vaksiner, sårstell eller ta en graviditetstest. Alle tjenestene er gratis og vi trenger kun å notere kjønn og alder for statistikk, de kan ellers være anonyme om de ønsker.

I det siste har vi fått utenlandske prostituerte hen- vist fra PIMPIT (Politiets innsatsstyrke mot men- neskehandel og prostitusjon i Trondheim). Der har vi vært behjelpelig med blodprøvetaking i forhold til smittsomme sykdommer og gynekologiske undersø- kelser. Vi deler ut gratis kondomer, så det har blitt godt mottatt.

Viktig med tillit

Her i Norge er det vanlig at kvinner går til fastle- gen for å ta alle rutinegynekologiske undersøkelser. I Sverige er det jordmødre som foretar disse. Ved innkallelse til celleprøvetakning hvert tredje år, går man der til jordmor på helsestasjon og tar prøven og får tilbud om prevensjon, det være seg p-piller eller spiral.

Helseteamet har tilbudt jordmortjenester siden januar 2008. For våre brukere kan underliv og sek- sualliv være tabu. Noen kan derfor føle det lettere å prate med jordmoren de ser på gata hver dag, enn fastlegen de prater med en sjelden gang. Kvinnene gruer seg ofte for å ta nødvendige prøver. Derfor

er det viktig at disse prøvene blir utført av noen de kjenner og har tillit til.

Høy pris

For ikke lenge siden kom en kvinne innom helse- stasjonen vår og ba om å få satt inn en såkalt p-stav. Dette er et prevensjonsmiddel i plast som plasser- es under huden på overarmen. En jevn, lav dose hormon gir god beskyttelse mot graviditet i tre år. Dette er en av de enkleste og sikreste metodene for hormonell prevensjon.

«De kommer for å få reint bruker- utstyr, vaksiner, sårstell eller å ta en graviditetstest.»

«Jeg klarer jo ikke engang ta vare på meg selv. Hvis jeg skulle bli gravid kommer barnevernet helt sikkert til å ta ungen. Det orker jeg ikke,» sa kvinnen.

Vi ordnet det slik at hun fikk den prevensjonen hun ønsket seg. Dessuten berømmet jeg henne for å ta ansvar for livet sitt. Et svangerskap som ender i omsorgsovertakelse, har en høy pris, både økono- misk og psykisk for den det gjelder.

Gravide rusavhengige

Hva skjer så når gravide rusavhengige kommer til oss? I slike tilfeller er vi pliktige til å melde fra til Helse- og velferdstjenesten i kommunen. Vedkom- mende blir så innlagt på Lade behandlingssenter (LBS), forhåpentligvis frivillig, i verste fall tvang etter lov om sosiale tjenester § 6.2a. med tvang. Bar- nets beste er alltid førsteprioritet.

Vi har ikke så mye direkte kontakt med LBS når det gjelder graviditeter. Dersom brukere ønsker innleggelse på LBS er vi selvfølgelig behjelpelige med det. Ved graviditet plikter vi å melde til helse- velferdskontoret så de håndterer den biten. I Trond- heim er det Midtbyen helsestasjon som følger opp gravide rusavhengige. De har vi et tettere forhold til. Noen gravide går dit for samtaler og for å avgi urinprøver.

Jordmor med nåler

Helseteamet har et eget tilbud til kvinner som heter Subrosa. Subrosa ble startet i 2006 med kommunale og statlige midler. Tanken var at deprostituerte i Trondheim skulle ha et tilbud. Antallet besøkende

var lavt. Ikke mange i Trondheim som ville kalle seg prostituert. Derfor ble det endret til et kvinnetilbud for rusavhengige. I rusmiljøet er det omtrent 30 % kvinner, så de fleste treffstedene domineres av menn. For kvinnene betyr det mye å ha sin egen plass der de kan slappe av, få farget håret, fotpleie med mer. Før jul ordner vi julegaver og hver gang vi treffes lager vi mat, og kvinnene er med å bestemme valg av mat og er med i matlagingen.

En av mine arbeidsoppgaver på Subrosa er å

«Dette er en veldig givende jobb.»

tilby akupunktur. En akupunkturutdanning tar mange år og inkluderer 350 forskjellige punkter i kroppen der akupunktøren kan sette nåler. Jeg har tatt et jordmorkurs der man lærer å sette nåler på omtrent 50 punkter. Mange av våre kvinnelige pasienter sliter med mye uro i kroppen og forskjellige typer smerter. Flere av disse kvinnene opplever at akupunktur kan lindre slike plager, og tilbudet er blitt veldig populært.

Givende og sjelden jobb

Jeg tror det er ganske sjeldent at det jobber en jordmor i et slikt lavterskeltilbud, men tror ikke jeg er den eneste i landet. Jeg vet at det har jobbet jordmødre på Prosjenteret i Oslo og en gang møtte jeg en jordmor fra Asker på en national lavterskelkonferanse.

Dette er en veldig givende jobb. Jeg møter masse flotte mennesker, og er veldig glad om jeg en dag kan gjøre en forskjell for noen som har det vanskelig.

En vanlig dag på jobben

En vanlig dag på jobben starter med at alle i teamet møtes på kontoret. Vi ringer AMK og hører om noen har tatt overdose det siste døgnet. Hvis så er tilfelle, følger noen av oss opp dette. Så tar vi sekken på ryggen og går ut i Trondheims gater. Vi går innom Hveita dagsenter (Frelsesarmeen) og Gryta aktivitetshus (kommunalt) daglig. Vi kan gjøre hjemmebesøk om noen har behov for dette, eller gjøre en gynekologisk sjekk hvis noen trenger det. Så åpner vi helsestasjonen vår i Kjøpmannsgata 23 i to timer før vi runder av dagen! ■



PÅ JOBB: NSF-jordmor Katrine Raaen går ofte rundt i Trondheims gater for å treffe brukere der de er.

App forenkler måling

En ny app for smarttelefoner gjør det mulig for gravide å selv registrere sine Symfyse-fundus mål.

Tekst **Silje Denstad**, lege med spesialisering i gynekologi og obstetikk, St.Olavs Hospital i Trondheim.

Intrauterin veksthemning er assosiert med økt risiko for mortalitet og morbiditet. Et av hjelpemidlene for å påvise intrauterin veksthemning er gjentatte symfyse-fundus (SF) målinger. SF-måling er et av de sentrale elementene innen svangerskapsomsorgen, men metoden har vært kritisert fordi den ikke er dokumentert å være effektiv. Verdien av SF-målet svekkes blant annet fordi det er lang avstand mellom målingene (færre svangerskapskontroller), det er ofte forskjellige personer som utfører målingene og at normalkurven man bruker på helsekort for gravide ikke er tilfredsstillende.

Hyppigere målinger

Studier har vist at den gravide kvinnen fint kan måle symfyse-fundus-mål selv. Dette gjør det mulig med hyppigere målinger, samt at man unngår at det er flere personer som måler.

Prosjektgruppen

Følgende personer har deltatt i prosjektgruppen: Bjørn Backe, Hildegunn Stoum, Silje Denstad og Therese Staven alle fra St.Olavs Hospital i Trondheim, og Silje Marit Ødelien og Siri Bye Fra NTNU Technology Transfer AS.

Det er nylig lansert en ny SF-mål kurve basert på 42018 gravide kvinner ved Sahlgrenska Universitets-

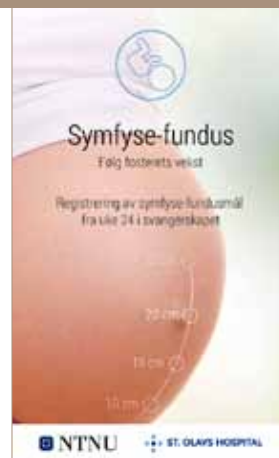
«Dette gjør det mulig med hyppigere målinger.»

sykehus i Gøteborg. Den nye kurven har et annet kurveforløp sammenliknet med den gamle normalkurven på helsekortet for gravide. Den gjør det også mulig å justere for blant annet kvinnens høyde og vekt, for å få en individuelt tilpasset kurve.

På bakgrunn av svakhetene med den tradisjonelle SF målemetoden, har St. Olavs Hospital med Bjørn Backe i spissen, i samarbeid med NTNU, utviklet en mobilapplikasjon som kvinnen selv kan bruke til å registrere SF-mål.

Slik virker appen

SF appen gir gravide muligheten til å registrere sine SF-mål fra svangerskapsuke 24. Det er laget en instruksjonsvideo som viser hvordan kvinnen på standardisert måte kan måle SF-målet selv med målebånd.



APP FOR GRAVIDE: Slik ser startside i appen ut.

Hun legger så inn målet i appen, og den registrerte verdien vises i forhold til normalkurven. Man anbefaler at kvinnen måler minst en gang i uken. Den gravide kan legge inn opplysninger om høyde og vekt ved start av svangerskapet, dette brukes til å lage en individuell SF normalkurve, som er tilpasset kvinnens biometri. Hvis hun registrerer at hun er Rhesus negativ vil hun få påminnelse om å ta kontrollprøver av Rhesus antistoffer i uke 28 og 32, og hun vil også få påminnelse om at det bør tas glukosebelastning i uke 26 dersom BMI er over 27 eller alder over 38.

Erstatter ikke vanlig måling

Den gravide oppfordres til å vise fram sin selvmålte SF kurve på de vanlige svangerskapskontrollene, enten direkte fra SF appen, eller hun kan sende kurven sin til seg selv, jordmor/lege eller andre via mail. SF appen er ment som et supplement til vanlig SF måling hos jordmor og lege og skal ikke erstatte denne.

Applikasjonen planlegges lansert om kort tid og den vil bli tilgjengelig for både IOS og android. I tillegg til å være et hjelpeverktøy i svangerskapsomsorgen, vil appen også gi et potensial for forskning. ■

Mange er tause om seksuelle overgrep

Konsekvensene av å fortelle om seksuelle overgrep kan være så belastende i mange Afrikanske land, at kvinnene ikke våger å snakke om det. Også for afrikanske kvinner i Norge kan dette være et problem.



■ Av Kristin Trane, faglig rådgiver i nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Napha

I følge WHO har omkring 20 % av verdens kvinner vært utsatt for seksuelle overgrep som barn (1), men det finnes ingen pålitelige globale tall for forekomsten av overgrep mot barn. Data mangler fra mange land, spesielt fra land med dårlig eller middels dårlig økonomi.

Omfanget av seksuelle overgrep i Afrika vil variere, blant annet ut fra om landet er i krigstilstand eller ikke. Seksuelle overgrep har vært et ledd i krigføring blant annet i Liberia (2), Kongo (3), Sierra Leone (4), Tsjad (2) og Uganda (5). I en studie fra 2004 ansås det at så mange som 60–70 % av kvinnene i Liberia ble utsatt for en eller annen form for seksualisert vold under krigen (6). Kvinner og barn er spesielt utsatt ved krigshandlinger rettet mot sivile (7). Det kan dreie seg om systematiske voldtekter og overgrep fra soldater og politi i forbindelse med arrestasjoner, avhør og tortur.

