



# Jordmora

NR. 1-2016 • ÅRGANG 14

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



En god  
hjemmefødsel

Sykepleien

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

**ANSVARLIG REDAKTØR**

Hanne Graarud Steien  
Tlf. 97 08 38 68  
hanne.steien@nsf.no

**REDAKSJONSRÅD**

Hanne Graarud Steien, Hanne Schjelderup-Eriksen, Linn Holberg, Eli Aaby, Aaste Gjernes, Raija Dahlø

**ANNONSER OG ABONNEMENT**

Hanne Graarud Steien  
Tlf. 97 08 38 68  
hanne.steien@nsf.no

**HJEMMESIDE**

www.jordmorforbundet.no

**ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN**

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

**DESKJOURNALISTER**

faggrupperblad@sykepleien.no

Johan Alvik  
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal  
Tlf. 90 60 87 79

Ingvald Bergsagel  
Tlf. 93 49 84 22

**LAYOUT**

Hilde Rebård Evensen  
Nina Hauge  
Sissel Hagen Vetter  
Monica Hilsen

**TRYKK**

Color Print A/S

**FORSIDEFOTO**

Colourbox

**NESTE UTGAVE**

16. juni 2016

**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. Navn på fotograf skal også være med.

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



# Innhold

NR. 1-2016 • ÅRGANG 14

- 3 Leder
- 4 Nytt styre i Jordmorforbundet NSF
- 5 Redaktøren har ordet
- 6 Smånytt
- 8 Tre på gangen
- 9 I maktens korridorer
- 10 Hjemmefødsel – ja hvorfor ikke?
- 16 Unødig separasjon etter keisersnitt
- 20 Helhetlig jordmor-samarbeid i Nord
- 25 Bokomtaler
- 26 Når noe går galt
- 28 World Café ved jordmorutdanningen
- 32 Flere bruker snus
- 33 På plakaten
- 36 Bli medlem

## «Lokalsykehusene må bevares.» Side 9



32



28



16

LEDER:  
Hanne Schjeldrup - Eriksen



## Vi kan ikke løpe enda fortere

**Jordmorforbundet NSF** har nylig drøftet bemanningsutfordringer med både Helsedirektoratet og helseminister Bent Høie. Helsedirektoratet ønsket i den forbindelse vår nasjonale kartlegging av jordmødrenes opplevelse av egen arbeidshverdag (mai 2015). Jordmorbemanningen på sykehusene setter forsvarlighetskravet under press i dag, og noen steder varsles det i tillegg kutt i jordmorstillinger. Manglende balanse mellom oppgaver og ressurser er en stor utfordring i helsesektoren. Dette fører til høyt sykefravær, utstøting og deltid. Vi mener regjeringens krav om effektivisering og konkurranseutsetting vil forsterke dette problemet ytterligere. Hvis jordmødre, sykepleiere og andre helsearbeidere skal løpe enda fortere, vil resultatet bli dårligere pasientbehandling og større helsebelastninger. I stedet for å øke grunnbemanningen, har sykehusene brukt hele 2,7 milliarder på innleie av vikarer. Tenk hvor mange jordmødre og sykepleiere som kan ansettes for de pengene! Helseministeren har i denne forbindelse presisert at det er en oppgave for ledelsen lokalt å sørge for at grunnbemanningen er så god at det forventede kortsiktige fraværet kan dekkes opp av egne ansatte. Midlertidighet er ikke ønskelig ut fra pasientsikkerhet og kvalitetshensyn, ifølge helseministeren.

**Jordmorforbundet NSF** krever at de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten økes! Regjeringen har lovet en styrking på 12 milliarder kroner til sykehusene. I stedet legges det opp til en beskjedne vekst i de økonomiske rammene til spesialisthelsetjenestene for 2016. Forslaget til økonomiske rammer på 2884 millioner kroner for spesialisthelsetjenesten i 2016 legger ikke til rette for investeringer i kompetanse, utstyr og bygg som er nødvendig for å oppnå en effektiv og forsvarlig drift, reduserte ventetider og økt kvalitet i pasientbehandlingen. Det er i tillegg et betydelig behov for å utdanne flere spesialsykepleiere innenfor jordmorfaget, operasjon, anestesi, intensiv og barnesykepleie. Kravene til spesialisthelsetjenesten har også økt med innføring av nye og dyre medikamenter og behandlingsmetoder, nye lovkrav og styringssignaler. Krav til reduserte ventetider, økt kvalitet og pasientsikkerhet har nå lagt et betydelig press på spesialisthelsetjenesten. Jordmorforbundet NSF vil advare regjeringen mot en underfinansiering av sykehussektoren. Befolkningen må i stedet sikres et godt og forsvarlig helsetilbud!

