



# Jordmora

NR. 2-2014 • ÅRGANG 12

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



**Gir sentralisering et  
dårligere fødetilbud?**

# 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 Vasaaasen

### Lokalgruppen i Oslo og Akershus

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

### Lokalgruppen i Sogn og Fjordane

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

### Lokalgruppen i Sør-Rogaland

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

### Lokalgruppen i Sør-Trøndelag

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

### Lokalgruppen i Telemark

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

### Lokalgruppen i Troms

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

### Lokalgruppen i Vestfold

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

### Lokalgruppen i Østfold

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

### 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](mailto: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!

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

Instagram: @nsfjordmor,#stoltjordmor#nsfjordmor

■ **LEDER:**  
**Hanne Schjeldrup - Eriksen**



## Gratulerer med vel overstått Jordmordag

**Gratulerer alle jordmødre** med vel overstått Jordmordag! Den internasjonale jordmordagen 5. mai feiret Jordmorforbundet med fagdag for alle på Ahus. I tillegg hadde vi også lokale markeringer for jordmødre over hele landet.

**Hvert år dør** fremdeles nesten 3 millioner barn før de fyller fire uker av årsaker som kan forebygges gjennom god fødsels- og nyfødthjelp. WHO påpeker at spedbarn, og særlig nyfødte, må prioriteres hvis målet om å bekjempe barnedødelighet skal nås. Gjennom felles innsats av myndigheter i utviklingsland, givere og bistandsaktører har barnedødeligheten gått ned, og tilgangen til kvalifisert fødselshjelp globalt har økt. Likevel gjenstår store utfordringer. Mens barne- og spedbarnsdødeligheten på verdensbasis er nær halvert, er nyfødtdødeligheten og dødsfall i mors liv ikke redusert tilsvarende. Reduksjonen i dødelighet har vært størst blant barn mellom to og fem år. Dette skyldes hovedsakelig tiltak som vaksinasjon, tilskudd av høydose vitamin A-kapsler og forebygging av malaria. Mens lungebetennelse, diaré og malaria hos barn kan forebygges og behandles med enkle og billige midler, er det dyrere og tar lengre tid å forebygge dødsfall blant nyfødte. Til dette trengs det kvalifisert fødselshjelp som jordmor eller lege, utstyr og medisiner samt en god tilgang til tjenestene for mor og barn.

**Også i Norge** er det nødvendig å få på plass en mer tilgjengelig tjeneste for mor og barn. I dag er fastlegene det viktigste tilbudet for konsultasjoner om seksuell helse. Nyere undersøkelser viser at legen ikke oppfattes som et lavterskeltilbud fordi man betaler egenandel, og det kan være lang ventetid for å få legetime. Nå viser det seg også at kvinnene risikerer

å møte på en lege som ikke utfører gynekologiske undersøkelser, ikke vil henvise kvinnen til abort, ikke tar celleprøver eller setter inn spiraler. Her i landet har vi mye å lære av Sveriges gode organisering av helsetilbudet til kvinnen. Der har jordmødre hovedansvar for svangerskapsomsorg og familieplanlegging. Jordmødre henviser også til svangerskapsavbrudd i de tilfellene kvinnens behov er slik.

**Jeg vil også** benytte anledningen til å gratulere våre snart ferdigutdannede jordmødre! Benytt dere av den gyldne muligheten dere har til å stille lønnskrav i ansettelsesprosessen. Dette gjelder også for våre jordmødre som har tatt utdanning eller kurs arbeidsgiver ser behov for i virksomheten. Få på plass deres betingelser skriftlig på forhånd, før dere inngår avtaler om kompetanseheving eller ansettelse. Ta gjerne i bruk våre dyktige tillitsvalgte hvis dere har behov for hjelp og bistand i den forbindelse!

**Vårt tillitsvalgtapparat** i NSF er nå godt kjent med Jordmorforbundets arbeid og Jordmorsatsingen i NSF. Sammen har vi lagt felles strategier for hvordan vi skal arbeide for å bedre jordmødres arbeidsvilkår og lønn framover. Med 100.000 medlemmer i ryggen har vi også gode forutsetninger for å lykkes med dette!

Med ønske om en vakker sommer til dere alle!

*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](http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/faggrupper/jordmorforbundet)

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN**

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

**DESKJOURNALISTER**

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

Astrid Svalastog  
Tlf: 97 67 12 62  
astrid.svalastog@sykepleierforbundet.no

**LAYOUT**

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

Nina Hauge  
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter  
sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen  
monica.hilsen@sykepleien.no

**TRYKK:** Color Print A/S

**FORSIDEFOTO:** Colourbox.

**NESTE UTGAVE:** 6. november 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.



## «Teknikk for å utføre riktig klipp må læres.» *Mona Stedenfeldt, side 12*



# Innhold

NR. 2-2014 • ÅRGANG 12

**2** Landsstyret og lokalgruppeledere  
i Jordmorforbundet NSF

---

**3** **LEDER:** Hanne Schjelderup-Eriksen

---

**6** Smånytt

---

**8** Jordmorskole i Afghanistan

---

**12** Et klipp er ikke bare et klipp

---

**14** Helsetenester ved svangerskap og fødsel

---

**16** Spør om medisiner

---

**17** **TILBAKEBLIKK:** Verdens første prøverørsbarn

---

**18** Mødredødlighet i Norge

---

**21** På plakaten

---

**22** Ny veileder i fødselshjelp

---

**24** Amming er trolig bra for mors hjerte

---

**27** Ritgen - mannen og metoden

---

**31** Søk stipend

---

**32** Synlig på sosiale medier

---

**35** Bokomtale

---

**36** Innmelding i NSF og Jordmorforbundet

---



**24** **HELSE:** Hjertergod amming.



**32** **SOSIALE MEDIER:** Viktig å  
være synlig.

## Fødes med snusabstinens

Jordmødre og forskere er bekymret for økende snusbruk blant kvinner i Norge.

- Vi fraråder på det sterkeste all bruk av tobakk under svangerskapet, sier jordmor Mari Heltne ved Helsestasjonen i Volda.

Ved Volda har man gjort det til en vane å spørre om nett-opp snusbruk ved første svangerskapskontroll.

I Sverige har spørsmål om snusbruk stått på det standardiserte helsekortet helt siden 1999.

Kilde: Sunnmørsposten/smp.no

## Bedre fødsel med mental trening



- Toppidrettsutøvere har i mange år benyttet mental trening med stor suksess. Vi benytter den samme teknikken for å hjelpe kvinner til å få en bedre fødselsopplevelse. Mental trening er like enkelt som det er geni!

Dette sier jordmor Tonje Wessel Rummelhoff og mental trener Birgit Semundseth om sin nye bok En god fødsel – Forbered deg med mental trening.

Kilde: Pressemelding Cappelen Damm

### SMÅNYTT

## Språkproblemer kan få fatale følger

I Sverige dør bare seks kvinner per år under svangerskap og fødsel. Men risikoen for høyere for utenlandskfødte kvinne. En av grunnene kan være manglende kommunikasjon, viser avhandlingen til doktorgradsstudent Annika Esscher, spesialist i gynekologi og obstetikk og avdeling overlege ved Kvinneklinikken ved Universitetssykehuset. I flere av dødsfallene blant kvinner som ikke snakket svensk, ble det ikke brukt profesjonell tolk.

-Jeg forstår at tidspresset helsepersonell noen ganger fristet til å la en svensktalende familiemedlem til å oversette, men det er ikke riktig verken for pasienter eller pårørende, og kan som vår studie viser, få fatale konsekvenser, sier hun.

Kilde: Vårdförbundet/Vårdförbundet.se



## «Den som tar barnet på armen, tar moren om hjertet.» Svenske ordtak

## Får fart på umodne egg



Liu ved Göteborgs universitet avdekket hvordan umodne egg kan behandles for å bli fruktbare.

Liu har undersøkt hvordan man kunne motvirke ufruktbarhet hos kvinner med primær ovarian insuffisiens (POI), en tilstand der eggene ikke vokser og forblir umodne. Teknikken som bygger på museforskning er nå brukt på mennesker i Japan.

Det er proteinet som kalles phosphatase and tensin homolog (PTEN) som stanser eggenes vekst og modning.

Det japanske prosjektet, under ledelse av professor Aaron Hsueh ved Stanford University, har tatt det et skritt videre ved å bruke teknikken på menneske-egg.

Av 27 kvinner som deltok er fem blitt gravide – og en av dem har alt fått en liten gutt, etter 37 ukers graviditet.

Kilde: Fagbladet.no

## Redder liv blant yngre

Screening redder liv selv i alderen 40–49 år, viser stor svensk studie.

Sverige er ett av få land som tilbyr kvinner i alderen 40–49 år mammografiscreening. Nå viser resultatene fra verdens største studie på screening for kvinner i denne aldersgruppen at etterforskningen reduserer dødeligheten av brystkreft.

Dødeligheten var 29 prosent lavere for kvinner i alderen 40–49 år som deltok i mammografiscreening sammenliknet med dem som ikke hadde fått tilbud om screening.

Kilde: Vårdförbundet/Vårdförbundet.se

## Shopper ekstra ultralyd

Stadig flere gravide betaler fra egen lomme for å få flere ultralydundersøkelser. Psykolog mener det kan skape mer stress.

- Noen går svært ofte, andre vil ha time på dagen. Noen er engstelige. Noen lurer på hvordan det står til med barnet, sier Anne Gurine Olsen, jordmor ved Aquarama Helse i Kristiansand

Mer informasjon er ikke nødvendigvis et gode, mener psykologspesialist Sondre Risholm Liverød.

Kilde: NRK.no/Sørlandet

## Jerntilskudd kan øke risikoen for cøliaki

Studien vi har gjort antyder at jerntilskudd under graviditeten kan øke risikoen for at barnet får cøliaki. Jernholdig mat derimot, kan gravide spise uten at risikoen øker, sier Ketil Størdal, overlege i barnevæddelingen i Sykehuset Østfold.

Studien er helt spesiell: Over 100000 svangerskap er inkludert og biologiske prøver og spørreskjema-data ble samlet inn allerede fra 17. svangerskapsuke. I tillegg fulgte man barnet helt til de ble 14 år gamle.

Kilde: Moss Avis/ANB



Tekst: Astrid Svalastog Foto: Colourbox

## Født utenfor institusjon

Mellom seks og sju av 1000 barn har de siste årene blitt født utenfor fødeinstitusjon uten at dette var planlagt, viser tall for 2012 fra Medisinsk fødselsregister på Folkehelseinstituttet.

Kvinner i Sogn og Fjordane hadde størst risiko for en ikke-planlagt fødsel før ankomst til fødeinstitusjon (18 av 1000 fødte), fulgt av Finnmark (13 av 1000) og Troms (11 av 1000). Minst risiko var det i Aust-Agder, der to av 1000 barn ble født før ankomst til fødeinstitusjonen, fulgt av henholdsvis Akershus og Oslo med fire av 1000 fødte.

Hordaland hadde flest ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon i 2012 (50 fødte), fulgt av Oslo med 42 fødte og Rogaland med 36 fødte.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

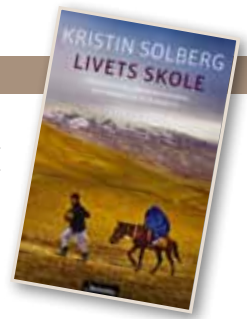


## Forebygger for tidlig fødsel

Grønnsaker, frukt, fisk og grovt brød kan forebygge for tidlig fødsel. Kvinner som hovedsakelig spiser det grove og grønne, og det tradisjonelle norske kostholdet, har lavere risiko for å føde for tidlig, det vil si før svangerskapsuke 37.

- Vår forskning viser at grovt og grønt virker beskyttende mot for tidlig fødsel, selv om gravide også spiser mindre sunne matvarer i tillegg, sier seniorforsker Anne Lise Brantsæter ved Folkehelseinstituttet. Forskingen er nylig publisert i tidsskriftet British Medical Journal.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



# En skole av liv, omringet av krig

På en skole på landsbygda i Afghanistan, i et område som syder av Taliban, lærer en lege landsbyjenter å redde liv. I det skjulte underviser hun dem i fred og kvinneverettigheter, mens jenteskoler blir bombet og brent ned rundt dem.



Tekst Kristin Solberg, journalist og forfatter

**Faren hennes døde** da hun var 12 år, bærende på livsfarlige hemmeligheter, i en annen krig. Siden fant hun hans dagbok, en etterlevning av ham. Der sto det lite om hva han selv drev med, med det var tydelig hva han ville for henne.

«Datteren min må bli lege,» sto det. «Hun må jobbe for Afghanistans fattige, helst på landsbygda.»

Mer enn to tiår senere, var det akkurat det doktor Khadija gjorde, klar over at det kunne koste henne livet.