I likhet med vestlige land blir kvinner og barn også i Afrika utsatt for seksuelle overgrep i nær familie og nettverk.

Jordmødre møter i sin yrkesutøvelse både norske og afrikanske kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep. I forbindelse med svangerskapsomsorgen blir de gravide spurt om sensitiv informasjon, blant annet om vold og overgrep. Det er den gravide selv som bestemmer hva og hvor mye hun vil fortelle. Hos gravide er det spesielt viktig å spørre om tidligere overgrepsopplevelser. Graviditet og fødsel kan reaktivere minner fra tidligere overgrep (8), som igjen kan gi fysiske og emosjonelle reaksjoner som verken den gravide/fødende eller jordmoren har en åpenbar forklaring på. Ved å spørre direkte åpner jordmor opp for muligheten

til å snakke om erfaringer. Studien til Stene fra 2011 (9) viser at det tar gjennomsnittlig 17 år fra norske kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep, forteller det til noen. Følelsen av skam, skyld, lojalitet, frykt for ikke å bli trodd og redsel for å ødelegge for andre kan gjøre det vanskelig å fortelle om disse opplevelsene.

Jordmødrene bør være oppmerksom på at hos afrikanske kvinner kan det være ytterligere faktorer som påvirker om de vil fortelle om overgrep enn hos de norske gravide. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at selv om den overgrepsutsatte gravide ikke forteller om sine opplevelser kan svangerskap, fødsel og barseltid trigge minner om tidligere traumatiske opplevelser.

Hensikten med denne artikkelen er å løfte frem noen faktorer som kan gjøre det særlig vanskelig for afrikanske kvinner å fortelle om sine overgrepserfaringer.

Kvinnens definering av seksuelle overgrep

Tvangsekteskap er et fenomen som forekommer i mange afrikanske land, og jenter helt ned til 10–11 årsalderen blir giftet bort. Unge jenter som må gifte seg med eldre menn, er ikke uvanlig flere steder i Afrika. I slike ekteskap utsettes jentene ofte for voldtekter, og jentene kan fortelle om samleier før de kom i puberteten og om svært smertefulle seksuelle opplevelser (10). Jordmødre må være oppmerksomme på at å bli giftet bort i ung alder ofte innebærer å bli utsatt for seksuelle overgrep, uansett om vedkommende selv definerer sine erfaringer som overgrep.

Afrikanske kvinner som blir voldtatt av sine



■ Av Raija H. T. Dahlø, førstelektor ved jordmorutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag



VEKKER MINNER:
Graviditet kan vekke
vonde minner om seksu-
elle overgrep i barndom-
men. Illustrasjonsfoto:
Scanpix/Microstock.

ektemenn definerer ofte ikke tvang til sex som seksuelle overgrep. En studie fra 2010 (11) viste at mange mente at gifte kvinner ikke har rett til å si nei til sex i ekteskapet og at en kvinne ikke kan hevde å ha blitt voldtatt av sin ektemann. Følgelig ser mange kvinner på det å si nei til sex i ekteskap som en rettighet de ikke har. I en studie blant universitetsstudentene i Ghana ble deltakere spurt om de mente at voldtekt i ekteskapet bør kriminaliseres. 21,6 % var positive til kriminalisering, mens 78,4 %, mest mannlige studenter, var mot kriminalisering (12). Ut fra dette kan en kvinne som har opplevd voldtekt i ekteskap, svare nei til jordmors spørsmål om å ha vært utsatt for overgrep til tross for at en etter norsk lovverk vil definere det som det.

I enkelte afrikanske land lever fortsatt troen på at «jomfrusex» kan kurere hiv og aids. I en undersøkelse blant skoleelever i Sør-Afrika rapporterte 13 % av deltakerne at de trodde på denne myten (13). Dette kan være med på å øke omfanget av

overgrepene og også påvirke kvinnenes definisjon av overgrep.

Tap av verdi og status

Hvis den gravide eller fødende tror at hennes verdi og anseelse i andres øyne kan bli redusert ved å fortelle om seksuelle overgrep, kan det være med på å hindre kvinnen i å gjøre dette. I enkelte land, for eksempel Somalia og Burundi, tier kvinnene ofte om seksuelle overgrep av frykt for å bli stigmatisert (14). I enkelte områder er det også vanlig at jenter og kvinner blir giftet bort til ens overgriper etter en voldtekt. Dette gjøres ofte for å unngå skandale og for å oppnå materielle fordeler. En kvinnes verdi som potensiell brud kan også bli redusert som følge av at voldtekten blir kjent. Mange blir også forvist av sin mann og familie. Dette gjelder blant annet i Liberia (6), Burundi (14), Somalia (15) og Kongo (16). Denne kompleksiteten kan gjøre skam- og mindreverdighetsfølelsen hos disse kvinnene større og kan påvirke kvinnenes vilje til å fortelle om overgrep til jordmødre.

BARN ER UT-SATT: Omkring 20 prosent av verdens kvinner har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn. For mange afrikanske kvinner er det en særdeles stor belastning å fortelle om dette til andre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



«I enkelte land lever troen på at jomfrusex kan kurere hiv og aids.»

Det «onde øyet» og følelser som skam og skyld

Troen på det «onde øyet» eksisterer blant millioner av mennesker, spesielt i Nord-Afrika (17). Dette handler om at et menneske i kraft av blikket kan påføre andre blant annet sykdom eller død. Enkelte tror at man kan få det «onde øyet» gjennom å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Hvis den gravide tror at jordmødrene i Norge også tror på det onde øyet, kan dette være et hinder til og fortell om overgrep. Kvinnen kan bli redd for miste relasjonen til jordmoren slik at jordmor ikke vil hjelpe henne gjennom svangerskapet og fødselen.

Mange opplever skam- og skyldfølelser etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Disse følelsene kan kvinnen også ha etter å ha fått fistula. Dette kan igjen hindre kvinnen i å fortelle om overgrepene til jordmor. Fistula er en unormal åpning mellom blære og vagina eller mellom endetarm og vagina. Fistula forekommer ofte i forbindelse med en langvarig fødsel, men det har vært rettet lite oppmerksomhet på at også grove seksuelle overgrep kan medføre fistula. Man anslår at 30000–130000 nye tilfeller av fistula forekommer hvert år i Afrika (18). Man kan anta at cirka 35 % av disse skyldes vold og seksuelle overgrep (19). Spesielt i Kongo og Niger er fistula omtalt i forbindelse med seksuell vold (3,20). Mange ser på fistula som straff fra gud for dårlig seksuell oppførsel og dette kan igjen øke følelsen av skyld, som igjen gjør det vanskelig å fortelle om overgrep. Det er flere afrikanske land, blant annet Etiopia, Uganda, Tanzania, Sudan og Liberia som har laget en plan for å kartlegge, forebygge og behandle både obstetriske fistula og fistula oppstått i forbindelse med seksuelle overgrep og vold (19). Med tanke på blant annet forestående fødsel er det viktig for jordmor å vite hvis kvinnen har hatt en fistula og hvorfor den oppsto.

Det å snakke om vonde opplevelser

I Norge legger man i stor grad opp til at man i svangerskapsomsorgen snakker om tidligere livs-feringer.

I flere afrikanske land blir det å snakke om

vonde opplevelser sett på som unødvendig eller skadelig og at ved å fortelle om sin smerte åpner man opp døren for ødeleggende krefter (21). Slike tanker vil kunne skape frykt for å fortelle om vonde opplevelser og kvinnen svarer benektende til jordmors spørsmål om tidligere overgrepserfaringer.

Det å glemme eller «aktiv glemming» er også en måte å takle kriser på, og denne mestringsstrategien brukes i flere afrikanske land. I enkelte regioner er sorg ensbetydende med å gjøre krav på «guds eiendom» – man klager i stedet for å be i takknemlighet. Noen tror at dette kan provosere gud og at man mister hans beskyttelse (21).

Tilbud om svangerskapsomsorg

I flere afrikanske land er kvinnene vant til en annen type svangerskapsomsorg eller at det ikke finnes tilsvarende hjelpetilbud som i Norge. En studie fra 2006 (22) blant cirka 1000 liberiske kvinner viste at omkring 60 % hadde opplevd seksuelle overgrep, men bare 11 % hadde mottatt profesjonell samtalestøtte. Det å komme til et land hvor dette finnes er positivt, men mange har problemer med å skaffe seg oversikt over hvordan systemene fungerer. Dette kan oppleves komplisert og ukjent for afrikanske kvinner og de trenger hjelp til å komme videre i hjelpeapparatet.

Trygghet er følgende avgjørende i møtet med kvinnen og jordmoren. Det er viktig å være oppmerksom på at mange av flyktningene er traumatiserte og har vanskeligheter med å opparbeide tillit til helsepersonell generelt. Det at den overgrepsutsatte kvinnen kan fortelle sin historie i trygge omgivelser er også en form for intervensjon. Disse kvinnene trenger opplevelsen av å bli trodd, forstått og ikke dømt (23). Jordmoren må evne å formidle kvinnen at hun har troen på henne og ser hennes ressurser.

Mange kvinner som har opplevd seksuelle overgrep opplever ulike typer psykiske problemer. Det å ikke ha kjennskap til eller gjenkjenne egne psykiske vansker kan være med på å gjøre at kvinner ikke forteller om seksuelle overgrep. Det kan være



viktig for jordmoren å gi kvinnen informasjon om årsaker som kan ligge bak psykiske plager, eventuell engstelse og reaksjoner under svangerskap og fødsel og om hensikten med å fortelle om vonde opplevelser. Denne informasjonen kan gi disse kvinnene muligheten til å forstå at deres reaksjoner er normale reaksjoner på det vonde de har opplevd.