**NSF har fått** gjennomslag for øremerking! Jordmødre og helsesøstre kan glede seg over at det i budsjettforliket ble bestemt at den øremerkede tilskuddsordningen til stillinger i helsestasjon og skolehelsetjenesten skal styrkes med til sammen 128,3 millioner kroner for 2016. Dette er en viktig seier for oss. Tidligere er det gitt 667 millioner kroner til å styrke helsestasjon og skolehelsetjenesten. Kun 30 prosent av bevilgningene har gått til formålet på grunn av manglende øremerking. Økningen har vært størst for helsesøstre med 112 årsverk, mens det kun er registrert ni flere jordmorårsverk i 2014 sammenlignet med året før. En styrking av den kommunale jordmortjenesten handler om å gi en god og tilgjengelig tjeneste i svangerskap og barsel, i tillegg til at det dreier seg om en fornuftig og effektiv arbeidsdeling i det kommunale tjenestetilbudet.

**NSF har inngått** et nytt og sterkere samarbeid med Fagforbundet, Delta og KS for økt heltidskultur i kommunal sektor. Målet vårt er å bidra til å skape endrede holdninger og praksis i retning mer heltid. Særlig i helse- og omsorgssektoren er det en utbredt deltidskultur, med 67 prosent deltidsansatte (KS, 2015). Kun én av seks jordmorstillinger i kommunen er hele stillinger. Jordmorforbundet NSF mener at dersom kommunesektoren skal være en attraktiv arbeidsplass i fremtiden, er det viktig at jordmødre tilbys faste hele stillinger.

**Jordmorsatsingen fortsetter** i NSF! Jordmorforbundet NSF har fått gjennomslag for at Jordmorprosjektet videreføres i NSF i fire nye år. NSF har bevilget gode økonomiske rammer slik at vi kan fortsette vårt arbeid med å styrke den mest innflytelsesrike, og totalt sett desidert største fagorganisasjonen for jordmødre i framtida. Det er svært gledelig at vi igjennom forrige toårsperiode sikret oss en formidabel medlemsvekst på hele 35 prosent! Andre fagorganisasjoner for jordmødre utgjør nå kun to prosent av NSF's totale størrelse.

*Hanne Schjeldrup-Eriksen*

LEDER JORDMORFORBUNDET NSF

# Nytt styre med store ambisjoner

På Jordmorforbundets generalforsamling 17. september ble det valgt nytt styre som skal sitte i to år. Hanne Schjelderup-Eriksen ble enstemmig gjenvalgt som leder, og med seg har hun et styre med klare mål.

Tekst Eli Aaby, jordmor på Ahus Foto Hanne Graarud Steien

**NYTT STYRE:** Bak fra venstre: Aaste Gjernes, Kristin Holanger, Trude Hartmann Bjørndalen, Trude Tennesfoss Fostervold, Linda Magerøy, Hanne Schjelderup-Eriksen, Hanne Graarud Steien, Linn Holberg



**D**et nye styret har mye de vil jobbe for i toårsperioden som ligger foran dem.

– Vi vil fortsette å arbeide for en styrket svangerskap-, fødsels- og barselomsorg, med jordmorbemannning nok til å ivareta faglige retningslinjer for jordmortjenesten, sier leder Hanne Schjelderup-Eriksen med et samstemt styre i ryggen.

NSF ønsker å være lønnsledende og gi det totalt beste fagorganiserte tilbudet for jordmødrene i landet. Jordmorforbundet NSF har hatt en enorm medlemsvekst i løpet av de siste årene. Veksten er så stor som 35 prosent i løpet av to år.

Styret er opptatt av å være i forkant og forsikre at om vi benytter enhver mulighet til å sikre jordmorfaget anerkjennelse, befolkningen kvalitet og medlemmene gode og rettferdige vilkår.

## Styrets medlemmer

Hanne Schjelderup-Eriksen (36) er utdannet sykepleier og har vært jord-

mor siden 2008. Hun har lang politisk og fagorganisatorisk erfaring.

I det nyvalgte styret har Schjelderup-Eriksen (Nordland) med seg:

Trude Hartman Bjørndalen (52) som fortsetter i rollen som nestleder i styret. Trude jobber til daglig som leder på OUS og har et brennende engasjement innen barselomsorgen. Hun er gjenvalgt fra Oslo.

Aaste Gjernes (59) fortsetter i rollen som kasserer. Regnskapet som hun la fram på generalforsamlingen i september, forteller om en ryddig og sunn økonomi innad i Jordmorforbundet NSF. Aaste Gjernes er gjenvalgt fra Hordaland.