**Jeg møtte henne** for første gang sommeren 2011, på en jordmorskole gjemt bak høye murer og piggetråd i Maidan Shahr, en småby i en dal mellom fjellene i Wardak. I provinsen ble Taliban stadig sterkere, de kontrollerte nå det meste av området. I Maidan Shahr var de spesielt sterke etter solnedgang. Skyggemyndighetene, ble de kalt. De leverte et nattbrev med en trussel her, krevde penger der, drepte dem de anså som forrædere et tredje sted. På landsbygda rundt byen ble jenteskoler stadig bombet, brent ned eller truet til å stenge.

Men bak murene blomstret roser og solsikker, og 50 unge landsbykvinner mellom 17 og 24 år lærte ferdigheter som skulle redde liv.

I krigen er døden alltid til stede, selv når livet begynner. I Afghanistan, der krigen har rast i mer enn tre tiår, er mødre- og barnedødeligheten en av de høyeste i verden. Sommeren 2011, da jeg begynte på boken *Livets skole* om jordmorskolen i Wardak, døde ett av fire barn før det fylte fem år – totalt 550 barn hver eneste dag. Én afghansk kvinne døde i barsel hver halvtime. For en afghansk kvinne var det 200 ganger større risiko for at hun skulle dø av graviditets- eller fødselsrelaterte komplikasjoner enn av kuler eller bomber.

Barna dør av diaré, infeksjoner og lungebetennelse. Mødrene dør fordi klinikker ikke finnes eller fordi veien dit er stengt, fordi de ikke har tilgang til prevensjon, fordi helsen deres skranter etter altfor mange fødsler og for lite næringsrik mat. De dør fordi de alltid blir nedprioritert. De dør fordi krigen tar liv også med andre midler enn kuler og bomber.

For å redusere problemet er det de

siste årene blitt utdannet nesten 3000 jordmødre – i et land der det tidligere bare fantes noen titall. De utdannes ved skoler som den i Wardak, som er drevet i et samarbeid mellom den norske og den svenske Afghanistankomiteen. Jordmødrene har reddet liv i et land som jevnlig kalles verdens verste for kvinner – der halvpartene av jentene aldri får se innsiden av et klasserom, der mange blir psykisk, fysisk eller seksuelt mishandlet. De jobber i et helsevesen i et av verdens fattigste land, et helsevesen som ligger i ruiner eller er helt fraværende i mange områder. Men de gjør likevel en stor forskjell, og de har klart å bidra til å redusere mødre- og barnedødeligheten.

Elevene rekrutteres fra landsbygda, fordi det er der de skal jobbe etter endt utdanning. Ingen byjente vil jobbe på den underutviklede, krigsherjete landsbygda, derfor hentes jenter fra landsbyene til et toårig jordmorkurs, før de returnerer til hjemstedene med ferdigheter som skal redde liv. Mange av elevene på jordmorskolen i Wardak hadde gått på skolen til femte, sjette eller sjuende klasse – likevel en relativt





**UTDANNING:** Kvinner fra landsbygda lærte å jobbe som jordmødre på jordmorskolen i Wardak i Afghanistan. Deres kunnskap redder liv i et land hvor mange kvinner dør i barsel. Foto: Kristin Solberg.

høy utdannelse i et land der kun fire prosent av jentene når videregående. Så var skolegangen deres blitt avbrutt – fordi skolen ble bombet av Taliban, fordi skoleveien var for lang og for farlig, eller fordi det ikke fantes noen skole. Da de ble tatt inn på jordmorskolen fikk de en ny sjanse til en utdannelse – til å «bli noe» som de alle drømte om – og de grep den for alt den var verdt.

**Doktor Khadija**, sjefen for jordmorskolen, hadde en visjon: «Jeg vil ikke bare utdanne jordmødre,» sa hun.

«Jeg vil utdanne gode mødre, fredsambassadører, kvinneverettighetsaktivister og rollemodeller for landsbykvinner.»

Derfor underviste hun også elev-

Fred og kvinneverettigheter var kontroversielt i en by omringet av opprørere, og doktor Khadija var klar over at det hun gjorde, kunne koste dyrt.

## «En afghansk kvinne døde i barsel hver halvtime.»

ene i hemmelighet om fred og kvinners rettigheter. Det var helt nye emner for dem. Få var noensinne blitt fortalt at de hadde rettigheter.

«Moren min sier at hvis jeg drar til Wardak, kommer jeg til å dø,» sa hun. «Men vi skal alle dø en dag. Om det skjer i Wardak eller i Kabul, spiller



**NY KUNNSKAP:** Kvinner på seminar for å lære om sine rettigheter. Foto: Kristin Solberg.



**PÅ SKOLEN:** Kristin Solberg, forfatter av Livets skole, sammen med noen av elevene ved jordmorskolen i Wardak. Foto: Sparghai Baseer.

ingen rolle for meg.» Hun hadde forsonet seg med sin egen dødelighet, den skremte henne ikke, men hun ønsket det hun kalte en «god død». Hun ville for all del ikke bli tatt til fange av opprørere og krigsherrer.

Den høsten begynte hun å skrive ned sine egne historier, slik at hvis hun en dag ikke kom hjem, skulle hennes barn vite hvem hun var, hva hun gjorde og hva hun ville.

**Det neste halvannet året** dro jeg regelmessig med doktor Khadija til jordmorskolen. Vi kjørte fra Kabul på ringveien mot Kandahar, forbi brune, bare fjell, forbi hus av gjørme og strå som gled umerkelig inn i sine omgivelser.

Sjåføren vår fjernet alltid CD-ene med persisk popmusikk og folkesanger fra bilen, i tilfelle vi skulle bli stanset av opprørere langs veien. Jeg var kledd i en lyseblå burka, som skjulte at jeg var utlending på et sted der utlendinger ikke lenger er velkomne, der de risikerer å bli drept eller bortført. Burkaen ble min usynlighetskappe: I øyeblikket jeg dro den nedover hodet, ble jeg

forvandlet fra en alle så, til en ingen la merke til. På vei til jordmorskolen gjorde det forhatte nylonplagget meg tryggere.

Dagen før jeg dro, skjedde alltid det samme. Utover ettermiddagen fikk jeg feber. Hodet verket, som om jeg hadde en gryende influensa. Det var som om kroppen min ville gi meg en unnskyldning til å bli hjemme. Jeg sov alltid dårlig om natten, noen ganger nesten ikke i det hele tatt.

I bilen, med burkaen over hodet, tittet jeg ut gjennom gitteret som kastet et lyseblått skjær over verden. Jeg var kvalm, kjente lukten av min egen redsel i neseborene, så etter ulovlige kontrollposter, aldri sikker på hva som ventet rundt neste sving.

«Ikke dra,» sa sikkerhetseksperter, soldater, venner. «Wardak er for farlig.»

Så tenkte jeg på jordmødrene, på deres mot, på det de arbeidet for. De risikerte sine liv bare ved å være på skolen. De var villige til å ofre alt for å redde andre, og de gjorde det uten å blunke.

Så jeg fortsatte å dra.

Doktor Khadija brukte ikke burka.

Hun hadde fått nok av plagget på Taliban-tiden på 1990-tallet, som riktignok hadde vært lettere for henne enn for de fleste andre kvinner. På en tid der jenter og kvinner ikke fikk lov til gå ut av huset uten en burka og et mannlig familiemedlem, der de ikke fikk gå på skole eller jobbe utenfor hjemmet, fikk hun studere. Forbudet mot kvinners utdanning krasjet med forbudet for kvinner om å oppsøke mannlig lege, og myndighetene innså at de måtte gjøre et unntak for kvinnelige medisinstudenter. Hver dag i fem år gikk Khadija til sykehuset i hemmelighet, skjult under en burka. Da Taliban falt i 2001, tok hun den av, og hun hadde nektet å bruke den siden.

Ti år senere sa hun at hvis hun fikk valget mellom burka og fred, eller ingen av delene, ville hun helt klart velge burka.

**På skolen ble jeg kjent** med jentene og deres historier. Jeg møtte Nilab, den første jenta i sin familie som kunne lese og skrive. Som mange av de andre jentene, gikk hun på skolen i hemmelighet, skjult for landsbyen og slektninger. Men



**JORDMORSKOLEN:** Slik så skolen i Wardak ut, før den ble ødelagt av en bombe i 2012. Foto: Kristin Solberg.

hemmeligheter varte sjelden lenge på landsbygda, og etter hvert fant Taliban ut om hennes skolegang. De pågrep broren hennes og truet med å drepe ham hvis han ikke hentet henne hjem. Han gjorde som de sa, men var villig til å ofre alt for å få henne tilbake.

Jeg møtte Malalai, en av de smarteste jentene i klassen. Midt i studietiden hadde hun reddet en mor og en baby som sto fast i kryssilden mellom Taliban og soldater. Fødselen var startet, men på grunn av kampene nådde ikke kvinnen frem til sykehuset. Malalai hørte skrikene og gikk for å hjelpe. Med Malalais hjelp fødte kvinnen en sønn i baksetet av bilen. Malalai sendte mennene i familien ut for å kjøpe et barberblad, slik at hun kunne kutte navlestrengen. «Jeg var glad, men også trist,» sa hun. «Det første en nyfødt baby skal høre, er navnet til Allah. Det første denne babyen hørte, var lyden av kuler og eksplosjoner.»

Malalai var gift med en mann som jobbet på byggeplassene i Iran for å tilbakebetale lånet han hadde tatt for å få råd til brudeprisen da de giftet seg. De andre elevene sa at han hadde tatt

en ny kone i Iran, men Malalai gikk med hevet hode gjennom skolegården og latet som ingenting.

Jeg møtte Shagufa med det skjeve smilet, som i tillegg til å lære å redde liv, allerede hadde tatt et. Der ute et sted, utenfor skolemurene, fantes noen som ville hevne seg ved å ta hennes.

Og jeg møtte Asma, bestyreren for studenthjemmet, som var giftet bort som 12-åring og som ønsket seg skilsmisse mer enn noen annet. Det var hun som var sammen med elevene om natten,

## «Jeg var kvalm, kjente lukten av min egen redsel.»

etter at mørket senket seg over Maidan Shahr og skyggemyndighetene kom frem. «Nesten hver dag hører vi lyden av raketter. Men det er ingenting for elevene. De er vant med krig,» sa hun.

Gjennom skoleåret så jeg hvordan de vokste, ikke bare som jordmødre, men også som kvinner. Hvordan doktor Khadija forvandlet dem fra usikre landsbyjenter til rollemodeller som

skulle spre seg som gode tentakler fra jordmorskolen til landsbyene, der de virkelig skulle gjøre en forskjell.

Det var en skole av liv, omringet av så mye død.

**En fredag i november 2012** fikk doktor Khadija en telefon med dårlige nyheter.

Jordmorskolen var blitt bombet av Taliban. En lastebil fullastet med eksplosiver hadde ødelagt på sekunder det hun hadde bygget opp i løpet av mange år.

Vi dro til Wardak en siste gang. Skolen var redusert til støv og brukne murstein. I ruinene lå en rosa plastsandale, en lilla kam, en bamse, en notatblokk. Med sunkne skuldre og gråten i halsen inspiserte Doktor Khadija skadene. Så snudde hun seg til meg.

«Å falle er ikke å bli overvunnet,» sa hun. «Å bli overvunnet er ikke å reise seg igjen.» ■

# Et klipp er ikke bare et klipp

I Norge er det ikke gode rutiner for opplæring i å gjøre klipp i mellomkjøttet ved forløsning. En studie ved to sykehus viser at klippene utføres svært forskjellig, og at det er behov for strukturert undervisning for alle i fødselsteamet.



Av Mona Stedenfeldt MSc, PhD, Leder for Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom

**K**lipp i mellomkjøttet (episiotomi) ved forløsning er det hyppigste kirurgiske inngrepet ved en fødsel. En tid tilbake, på 60-70-tallet, var et slikt klipp rutine, og omtrent alle førstegangs-fødende fikk et ved forløsning. Denne praksisen ble det slutt på da flere store oversiktsartikler fant at et slikt klipp var assosiert med blant annet sfinkterskader og gjorde mer skade enn nytte. Sfinkterskader er en stor rift som går fra vaginalåpningen inn endetarmens lukkemuskel. Denne skaden graderes i 4 grader:

- 3a = skade av mindre enn 50 % av ytre lukkemuskel
- 3b = skade mer enn 50 % av ytre lukkemuskel
- 3c = skade av hele ytre lukkemuskel og en del av indre lukkemuskel
- 4 = total avrivning av både ytre, indre og slimhinner i sfinkterkomplekset

Slik store skader kan ikke bare være traumatisk

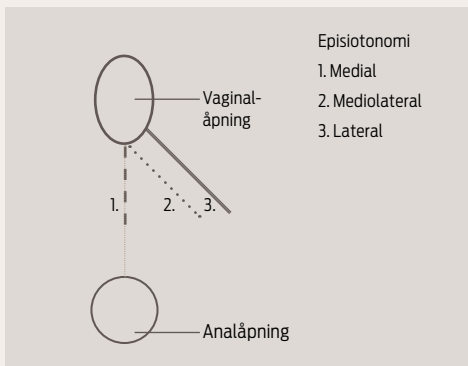
for mor, men sekvelene er ofte svært plagsomme. Mellom 30-50 % opplever å få ufrivillig lekkasje av luft/og eller avføring, og mange opplever også seksual dysfunksjon i etterkant.