I jordmødrenes møte med afrikanske kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep er ofte de samme faktorene viktige som i møtet med norske kvinner med overgrepsopplevelser. Det er vanlig å vektlegge kulturforskjellene i for stor grad slik at man tenker at alt er annerledes og fremmed (24). Dette må en være oppmerksom på i møtet med afrikanske gravide kvinner. En må alltid ha med seg det faktum at vi mennesker i ulike deler av verden har større likheter enn forskjeller. Kvinner kan imidlertid bære på historier som de aldri har delt med noen, historier som kan gjøre et svangerskap og en fødsel svært vanskelig. Det å møte disse

kvinnene med respekt og kunnskap vil kunne gjøre en stor forskjell for den enkelte kvinne, og det vil kunne gjøre en fødsel til en god opplevelse i stedet for et traume. Den enkelte jordmor kan bety denne forskjellen. ■

Referanser:

1. WHO. Child maltreatment. 2010.
2. Solhjell R. Sexualised violence in war and conflict: a qualitative mapping study of Norwegian capacities, potential and challenges. Noref report 2010.
3. Onsrud M, Sjøveian S, Luhirri R, Mukwege D. Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008;103(3):265-9.
4. Gislesen K. A childhood lost? The challenges of successful disarmament, demobilisation and reintegration of child soldiers: the case of West Africa. Nupi report 2006.
5. Kinyanda E, Musisi S, Biryabarema C, Ezati I, Oboke H, Ojiambo-Ochieng R, Were-Oguttu J, Levin J, Grosskurth H, Walugembe J. War related sexual violence and its medical and psychological consequences as seen in Kitgum, Northern Uganda: A cross sectional study. *BMC International Health Human Rights* 2010;10(28).
6. Schia NN, De Carvalho B. Nobody gets justice here! Nupi report 2010.
7. Dahl S. Flyktningen I psykiatrisk/psykologisk behandling. Psykoterapeutisk arbeid med traumatiserte flyktninger. I: Dahl S, Sveaass N, Varin S, red. Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger–veileder, 30–35. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Oslo: 2006.
8. Frandsen LM. At blive mor. Misbrugte kvinders problemer og behov for hjælp. Danmark: Servicestyrelsen;2008.
9. Stene I. Nyere forskning på seksuelle overgrep–betydningen av tilbudet til mennesker som er utsatt. Innlegg på landskonferanse for sentre mot incest og seksuelle overgrep. Trondheim: 2011.
10. Ouattara M, Sen P, Thomson M. Forced marriage, forced sex: the perils of childhood for girls. *Gender and development*. 1998;6(3):27-33.
11. Råssjø EB, Kiwanuka R. Views on social and cultural influence on sexuality and sexual health in groups of Ugandan adolescents. *Sexual and Reproductive healthcare*. 2010;(4):157-62.
12. Adinkrah M. Criminalizing Rape Within Marriage: Perspectives of Ghanaian University Students. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2011;55:982. DOI: 10.1177/0306624X10371800. 1 June 2010.
13. Anderson N, Ho-Foster A, Matthis J, Marokoane N, Mashiane V, Mhatre V, Mitchell S, Mokoena T, Monasta L, Ngxowa N, Salcedo MP, Sonnekus H. National cross sectional study of views on sexual violence and risk of HIV infection and AIDS among South African school pupils. *British Medical Journal* 2004;329(7472):952.
14. Landinfo. Burundi: vold og seksuelle overgrep mot kvinner. 2010.
15. Hellen M. Arbeid med kvinner utsatt for seksuelle overgrep i et fler kulturellt perspektiv. Innlegg på landskonferanse for sentre mot incest og seksuelle overgrep. Trondheim:2011.
16. Duroch F, McRae M, Grais R. Description and consequences of sexual violence in Ituri province Democratic Republic of Congo. *BMC International Health and Human Rights* 2011;9(11):5.
17. Berger AS. The evil eye–An ancient superstition. *Journal of Religion and Health*:2011. DOI 10.1007/s10943-001-9493-5.
18. Wall I. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public health problem. 2006;Lancet 368(9542):1201-9.
19. Traumatic Gynecologic Fistula: A consequence of Sexual Violence in conflict settings. *Acquire Report* 2006.
20. Ekenze SO, Nwagha UI, Ezomike UO, Obasi AA, Okafor DC, Nwankwo EP. Management of sexual assault-related large rectovaginal fistula in an eight-year-old. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2011;24(2):39-41.
21. Nordanger D, Mjaaland T, Lie G. PTSD og konfrontering av traumer i et kulturellt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2006;43(12):1292-1299.
22. Sidenvall M. Inbördeskriget i Liberia slog særskilt hårt mot kvinnorna. *Klinikk och vitenskap* 2006;8(103):541–542.
23. Dahlø R, Laache I. Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer. En veileder for helsepersonell. Kristiansand:Høyskoleforlaget;2010.
24. Skogøy E. Arbeid med voldsutsatte kvinner med minoritetsbakgrunn.



LEDER: Hanne Schjelderup-Eriksen.
Foto: Linn Holberg.

Bli medlem i Jordmorforbundet NSF

Hvem er vi?

Jordmorforbundet NSF ble stiftet i 1967. Jordmorforbundet NSF er faggruppen for jordmødre i Norsk Sykepleierforbund (NSF). Norsk Sykepleierforbund 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 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 eller
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,-
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



Spre informasjonen!

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

Ullevål sykehus

Innføringskurs i migrasjon og helse

30. - 31. januar 2014

Kompetanseenhet for Minoritetshelse NAKMI, arrangerer innføringskurs om migrasjon og helse i januar. Kurset er åpent for helsepersonell og studenter. Følgende emner presenteres på kurset: Innvandring og migrasjon – en kort innføring. Helseutfordringer knyttet til migrasjon. Medisinsk Antropologi: Ulike perspektiver på helse. Psykisk helse blant migranter. Udokumenterte asylsøkere og helse. Tilgang og rett til helsetjenester for migranter. Likeverdige helsetjenester. Bruk av tolk. Kommunikasjon og språkbarrierer. Migrasjonshelse i klinisk praksis. <http://www.nakmino.no/>

Brussel, Belgia

Optimising Childbirth Across Europe

9. -10. april 2014

Arrangør er iResearch 4 birth.

Dette er 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, under hvilke omstendigheter. Påmeldingsfrist for alle delegater 10. mars.

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

København

Ammekonferanse

25.-26. april 2014

Arrangør av konferansen er ELACTA. Ammekonsulenter, jordmødre, sykepleiere, leger og alle de som er interessert i amming er invitert til å delta. Forelesningene holdes på engelsk, med tysk og fransk simultanoversettelse. Benytt anledningen til å dele dine erfaringer og forskningsresultater om temaet amming med andre fagfolk. Les mer og meld deg på her: <http://www.elacta.eu/de/kongress.html>

Praha, Tsjekkia

Jordmorkongress

1. - 5. juni

Den 30. internasjonale jordmorkongressen går av stabelen i Praha i 2014. Temaet for kongressen er «Jordmødre: Forbedrer kvinners helse globalt». Arrangør er ICM.

Mer informasjon: <http://www.internationalmidwives.org/>

Andre viktige datoer:

Fagdag i mars: Jordmorforbundet NSF arrangerer fagdag i mars, men i skrivende stund er ikke endelig program og tid spikret! Følg med på hjemmesiden, facebook og i nyhetsbrev.

5. mai: Den internasjonale jordmordagen – bli med på, eller ta initiativ til lokale aktiviteter der du bor!

12. mai: Den internasjonale sykepleiedagen – feir den internasjonale sykepleiedagen sammen med dine sykepleiekolleger. Jordmødre er også sykepleiere!

Granada, Spain

5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health

10. – 12. april 2014

Formålet med konferansen er å gi et forum for å dele og diskutere ulike tilnærminger og praktiske erfaringer i migranter og etniske minoriteters helse og helsetjenester. Les mer her: <http://www.nakmi.no/Details.asp?article=5th+European+Conference+on+Migrant+and+Ethnic+Minority+Health&aid=179>

São Paulo, Brasil

Den 12. verdenskongressen for Endometriose

30. april til 3. mai 2014

Oppdater deg på kunnskap, biologiske funn og de globale forskningsperspektiver på en kronisk, inflammatorisk tilstand som rammer millioner av unge kvinner, og har negativ innvirkning på fruktbarhet og helse relatert livskvalitet. <http://endometriosis.ca/world-congress/wce2014/>

Trondheim

Den 8. internasjonale konferansen om reproduksjon, graviditet og reumatiske lidelser

25.-27. september 2014

Formålet med konferansen er å samle forskere, klinikere og helsepersonell som arbeider i feltet, diskutere fremskritt gjort i diagnostisering og behandling av svangerskapskomplikasjoner, og skissere fremtidig utvikling for overvåking og omsorg. Arrangør er Nasjonal Kompetanstjeneste for Svangerskap og Revmatiske sykdommer. Konferansen vil inneholde state of the art forelesninger, case diskusjoner, posters og muntlige presentasjoner. Les mer på www.rheumapreg2014.org

LETT Å FORSTÅ: En brosjyre med tegninger og lite tekst gjør det enkelt for fremmedspråklige å forstå hva som skjer ved medisinsk abort.



Lar bildene tale

For å sikre at kvinner med innvandrerbakgrunn skal få god informasjon om medisinsk abort, har Kvinneklubben ved Akershus universitetssykehus utarbeidet brosjyrer som med tegninger forklarer om aborten.

Kvinneklubben på Akershus universitetssykehus har om lag 60 prosent pasienter med annen etnisk bakgrunn enn norsk. Det er viktig at disse pasientene forstår hvordan støttetilbudene er strukturert og organisert, og tar del i de helse- og behandlingstilbudene som finnes. Vi som jobber ved Kvinneklubben ønsker å sikre likeverdige helsetjenester til kvinner med innvandrerbakgrunn og deres pårørende. Med utgangspunkt i St. melding 12 «En gledelig begivenhet. En sammenhengende svangerskaps- fødsels og barselomsorg» har kvinneklubben gjennomført flere prosjekter, og brosjyren om medisinsk abort er ett av disse.

Ikke lett å gi informasjon

2012 hadde poliklinikken mer enn 32 000 konsultasjoner. Det ble utført 1600 aborter, 80 prosent av dem var medisinske aborter. I en travelt hverdag er det utfordrende å gi tilpasset

informasjon. Vi vet at i situasjoner hvor det er stress og mange følelser, kan det være vanskelig for pasienten å huske informasjon hun har fått. Det er også mange som sier at de forstår det vi sier, uten at de egentlig gjør det. Det er også sånn at en del tolker

«Mange sier at de forstår det vi sier, uten at de egentlig gjør det.»

ikke har så god kjennskap til anatomi og viktigheten av at ting blir gjort i den rekkefølgen vi har bestemt, og de oversetter ikke nøyaktig nok.

Samarbeid med reklamelinja

Brosjyren til kvinnene som skal ta medisinsk abort ble utviklet av jordmødrene på poliklinikken i samarbeid med elever fra reklamelinja ved Norges Kreative Fagskole.

– Vi bruker brosjyren til innvandrere og til norske, forteller Hildegunn Faraas, avdelingsleder på poliklinikken.

– Til de norske mest for bildene sin del. Det er skremmende hvor lite noen vet om kroppen sin, og da kan bildene være til god hjelp, sier Faraas.