## Indikasjon

I Norge klippes nå imellom 10-25 % av alle vaginale fødsler på indikasjon. Selv om det fortsatt er noe uklart hva indikasjonene er, praktiseres i hovedsak klipp ved følgende indikasjoner: 1) Å forløse barn hurtig i kritiske situasjoner, 2) Tang/vakuum forløsning 3) Å unngå store rifter (grad 3 og 4)

Når man klipper tar man utgangspunkt i vaginalåpningen og tenker på den som en rund sirkel. Det er mange typer klipp, men de to teknikker som oftest gjøres er medial, hvor man starter kl. 6 og klipper rett ned, og mediolateral, hvor man starter kl. 6 men klipper 40-60 grader ut til siden. Et

FIGUR 1 OG 2.



1. Illustrasjon over de tre vanligste typer klipp.



2. Et klipp som har riktige karakteristikk for å minske risikoen for sfinkterrupturer.

**VANLIG INNGREP:** Klipp i mellomkjøttet er det hyppigste kirurgiske inngrepet ved en fødsel. Nå klippes 10–25 prosent av alle kvinner som føder vaginalt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



trede klipp som i den senere tid har blitt mer omtalt er et lateralt klipp, hvor man starter mellom kl. 5 og 4, og dernest klipper ut i en 40–60 graders vinkel (figur 1).

Hvilket klipp man utfører er knyttet opp mot tradisjon og kultur. I USA er tradisjonen et medialt klipp mens i Europa er tradisjonen et mediolateral klipp. I Finland gjør man et lateralt klipp. Flere studier har funnet at et medialt klipp øker risikoen for store grad 3 og 4 revninger, mens det er ikke funnet entydige resultat på om et mediolateralt klipp øker risikoen for slike skader. På grunn av disse tvetydige resultatene har man sett nøyere på de mediolaterale klippene, og avdekket at et mediolateralt klipp gjøres på svært mange måter. Videre har forskningen vist at vinkel på klippene er av betydning for risikoen for store revningsskader.

#### **Verken retningslinjer eller rutiner**

I Norge har det verken vært tydelige retningslinjer eller gode rutiner for strukturert opplæring i å gjøre et klipp.

I vår studie ønsket vi å se nærmere på klipp sine karakteristikk (figur 1) ved å gjøre en kasus-kontroll studie. Vi inkluderte førstegangs fødende som alle hadde fått klipp ved forløsning, hvorav kasusgruppen også hadde en rift grad 3 eller 4, fra to fødeavdelinger: Norlandssykehuset Bodø og Universitetssykehuset Nord-Norge. Til sammen ble 74 kvinner inkludert i studien, 37 kvinner i kasusgruppen og 37 i kontrollgruppen.

Vi innkalte alle til undersøkelse, hvor vi undersøkte arret etter klippet i benholder. Når arret var identifisert, ble arret visualisert ytterligere med en

tusj. Deretter tok vi bilde som inkluderte vaginal-åpning, analåpning og arr etter klipp

Det vi fant var at klippene var gjort svært forskjellige. I tillegg fant vi at klipp som var svært korte, som begynte kl. 6, som hadde enten svært smal eller svært vid vinkel var assosiert med grad 3 og 4 revninger.

Konklusjonen er at klippene ved fødsel observert i denne studien ble gjort svært forskjellig. Vi fant også

## **«Klipp kan øke og minske risikoen for revning.»**

at klipp som var korte, som insisjonspunkt nært kl. 6, som hadde svært smal eller svært vid vinkel var assosiert med grad 3 og 4 revninger. Det vil si at et klipp plassert mellom 4 og 5, med riktig vinkel (40–60) og med lengde som ikke er for kort, vil kunne avlaste vevet til strekkelig og forebygge grad 3 og 4 revninger (figur 2).

Klinisk relevans er følgende:

- Klipp kan både øke og minske risikoen for grad 3 og 4 revning etter som hvordan klippet gjøres. Det er derfor viktig å gjøre et riktig klipp når det er indikasjon for å klippe.
- Teknikk for å utføre riktig klipp må læres. Og man bør ha strukturert undervisning for alle i fødselsteamet. ■

#### **Referanse:**

Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix, E, Wilsgaard T, Vonen B, Oian P. Episiotomy characteristics and risk of obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. BJOG 2012 May; 119:724–30.



# Dårligere fødetilbud?

Kva rolle spelar oppbygginga av helsetenesta for tilgang til fødeinstitusjon og for mors risiko for komplikasjonar?



Av **Hilde Marie Engjom**,  
Forskningsgruppa for  
globale helseprioriteringer,  
Institutt for global helse og  
samfunnsmedisin, UiB

**S**entralisering av særskilte helsetenester som omfattande kirurgi, kreftbehandling og intervensjonskardiologi betrar resultatet for pasienten. Samstundes viste den britiske Birthplace-studien at fødsel på ein større institusjon aukar talet på intervensjonar under fødselen hos friske kvinner som har låg risiko for komplikasjonar. Både utforminga av helsetenesta og klinisk resultat er viktig for vurdering av kvalitet i fødselsomsorg. WHO sine indikatorar for akutt omsorg i svangerskap og fødsel omfattar både geografisk fordeling av institusjonar, tilgang og resultat for mor og barn. Norsk helsepolitikk legg stor vekt på desentraliserte helsetenester av god kvalitet ved svangerskap og fødsel. Samstundes vart talet på fødeinstitusjonar redusert frå 95 til 51 mellom 1979 og 2009.

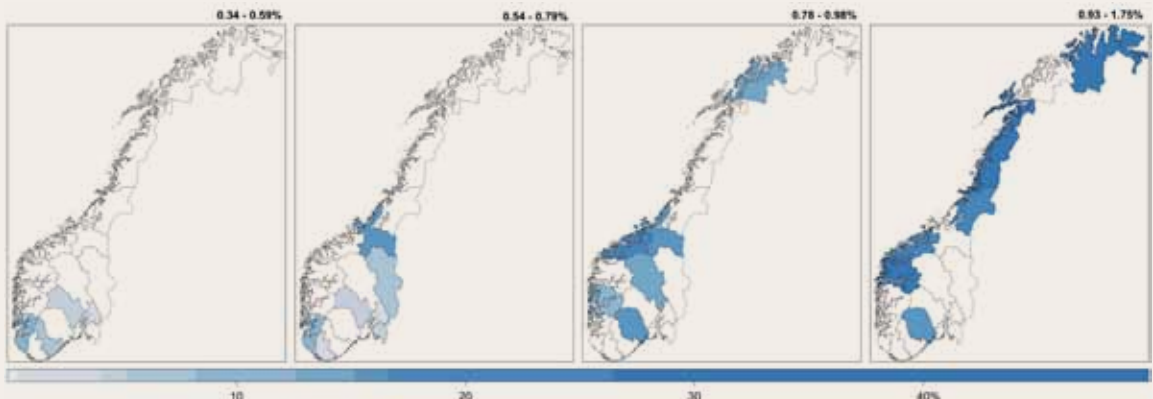
Vi studerte tilgang til fødeinstitusjon og klinisk utfall basert på hypotesen om at norsk fødselsomsorg har vore god og likeverdig. 1 Primære endepunkt var andelen kvinner i fertil alder (15 til 49 år) som budde meir enn ein og to timar frå fødeinstitusjon, risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon, og maternell morbiditet (eklampsi, alvorleg blødning, sepsis, intensivbehandling og systemisk tromboembolisk sjukdom). WHO sine indikatorar for akuttomsorg var sekundære

endepunkt. Vi nytta data frå Statistisk sentralbyrå (SSB) og Medisinsk Fødselsregister (MFR) til å utforme av to tverrsnittsanalyser og tre fødselskohortar. Tverrsnittstudiane tok utgangspunkt i statistisk sentralbyrå sine koordinatfesta innbyggardata i tillegg til geografiske koordinat for fødeinstitusjonane og den norske vegdatabasen. Ei reisesone rundt kvar institusjon vart rekna ut, sonene vart slegne saman og vi talde kvinnene som budde innanfor og utanfor sona. Fødselar i perioden 1979-2009 vart samla i femårs-grupper og risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon samanlikna i første og siste periode. Risiko for maternell morbiditet vart analysert for innmelde fødselar i 2000 og 2009.

## Fødsel utanfor institusjon

Andelen kvinner som budde meir enn ein og to timar frå ein fødeinstitusjon auka mellom 2000 til 2010, både for alle institusjonar og for institusjonar med akuttfunksjon. Risikoen for å føde utanfor institusjon for mødre som hadde planlagt institusjonsfødsel vart dobla frå 1979-83 til 2004-09 og vi fann aukande skilnader på fylkesnivå. Auken i risiko for fødsel utanfor institusjon vart påvist både i fylke med overvekt av sentral busetnad og i fylke med spreidd busetnad. Risikoen vart meir enn dobla i dei tre fylka der få eller ingen kvinner budde

Risiko for ikkje planlagt fødsel utanfor institusjon 2004-2009.



Fylkesvis andel kvinner i alderen 15-49 år som budde meir enn ein time frå næraste fødeavdeling 1. januar 2010.

utanfor den berekna reisesona på ein time. Sannsynlegvis er det fleire årsaker til at kvinner ikkje når fram til institusjon. Medverkande faktorar kan vera både innleggingsgrenser på store, travle fødeavdelingar og trafikale forhold i tillegg til informasjonen som vert formidla til gravide.

Medan det i perioden 1979-83 var om lag 0,5 % skilnad mellom fylka med lågast og høgast risiko, hadde skilnaden auka til nærare 1,5 % i den siste perioden. Fylka med ein større andel kvinner busett langt frå institusjon hadde og høgast risiko i den siste perioden. (figur) Når vi nytta WHO sine indikatorar for tilgang til akuttinstitusjonar fann vi at talet på institusjonar samsvarte med det berekna behovet i 2000. På regionalt nivå var talet på institusjonar lågare enn det berekna behovet i helseregionane Aust og Sør. I 2009 var talet på akuttinstitusjonar lågare enn berekna behov både nasjonalt og i helseregionane Aust, Sør og Vest.

I denne tiårs-perioden fann vi også ein risikoauke frå 1,7 % til 2,2 % for maternell morbiditet. Medan det i 2000 ikkje var regionale skilnader, hadde tre regionar mellom 30 og 80 % høgare risiko enn referansen i 2009.

#### Oppsummering

Vår studie tyder på redusert kvalitet i eit helsesystemperspektiv med dårlegare tilgang til fødeinstitusjonar og auka risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon. Oppbygging og tilgang bør takast med i planlegging og evaluering av helsetenesta, ikkje minst bør risikofaktorar for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon kartleggast betre både i sentrale strok og i distrikta.

Vi venta at risiko for maternell morbiditet skulle gå ned eller vera uendra som følge av sentraliseringa. Det er få dødsfall blant mødre og nyfødde i Norge, noko som viser at helsetenesta har ein god kvalitet. Samstundes fann vi ein auke i risiko for maternell morbiditet og aukande regionale skilnader. Vi trur ikkje desse skilnadene kan forklarast fullt ut av betre diagnostikk, rapportering eller auke i risikofaktorar som vi ikkje hadde informasjon om.

Det er naudsynt med betre kunnskap om samverknaden mellom oppbygging av helsetenesta og kliniske resultat. Vidare forskning bør vektlegge måling og overvaking av alvorlege komplikasjonar hos mor. Det er naudsynt å ha med resultat som viser korleis det går med barna når ein vurderer kvaliteten på helsetenesta. Korleis oppbygging av helsetenesta eventuelt påverkar mors risiko for komplikasjonar vil vere relevant kunnskap i planlegging og utforming av helsetenesta og for å skildre fordelinga av nytte og ulemper ved sentralisering av fødetilbodet. ■

#### Referanser:

Engjom H, Morken NH, Norheim O, Klungsoyr K. Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. BJOG. 2014 Feb;121(3):290-9.



# Spør oss

Jordmødre og helsesøstre får mange spørsmål fra gravide og ammende – også om medisiner. Slike spørsmål kan være vanskelige å svare på, men heldigvis er det hjelp å få.

**H**vilke smertestillende kan jeg bruke når jeg er gravid? Kan jeg amme når jeg bruker antidepressiva? Mange gravide og ammende har tett kontakt med jordmor og helsesøster og dette gir rom for mange ulike type spørsmål – også når det gjelder medisiner.

Det er viktig at gravide og ammende får svar på sine spørsmål rundt medisinbruk. Vi vet at gravide gjerne overvurderer risikoen ved å ta medisiner. Mangel på riktig informasjon og rådgivning kan derfor føre til at kvinnene lar være å bruke medisinene sine i frykt for å skade barnet.

## Ta kontakt

Så hva kan du gjøre som jordmor eller helsesøster hvis du får et spørsmål om medisiner fra en gravid eller ammende kvinne, og du ikke helt vet hva du bør svare?

- Still spørsmål til RELIS (Regionale legemiddelinformasjonsentre) via [www.relis.no](http://www.relis.no) eller via telefon, og få svar fra en farmasøyt eller lege. Deretter kan du diskutere svaret med kvinnen.

## ■ Nøytral informasjon

De regionale legemiddelinformasjonsentrene (RELIS) gir produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell. RELIS står også bak Trygg Mammamedisin, som tilbyr gratis, nøytral legemiddelinformasjon til gravide og ammende. Begge tjenester driftes med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, og er fristilt fra dem som produserer og selger medisiner. Alle spørsmål besvares av erfarne farmasøytter og leger.



**PÅ NETT:** Still spørsmål til Regionale legemiddelinformasjonsentre via nett eller telefon, og få svar fra en farmasøyt eller lege. Deretter kan du diskutere svaret med kvinnen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

- Henvis kvinnen til å selv stille spørsmål via [www.tryggmammamedisin.no](http://www.tryggmammamedisin.no) Dette er en nettbasert tjeneste der gravide og ammende kan få svar om spørsmål om medisiner. RELIS står bak Trygg Mammamedisin
- Det er også viktig å oppfordre kvinnen til å ha en dialog med legen sin om medisinbruk.

RELIS og Trygg Mammamedisin er ment å være servicetjenester for henholdsvis helsepersonell og pasienter og kan forhåpentligvis gjøre hverdagen litt enklere. RELIS har eksistert siden 1995, mens Trygg Mammamedisin ble startet i 2011. Begge tjenestene er offentlig finansierte og helt gratis å bruke.

## Formålet med Trygg Mammamedisin

Trygg Mammamedisin ønsker å bidra til økt kunnskap og trygghet hos dem som trenger medisiner, men samtidig unngå at gravide og ammende bruker medisiner

som kan være skadelige. Ved å gi informasjon til den enkelte, ønsker vi å bidra til at mor blir trygg på den behandlingen hun trenger. Samtidig informerer vi om risikoen bruk av medisiner noen ganger kan innebære for foster eller diebarn.

## En viktig tjeneste

I løpet av 2,5 års drift har Trygg Mammamedisin fått omtrent 5000 spørsmål og det har vært en jevn pågang, noe som tyder på at det er behov for en slik tjeneste. Mange spørsmål gjelder reseptfrie medisiner ved smerte, pollenallergi, halsbrann, kvalme og tett nese, som er vanlige plager hos gravide og ammende. Vi får også en god del spørsmål om medisiner ved psykiske lidelser, slik som depresjon og angst. ■



Tekst **Sofia Frost Widnes**, farmasøyt, rådgiver RELIS Vest, Haukeland Universitetssykehus



BRITAIN'S  
BIGGEST  
EVENING  
SALE*More*  
**Evening News**

LONDON, THURSDAY JULY 27 1978

8p

LATE  
SPECIAL  
CITY PRICES**Meet Louise, the world's  
first test-tube arrival****SUPERBABE**

**Wide-eyed Louise Brown pictured in hospital 18 hours after she was born. Today she's doing well. See Page Three**

World Copyright Association Newsphoto Group Ltd., 1978

**PRØVERØRSBARN:** Verdens første prøverørsbarn ble født 25. juli 1978 på Oldham General Hospital i England. Barnet fikk navnet Louise Brown. Hun fikk selvfølgelig stor oppmerksomhet, og havnet blant annet på forsiden av den engelske kveldsavisen Evening News. Bildet er tatt 18 timer etter fødselen.

Barnets foreldre, Lesley og John Brown, hadde forsøkt å få barn i ni år uten å lykkes, da de fikk tilbud om behandlingen som førte til at Louise ble født.

Louise fikk fire år senere en søster som også ble til ved prøverørsmetoden. Hun fikk navnet Natalie Brown. I mai 1999 ble Natalie det første prøverørsbarnet som selv fødte et barn uten bruk av prøverørsmetoden.

I desember 2006 ble også Louise Brown mamma. Hun fikk sønnen Cameron med sin ektemann Wesley Mullinder. Cameron ble unnfanget på «gamlemåten».

Kilde: Scanpix, Wikipedia og BBC News



# Mødred



Tekst **Eli Aaby**, jordmor og medlem av redaksjonsrådet i Jordmora

**V**i møter Liv Ellingsen på en travel vakt i slutten av februar, hun er overlege ved Kvinneklinikken Rikshospitalet/OUS, samt tilknyttet Nasjonalt kompetanstjeneste for Kvinnehelse. Der arbeider hun i et prosjekt for å kartlegge svangerskapsrelaterte dødsfall i Norge. I den sammenheng er hun medforfatter på en artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening, samt holder innlegg på Norsk gynekologisk forenings vårmøte.

– Det er godt kjent at mødredødelighet er et stort problem i U – land, og 99 % av mødredødsfallene skjer der. Allikevel er dødsfallene i vår del av verden viktige, selv om de er få. Når vi som forskere går inn for å se på dødsfallene er det med stor ydmykhet og respekt for de som har stått i situasjonen, sier Liv Ellingsen, og hun fortsetter:

– Mødredødelighet er et mye brukt kvalitetsparameter, vi trodde at den skulle bli borte i vår del av verden med bedring i fødselshjelpen, men det har ikke skjedd. Vi kan se på dødsfallene som toppen av et isfjell, det er få dødsfall, men for hver kvinne som dør er det flere som blir unødvendig syke av suboptimal behandling. For eksempel får kanskje ikke gravide med lungeemboli optimal behandling fordi man er redd for å gi CT med kontrast til gravide. Målet mitt er at vi skal bruke lærdommene vi får gjennom dette arbeidet til å bedre behandlingen av alle.

# Ødelighet i Norge

– I gjennomsnitt er det fem direkte mødredødsfall i Norge per år. De fleste dør av hjerneblødning, sier overlege Liv Ellingsen, som forsker på temaet.

## Metode

Et problem forskerne møter i arbeidet, er at statistikken fra MFR (Medisinsk fødselsregister) bare gir opplysninger om dødsfall som er direkte knyttet til fødsel. Det som blir kalt indirekte mødredødsfall, det vil si dødsfall hos kvinner med en underliggende sykdom som forverres av svangerskapet, har til nå ikke alltid kommet med i MFR. Det har vært en underreportering på 40 %. For å få sikre tall har man koblet sammen MFR og Dødsårsaksregisteret og sett på dødsfall i svangerskap, fødsel og 6 uker post partum i perioden 1995 -2009.

Metoden man har brukt er at de trekker ut alle døde kvinner mellom 15 og 45 år fra dødsårsaksregisteret, og av dem igjen de som har O koder (obstetrik) i ICD10. Det vil si alle gravide som har vært til polikliniske kontroller og innleggelser i samme år. I tillegg har arbeidsgruppen samlet direkte informasjon fra de enkelte fødeavdelingene. Gjennomgangen av journalene ble gjort av erfarne klinikere fra hele landet. Etter aidentifisering ble hvert kasus gransket av fem lesepår, og ved plenumsdiskusjon ble dødsårsaken og forbedringspotensial for hvert kasus identifisert. I tillegg er tilsendte journalopplysninger samlet og analysert for å se på utviklingen og se etter trender.

– Men vi ser at noen kvinner som dør

av årsaker knyttet til graviditeten da ikke kommer med i statistikken. Noen ganger forsøker man en behandling enda lenger, og så blir de ikke telt med som mødredødsfall fordi de dør seinere enn seks uker etter fødselen, sier Ellingsen.

Grensen på seks uker er beholdt fordi det er den tradisjonelle barseltida, og det er dette som brukes i interna-

## «Vi må se på dødsfallene som toppen av et isfjell.»

sjonal statistikk. Dødsfallene som ikke kan relateres til svangerskap, sånn som bilulykker, brann, ikke-gynekologisk kreft regnes ikke som mødredødsfall. Ellingsen understreker enda en gang at arbeidsgruppen ser på alle kasus for å lære, og hun fortsetter:

– I løpet av dette arbeidet har vi sett behovet for en egen avkryssing på dødsattesten om dødsårsaken kan knyttes til svangerskap, fødsel og barsel.

## Hvem skal inkluderes – og ikke?

Det pågår flere diskusjoner om begrepet «mødredødsfall» og begrepet MMR, som er andelen døde per 100 000 levende fødte. Noen kvinner dør av komplikasjoner tidlig i svangerskapet, noen dør uforløste, de er altså ikke blitt mødre før de dør, og de har heller ikke levende barn etter seg. (1)

## Hva dør kvinnene av i Norge?

I gjennomsnitt er det fire-fem mødredødsfall i Norge per år. Det er i internasjonal sammenheng en tendens til at de dødsfallene som er direkte knyttet til svangerskap, fødsel og barsel blir færre, som Eklampsi, blødning, sepsis, foster vannemboli. Det har vært en økning i de indirekte dødsfallene. Flere med andre

grunnsykdommer/tilleggssykdommer, samt at sykere kvinner får barn nå enn tidligere. Kvinnene som føder har høyere BMI, høyere alder og av de som dør er kvinner med innvandrerbakgrunn overrepresentert. Hva dør de av? Liv Ellingsen svarer:

– De fleste dør av hjerneblødning



**FORSKER:** Overlege Liv Ellingsen arbeider med å kartlegge svangerskapsrelaterte dødsfall i Norge.

som følge av preeklamsi med høyt BT. Det kan synes som om det er det høye systoliske blodtrykket som er farlig.

#### Hva kan vi lære? Et eksempel

– NICE Guidelines i Storbritannia anbefaler behandling av systolisk BT over 150-160 hos gravide og barselkvinner. Anbefalingene fra England er med i den nye veilederen fra Norsk Gynekologisk Forening i 2014, sier Ellingsen.

– I Storbritannia har de sett at den største gruppen dødsfall er de med hjertesykdom, for eksempel kvinner som er hjerteoperert som barn. Dette viser også tall fra Norge. Det var ti kvinner som døde av sykdommen i hjerte/karsystemet i materialet vårt. Hos fem av disse var hjertesykdom kjent på forhånd, men ble ikke tatt tilstrekkelig hensyn til, forteller Ellingsen.

– Man har lært, og tar nå hensyn til gravide med kjent hjertesykdom på en annen måte, sier Liv Ellingsen.

Hun forteller at de har en egen kompetansegruppe for disse på Rikshospitalet, med jordmor, obstetriker, anestesilege og kardiolog.

– Vi har en egen hjertepol – etter mønster fra diapol. Og jordmor Siri Rønning ble jo også kåret til årets jordmor i år. Hun er spesialutdannet kardiologisk sykepleier og gjør et viktig arbeid for

å bedre omsorgen for de hjertesyke gravide. Det er også kommet egne nasjonale retningslinjer for behandling og oppfølging av hjertesyke gravide, sier Ellingsen.

#### Saving mothers lives

Liv Ellingsen forteller at en stor inspirasjon og et forbilde i dette arbeidet er «Saving mothers lives» rapportene i Storbritannia. Fra 1952 har helsemyndighetene, ved CMACE (Centre for Maternal and Child Enquiries), hvert tredje år gitt ut rapporter over møredødeligheten. Før het rapportene «Why mothers die», nå heter de «Saving mothers lives». Den siste rapporten oppsummerer årene 2006 – 2008, den ble publisert 1. mars 2011, blant annet som et gratis vedlegg til BJOG.(2) Rapporten kommer med topp ti anbefalinger til helsemyndigheter, leger og jordmødre.

Centre for Midwifery Education i Storbritannia har gitt ut anbefalingene for jordmødre i en egen artikkel. (3)

- Utføre, dokumentere og gjøre tiltak på bakgrunn av grunnleggende observasjoner for både lavriskio- og høyriskiokvinner.

- Gjenkjenne og gjøre tiltak ved symptomer som kan være uttrykk for alvorlig sykdom, inkludert sepsis, som beskrevet i kapittelet «Back to Basics» i rapporten.

- Gi informasjon til gravide og til barselkvinner om forebygging og symptomer på endometritt/barsel-feber. Informasjonen må inneholde råd om å søke tidlig hjelp, og om viktigheten av god personlig hygiene.

- God risikovurdering og seleksjon gjennom svangerskap, fødsel og barsel og revurdere seleksjonen om nødvendig.