Viktig informasjon

Det er også mange norskspråklige

som opplever brosjyren som hjelp til å huske og forstå all informasjonen. Det er viktig for oss at kvinnen forstår at hun ikke skal være alene og at det er nødvendig å ligge etter at hun har tatt misoprostol tablettene vaginalt. Videre viser brosjyren at det er normalt å ha

smarter og at det er nødvendig å bruke smertestillende. Alle medikamentene som er vist i brosjyren får kvinnene med seg fra oss.

Faraas forteller videre:

– Vi krysser av i kalenderen for å hjelpe kvinnen å huske på når hun skal utføre de ulike prosedyrene, når hun skal kontakte oss, og når det ikke er nødvendig å kontakte oss.

De som ønsker tilsendt brosjyren kan henvende seg til Kvinneklubbens poliklinikk, Akershus universitetssykehus, 1478 Lørenskog. Tlf 67 96 05 00 ■



Tekst **Eli Aaby**, fagutviklingsjardmor, Kvinneklubben Ahus. Medlem av redaksjonsrådet for Jordmora

Hektisk yrke med lav lønn

I Kambodsja er det ikke uvanlig med 24 timers vakter for jordmødre, og lønnen er så lav at den ikke holder til livets opphold. Tekst og foto Laila S. Berg



LEDER: Presidenten i jordmorforeningen i Kambodsja, Chay Sveng Chea Ath. Forbundet ble etablert i 1994. (Foto: Bildet er fra Jordmorforeningens nyhetsbrev.)

Kambodsja er et land i Sørøst-Asia, midt mellom Thailand og Vietnam. Under Pol Pots Røde Khmer-regime på slutten av 70 tallet ble nærmere to millioner kambodsjanere myrdet, de fleste intellektuelle. Morderne var deres egne, og det er traumatisk for befolkningen å stå frem og fortelle om utdanning, yrke eller personlige opplevelser.

På sykehuset National Maternal and Child Health Center i hovedstaden Phnom Penh møter vi presidenten i jordmorforeningen i Kambodsja, Chay Sveng Chea Ath, for å snakke om jordmødrenes situasjon på de offentlige sykehusene. Vi har på forhånd

vært innom administrasjonssjefen og sykehusdirektøren som har gitt tillatelse til intervjuet.

Naturlig fødsel

Chea Ath sier at sykehuset National Maternal and Child Health Center har et prisbelønnet ammeprogram, og tilbyr barselprogram for gravide.

Videre forteller hun at personalet ikke oppmuntrer til epidural eller keisersnitt, men at kvinnen får det hvis hun ber om det – mot ekstra betaling.

Mye arbeid

Den generelle oppfatningen blant jordmødrene er at det er en altfor stor arbeidsmengde. Det er ikke uvanlig

«Fattige føder ikke på sykehus.»

– Vi har et japansk program for naturlig fødsel som alle gravide og deres menn kan delta på. Blant annet har vi rollespill.

med 24 timers vakter, men disse er ikke kontinuerlig, jordmødrene har pauser med tilkalling. Lønna er det ikke mange som tør å snakke om, og



HØYGRAVID: En kvinne kommer til sykehuset for å føde.



SYKEHUS: National Maternal and Child Health Center ble i 2004 kåret til å være et babyvennlig sykehus, og for å praktisere alle steg til vellykket amming av Who, Unisef og Jica.

I midten av oktober 2013, tok jordmorutdanningen i Kambodsja en ny retning. Fra å være bygget på en bachelor i sykepleie med ettårig tilleggstudanning i jordmorfag, til å bli en universitetsutdanning med spesialtrening i medisinsk behandling for jordmødre. Den formelle utdanningen for jordmødre er nå fireårig og gir en bachelor i jordmorfag.

– Ei jordmor med treårs utdanning og erfaring kan også praktisere som jordmor, men hun har ingen formell grad. Hun oppnår heller ikke den samme lønna, sier president i Jordmorforeningen Cheva Ath.

Tidligere utdannet jordmødre seg først til sykepleiere og spesialiserte seg så i jordmorfaget. Det nye systemet legger opp til ett år på University of Health and Science, som er en grunnleggende Universitetsutdanning. Etterfulgt av tre år på Training Center for Medical Care (TSMC), med spesialtrening for jordmødre.

– Frem til i dag har vi ikke hatt en master i jordmorfag, men vi håper å få til et masterstudie en gang i fremtiden. Men vi vet ikke når, sier Cheva Ath.



STUDENTER: Masterstudenter ved School of Public Health. En master tar to år og koster 12 000 kroner i året. En av studentene er jordmor, men hun ville ikke stå frem med navn. Artikkelforfatteren, Laila S. Berg, til venstre foran.

den holder ikke til livets opphold.

– Startlønna til ei nyutdanna jordmor er 535 kroner per måned. Maks-lønn for ei jordmor er 720 kroner i måneden. Staten betaler et dagstillegg på kroner 22,50 for ett døgn sammenhengende vakt, sier Cheva Ath.

Vi besøker fødeavdelingen ved National Maternal and Child Health Center, men får ikke ta bilder.

Tepper på gulvet

I det lille barselrommet er det folk-somt. To familier deler gulvplass på 12–14 kvadratmeter. Rommet er delt i to med et forheng. Tepper og klær tyder

på overnatting på gulvet, i sengen sitter ei nybakt mor (38). Hun smiler sjenert, og vi hilser på hverandre med samlede hender opp til nesene, slik de gjør i Kambodsja.

– Jom rip so, jeg hilser deg god dag, sier vi alle.

Hun har ei fargerik lue på hodet som dekker alt håret. Det har hun nok ikke fått vasket på noen dager. Det samme har den lille gutten, som for øvrig er godt innpakket i tepper. Han ble tatt med keisersnitt for seks dager siden. Far (40) er lærer. Det betyr ikke at familieøkonomien er trygg. Lærrelønna dekker ikke engang utgiftene til strøm

og bensin. De klarer seg ved hjelp av storfamilien. Hjemme har de allerede to barn på 20 og 12.

Det rasler bak forhenget på den andre siden.

– To personer kan bistå mor under fødsel, og det er vanlig at far er til stede. De kan bli værende sammen med kvinnen under hele sykehusoppholdet, sier Cheva Ath.

Vi tar farvel med den lille familien. I de åpne korridorene er det nå kø. Åtte, ti, nybakte mammaer med sine skrikende små, venter på tur ved vaksinasjonsstasjonen. Alle skal ha sin vaksine, det skjer første dag etter fødsel.

Kostbart opphold

– Det er alltid fem jordmødre på vakt på hvert skift, sier Cheva Ath.

Familien betaler et engangsbeløp på 15 kroner for en fødsel, hvilket tilsvarer en dagslønn for enkelte. I tillegg koster en naturlig fødsel med tre dagers sykehusopphold 315 kroner, som for noen er en månedslønn. Keisersnitt, epidural og anestesi krever sju dager på sykehuset og koster 1100 kroner.

– Vi har en ordning for fattige som ikke har råd til å betale, sier Cheva Ath.

Men de fleste fattige føder ikke på sykehus, de føder hjemme ved hjelp av enkle midler, mens jordmødrene er tvunget oppatt på sykehusene. ■



MOR OG BARN: En stolt mor forlater sykehuset med sin nyfødte.

Bruk av morsmelk-erstatning på barsel

Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler å ikke gi annet enn morsmelk under barseloppholdet, med mindre det foreligger en medisinsk indikasjon. Studier viser at bruk av tilskudd kan føre til redusert ammevarighet, samtidig som morsmelkens positive effekt reduseres. Hvordan blir WHO sine anbefalinger ivaretatt ved norske barselavdelinger?



Av Anette Solheim Rødder, jordmor

I denne artikkelen presenteres funn fra en undersøkelse foretatt av artikkelforfatterne, som var jordmorstudenter da undersøkelsen ble gjort i 2007. Hensikten med studien var å se hvor mange barn som fikk tilskudd (tilleggsnæring og vann) under barseloppholdet, på hvilke indikasjoner det ble gitt og hvordan bruk av tilskudd ble håndtert. 378 kvinner som hadde født i 2006 og 2007 svarte på undersøkelsen. Oppgavens originaltittel var «Hvordan blir WHO's anbefalinger om bruk av tilskudd til morsmelk ivaretatt ved norske barselavdelinger?».

Innledning

I Norge hadde 42 av fødeenhetene i 2007 fått godkjenningen Mor-barn vennlig sykehus (1). For å få denne godkjenningen må fødeenheten innfri de forskningsbaserte kravene til WHO og UNICEFS 10 trinn for vellykket amming (2,3). Det sjettede av disse trinnene sier: «Nyfødte barn skal ikke ha noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det» (3:48).

Ammevarigheten er vist å kunne bli forkortet ved bruk av tilskudd under barseloppholdet (3,5,8,10,13-21). Årsaken kan ligge i at det blir problemer med å etablere amming (3,5,8,10,13,18,21). Barnet blir mett, suger mindre og kan miste interessen for brystet. Dette kan påvirke melkeproduksjonen i negativ retning (8,10,13,18). Dessuten kan det påvirke mors tro på at hun faktisk kan produsere nok melk, og engstelsen kan også påvirke melkeproduksjonen (13,16). Dersom tilskudd derimot gis på medisinsk indikasjon, ser det ikke ut til å ha samme negative effekt på amming (16), heller ikke i de tilfeller der hun ber om det selv fordi barnet fortsatt virker sultent etter amming (22).

Siden Skandinavia ligger på topp i de vestlige landene når det gjelder amming har vi brukt artikler fra disse landene for å kunne sammenlikne våre funn opp mot disse. For å se på konsekvensen ved bruk av tilskudd så vi det som nødvendig å gå til de landene hvor tilskudd blir brukt hyppigere enn i Skandinavia. Randomiserte og kontrollerte studier kan besvare effekten ved bruk av tilleggsnæring. Men vi har imidlertid funnet få studier med dette forskningsdesign som passet inn under vår problemstilling. Dette kan skyldes det etiske ved å gjennomføre slike studier på dette området.

Metode

En nettbasert spørreundersøkelse ble gjennomført på diskusjonsforumet www.nybaktmamma.com i tidsperioden 30.10.2007 til 06.11.2007. Bruk av nett-



Av Selma Tofting, jordmor



Av Elisabeth Gjersøe, jordmor

Om artikkelen

Denne artikkelen er et sammendrag av en fordypningsoppgave skrevet ved jordmorutdanningen 2007 ved Høgskolen i Bergen. Redaksjonsrådet for Jordmora finner oppgaven faglig sterk og like relevant i dag som da den ble skrevet.