- Ved bekymring henviser videre til høyere omsorgsnivå.
- Tidlig henvisning til psykisk helsevern for kvinner med alvorlig psykisk lidelse.
- Sikre tilgjengelighet og bruk av tolketjenester.
- Bidra til kontinuitet i omsorgen for sårbare kvinner

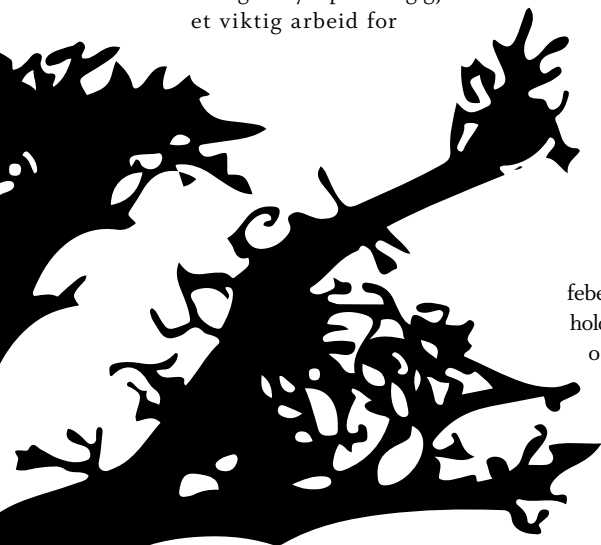
Alle «Top 10» anbefalingene i rapporten, ikke bare de til jordmødrene, blir utdypet og diskutert i en større artikkel i jordmor tidsskriftet MIDIRS i mai 2011. (4)

– Enda en gang vil jeg understreke at jeg går inn i dette arbeidet med stor ydmykhet og fintfølelse. Arbeidet vårt er ikke preget av etterpåklokskap. Vi er klinikere og ikke arrogante forståespåere, sier Liv Ellingsen. Hun avslutter:

– Målet for meg er at vi skal bruke lærdommene til å bedre behandlingen av gravide og fødende. For å få et større materiale og mer læring burde man også granske nestenulykkene, for eksempel de langvarige intensivoppholdene, de større blødningene, de som ender opp med store komplikasjoner. Hva gjør vi riktig og hva gjør vi feil med de alvorlig syke gravide? Her kan det være mye å hente for kvinnehelse. Det er lite forskning i Norge på de alvorlig syke, de som får alvorlig men. Hva betyr det for dem, for barna, for tilknytningen mellom mor og barn, for helse senere i livet? ■

#### Referanser:

1. Austveg, Berit: «Vanlige misforståelser om møredødelighet» Tidsskrift norsk legeförening 16-2010.
2. [http://www.bjog.org/details/news/1025937/New\\_BJOG\\_supplement\\_published\\_today\\_CMACE\\_Saving\\_Mothers\\_Lives\\_report.html](http://www.bjog.org/details/news/1025937/New_BJOG_supplement_published_today_CMACE_Saving_Mothers_Lives_report.html)
3. <http://www.centreforwiferyeducation.ie/wp-content/uploads/2011/03/CMACE-2011-Saving-Mothers-Lives-Midwifery-summary.pdf>
4. <http://sarawickham.com/wp-content/uploads/2013/03/emrev-4-sml.pdf>



## Spre informasjonen!

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

### CTG Masterclass Gøteborg 22. - 23. mai 2014

CTG Master Class vil gi deg en dypere forståelse av CTG og CTG tolkning. Dette kurset kjøres av teamet på St George flere ganger i året og er alltid fullbooket. Dette er andre gang kurset er tilgjengelig utenfor Storbritannia, og første gang kurset er tilgjengelig i Skandinavia.

**Svendborg, Denmark 22. - 25. mai 2014**

## First European Spontaneous Preterm Birth Congress

På konferansen vil et internasjonalt panel av foredragsholdere formidle oppdatert kunnskap om prematur fødsel. Mange spennende forelesninger på programmet. Mer informasjon: [www.espbcc.eu/](http://www.espbcc.eu/)

**Kristiansund 26. - 27. mai 2014**

## Kurs om seksuelt overførbare infeksjoner

Olafiaklinikken arrangerer i mai kurset Oppdatering av kunnskaper om seksuelt overførbare infeksjoner. Formålet med kurset er å gi deltakerne kunnskap om de forskjellige kjønnssykdommene, kjennskap til hvordan de overføres, diagnostiseres og behandles. Samt å gi informasjon om strategier for å hindre spredning av seksuelt overførbare infeksjoner. Kursholderne fra Olafiaklinikken er overlege Trine Kjus, overlege Åse Haugstvedt, helsesøster Signe Ragnhild Kaste og sosialkonsulent Una Due-Tønnessen

**Haugesund 27. mai 2014**

## Jordmorsymposium

Åpen fagdag for jordmødre og andre interesserte. Blant temaene det blir forelest om, er hvordan få ned oxytocinbruk ved normale fødsler, smertelindring med vann, prematurprosjekt i Drammen og erfaringer fra ADIPOL - oppfølging av overvektige gravide. Mer informasjon: [www.jordmorforeningen.no/jm/Media/Filer/Jordmorsymposium-2014](http://www.jordmorforeningen.no/jm/Media/Filer/Jordmorsymposium-2014)

**Praha 1. - 5. juni 2014**

## Jordmorkongress

Den 30. internasjonale jordmorkongressen går av stabelen i Praha, Tjekkia i 2014. Temaet for kongressen er «Jordmødre forbedrer kvinners helse globalt». Arrangør er ICM. Abstrakter kan sendes inn nå. Mer informasjon: [www.midwives2014.org/](http://www.midwives2014.org/)

**Trondheim 25. - 27. september 2014**

## 8th International Conference on Reproduction, Pregnancy and the Rheumatic Diseases

Konferanse om reproduksjon, graviditet og revmatiske sykdommer. Dette er den åttende konferansen i sitt slag siden 1992, og i løpet av disse årene har det kommet nye og mer effektive behandlingstilbud for revmatikere. Formålet med konferansen er å samle forskere og helsepersonell som arbeider i feltet, diskutere framskritt gjort i diagnostisering og behandling av svangerskapskomplikasjoner, og skissere framtidig utvikling for overvåking og omsorg. Temaet revmatisme og graviditet blir belyst gjennom forelesninger, diskusjoner, posters og presentasjoner.

**Slovenia 2. - 4. oktober 2014**

## 3rd International Birth Conference

«The Ancient Wisdom and Modern Science of Childbirth» er tittelen på konferansen. Arrangementet er både for fødselsleger, jordmødre, sykepleiere og privatpersoner. Mer informasjon på: [www.birthconference.com/](http://www.birthconference.com/)

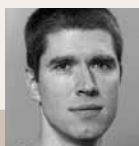
**Hurtigruta 11. - 13. november 2014**

## De 27. Norske Perinataldagene

Sett av dato til Perinataldagene 2014. Vi møtes på Hurtigruten 11. - 13. november. Foreløpig program kommer snart. Følg med på: <http://legeforeningen.no>

# Vil vekke faglig debatt

En ny og revidert veileder i fødselshjelp er nå endelig publisert. Den danner grunnlag for utforming av lokale retningslinjer, og er en viktig målestokk for vurdering av den medisinske behandlingen i skadesaker.



Av Jørg Kessler, overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus

Det er både nyttig og viktig for jordmødrene å holde seg oppdatert i forhold gjeldende anbefalinger og retningslinjer. Veilederen har gjennomgått flere revisjoner siden første utgivelse i 1998. Det har blitt flere og langt mer omfangsrike kapitler som gjenspeiler både utviklingen av faget og høye krav til kvalitet i pasientbehandlingen.

Revisjonen av veilederen er et stort stykke arbeid. Planleggingen startet våren 2012 med etablering av redaksjonsutvalget med Pål Øian (Universitetssykehuset i Nord Norge, Tromsø) som leder, Anne Flem Jacobsen (Oslo Universitetssykehus, Ullevål) og Jørg Kessler (Haukeland Universitetssykehus, Bergen) som medlemmer.

## Redaktør

Hvert kapittel i veilederen har en redaktør (kapittelansvarlig) og flere medforfattere. Kapittelansvarlig velges gjerne utfra spesiell kompetanse på området, mens medforfattere gjenspeiler en geografisk spredning og forskjellig avdelingsstørrelse. Også leger i utdanning er medforfattere i de fleste kapitlene. Dette sikrer friske innspill i revisjonsarbeidet og er en nyttig erfaring for yngre kolleger, som skal overta redaksjonsarbeidet i fremtiden. Videre, og ikke minst, har jordmødre og leger fra andre spesialiteter gitt verdifulle bidrag i revisjonen av veilederen.

Revisjonsarbeidet begynte med et felles seminar høsten 2012 der vi fikk en nyttig oppdatering fra Kunnskapssenteret om arbeidet med kunnskapsbaserte retningslinjer. Deretter startet den egentlige revisjonen av hvert kapittel, først med arbeid innad i forfattergruppen, senere i dialog med redaksjonsutvalget. Denne prosessen er svært viktig, men også tidkrevende, skal man ha med innspill fra alle medforfattere og redaksjonen. Søk etter opp-

datert vitenskapelig dokumentasjon har også blitt krevende, hovedsakelig på grunn av den store og stadig økende mengden av studier med sterkt varierende kvalitet. I revisjonen av veilederen ble det i den grad det var mulig benyttet søkeverktøy som rangerer eksisterende vitenskapelig dokumentasjon etter kvalitet.

## Anbefalinger

Hvert kapittel starter med «Anbefalinger». Disse skal inneholde kjernebudskapene i diagnostikk og behandling. Formuleringen «Vi anbefaler» gjenspeiler at det foreligger god vitenskapelig dokumentasjon (randomiserte studier) som grunnlag. Ordlyden «Vi foreslår» blir valgt når det er svakere dokumentasjon. I hvert kapittel finner man informasjon om søkestrategien for fremskaffet viten, etterfulgt av mer detaljert informasjon om forekomst, risikofaktorer, oppfølging, behandling og komplikasjoner av tilstanden eller prosedyren. Kapitlet avsluttes med en liste over vitenskapelige referanser.

En rekke veilederkapitler er direkte relevante for jordmødrenes omsorg i svangerskap og fødsel. Et lite og ufullstendig utvalg av endringer i disse kapitlene er beskrevet nedenfor:

## Endringer

– Kap. 4, Ultralydundersøkelser i den allminnelige svangerskapsomsorgen: Ultralyd som er gjort først i svangerskapet danner grunnlag for aldersbestemmelse hos fosteret og bør ikke korrigeres på bakgrunn av senere målinger. Det forutsetter at målingen ble gjort av ultralydkompetent personale. Bestemmelse av svangerskapsalder for svangerskap etter assistert befruktning foretas utgående fra dato for befruktning/embryotransfer og korrigeres ikke i forhold til biometri ved rutine ultralyd.



**ALDER:** Ultralyd gjort først i svangerskapet danner grunnlag for aldersbestemmelse hos fosteret og bør ikke korrigeres av senere målinger. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

– Kap. 24 Feber under fødsel og chorioamnionitt: Dette kapittelet er nytt og gir en praktisk nyttig veiledning for håndtering av feber under fødsel. Den introduserer systematisk bruk av antibiotikabehandling ved persisterende feber under fødsel.

– Kap. 25 CTG før fødsel og innkomst CTG: Diverse sukkerholdige eller kalde drikker er i bruk på norske fødeavdelinger for å «vekke» et sovende foster og se tegn til reaktivitet. Det er god dokumentasjon for at dette ikke hjelper i det hele tatt. Friske fostre våkner av seg selv!

– Kap. 26: Fosterovervåking under fødsel, avnavling og syre-baseprøver fra navlesnor: Auskultasjon er fremdeles anbefalt metode for overvåking av lav risiko fødsel. Men det er viktig å være klar over at vår seleksjon til lav fødsel ikke er perfekt. Dette faktumet og ny viten om risiko for uønsket neonatal utfall ved lang trykkesid har introdusert forslag om elektronisk fosterovervåk-

ning også ved lav risiko fødsel dersom trykkesiden overstiger 45–60 min.

## «Veilederen i elektronisk form kan raskt oppdateres.»

### Venter debatt

Noen revisjoner vil sikkert vekke faglig debatt. Når veilederen kun foreligger i elektronisk form kan den raskt oppdateres fortløpende. Har du kommentarer, finner du feil eller mangler, ta kontakt med kapiteltansvarlig på epost.

Nå er veilederen altså endelig publisert og du kan finne den på Norsk Gynekologisk Forenings nettside: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/> ■

# Amming er trolig bra for mors hjerte

Mødre som ikke ammer har høyere dødlighet av hjerte- og karsykdom enn mødre som ammer.



Av Tone Natland Fagerhaug, ph.d., Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU

Det er godt kjent at amming er bra for barnet, men mer og mer tyder på at det er bra også for mor. I tillegg til at amming kan redusere risikoen for brystkreft og ovariekreft, har noen utenlandske studier de siste årene antydning at amming kan ha en gunstig innvirkning på mødrenes metabolske helse senere i livet. Nå viser en norsk doktorgradsavhandling basert på den andre Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT2) at mødre som ikke ammer har en ugunstig risikoprofil for hjerte- og karsykdom flere år etter barnas fødsel, samt høyere dødelighet av hjerte- og karsykdom senere i livet (1).

## Metabolsk stresstest

Svangerskapet kan betraktes som en stresstest for kvinnekroppen. Det skjer enorme forandringer i mors metabolisme under graviditeten, som både er naturlige og nødvendige for å kunne dekke behovene for to; kvinnen og fosteret. En del av forandringene er knyttet til risikofaktorer for hjertesykdom, som økning av lipider og vektoppgang. En del av denne vektøkningen er magefett, og fett som lagres på magen anses å være en helse- og risikofaktor. Det skjer også så store forandringer i glukosemetabolismen at man kan snakke om en diabetogen effekt.