KOPPMATING: Hyppigste årsak til å gi tilskudd er lite melk hos mor, eller at mor ikke er kommet i gang med melkeproduksjonen. Foto: Linn Holberg.

baserte spørreundersøkelser har økt de siste årene. Det er vist at nettbaserte spørreskjema har den samme pålitelighet, og vel så god deltakelse sammenliknet med spørreskjema i papirutgave (23). Forskjellen på vitenskapelige og underholdende spørreundersøkelser gjør likevel at metoden i disse undersøkelser må vurderes (24). Nettbaserte spørreskjema er hurtig å designe og distribuere til respondentene, i tillegg til at svarene returneres raskt (25). Dette så vi på som en fordel da undersøkelsen var et ledd i vår fordypningsoppgave ved jordmorutdanningen.

Inklusjonskriterier for å delta i studiet var følgende:

- Kvinner over 18 år som hadde hatt barseloppholdet på en avdeling i Norge i løpet av året 2006 og 2007.
- Barnet ble født til termin (svangerskapslengde 37-42).

Eksklusjonskriteriet for å delta i studiet var:

- Barnet ble overflyttet til en barneavdeling for observasjon eller behandling.

Vi fikk inn 378 svar. Selv om kriteriene for å delta i studiet var tydelig presentert ble likevel seks svar ekskludert fordi kriteriene ikke ble fulgt. Av disse ble fire svar ekskludert fordi kvinnene hadde reist hjem kort tid etter fødselen, uten opphold på en barselavdeling. Ett svar ble ekskludert fordi barnet hadde vært innlagt på barneavdelingen, og ett svar ble ekskludert fordi barnet ikke var født til termin.

Resultat

Av utvalget på 372 ble det i 101 (27 %) tilfeller gitt tilskudd til nyfødte barn. I 267 (72 %) av tilfellene ble barna ammet uten noen form for tilskudd. I 4 (1 %) av tilfellene var mor usikker på om barnet hadde fått tilskudd under barseloppholdet.

Tabell 1 gir en framstilling av hvor stor andel av barna i gruppen av keisersnittforløste som fikk tilskudd på barselavdeling, og hvor mange som ble fullammet. Tilsvarende er også vist for dem som ble født vaginalt. Resultatet viser at det er mye høyere hyppighet i bruk av tilskudd til barna som er forløst ved keisersnitt enn i forhold til barna som er født vaginalt.

Barn som ble ammet første gang innen en time etter fødselen ble i større grad fullammet på barselavdelingen enn de som ikke ble ammet innen en time. Vi så for øvrig at 84 % av barna som ble forløst ved keisersnitt ikke ble ammet innen en time etter fødselen.

Tabell 2 gir en oversikt over bruk av tilskudd på de ulike typer barselavdelinger. Den viser at det er noe mindre bruk av tilskudd på pasienthotell enn på vanlig barselavdeling og kombinerte føde – og barselavdelinger.

På spørsmålet om hvorfor barnet fikk tilskudd ble det i flere av svarene oppgitt flere/kombinerte årsaker. Totalt antall årsaker som vist i **tabell 3** vil derfor overskride 100 %.

Tabellen gir en oversikt over årsakene til at tilskudd ble gitt. Noen årsaker er satt inn i samlede kategorier, disse er vist under tabellen.

En gjennomgang av besvarelsene viste at lite melk eller ikke kommet i gang med melkeproduksjon var oppgitt sammen med urolig barn i 16 % av besvarelsene. 50 % av dem som skrev en medisinsk årsak oppga samtidig at mor hadde lite melk eller ikke var kommet i gang med melkeproduksjon. Av dem som skrev amme/og – eller sugeproblemer, var det 21 % som også oppga lite melk eller ikke kommet i gang med melkeproduksjonen som årsak.

Tabell 4 framstiller når det ble gitt tilskudd ut ifra de ulike årsakene. Her framkommer det blant annet at tilskudd hyppigst blir gitt på barnets andre dag.

62 % av utvalget svarte at de ble informert på forhånd om at barnet fikk tilskudd. 21 % ble informert om det senere, mens 17 % spurte etter tilskudd til barnet selv. På spørsmål om hva barnet fikk svarte 66 % tilleggsernæring, 15 % vann, mens 18 % svarte at barnet både fikk tilleggsernæring og vann. 27 % av barna fikk tilskudd ved en anledning, 70 % fikk det ved flere anledning, mens 4% ikke visste om barnet fikk tilskudd mer enn en gang.

Diskusjon

Pleiernes kunnskap, holdninger, erfaringer og troen på amming påvirker veiledningen av barselkvinnene og bruken av tilskudd (11,35,36). Videre blir det hevdet at mange tilfeller med tilskudd kunne vært unngått ved økt kunnskap om amming og tilskudd, kontinuitet i ammeveiledningen, og mindre arbeidsbelastning blant personalet (11,14). Årsaken til at mange nyfødte får tilskudd kan også skyldes lokale forhold ved hvert enkelt sykehus, og at enkelte sykehus holder fast ved egne rutiner basert på lokal ekspertise og meninger (7,14,37).

Bruk av tilskudd under barselopphold på sykehus

I vår studie fikk totalt 27 % av barna tilskudd under barseloppholdet. Lignende studier fra ulike deler

	Keisersnitt (n=48)13%	Vaginal fødsel (n=323) 87%	Ikke besvart (n=1)
Barnet fikk tilskudd	25 (52%)	75 (23%)	1 (100%)
Barnet ble fullammet	20 (42%)	247 (75%)	
Usikkert om tilskudd ble gitt	3 (6%)	1 (0,3%)	

	Vanlig barselavd (n=202) 54%	Kombinert føde – og barselavd (n=72) 19%	Pasienthotell (n=85) 23%	Flyttet mellom ulike barselavd (n=10) 3%	Annet* (n=3) 1%
Barnet fikk tilskudd	63 (31%)	21 (29%)	15 (18%)	2 (20%)	0
Barnet ble fullammet	135 (67%)	51 (71%)	70 (82%)	8 (80%)	3 (100%)
Usikkert om tilskudd ble gitt	4 (2%)				

	Antall	Prosent
Lite melk/ikke kommet i gang med melkeproduksjon*	41	41%
Urolig barn	30	30%
Medisinske årsaker**	24	24%
Amme/sugeproblemer	19	19%
Annet/ årsak ikke oppgitt***	14	14%
Komplikasjoner hos mor****	9	9%
Kvalmt barn	4	4%
Ikke planlagt å amme	3	3%
Pga barnets vekt 4500-4999 gram	3	3%
ga barnets vekt 4000-4499 gram	3	3%
Pga barnets vekt 2500-2999gram	1	1%

*1 mor var brystreduert.

**Med medisinske årsaker menes her: vektnedgang mer enn 8-10% (n=7), icterus (n=8), Vekt under 2500 (n=1), hypoglykemi (n=6), dysmaturt barn (n=1) og diabetes hos mor (barnet hadde blodsukker >3) (n=1).

***Som annet ble følgende årsaker oppgitt: leppe-kjeve-ganespalte (n=1), barnet sov mye (n=2) og tørstefeber (dehydrering med feber) (n=2). Ikke besvart (n=9).

****Med komplikasjoner hos mor menes som oppgitt fra mødrene disse årsakene:

blodtap (n=2), sectio (n=3), for sliten til amme etter fødselen (n=1),

sydd på operasjonsstue etter fødsel (n=1), alvorlig preeklampsi (n=1) og på grunn av medisiner (n=1).

€ Vekt mellom 3000–3999 gram og over 5000 gram ble ikke oppgitt som årsak til at barnet fikk tilskudd.

Tabell 4. Årsaker til bruk av tilskudd satt opp mot tidspunkt det blir gitt på (n=101)

Årsaker til at tilleggsnæring/ vann ble gitt	Første dagen	Andre dagen	Senere	Vet ikke
Lite melk/ikke kommet i gang med melken*	8 (20%)	22 (54%)	11 (27%)	
Urolig barn	9 (30%)	20 (67%)	1 (3%)	
Medisinske årsaker**	8 (33%)	9 (38%)	7 (29%)	
Amme/sugeproblemer	3 (16%)	9 (47%)	7 (37%)	
Annet/ årsak ikke oppgitt***	6 (43%)	6 (43%)	2 (22%)	
Komplikasjoner hos mor****	6 (67%)	2 (22%)		1 (11%)
Kvalmt barn	3 (75%)	1 (25%)		
Ikke planlagt å amme	2 (67%)	1 (33%)		
Pga barnets vekt 2500-2999 gram	1 (100%)			
Pga barnets vekt 4000-4499 gram	1 (33%)	1 (33%)	1 (33%)	
Pga barnets vekt 4500-4999 gram	2 (67%)		1 (33%)	

av verden viser at bruk av tilskudd til nyfødte under barseloppholdet er vanlig praksis, men i varierende grad (3,11,16,19,21). En gjennomgang av Den norske mor og barn undersøkelsen fra 2001–2004 viste at 37 % av barna fikk en form for tilskudd til morsmelken (12). Vår studie tar

«Tilskudd ble gitt hyppigere til barn som ble forløst ved keisersnitt.»

for seg barseloppholdet på sykehus, mens nevnte studie tar for seg hele første leveuke. Dette, i tillegg til at denne studie inkluderte langt flere, kan være årsaken til variasjonen i funnene. En dansk undersøkelse fra 2002 viste at ca. 42 % av barna på danske sykehus fikk tilskudd under barseloppholdet, og den viste stor forskjell mellom godkjente Mor-barn vennlige sykehus og ikke godkjente (30). Vår undersøkelse viser derimot små variasjoner mellom sykehusene. Dette er i tråd med norske målsettinger om å gjøre WHO's anbefalinger allment kjent for helsepersonell på alle sykehus (38.) På en annen side kan likheten skyldes at flere av de sykehusene som ble godkjent tidlig på 90-tallet ikke har fått reevaluert sin status (39,40).

Tilskudd gitt fordi «mor har lite melk»

Friske nyfødte har overskudd av vann (5) og opplagsnæring nok til å klare seg uten annet enn råmelk de første dagene etter fødselen (5,13), så lenge de har en god start med tidlig amming og blir lagt hyppig til brystet (8,9). Dette selv om melkeproduksjonen vanligvis ikke kommer i gang før mellom 24 og 72 timer etter fødselen (13).

En kanadisk undersøkelse viser samme tendens som resultatene i vår undersøkelse når det gjelder hva som er de hyppigste årsakene til å gi tilskudd (11). I vår studie ser vi at tilleggsnæring gitt på grunn av lite melk forekommer i hele 41 % av tilfellene. Av disse fikk 54 % tilleggsnæring første gang på barnets andre dag. På bakgrunn av dette, og kunnskap om når mors melkeproduksjon kommer i gang, stiller vi oss spørsmål til om det kan forventes at kvinnes melkeproduksjon er kommet godt i gang på det tidspunkt hvor det hyppigst blir gitt tilskudd. Dersom melkeproduksjonen ikke har kommet i gang etter 72 timer bør personalet for øvrig kartlegge om det kan være forhold hos mor som er årsak til lite melk (5).