## Kan amming nullstille metabolismen?

På 1980-tallet ble det gjort en del studier som viste at mødre som ammet raskere kom tilbake til pre-gravid metabolisme. Man fant at mødre som ikke ammet hadde forhøyede nivåer av triglycider tre ganger så lenge som mødre som ammer (2). Man så også at nivåene av HDL-kolesterol, det gode kolesterolet, var høyere blant kvinner som ammer (3).

Påfølgende studier viste at mødre som ammet hadde lavere (4) vektøkning og mindre mengde abdominal fett etter fødsel (5), samt bedret insulinsensitivitet, og glukosetoleranse (6) enn kvinner som ikke ammet. Siden amming kan virke inn på en del risikofaktorer for hjerte- og karsykdom på kort sikt, er det naturlig å tenke seg at amming kan ha en innvirkning på mors hjertehelse senere i livet også. Det er likevel få studier som har sett på dette.

## Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) er ganske unike i verdensammenheng, og det finnes i alt tre HUNT-undersøkelser som er blitt gjennomført med omtrent ti års mellomrom. Omfanget av hvilke type informasjon som er blitt samlet inn i HUNT-undersøkelsen har blitt gradvis større for hvert tiår. Felles for alle tre undersøkelsene er at samtlige innbyggere i fylket Nord-Trøndelag er blitt invitert til å delta, og populasjonen betraktes i mange sammenhenger å være representativ for befolkningen i Norge.

I den andre HUNT-undersøkelsen, HUNT2, ble det gjort kliniske målinger av høyde, vekt, blodtrykk, det ble tatt blodprøver og deltakerne fylte ut spørreskjema. I spørreskjemaet til kvinnene inngikk spørsmål om hvor mange barn de hadde født og hvor lenge de hadde ammet hvert av dem. Gjennom å koble data fra HUNT2 til Dødsårsaksregisteret, var det også mulig å studere dødsårsaker.

Dermed bød HUNT2-materialet på en gylden anledning til å studere amming og mors kardiovaskulære helse. Det er de første studiene om dette temaet fra Norge, og studien om amming og hjerte- og kardødelighet er den første i industrialisert land.



## «Hjerte- og karsykdommer er den viktigste dødsårsaken hos kvinner.»

### Påvirket risikofaktorer

I HUNT 2 hadde mødre i aldersgruppen 50 år eller yngre hadde mødre som hadde ammet lavere kroppsmasseindeks, midjeomkrets, blodtrykk, kolesterol og triglycider sammenlignet med mødre som ikke hadde ammet (7). Sistnevnte gruppe hadde nesten dobbelt så stor risiko for høyt blodtrykk, mer enn tre ganger så stor risiko for fedme og mer enn fem ganger så stor risiko for diabetes sammenlignet med mødre i samme aldersgruppe som hadde ammet 24 måneder eller mer til sammen i løpet av livet. Funnene tydet også på en dose-respons-sammenheng, med de laveste verdiene blant kvinnene som hadde ammet lengst.

### Dødelighet av hjerte- og karsykdom

I tillegg hadde mødre som ikke hadde ammet nesten tre ganger høyere dødelighet av kardiovaskulære sykdommer enn mødre som hadde ammet 24 måneder eller mer til sammen i livet (8). Denne sammenhengen vedvarte til kvinnene var 65 år.

### Kvinner og hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er den viktigste dødsårsaken hos kvinner i alle europeiske land, og forårsaker 26 % av dødsfallene før fylte 65 år (9). I Norge dør flere kvinner av hjerte- og karsykdommer enn av brystkreft (10). Dersom amming er en faktor som kan påvirke kvinners risiko for hjerte- og karsykdom i en gunstig retning, kan det være et viktig forebyggende tiltak innen kvinnehelse.

### Flere studier nødvendig

I observasjonsstudier, som studiene våre fra HUNT er, kan man ikke se bort fra at det er en annen, ukjent årsak som både påvirker amming og hjerte-



**SUNT:** Amming kan vise seg å være et viktig forebyggende tiltak innen kvinnehelse, da forskning tyder på at å amme kan redusere faren for hjerte- og karsykdommer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



**HELSEGEVINST:** I Norge dør flere kvinner av hjerte- og karsykdommer enn av brystkreft. Amming kan vise seg å redusere faren for å få slike sykdommer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

helse. Derfor må funnene tolkes med forsiktighet. Selv om man i analysen justerte for kjente forvekslingsfaktorer, som kvinnens alder, røykestatus, fysisk aktivitet, utdanning, sivilstatus og paritet, kan det være andre faktorer som spiller inn. Man vet for eksempel ikke hva kvinnene i studiene veide før de ble gravide, eller om de hadde sykdommer som kan ha påvirket om og hvor lenge de ammet. Det må derfor gjøres flere studier for å bekrefte funnene våre.

#### Reset hypotesen

Det finnes fysiologiske forklaringer for at ammingen kan virke inn på mors metabolisme. Bare det å lage melken krever mange kalorier per dag. Morsmelken er også fettrik og kolesterolrik, og man

ken spruter ut fra mors bryst når barnet suger, men det har også andre effekter, og er også kjent som «kjærlighetshormonet». Det har blant annet en blodtrykkسدependende effekt. Prolactin sørger for selve melkeproduksjonen, men har også mange andre effekter i kroppen. Man tror at ammingen starter opp en hormonell kjedereaksjon i mors kropp som varer i flere år etter fødselen. Dette tror man kan virke gunstig på mors hjertehelse på lang sikt.

De eksakte mekanismene for hvordan dette skjer er ikke kjent, men den rådende hypotesen er den såkalte «Reset hypothesis» (11). Denne hypotesen skisserer at amming er avgjørende for at mors metabolisme skal resettes etter et svangerskap.

#### Konklusjon

Oppsummert viser den norske ph.d.-avhandlingen at mødre som ikke ammer har en ugunstig risikoprofil for hjerte- og karsykdom flere år etter barnas fødsel, samt høyere dødelighet av hjerte- og karsykdom. Sammenhengene avtar med økende alder. Dersom videre forskning kan vise at sammenhengene er kausale, kan amming innebære et viktig forebyggende tiltak innen kvinnehelse. ■

#### Referanser:

1. Natland Fagerhaug T. Lactation and cardiovascular health in mothers. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT), Norway. NTNU - Trondheim, Norwegian University of Science and Technology; Doctoral theses at NTNU, 2013:313.
2. Darmady JM, Postle AD. Lipid metabolism in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1982; 89(3):211-215.
3. Kallio MJ, Siimes MA, Perheentupa J, Salmenpera L, Miettinen TA. Serum cholesterol and lipoprotein concentrations in mothers during and after prolonged exclusive lactation. *Metabolism* 1992; 41(12):1327-1330.
4. Janney CA, Zhang D, Sowers M. Lactation and weight retention. *Am J Clin Nutr* 1997; 66(5):1116-1124.
5. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA. Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr* 1993; 58(2):162-166.
6. Gunderson EP, Lewis CE, Wei GS, Whitmer RA, Quesenberry CP, Sidney S. Lactation and changes in maternal metabolic risk factors. *Obstet Gynecol* 2007; 109(3):729-738.
7. Natland ST, Lund Nilsen TI, Midthjell K, Frost AL, Forsmo S. Lactation and cardiovascular risk factors in mothers in a population-based study: the HUNT-study. *Int Breastfeed J* 2012;7(1):8.
8. Natland FT, Forsmo S, Jacobsen GW, Midthjell K, Andersen LF, Ivar Lund NT. A prospective population-based cohort study of lactation and cardiovascular disease mortality: the HUNT study. *BMC Public Health* 2013;13(1):1070.
9. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P et al. *European Cardiovascular Disease Statistics 2012*. Løgstrop S, O'Kelley S, editors. 2012. Brussels, Sophia Antipolis, European Heart Network, European Society of Cardiology.
10. Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker. Web: <http://www.ssb.no/dodsarsak/> Publisert 1-11-2013.
11. Stuebe AM, Rich-Edwards JW. The reset hypothesis: lactation and maternal metabolism. *Am J Perinatol* 2009; 26(1):81-88.

## «Denne sammenhengen vedvarte til kvinnene var 65 år.»

kan tenke seg at produksjonen av morsmelk «drar ut» kalorier, fett og kolesterol fra mor, og at dette kan bidra til at metabolismen reverseres raskere.

Men det kan være mer komplisert enn som så: Ammingen innebærer et ganske kompleks samspill mellom flere hormoner, blant annet oxytocin og prolactin. Det er oxytocin som sørger for at mel-

# Ritgen – mannen og metoden

Andelen fødende som får sfinkterskade er blitt halvert på mindre enn ti år, fordi fødsels-  
hjelperne har lært hvordan de skal unngå slike skader. Forekomsten av sfinkterskader er  
nå 2,0 %, det samme som for 25 år siden.

**N**oen har hatt vanskeligheter med å akseptere gjeninnføringen av gamle forløsningsteknikker, og forskjellige argumenter har vært benyttet. Ritgens metode framstilles ofte som en kvinnefiendtlig manøver, hvor de fødende tvinges til å føde liggende på rygg, og hvor nesten alle fødende skal ha episiotomi. Det er forvirrende at Ritgens metode/Ritgens håndgrep blir framstilt på forskjellig måte i litteraturen.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive Ritgens metode for beskyttelse av perineum, med utgangspunkt i Ritgens egen artikkel fra 1855 (Ritgen 1855). Denne artikkelen finnes også i engelsk oversettelse (Wynn 1965).

## Æresdoktor Siebold

Ferdinand August Maria Franz von Ritgen (1787-1867) ble professor i fødselshjelp og kirurgi i Gießen og direktør ved jordmorskolen, 27 år gammel (Benedum 2008). Ett år senere utvirket han at Josepha von Siebold ble utnevnt til æresdoktor i fødselshjelp. Dette må ha vært kontroversielt fordi von Siebold ikke var utdannet på ordinær måte (Loewel 2005). Fordi hun var kvinne fikk hun ikke adgang til å studere medisin i Würzburg hvor hennes svigerfar og en svoger var professorer, men hun fikk lov til å følge forelesningene som privatist mot å sitte bak et forheng så hun ikke sjenerte de andre (mannlige) studentene. Hun fikk ikke delta i praktisk opplæring som student, men fikk erfaring som assistent for svogeren og i sin manns legepraksis. Hun fikk til sist lov til å gå opp til eksamen og ble Tysklands første kvinnelige gynekolog i 1807. Josephas datter, Charlotte von Siebold, studerte også medisin (som første kvinne-

lige student i Göttingen), og ble gynekolog. Hun tok doktorgrad på ekstrauterine graviditeter i 1817, med Ritgen som veileder.

## Unngå rifter

Ritgen skriver i sin artikkel (Ritgen 1855) at hans overordnede mål var å unngå rifter. Rutinemessig episiotomi forkastet han kategorisk, dette representerte nettopp den type skade som kunne unngås hvis fødselen ble ledet korrekt. «Jeg har aldri kommet på den tanke å spalte hverken perineum eller labiene».

Ritgen skriver at han i nesten 20 år hadde observert, og også vært mer eller mindre ansvarlig for, de uheldige følgene av aktiv trykking og dermed forsterking av riarbeidet. Konsekvensene kunne være smertefulle kramper i bena, rectum prolaps og skjedeprolaps, utmattelse med opphør av rier som førte til forløsning med tang, utmattelse i etterbyrdstiden med placentaretensjon og post partum blødning til følge, og ikke minst hyppige perineumrifter. Dette var de traurige bildene som plaget han så lenge at han til slutt tvang seg til å forlate årtusengamle fordommer og vanetenkning, skriver han.

Ritgen mente at man ikke skulle oppfordre kvinnen til aktiv trykking i utdrivningstiden, og heller ikke gi medikamenter for å forsterke riene. Han skriver at det første han gjorde da han overtok som professor, var å fjerne alle fødesenger og fødekraker, fordi disse innretningene førte til aktiv trykking og effektiv bruk av bukpressen. Ved aktiv trykking vil perineum være utsatt for skader fordi bukpressen forsterker den utdrivende kraften i vertikal retning, og motvirker den normale rotasjonen av hodet. I stedet for at hodet roterte ut med bakhodet som omdrei-



Av Bjørn Backe, professor dr med, LBK, NTNU og Fødeavdelingen, KK, St Olavs hospital, Trondheim



**GUNSTIG:** Sideleie mer gunstig enn ryggleie. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ningspunkt blir hodet under aktiv trykking presset i kaudal retning mot perineum, og dette vil lett føre til skader i perineum, skriver Ritgen.

#### Ikke trykke

Ritgen skriver at i åpningstiden skal den fødende ikke ligge, men bevege seg og gå fritt omkring. Når utdrivningsfasen satte inn og trykketranen meldte seg, skulle først alle fremmede personer sendes på dør. Kvinnen skulle ikke trykke under ri, men det aller mest u hensiktsmessige var å gi den fødende beskjed om ikke å trykke, skriver han. Dette ville bare føre til bekymring, uvilje og negative følelser hos kvinnen, fordi fødende kvinner ikke klarer å la være å trykke i denne fasen, skriver han. I stedet skulle man oppfordre kvinnen til å puste med åpen munn, for å hindre Valsalva manøver.