Tilskudd gitt fordi barnet er urolig, og ved amme/sugeproblemer

I vår undersøkelse oppga henholdsvis 30 % og 19 % at urolig barn, og amme/sugeproblemer var årsaken til at tilskudd ble gitt. I mange tilfeller er det vist at

urolige barn skyldes dårlig ammeteknikk, sjeldnere at mor har lite melk. Tidlig avdekking av ammeproblemer og kyndig ammeveiledning, kan være med å hindre slike tilfeller (41). Dersom barna også etter amming er urolige og skriker, kan det i noen tilfeller være et tegn på dehydrering. Andre tegn på dette bør derfor også observeres (13).

Tilskudd gitt fordi det foreligger en medisinsk indikasjon

Ut fra våre funn ser vi at vektnedgang mer enn 8-10%, gulsott og hypoglykemi hos barnet var de vanligste medisinske årsakene til at tilskudd ble gitt. Dehydrering ble oppgitt i to tilfeller.

Hos barna som fikk tilskudd ble medisinske årsaker som nevnt under tabell 6 oppgitt som årsak i 24 % av tilfellene. Bare i halvparten av disse tilfellene ble det samtidig oppgitt at mor hadde lite melk, eller at hun ikke var kommet i gang med melkeproduksjonen. Med utgangspunkt i medisinske indikasjoner skal ikke tilskudd gis dersom mor har nok melk eller får økt sin melkeproduksjon. Unntaket er dersom barnet har blodsukker under 2 mmol/l (4,5).

I vårt utvalg blir det derfor vanskelig å si at alle disse har blitt gitt tilskudd på medisinsk indikasjon, da det i bare halvparten av tilfellene ble oppgitt at mor hadde lite melk. Det ble oppgitt i 15 % av tilfellene at barnet bare fikk vann, mens 18 % fikk både vann og tilleggsernæring. Ingen av de medisinske kriteriene nevner bruk av vann som tiltak (4,5), og det er uvisst hvorfor vann da blir valgt som løsning.

Dersom barnet viser tegn på dehydrering, hypoglykemi eller er i risikozonen for å utvikle dette, må det i forhold til mors melkeproduksjon i hvert enkelt tilfelle vurderes om barnet trenger tilleggsernæring. En slik vurdering må også gjøres ved lysbehandlet gulsott (4,5,13). Ved vektnedgang på mer enn 8-10 % anbefales det å først forsøke hyppig amming, før en eventuelt gir tillegg (4). Det anbefales å undersøke barnets suge- og ammeteknikk tidligst mulig etter fødselen for å forebygge liten produksjon av morsmelk og dermed slike vektreduksjoner (13). Vi ser det som viktig å presisere at selv hos friske, nyfødte barn kan dehydrering og vektreduksjon på mer enn 10 % forekomme (13,42).

Å nøyaktig fastslå hvilke barn som fikk tilskudd på medisinsk indikasjon vil ikke la seg gjøre i et likt studie, da vi ikke har nøyaktige medisinske opplysninger fra fagpersonell. Tallene gir oss uansett en pekepinn på at tilskudd hyppig blir gitt uten at det foreligger en medisinsk indikasjon.

Bruk av tilskudd hvor barnet er forløst ved keisersnitt

Kvinner som har gjennomgått keisersnitt kan oppleve forsinkelse i melkeproduksjonen som følge av forsinket produksjon av prolaktin og oxytocin. Kvinner som føder vaginalt øker denne produksjonen på en naturlig måte gjennom riene. Riene vil også føre til et mer våkent og sugelystent barn etter fødselen (28). Blant de keisersnittforløste barna i vår undersøkelse fikk over halvparten tilskudd. Det er også vist i andre undersøkelser at det er sammenheng mellom bruk av tilskudd og keisersnitt (14,19,28). De fleste i vår undersøkelse ble heller ikke ammet innen en time etter fødselen. Det anbefales at disse barna blir lagt til brystet allerede på operasjonsstuen (13). Ved å redusere atskillelsen mellom mor og barn, og sørge for tidlig amming kan flere lykkes med ammingen (43).

Bruk av tilskudd og tidspunkt for første amming etter fødselen

Ut fra vår studie ser vi også generelt at barn som ikke blir ammet innen en time etter fødselen hyppigere får tilskudd. Lignende er også sett i andre studier (14,19). Å amme barnet like etter fødselen kan føre til at melkeproduksjonen kommer hurtigere i gang (13,14), og samtidig øke sjansen for korrekt sugeteknikk (3,14,43). Det kan diskuteres om disse data fra vår undersøkelse er valide da vi ser at det kan være vanskelig å huske nøyaktig om den første amming fant sted innen en time etter fødselen. Likevel var det bare 2 % som svarte «vet ikke» på dette spørsmålet.

BRYSER BEST: Nyfødte barn skal ikke ha noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det, ifølge WHO og UNICEF. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



«Hyppigste årsak til å gi tilskudd var lite melk hos mor.»

Konklusjon

Undersøkelsen vi har gjennomført viser at 27 % av barna fikk en form for tilskudd under barseloppholdet. Det ble vist en økt forekomst av tilskudd til barn som ikke ble ammet innen en time etter fødselen. Tilskudd ble gitt hyppigere til barn som ble forløst ved keisersnitt enn til barn som ble forløst vaginalt. Hyppigste årsak til å gi tilskudd var lite melk hos mor, eller at mor ikke var kommet i gang med melkeproduksjonen. Vi stiller oss undrende til om noen tilfeller ved bruk av tilskudd kunne vært unngått ved andre rutiner ved barselavdelingene, økt kunnskap og bedre tid til ammeveiledning. I mange tilfeller vil det være nødvendig at nyfødte får tilleggsnæring på medisinsk indikasjon. Vår undersøkelse viser at det i mange tilfeller blir gitt, uten at det foreligger en slik medisinsk indikasjon. Å nøyaktig skille de som fikk tilleggsnæring på medisinsk indikasjon fra de andre har vist seg å være vanskelig. I et videre studie kunne det vært aktuelt å sammenlikne våre data med opplysninger fra helsepersonell, og muligens da fått mer konkrete svar på hvor mange tilfeller som fikk dette på medisinsk indikasjon. ■

Referanser:

- Løland BF, Bærug AB, Nylander G. Morsmelk, immunrespons og helseeffekter. Tidsskr Nor Lægeforen. 2007;127:2395-8
- Mor-barn vennlig initiativ i Norge. Prosjektrapport 1993-1996. Oslo: Statens helsetilsyn IK-2572, 1997.
- Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Child health and development. Geneva, World Health Organization, 1998.
- Lindemann R, Meberg A, Grønn M, Nylander G. Mor-barn vennlig initiativ II. Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2004.
- The Academy Of Breastfeeding Medicine. Protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breast fed neonate. ABM News and Views, Insert. Academy of Breastfeeding Medicine, 1999.
- Vinter T, Helsing E. Breastfeeding, how to support success. A practical guide for health workers. World health organization. Regional office for Europe Copenhagen. 1997.
- Hofvander Y. Breastfeeding and Baby friendly hospital initiative (BFHI): Organization, response and outcome in Sweden and other countries. Acta Paediatrica. 2005; 94:1012-1016
- Nylander G, Lindeman R, Helsing E, Benvold E. Supplemented breastfeeding in maternity ward – positive long-term effects. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 1991; 70(3): 205-9
- Nylander G. Barseltid på pasienthotell. Tidsskr Nor Lægeforen. 2000; 120: 1400 utgav.
- www.who.int [Hjemmeside på internett]. Geneve: WHO [Hentet 27. november 2007]. Hentet fra: http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/msm_98_3_7.html
- Gagnon AJ, Leduc G, Waghorn K, Yang H and Platt RW. In-hospital Formula Supplementation of Healthy Breastfeeding Newborns. J Hum Lact. 2005;21:397.
- Håggkvist AP. Ammeforekomst og faktorer som påvirker amming i Den norske mor og barn undersøkelsen; Et utvalg på 19240 mødre i tidsperioden 2001-2004. [masteroppgave]. Institutt for helsefag og sykepleievitenskap: Universitetet i Oslo; 2006.
- Holk K, Kronborg, H. Håndbok i vellykket amming – anbefalinger til sunnhetspersonale. 3. udgave. Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- Kurinj N, Shiono PH. Early Formula Supplementation of Breast-Feeding. Pediatrics. 1991 October; Vol. 88 No. 4; 745-50.
- Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. Acta Paediatr. 1999; 88: 411-5
- Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LÅ. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. Acta Paediatrica. 1994; 83: 1122-6
- DiGirolamo AM, Laurence M, Grummer-Stawn, Fein S. Maternity care Practices: Implications for breastfeeding. Birth. 2001 June; 28:2
- Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: A summary of the rationale and scientific evidence. Birth. 1996; 23(3): 152-60
- Giovannini M, Riva E, Banderali G, Salvioni M, Giovanni R, Agostini C. Exclusive Versus Predominant Breastfeeding in Italian Maternity Wards and Feeding Practises Through the first Yaer of Life. J Hum Lact. 2005; 21(3): 259-65.
- Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. Acta Paediatr. 1999; 88:1320-6
- Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelsen G: Ammeperiodens lengde – hvilke faktorer har betydning. Ugeskrift for læger. 1995; 157(16): 2311-5
- Kind C, Schubiger G, Schwarz U, Tönz O. Provision of supplementary fluids to breast fed infants and later breast feeding success. Kluwer Academic/ Plenum. New York: 2000.
- Ritter P, Lorig K, Laurent D, Matthews K. Internet versus mailed questionnaires: a randomized comparison. The Cochrane Central Register of