I fødselen siste fase skulle den fødende være tildekket så hun ikke ble avkjølt. Hun skulle ligge på en vanlig flat seng, i venstre sideleie, med sterkt flekterte hofter og knær, og eventuelt med en pute mellom bena. Den fødende skulle ligge slik at hun ikke hadde noen muligheter til å kunne sparke fra med bena eller holde seg fast. Derved unngikk man at hun brukte kroppsmuskler for å øke trykket i buken.

Når fødselen var nært forestående skulle den fødende ligge på venstre side med flekterte hofter og knær, med setepartiet på kanten av senga. Fødselshjelperen skulle sitte ved siden av senga, vendt mot setepartiet og vaginalåpningen. Dette ville gi full visuell kontroll over vulva, perineum og analregionen.

#### No-touch teknikk

Når hodet ble synlig i vaginalåpningen måtte fødselshjelperen vurdere vulva og perineum og ta standpunkt til om barnet kunne forløses uten risiko for rifter. Der som bløtdelene var tilstrekkelig forberedt og tøyd ut, skulle man ikke berøre verken hodet eller perineum, men la hodet få rotere ut av seg selv. Man kan godt si at Ritgen i slike tilfelle anbefalte en no-touch teknikk. Kunsten er å vurdere om fødselen kan skje uten risiko for rifter, skriver han. Ritgen lister opp en rekke kriterier på dette, for eksempel at vulva virket fuktig, varm, myk og åpnet seg fra riestart, at vagina åpnet seg lett når hodet gikk ned, at vulva åpner seg og hodet kommer til syne uten at det er særlig smertefullt, og at perineum virker ganske tykk. Tegn på nært forestående ruptur var stram, tynn og skinnende perineum som kan virke nesten transparent, og med en skarp vinkel av bakre kommissur.

Hvis bløtdelene ikke var tilstrekkelig forberedt var det viktig å unngå at hodet skar igjennom. Forliggende del – hodet eller setet – skulle da holdes tilbake med høyre hånd inntil bløtdelene var tøyd ut og forberedt. Man vil ikke greie å holde hodet tilbake med flat hånd, skriver Ritgen. Han anbefalte å sette høyre hånds tommel samt annen og tredje finger mot bakhodet og trykke i mot. Man skulle trykke med fingertuppene, og holde fingrene i en trekant med en til en og en halv tommes avstand. Var det risiko for at hodet plutselig skulle skjære gjennom måtte man ikke slippe dette mottrykket, men holde på hodet også i riepauser og gjerne la

hodet gå opp i vagina igjen. Under ri skulle man la hodet komme så langt ned som mulig, uten at det skar gjennom. Riepausene skulle man utnytte til å gni inn perineum og nedre del av vagina med fett, samt holde vulva tildekket med varme omslag. Inngnidningen i nedre del av skjeden skulle skje med venstre hånd, med to fingre i halvsirkelformige bevegelser fra side til side, og slik at perineum ble trukket i kaudal retning. Man skulle ikke forsøke å lirke perineum over barnets hake, men konsekvent trekke perineum i kaudal retning.

Når vaginalåpningen var tilstrekkelig slik at fødselen kunne skje uten fare for perineumrift, tok man bort høyre hånd fra bakhodet og lot hodet rotere ut eller skjære igjennom under en ri, uten å røre perineum med venstre hånd.

Hvis barnet måtte forløses før vaginalåpningen var tilstrekkelig forberedt, noe som kunne være aktuelt hvis riene var så kraftige at det ville være farlig å holde hodet tilbake, anbefalte Ritgen at fødselshjelperen trykket ut hodet mellom to rier. Høyre hånd holdt mot bakhodet som beskrevet, med venstre hånd skulle man palpere perineum og lokalisere fosterets hake, og skyve haken framover (anterior retning). Under kontraksjoner måtte man holde på hodet, men i riepausene skulle haken skyves fram inntil den gled fram over perineum. Høyre hånd skulle kontrollere rotasjonsbevegelsen og sørge for å holde bakhodet med omdreiningspunktet mot skambensvinkelen.

#### Holdet hodet tilbake

Ritgen skriver at både jordmødre og leger lærte disse prinsippene, å holde hodet tilbake enten til det ikke var nødvendig lenger, eller til det ble nødvendig at fødselshjelperen trykket ut hodet mellom to rier. Ingen elev ble uteksaminert før hun behersket dette. Forutsetningene for å holde hodet tilbake var at det ikke hastet med å forløse barnet, og at man kunne holde hodet eller setet tilbake uten at det oppsto risiko for vaginal- eller uterusruptur.

Ved tangforløsning anbefalte han å anlegge tanga på vanlig måte med den fødende i ryggeleie. Når hodet så var i utskjæringen og var 1/4 til 1/3 forløst anbefalte han å ta av tanga, snu kvinnen i venstre sideleie og så trykke ut hodet manuelt i en ripause som beskrevet ovenfor. For å unngå at hodet skar ukontrollert gjennom holdt man mot bakhodet med høyre hånd, mens man fjernet tangbransjene og beholdt støtten mot bakhodet, mens kvinnen skiftet stilling fra rygg til sideleie.

Ritgen skriver meget detaljert om forløsning av

skuldrene, som han mente innebar større risiko for perineumskade enn forløsningen av hodet. Dersom det hadde oppstått en liten rift i perineum når hodet skar gjennom, vil det som regel komme en stor forlengelse av riften når skuldrene forløses, skriver han. Hvis forløsningen skjer i ryggeleie vil fødselshjelperen ikke registrere dette, fordi man mister oversikten over perineum når hodet er født. Når kvinnen forløses i sideleie har fødselshjelperen hele tiden god visuell kontroll over perineum og kan se når det oppstår en rift, og unngå at riften forlenges.

En årsak til at skulderforløsning ofte fører til perineumskader er, ifølge Ritgen, at man forløser begge skuldre samtidig, ved at fremre skulder står mot omdreiningspunktet under symfyssen, mens den bakre skulderen roterer ut. Skuldervidden er da i bekkenutgangens likevidde.

Når hodet var forløst anbefalte han, dersom det var gode rier, å holde et mottrykk mot bakre skulder ved å trykke mot perineum, holde bakre skulder tilbake under riene og la den fremre skulderen komme ut først. Diameteren som skar gjennom ville på denne måten være vesentlig mindre og risikoen for perineumskade være redusert.

Dersom det hastet eller dersom det var dårlig rieaktivitet, måtte man forløse skuldrene aktivt. Da anbefalte han å hente ned fremre arm. Fødselshjelperen skulle gå inn med to-tre fingre langs barnets rygg, føre fingrene bak fremre skulder, finne overarmen og skyve armen frem ved å føre den palperende hånden rundt barnets skulder og kropp, fra ryggsiden over på brystsiden, og forløse barnet ved å trekke i armen slik at kroppen roterte ut.

Dersom skuldrene bare gikk langsomt ned etter at hodet var forløst og det var nødvendig å framskynde prosessen anbefalte han det håndgrepet vi er kjent med: Plassere en hånd på hver side av hodet som står med pilsømmen i tverrvidden, ikke trekke men bevege hodet og dermed halsen avvekslende anteriort mot symfyssen og posteriort mot anus. Et

## «Kvinnen skulle ikke trykke under ri.»

poeng er at bevegelsen av hodet er en bevegelse fram og tilbake, ikke lateralfleksjon av hodet i den ene eller andre retning, men en sideveis parallellforskyvning. I slike tilfelle skulle man alltid forløse fremre skulder først, med barnets hals mot perineum som omdreiningspunkt.



**FORBEDRING:** Andelen sfinkterskader er halvert på ti år. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

**Kommentar:**

Enkelte tiltak som Ritgen nevner i artikkelen er definitivt forlatt. Eksempler er bruk av kvikksølvsalve, årelating og skarifikasjon. Skarifikasjon betyr at man bruker en spesialkniv og lager en rekke overfladiske insisjoner eller risp i lengderetningen i det trange partiet i fødselskanalen, for eksempel i mormunnen eller i vaginalåpningen. Til tross for at noe er utdatert, reflekterer denne vel 150 år gamle artikkelen en rekke holdninger og synspunkter som vi gjenkjenner som ganske moderne, og som har støtte i nyere forskning.

Oppfordring til aktiv trykking er ventelig både unødvendig, og negativt. Sosiologen Sheila Kitzinger har ironisert over dette, og sagt at man på denne måten reduserer fødselen til A bloody sports event. Det er neppe tvil om at aktiv, forsert

**«Overordnede mål var å unngå rifter.»**

og ukontrollert trykking under utskjæringen øker risikoen for perineumskade. Det er også vanskelig å skjønne hvorfor passasjen gjennom fødselskanalen skal forseres. Det er sannsynlig at den mest

effektive trykketangen først kommer når hodet møter bekkenbunnen.

Ritgen har nok utvilsomt også et poeng med skulderforløsningen: Det er svært sannsynlig at skulderforløsningen er like farlig for perineum som forløsningen av hodet.

Ritgens anbefaling om at kvinner skulle gå fritt rundt i åpningstiden, bruk av varme kompresser mot perineum, massasje og tøyning av perineum, samt hans forkasting av rutinemessig episiotomi, er bekreftet i moderne forskning. Hans syn på at man ikke skulle berøre verken hodet eller perineum hvis det ikke var nødvendig, vil også mange vurdere som ganske moderne. Sideleie er generelt utvilsomt mer gunstig hos gravide enn ryggeleie. Det er et interessant argument at sideleie gir fødselshjelperen bedre oversikt over perineum.

Det er en slående kontrast mellom Ritgens grundige beskrivelse av forløsningsteknikk og den beskrivelse man finner i de lærebøker som nå brukes av studenter, spesialistkandidater og jordmødre. I dag blir fødselsmekanikk, samt ledelse av fødsel og manuell forløsningsteknikk ganske summarisk behandlet. Man kan undres over hvordan dette har oppstått, en årsak kan være at mange moderne lærebokforfattere har et fjernt forhold til fødestuer og praktisk fødselshjelp.

Beskrivelsen av forløsningsteknikk i Brandts Lærebok for jordmødre (Kr Brandt 1928) er ganske lik Ritgens beskrivelse. Brandt legger også stor vekt på å holde hodet tilbake, med en hånd mot bakhodet, og øve mottrykk for at utskjæringen skal gå langsomt. Samtidig skal man med med den andre hånden tøy kanten av fødselsåpningen. Dersom det er nødvendig skriver Brandt at fødselshjelperen kan trykke hodet ut slik Ritgen beskriver. Brandt skriver at man i slike tilfelle skal palpere overkjeve eller panne gjennom perineum og så presse anterior i fødselskanalens retning, og rotere hodet ut. Det er dette – uttrykkning av hodet – som beskrives som Ritgens håndgrep i en kjent tysk lærebok (Psyhyrembel 1967).

Ritgen prioriterte å utdanne jordmødre slik at fødende kvinner også på landet skulle være sikret god fødselshjelp, og hans innsats på dette området førte til at han ble adlet - Freiherr von Ritgen.

I sin samtid må han ha vært en progressiv og kontroversiell person, med sitt sterke engasjement både for

kvinner og for kvinnehelse. Han var opptatt av å unngå unødvendig intervensjon, og opptatt av å kunne dokumentere kvaliteten av fødselshjelpen gjennom årsmeldinger hvor det blir redegjort blant annet for forekomst av episiotomier og fødselsrifter. Det er ingen grunn til å la Ritgen gå i glemmeboka, og det er verdt å merke seg at Ritgens metode er noe annet enn å støtte perineum. ■

#### Referanser:

1. Ritgen F. Über sein Dammschutzverfahren. Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. 1855; 6:321-47.
2. Ritgen F. (oversatt av Wynn RM) Concerning his method for protection of the perineum. Am J Obstet Gynecol 1965; 93: 421-33.
3. Benedum, J. Zur Geschichte der Medizinische Fakultät. Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen <http://www.med.uni-giessen.de/allgemein/fakgeschichte.htm> (28.10.08)
4. Loewel, V. Pionierin der Medizin-Geschichte. Deutschlandsfunk 2005.
5. <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/kalenderblatt/413749/>
6. Brandt Kr. Lærebok for jordmødre. 3. utgave. Aschehoug & co. Oslo 1928.
7. Psyhyrembel W. Praktische Geburtshilfe (12 og 13 utgave). Walter de Gruyter & co. Berlin 1967.

# 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 konferansestøtte 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 seniornitet 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>

# Mer synlig på sosiale medier

Jordmorforbundet NSF har fått gode tilbakemeldinger på økt aktivitet på sosiale medier. Ved en aktiv profil på sosiale media får vi vist oss frem og frontet saker som er viktige for oss.