- Controlled Trials. [Hentet 27. november 2007] Tilgjengelig fra: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/257/CN-00560257/frame.html>
24. Couper MP. Web surveys – A review of issues and approaches. *Public Opinion Quarterly*. 2000; 24: 464–94.
 25. www.swiftinteractive.com [hjemmeside på internett]. Hopkinton: SWIFT Interactive Technologies. [Hentet 27. november 2007]. Tilgjengelig fra: <http://www.swiftinteractive.com/whitel.asp>
 26. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods*. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott; 2004.
 27. McColl E, Jacoby A, Thomas L, Soutter J, Bamford C, Steen N et al. Design and use of questionnaires: a review of best practise applicable to surveys of healthservice staff and patients. *Health Technology Assessment*. 2001; vol.5:No:31.
 28. Odent M. Nursing the caesarean born. *Midwifery today*. 2004; (69):40-1.
 29. Lindgren CE. Eftervård av nyfödda barn på patienthotell. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2000; 120:1409-11.
 30. www.videncenterforamning.dk [hjemmeside på internett]. København: Videncenter for Amning. [Oppdatert juni 2007; hentet 27. november 2007]. Tilgjengelig fra: http://www.videncenterforamning.dk/word/Amning%20_foedested.doc
 31. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005; 116: e702-e708.
 32. Markestad, T. *Klinisk pediatri*. Bergen. Fagbokforlaget; 2003.
 33. www.etikkom.no [hjemmeside på internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer. [Hentet 27. november 2007] Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/retningslinjer/internett/index.txt/view>
 34. Jacobsen DI. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS; 2000.
 35. Ekström A, Matthiesen AS, Vidström AM, Nissen E. Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. Development of an instrument to describe breastfeeding attitudes. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005; 33: 353–359.
 36. Martens PJ. Does Breastfeeding Education Affect Nursing Staff Beliefs, Exclusive Breastfeeding Rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative Compliance? The Experience of a Small, Rural Canadian hospital. *J Hum Lact*. 2000; 16(4): 309–318.
 37. Henrikson ML, Olson D. Competency validation: Breastfeeding support. *Mother baby journal*. 1997; 2: 13–20.
 38. St.meld. nr. 16 (2002 – 03). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
 39. www.rikshospitalet.no [hjemmeside på internett]. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for amming. [Oppdatert 1. november 2007; hentet 27. november 2007]. Tilgjengelig fra: http://www.rikshospitalet.no/content/res_bibl/4914.doc
 40. Rosenberg M, Nylander G. Nasjonalt kompetansesenter for amming – nyttig for leger? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005; 125: 1536–7.
 41. Manganaro R, Mami C, Marrone T, Marsegli L, Gemelli M. Incidence of dehydration and hypernatremia in exclusive breast-fed infants. *J Pediatr*. 2001 Nov; 139(5): 673–5.
 42. Zachariassen G, Juvonen P. Neonatal dehydrering (tørstefeber) hos nyfødte barn. *Ugeskr Læger*. 2002; 164(42): 4930.
 43. Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*. 1990; 336: 1105–07.



Søk stipend

Jordmorforbundet NSF oppfordrer alle våre medlemmer til å bruke NSF's medlemsfordeler aktivt! Husk å søke på økonomisk støtte til kurs og konferanser, videreutdanninger og posters! Les mer her:

Videreutdanning og mastergradsstipend

Medlemmer som fyller søknadskriteriene og er under videreutdanning eller masterutdanning hele eller deler av 2014 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 konferanserstøtte 2014

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>

FORNØYD DELTAKER: Jordmor Ingeborg Drejer Thomassen synes det er inspirerende å treffe andre fagfolk som er opptatt av perinatal helse.



Fin faglig oppdatering

Perinataldagene i Haugesund samlet 220 fagfolk til et variert program. En av deltakerne var jordmor Ingeborg Drejer Thomassen, som forteller at hun hadde størst utbytte av å lære om innvandrere og perinatal helse.

Tekst **Eli Aaby**, fagutviklingsjordmor, Kvinneklivnikken Ahus. Medlem av redaksjonsrådet for Jordmora.

Perinataldagene ble arrangert i Haugesund 6. – 8. november i fjor. Flere representanter fra Jordmorforbundet NSF, både fra landsstyret, redaksjonsrådet, og ordinære medlemmer, var representert på konferansen. Programmet var svært variert: noen større temaseksjoner om fødested og fødselsutfall, DNA typing av foster, innvandrere og perinatal helse og nyheter innen nyfødtdisiplin. Det var også en lengre seksjon med frie foredrag med mange jordmor-relevante innlegg.

Interessant om innvandring

Perinataldagene samlet fagfolk fra hele landet. Jordmoras utsendte snakket med jordmor Ingeborg Drejer Thomassen.

– Det er fjerde gangen jeg deltar på Perinataldagene, sier Drejer Thomassen.

Hun forteller at det som har gjort størst inntrykk på henne, er seksjonen om innvandrere og perinatal helse.

«Jeg får lyst å se på hva vi kan forbedre i vår fødeavdeling.»

– Det som kom fram der var relevant for oss, uansett hvor i landet vi bor og arbeider. Jeg hadde spesielt stort utbytte av innlegget til Bernadette Kumar fra Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse. Hun viste oss et nyansert og positivt bilde av innvandring og årsakene til migrasjon, sier Thomassen.

Hun forteller at på hennes hjemmeplass er det riktig at «uten innvandrere stopper Norge».

– De er viktige for å opprettholde fødselstallet – og dermed bevaring av fødeavdelingen.

Ingeborg Drejer Thomassen forteller

at Kumar også la fram resultater fra et arbeid om svangerskap og fødselsutfall blant innvandrere i Norge, som viser at det er store forskjeller avhengig av landbakgrunn.

– Hun er i ferd med å publisere en artikkel om dette, og den ser jeg fram til å lese, sier Ingeborg Drejer Thomassen.

Stort utbytte

Ingeborg Drejer Thomassen jobber som jordmor i 75 % stilling på sjukehuset i Molde og 25 % stilling i Midsund kommune. Kommunen har 2000 innbyggere og omtrent 20 gravide i året.

– Bare det å komme hit og snakke med andre og se hvor mange som er opptatte av det samme som meg, er en stor inspirasjon. Jeg har også stort utbytte av tverrfagligheten. Foredragene og innleggene om nyfødtdisiplin ville jeg ikke fått med meg hvis kurset bare hadde vært for jordmødre og gynekologer, sier Ingeborg Drejer Thomassen, og fortsetter:

– Jeg får veldig lyst til å ta med inspirasjon herfra hjem og se på hva vi kan forbedre i vår fødeavdeling. Heldigvis er vi flere fra fødeavdelingen som reiser sammen. Det er lettere å holde gløden når vi er sammen om det.

Perinataldagene 2014 holdes på Hurtigruten fra Trondheim til Tromsø 11.–13. november. ■

■ Norsk Perinatalmedisinsk Forening

Norsk Perinatalmedisinsk Forening (NPF) er en norsk interessegruppe bestående av barneleger, obstetrikere, nyfødtsykepleiere og jordmødre. Foreningen ønsker å bli hørt av politikere og helsemyndigheter, og delta aktivt i utviklingen av fagfeltet. NPF har i mange år hatt omkring 8–900 betalende medlemmer, men de siste årene har antall medlemmer vært fallende. For at den fortsatt skal være en slagkraftig forening, er det viktig at helsearbeidere innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og nyfødtdisiplin slutter opp om foreningen.

Mer informasjon kan du finne på: legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barnelegeforening/Interessegrupper/Norsk-perinatalmedisinsk-forening/



Tidlig samtale om sunnhet

For å unngå skader på fosteret, får gravide i Rogaland tilbud om samtale om alkohol og levevaner tidlig i svangerskapet.

Det er viktig at gravide har kunnskap om det som fremmer, hemmer eller forstyrrer fosterets utvikling, for at barnet skal få den beste starten i livet. En samtale om levevaner gir den gravide mulighet til å ta informerte valg fra begynnelsen av. For å minske risikoen for skade på fosteret trenger gravide informasjon tidlig, aller helst så fort graviditeten er bekreftet. I Rogaland startet en derfor opp pilotprosjektet *FRIDA - tidlig samtale med gravide om alkohol og levevaner* i november 2012. Prosjektet pågår fortsatt.

Prosjektet

Åtte kommuner i Rogaland, med til sammen 18 jordmødre, er med i prosjektet. Kommunene er Gjesdal, Haugesund, Hå, Karmøy, Klepp, Sandnes, Sola og Time. Helsedirektoratet er oppdragsgivere. Ansvarlig for gjennomføringen er Kompetansesenter rus - region vest Stavanger (KoRus), Rogaland A-senter. Pilotprosjektet blir evaluert av forskningsinstituttet IRIS.

Før oppstart av prosjektet fikk jordmødrene opplæring i motiverende samtale (MI), kartleggingsverktøyet Tweak og samtalemal.

Det er lagt stor vekt på å rekruttere gravide tidlig. Dette er gjort ved hjelp av annonsering i lokal aviser, tv- og radio innslag, annonse på

google, informasjon på kommunenes nettsider, visittkort ved kjøp av graviditetstester på apotek, plakater på legekontor og helsestasjoner, leserbrev i lokalaviser og artikler på forskjellige nettsteder med mer.

Samtale

For å få delta i prosjektet må kvinnene komme til samtale før svangerskaps uke 9+6. Samtalen skal foregå innen en uke etter at kvinnen har tatt kontakt med jordmor og skal ha en varighet på 40 minutter. I tillegg kan en ha 20 minutter til før og etter arbeid.

«De gravide følte seg ivaretatt.»

Samtalen har ikke takst. Samtalen skal komme før og i tillegg til den første ordinære svangerskapskontrollen.

I en tidlig samtale bør en:

- Bruke kartleggings skjema for alkoholbruk i graviditet (Tweak) og tilby informasjon om hvordan alkohol kan skade barnet.
- Spørre om tobakk/snus, medisiner og andre rusmidler (legale/illegale)
- Ta opp andre temaer som er aktuelle, (bruker her en meny-agenda).
- Informere om folat.

- Motivere til å endre levevaner, hvis ønskelig eller nødvendig.
- Dele ut informasjonsbrosjyrene Den beste starten, Gravid og evt annet skriftlig materiell.
- Kartlegge kosthold og fysisk aktivitet.
- Evt samtale om overvekt.

Tilbakemeldinger

Jordmødrene og de gravide som har deltatt i prosjektet er positive til samtalen. De gravide oppga at de fikk god informasjon og følte seg ivaretatt. Jordmødrene oppga at de hadde fått strukturerte og gode verktøy med «meny-agenda», Tweak og samtalemetoden.

Pilotprosjektet er bevilget midler i statsbudsjettet for 2014, noe som gjør at prosjektet vil fortsette utover i 2014.

Helsedirektoratet har laget enveiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen. Den heter Tidlig samtale om alkohol og levevaner. Heftet kan bestilles på Helsedirektoratet, trykksak, bestillingsnummer: IS – 2065. Den kan også lastes ned på helsedirektoratet.no ■



Tekst Elin Barane Helland, prosjektleder/jordmor, Kompetansesenter rus - region vest Stavanger (KoRus) ved Rogaland A-senter

Nytt prosjekt om bruk

Det er store variasjoner i keisersnittfrekvensen mellom fødeavdelingene i Norge. Norsk gynekologisk forening og Den norske legeforening har derfor tatt initiativ til et gjennombruddsprosjekt for å se om det er rom for forbedring.