Av Linn Holberg, jordmor, landsstyremedlem Jordmorforbundet NSF

Sosiale medier er en viktig kanal for å sette jordmorfaget på dagsorden. Vi opplever at vi kan nå ut til våre medlemmer om hva som rører seg, nå ut til gravide og deres familier, og å påvirke politisk arbeid i en positiv retning. Vi ønsker oss flere aktive medlemmer på sosiale medier og her kommer en info-guide til deg over de tre mest brukte sosiale medier: Facebook, Twitter og Instagram

Facebook er kjent for de fleste og har i økende grad blitt et sosialt møtested og en plass for å søke informasjon og komme i kontakt med kjente og ukjente. Jordmorforbundet har en jevn økning av antall personer som følger siden vår, men vi ønsker oss selvsagt flere følgere. På siden vår deler vi interessante saker som vi anser kan være av nytteverdi for jordmødre, det være seg forskning, saker i media, eller informasjon til våre medlemmer. Du finner oss ved å søke etter Jordmorforbundet NSF.

## Facebook

Facebook er et «intelligent» program og serverer deg nyheter det tror du vil ha. Det er derfor naturlig at

saker og bilder fra sider du er aktiv på, og liker mye, vil du få servert i din nyhetsfeed. Alle sakene som Jordmorforbundet legger ut kan deles, likes og kommenteres. For at du skal være sikker på å få med deg alle innleggene fra en side, kan det derfor være lurt å være aktiv på akkurat den siden. En frisk debatt under innlegg er heller ikke å forakte. Husk bare at alt du skriver på slike åpne sider er åpent og tilgjengelig for alle, uavhengig om du personlig har lukket profil.

## Twitter

Twitter er en stemme om det du mener er viktig. Både Helsesøstergruppa i NSF (@LaHNSF) og Jordmorforbundet NSF (@NSFJordmor) fikk i 2013 egne twitterkontoer. Vi har erfart at både politikere, fagfolk, journalister og andre følger oss fordi de får nyttig info og innspill fra fagene våre. Slik som helsesøstergruppen har også Jordmorforbundet NSF positive erfaringer, og opplever at Twitter er en god arena for å være premissleverandør og samfunnsaktør. Vi har fokus på svangerskap, fødsel, barseltid og kvinners helse generelt.



## «En frisk debatt er ikke å forakte.»

Fordeler med Twitter:

- Du må spisse budskapet - du har max 140 tegn til rådighet.
- Du får oversikt over hva som skjer tidligere, fordi du følger andre som har nyttig fagstoff å dele.
- Trenger ikke være redd for å begi deg inn i samtaler med offentlige personer
- Du får mulighet til å ta direkte kontakt med politikere, journalister og fagfolk.
- Du får mulighet til å respondere på noe andre legger ut, raskt og effektivt.
- Du knytter nye kontakter.

### Hvem er på Twitter?

«Alle» er på Twitter: Helsemyndighetene ved bl.a. @helse-dir og @fhi, @barneombudet, fagforeninger som @pedweb, alle politiske partier, og mange lokale og nasjonale politikere. Frivillige organisasjoner, journalister i alle medier, mange engasjerte fagfolk: sykepleiere, helsesøstre, obstetrikere, andre leger, barnevernsfolk, psykologer, pedagoger, foreldre med mer. Let og finn nyttige folk å følge.

Tips for nybegynnere på Twitter:

- Registrer deg på [www.twitter.com](http://www.twitter.com)
- Velg et kort brukernavn. Kallenavnet «stjeler» av de 140 tegn man har til rådighet ved twittermelding.
- Knytt et gjenkjennbart bilde til profilen din. Anonymitet er uinteressant her. Du bør uansett unngå twitter-egget som er det profilbildet Twitter tildeler deg dersom du ikke selv laster opp et bilde.
- Skriv på din profil noe som forteller litt om deg selv under bio. Jordmor, Bergen er for eksempel en god beskrivelse, mens, Grip dagen, forteller lite om hvem du er.
- Ikke kryss av for beskytt mine tweets. Twitter er et medium for deling. Vil du være privat, gå et annet sted.
- Ikke kryss av for at følgere må bli godkjent av deg.
- En tweet kan bare inneholde 140 tegn. Dine første tweets kan være for eksempel en lenke til noe interessant du har lest på nettet, eller kommentarer til dagens nyhetsbilde. La det alltid følge litt tekst med, dersom du sender lenker.

tarer til dagens nyhetsbilde. La det alltid følge litt tekst med, dersom du sender lenker.

- En lenke vil ta mange ord fra tweeten. Det finnes flere program som korter ned lenkene, blant annet Bitly.com. Du limer inn den ordinære lenken og får en forkortet versjon du kan lime inn i tweeten din. Du trenger ikke ta med <http://> når du poster forkortelsen.
- Følg gjerne fremmede folk. Den viktigste forskjellen mellom Twitter og Facebook er delingskulturen
- Du retweeter ved å holde musepekeren over aktuell tweet og velge retweet, eller trykker på retweet ikonet. Dette betyr: Dette bør du lese. Dine følgere vil da kunne lese tweeten.
- Du favorittmarkerer ved å klikke på stjerna du ser når musepekeren står over en melding, noe som blant annet gjør den lette å finne igjen tweeten senere. Listen over slike meldinger kan du finne ved å klikke på profil og velge fanen favoritter.
- Svarknappen bruker du til å svare på en tweet. Da kommer personens brukernavn opp i skrivefeltet i starten på din tweet. Om du skriver brukernavn sist i tweeten er det som å skrive kopi til (eksempel @jordmorhanna Bra innlegg i Dagens Medisin i dag «lenke» @nsfjordmor @Dagensmedisin)
- Ved å klikke på den lille snakkeboblen til høyre i tweeten, får du opp tidligere tweets i samtalen, hvis tweeten er del av en dialog.
- Lister: Les tweetene til de personene du syns er mest interessante ved å følge lister. Du kan lage dine egne, eller du kan følge andre lister. For å lage en liste går du først inn på profilen til en person, deretter klikker du på det lille personikonet. Du får da en nedtrekksmeny hvor du velger: Legg til liste. Der kan du lage en ny, eller legge til på en liste du har laget. Du får lese denne listen ved å klikke på lists i hovedbildet.
- Følg de temaene du finner mest interessante ved å følge søk. Når du søker i søkefeltet på Twitter, får du opp tweets som inneholder søkeordet ditt.
- # foran et ord på Twitter kalles hashtag. Dette betyr egentlig tweeten handler om og brukes til to ting: Å merke alle tweets som omhandler et spesielt tema. Ved å klikke på denne hashtagen,

så vil du få opp et søk der meldinger som inneholder denne kommer opp. Å gi en slags oppsummering eller beskrivelse av det du mener, eller bakgrunnen for det du mener.

- Du kan sende direkte meldinger til en annen bruker, som følger deg ved å gå inn på profilen til vedkommende og klikke på bildet av en konvolutt. Da er bare meldingen synlig for denne personen. Nyttig for å utveksle e-postadresse og liknende.
- På fredager ser man ofte hashtaggen #ffnor. Dette betyr follow friday norway og er anbefalinger om folk å følge, som twitter-brukere gir hverandre. Se også <http://www.ffnor.no/>
- Du finner mer informasjon for nybegynnere på: <http://innbokskontroll.no/2011/11/27/twitter-for-nybegynnere/>

### Instagram

Et bilde sier mer enn tusen ord. Instagram er et gratis fotodelingstjeneste og sosialt nettverk som ble lansert i oktober 2010, og har hos mange unge tatt litt over for Facebook. Tjenesten gjør det mulig for brukere å ta et bilde, legge til enkle effekter, og deretter dele det med andre Instagram-brukere. Et særtrekk er at det begrenser bilder til en kvadratisk form. Det postes daglig 40 millioner bilder på Instagram. Her kan du følge venner, familie, kjendiser eller andre med felles interesser. Her er det selvsagt jordmorfaget som er vårt fokusområde. Instagram er laget kun for smarttelefoner/ nettbrett, og det er bare her du kan legge ut bilder. Men du kan også se, like, og kommentere instagrabilder ved å logge deg inn via en vanlig datamaskin.

### Tips for deg som vil på Instagram

#### Steg 1: Registrer en ny bruker

Etter å ha installert Instagram-appen på din smarttelefon, dobbeltklikker du på ikonet, og starter appen. Du kan velge mellom å logge inn eller å registrere en ny konto. For å registrere en ny konto må du benytte enten Facebook informasjonen din, eller e-post adresse. Hvis man benytter Instagram i jobbsammenheng er det ofte lurt å benytte en e-post adresse laget for dette, slik at andre kan få tilgang om nødvendig.

#### Steg 2: Finn venner og lik deres bilder

Nå kan du enkelt søke opp dine venner via Facebook eller blant dine kontakter på telefonen. Instagram foreslår også interessante alternativer.

Ønsker du å følge de med felles interesser kan bruke lupe-tegnet øverst på profilsiden din, og enkelt søke de opp via hashtagger. Det er ordene du mener beskriver det du er interessert i. Eksempler kan være #jordmor #midwife #fødsel #nyfødt. Når du har funnet de du vil følge kan du trykke på «følg» og da vil bildene de legger ut komme i nyhetsfeeden din. Et raskt dobbelttrykk på bildet, eller et trykk på hjertet under bildet, vil angi at du liker det.

Menylinjen nederst i appen har 5 valg. Huset på menylinja nederst vil ta deg til de nyeste bildene, som er lagt ut av de du følger (nyhetsfeeden). Kompasspilen gir deg utforskermuligheter og foreslår populære bilder. Trykker du på snakkeboblen med hjerte finner du nyheter, oppdelt i de du følger, eller deg selv. Her kan du klikke deg videre og oppdage nye bilder, profiler eller hashtags å følge. Lengst til høyre finner du profilen din. Her kan du legge inn et profilbilde av deg selv. Velg «rediger profil» og skriv noe om deg selv. Du kan også velge å ha en åpen profil slik at hvem som helst kan se bildene dine, eller begrense den, slik at folk må spørre deg om tillatelse.

### Steg 3: Eksperimenter og vis frem

I midten på menylinja nederst har du en kamertast. Her kan du bruke instagram-kameraet til å ta et bilde/video for så å dele det, eller du kan hente fram bilder du har liggende på telefonen og dele dem. Følg menyvalgene du får og eksperimenter. Under beskrivelse kan du bruke såkalte hashtags (#). Det er altså en måte å merke/ beskrive bildene og videoene dine på, så andre finner det du legger ut. Er det personer med på bildene eller videoene, så skriver du @ foran brukernavnet deres. Herfra kan du også publisere bildene på andre nettverk, som Facebook, Twitter.

### På Instagram siden 2013

Jordmorforbundet NSF har vært på Instagram siden 2013 og vårt brukernavn er @nsfjordmor. Vi bruker #nsfjordmor og #stoltjordmor som hashtag på bildene vi legger ut, og oppfordrer dere til å gjøre det samme.

Landsstyret i Jordmorforbundet NSF ønsker seg flere aktive jordmødre på sosiale medier. På den måten vil vi i enda større grad kunne være med å sette dagsorden, påvirke politisk og delta i samfunnsdebatten om saker som er viktige for oss.



**SETT DAGSORDEN:** Hold deg oppdatert om Jordmorforbundet NSF på Facebook, Twitter og Instagram. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

### Start en blogg

Sitter du inne med en annen form for skrivekløe om jordmorfaget? Kanskje en jordmorblogg hadde vært noe for deg? Ta kontakt med oss på e-post: [jordmor@sykepleierforbundet.no](mailto:jordmor@sykepleierforbundet.no), så kan vi hjelpe deg i gang!

Vi anmoder selvsagt om at alle utviser nettvett på sosiale media, og er bevisst hva man legger ut av meningsyttringer, bilder og er nøye med å overholde taushetsplikten. ■

## En god latter

Boken «Hva føder De nå» kom ut for første gang i 2004. Den fikk svært god mottakelse og kom av den grunn ut på nytt i 2013. Den er skrevet av tremeningene Sigrid Ragde og Anne B. Ragde.

Sigrid Ragde er jordmor og jobber på Sykehuset Østfold i Fredrikstad. Hun har også sin egen praksis i ultralyd – også det i Fredrikstad.

Anne B. Ragde vil være kjent for de fleste som forfatter. Gjennom en årrekke har hun gitt oss gode leseopplevelser, noe er også filmatisert.

Boken de to skrev sammen er ubetinget i klassen for humor. Den er delt inn i svangerskapets ulike stadier, fødsel og barseltid. Den består av sitater og små og store situasjonsbeskrivelser der både mor og far figurerer på ulike vis. Alt skal være hentet fra virkelighetens verden.

I forordet heter det at den er skrevet med tanke på å nå den vordende mor, og den kan godt anbefales som en liten oppmuntring til den som trenger det.

Imidlertid vil også andre kunne ha glede av den og å få seg en god – kanskje gjenkjennende - latter. Forøvrig kan den også anbefales til bruk på svangerskapskurs – med spente blivende foreldre - og løse opp stemningen.

*Boken er gitt ut av Nova forlag*





## INNMELDING I NSF OG I JORDMORFORBUNDET

### 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.: \_\_\_\_\_

- 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.