Tekst **Eli Aaby**, fagutviklingsjordmor, Kvinneklinikken Ahus. Medlem av redaksjonsrådet for Jordmora

Over 70 fødselsleger og jordmødre fra hele landet var samlet til ideseminar for gjennombruddsprosjektet i Oslo. Det var innlegg som både belyste erfaringene fra forrige gjennombruddsprosjekt, komplikasjoner ved keisersnitt for mor og barn, og erfaringer fra flere fødeavdelinger. Avtroppende leder i Norsk gynekologisk forening, Knut Hordnes åpnet møtet. Han fortalte at bakgrunnen for invitasjonen er at det er store variasjoner i keisersnittfrekvens mellom fødeavdelingene,

og mellom helseregionene i Norge. I 2011 var det 21 % keisersnitt i Hedmark og 12 % i Hordaland. Det utføres cirka 10 000 keisersnitt årlig i Norge nå. Variasjonen mellom land er enda større, USA 35 %, Italia 38 %, Brasil 80 %, de nord europeiske landene >20 %. Det er ingen faglig enighet, verken nasjonalt eller internasjonalt, om hva som er «riktig» keisersnittfrekvens.

I 1998 var det også et gjennombruddsprosjekt for keisersnitt, da deltok 24 av 26 fødeavdelinger i Norge. Prosjektet varte i ett år. Det var tverrfaglige arbeidsgrupper i avdelingene med fokus på fødselsomsorg og prosedyrer. Det var opp til avdelingene lokalt å velge sine egne fokusområder. Hordnes avsluttet med å si at keisersnittfrekvensen ikke sank etter det prosjektet, og det er fortsatt store variasjoner mellom avdelingene. Men i fagmiljøet mener mange at uten prosjektet ville frekvensen vært høyere i dag. Med bakgrunn i arbeider som ble gjort tilknyttet prosjektet i 1998 var det en lege som tok doktorgrad og en lege som tok mastergrad.

Hva er et gjennombruddsprosjekt?

Audun Fredriksen, fagsjef i Legeforeningen, orienterte om gjennombruddskonseptet. Han fortalte at Legeforeningen har gjennomført flere gjennombruddsprosjekter etter keisersnittprosjektet. Prosjektene har blitt støttet av blant andre Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet. Et gjennombruddsprosjekt er et for-

bedringsprosjekt. Metoden er basert på å støtte endringer i fellesskap. Formålet er ikke først og fremst å få ny viten, men å få hjelp til å gjøre det en allerede vet at en bør eller må gjøre.

- Tverrfaglige enkeltprosjekter som tar utgangspunkt i lokale behov for forbedring.
- Sentral ressursgruppe som sikrer faglig tyngde.
- Metode for systematiske forbedringer ved målinger av resultat.
- Prosjektstyring med korte tidsfrister.
- Grundig veiledning tilpasset behov. Selv om hovedhensikten ikke er å framskaffe ny viten foreslår Legeforeningen nå to prosjekter:
- Forbedringsprosjekt, med Legeforeningen som prosjekteier.
- Forskningsprosjekt, med noen med forskningskompetanse som prosjekteier.

Mike Robson fra Dublin viste i foredraget sitt hvordan en fødeavdeling kan bruke sin egen praksis som forbedringspotensial. Han sa blant annet at vi må konsentrere oss om de tilfellene som går dårlig. Han sammenliknet med toppidrettsutøvere innen golf. De dveler ikke ved de gode slagene, men de dårlige, og særlig de skikkelig dårlige. «Oxycytocin er en farlig medisin, og vi må se på når, hvorfor og hvordan vi brukere den,» sa han. I Irland har de forandret standarden for hva som er akseptabel ri aktivitet: Ikke mer enn sju rier på 15 minutter for førstegangsfødende,

■ Robsons ti grupper

1. Førstegangsfødende med spontane rier, ett foster i hodeleie, > 37 uker
2. Førstegangsfødende, ett foster i hodeleie, > 37 uker der fødsel blir satt i gang med keisersnitt eller induksjon
3. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, spontane rier, > 37 uker
4. Flergangsfødende, ett foster i hodeleie, > 37 uker der fødsel blir satt i gang med keisersnitt eller induksjon
5. Alle med tidligere keisersnitt, ett foster i hodeleie og > 37 uker
6. Alle førstegangsfødende med ett foster i seteleie
7. Alle flergangsfødende med ett foster i seteleie
8. Alle multiple graviditeter
9. Alle fosterleier som ikke er sete- eller hodeleie
10. Alle premature < 37 uker med ett foster i hodeleie

Klassifiseringen er utformet av den engelske gynekologen Michael Robson

av keisersnitt

og ikke mer enn fem rier på 15 minutter for flergangsfødende. Han utfordret oss: Vet dere nok om bruken av oxycytocin i avdelingen? Bruk Robsongruppene og se på bruken av oxycytocin i hver gruppe,

«Jordmødre må følge med, gripe dagen og timen når prosjektet går i gang.»

og hvorfor oxycytocin ble brukt. De gruppene det er viktigst å ha fokus på er Robson gruppe 1, 2 og 5.

Jordmors betydning for sectionraten

Jordmor Stine Bernitz fra Fredrikstad snakket om Jordmors betydning for sectionraten, blant annet med bakgrunn i undersøkelsen hun gjorde i doktorgradsarbeidet sitt. Hun la også vekt på at avdelingene må se på sin egen praksis, og knytte den an til god forskning. Hva er «langsom framgang»? Definisjonen av dette varierer mellom avdelingene, på hennes avdeling fant de at 40 % av de akutte keisersnittene som ble utført på grunn av langsom framgang hadde normal progresjon. Utfordringene er å definere fødselsstart/ aktiv fødsel, og at det er manglende kunnskap om den normale fødselsprosessen. Hun utfordret jordmødrene: «Jordmors integritet trues ikke ved tverrfaglig samarbeid!»

Jordmødrene Lotta Halvorsen og Hilde Nerum fra Tromsø foreleste om «Keisersnitt på eget ønske» med bakgrunn i sine doktorgradsarbeider. Grunnleggende i deres arbeid er at de spør kvinnene hva ønsket om keisersnitt egentlig er uttrykk for? Er det virkelig keisersnitt kvinnen ønsker? De ser det som en reaksjon på en annen krise eller andre livshendelser. De redegjorde for de ulike tilnærmingene i samtaler med

kvinner som har «fødselsangst» eller har uttrykt ønske om planlagt keisersnitt uten medisinsk årsak:

- Mestringsholdning: forhandler ikke med kvinnen om forløsningsmetode,

men styrker kvinnes generelle selvtillit og tilliten til helsevesenet.

- Autonomi holdning: legger vekt på en så god fødselsopplevelse som mulig, uavhengig av forløsningsmetode, og på at kvinnen ikke skal «tvinges» til å føde. De satte opp noen faremomenter hvis samtalen mer får karakter av forhandling enn behandling:

- Fare for å undervurdere angsten.
- Fare for å overvurdere beslutnings evnen.
- «Jeg vil ikke føde» betyr oftest «jeg ser ingen annen utvei». Vi må hjelpe henne til å se utveien som vi mener er den beste på kort og lang sikt.
- Fare for å overse den indre konflikten; både vil og ikke vil føde

Norsk gynekologisk forening avventer finansiering, de har søkt Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet og Helsedirektoratet om midler. Jordmødre må følge med, gripe dagen og timen når prosjektet går i gang, vi kan bidra til at jordmorrelevante problemstillinger og resultater blir del av både gjennombruddsprosjektet og forskningsprosjektet. ■



KEISERSNITT: Det utføres omtrent 10 000 keisersnitt årlig i Norge. Illustrasjonsfoto: Scapix/Microstock.

Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Tittel: Når livet slutter før det begynner
Forlag: Abstrakt forlag
Anmelder: Raija Dahlø, førstelektor, Høgskolen i Sør-Trøndelag, jordmorutdanningen, Trondheim.



Foreldres opplevelser etter dødfødsel

Line Christoffersen er førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus og har forsket på foreldreaspekter rundt dødfødsel i flere år. Janne Teigen arbeider som jordmor ved Sykehuset i Telemark. Hun er redaktør av boken Små føtter setter dype spor, som er en samling foreldrefortellinger om å miste barn. Sammen har de to skrevet denne boken som er tiltenkt både til foreldrene som opplever en dødfødsel, til familiene og vennene deres og til helsepersonell som arbeider med foreldre som mister barn ved dødfødsel.

Boken bygger på forfatternes egen og internasjonal forskning. Boken inneholder også mange sitater hvor foreldre selv forteller hva og hvordan de opplever det som skjer rundt et uventet intrauterint dødsfall.

I boken omtales ikke bare mors reaksjoner, men også fars opplevelser får plass. Det vanskelige temaet obduksjon er tatt med, og også angsten og følelsene i et nytt svangerskap.

Foreldrene som opplever å miste barnet sitt på denne måten kan ha nytte av å lese boken. Den er også et nyttig verktøy for helsepersonell. Boken kan lese som helhet, men den har også en tydelig kapittelinndeling hvis det er aktuelt å lese bare deler av den.

BOKANMELDELSE

Tittel: Omvårdnad av det nyfødde barnet, 2. opplag.
Forlag: Studentlitteratur AB
Anmelder: Raija Dahlø, førstelektor, Høgskolen i Sør-Trøndelag, jordmorutdanningen, Trondheim.



Det nyfødte barnet

Pia Lundqvist er barnesykepleier som jobber som lektor ved Lund universitet i Sverige. Hun er redaktør for denne boken som er skrevet for sykepleiere som utdanner seg til barnesykepleiere, intensivsykepleiere, helsesøstre eller jordmødre. Boken egner seg også som et oppslagsverk. Øvrige forfattere er i hovedsak barne-, intensiv- og anestesisykepleiere. Boken er på svensk.

Omsorgsperspektivet løftes opp i boken. Omfattende bruk av teknologi og avansert medisinsk kunnskap er ofte nødvendig ved behandlingen av syke nyfødte og premature. Samtidig framheves omsorgsperspektivet: tilknytning, kengurumetode og støtte i familiedannelsesprosessen. Det første kapittelet i boken omhandler viktigheten av at behandlingen er evidensbasert. Hvordan vi kan tolke barnets signaler og gjøre intensiv behandling så behagelig som mulig for den nyfødte omtales i boken på en praktisk måte. På slutten av hvert kapittel finnes det en omfattende referanseliste.

Boken egner seg for studenter og helsepersonell innen nyfødte- og barneomsorg.

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: trbjord@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
Mobil: 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

Tips oss

Hjelp oss å holde listen oppdatert. Hvis du finner feil i listen eller vet om lokalgrupper som ikke står her, ta kontakt.

Start ny gruppe

Vil du være med å starte en lokalgruppe av Jordmorforbundet NSF, vil vi veldig gjerne høre fra deg.
Kontakt oss på: jordmor@sykepleierforbundet.no



Følg oss på sosiale medier

Nå er vi på Instagram

I tillegg til å være aktive på Facebook og Twitter er vi nå også på Instagram! Følg oss @nsfjordmor og hastag dine jordmorbilder med #stoltjordmor og #nsfjordmor

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



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.