Kristin Holanger (28) og Linda Magerøy (41) er begge nye i styret. De jobber henholdsvis ved Oslo universitetssykehus og St. Olavs Hospital i Trondheim. Magerøy er nyvalgt fra Sør-Trøndelag og Holanger fra Oslo.

Hanne G. Steien (41) ble gjenvalgt som styremedlem, men trår fra januar ut av styret og inn i rollen som prosjektleder for Jordmorforbundet og redaktør

## «Vi vil fortsette å arbeide for en styrket jordmorbemannning.»

for tidsskriftet Jordmora. Hun kommer til å jobbe parallelt med styret og ha en administrativ rolle i Jordmorforbundet. Steien er gjenvalgt fra Telemark.

Varamedlemmer er Linn Holberg (34), Trude T. Fostervold (47) og Hanne Torp (53). De vil også være svært viktige bidragsytere inn i styret. Holberg er gjenvalgt fra Sør-Trøndelag, Fostervold er nyvalgt fra Telemark og Torp er nyvalgt fra Oslo.

Det nye styret er en blanding av kontinuitet og friskt blod. Det var flere kandidater enn styret har plasser.

Det nyvalgte styret takker for tilliten og ser frem til å arbeide for landets jordmødre, kvinner og deres familier. ■

■ **LEDER:**  
Hanne Graarud Steien



## Godt nytt år fra redaktøren

**Året 2015 var et bra år** for Jordmorforbundet NSF. Vi har vokst, og flere har fått opp øynene for alt det positive vi står for. Vi jobber hardere enn noensinne for deg som medlem og mener at Jordmorforbundet NSF er et naturlig valg for jordmødre i Norge. Styret har en dyktig leder som fremmer saker på en god måte, og vi jobber strategisk og politisk slik at vi får gjennomslagskraft. Jordmorforbundets viktige politiske arbeid overfor helsepolitikere og departementet kan du lese mer om denne utgaven av Jordmora.

**Det ble i høst arrangert** fagdag og generalforsamling i Tromsø. Der fikk jordmødre øve seg på å sette inn spiral, noe som de fleste synes var meget lærerikt. Det ble også valgt nytt landsstyre i Jordmorforbundet NSF, som presenteres i denne utgaven av Jordmora. Det ble også bestemt at lokalgruppene Telemark og Vestfold går sammen og arrangerer fagkonferanse og generalforsamling i 2017.

**I mai arrangeres** Nordisk Jordmorkongress 2016 i Göteborg, noe som er verdt å få med seg. NSF har en stor pott å dele ut til kurs, og du oppfordres herved til å søke om støtte, slik at du kan være med og delta. Det er spennende faglig og også sosialt. Du kan bli kjent med andre jordmødre i Norden og bygge nettverk. Vi håper så mange

som mulig kan være med på denne kongressen, så hold av datoene 12.–14. mai!

**Jordmødre har kompetanse** og et selvstendig ansvar for at svangerskap, fødsel og barseltid forløper normalt. I tillegg har vi god kunnskap om kvinnehelse. I denne utgaven av Jordmora kan du lese om hvordan jordmors kompetanse kan brukes i størst mulig grad med eksempel fra Sonjatun fødestue. Vi har også med en artikkel om hjemmefødsel, der du kan lese om selvstendig jordmorarbeid, der riktig selektering gjør dette mulig.

**Har du noe på hjertet** og ønsker å publisere noe i Jordmora, må du gjerne ta kontakt med undertegnede eller andre i redaksjonsrådet. Vi jobber kontinuerlig med å lete frem det nyeste innen fag og forskning og annet som er interessant for deg som jordmor.

**Redaksjonsrådet takker** for året som har gått og ser frem til det neste med mange spennende utfordringer og gleder som jordmoryrket gir.

*Hanne Graarud Steien*

JORDMOR OG REDAKTØR

## Mors alder øker

Mors alder ved fødsel fortsetter å øke, viser statistikk fra Medisinsk fødselsregister for 2014. Gjennomsnittlig fødealder var i 2013 på 29,9 år, mens den i 2014 var på 30,1 år. Andel kvinner som var 40 år eller mer da, de fødte var 3,7 prosent på landsbasis i 2014. Oslo er det fylket der mor er eldst når hun føder. Gjennomsnittsalderen for fødende i Oslo var 31,6 år i 2014, hvorav 5,2 prosent var 40 år eller mer.

Kilde: fhi.no



## Én av tre overvektige

Én av tre kvinner var overvektige eller hadde fedme før de ble gravide. To av tre var normalvektige, mens et mindre antall var undervektige, viser Medisinsk fødselsregister for 2014. Det er første gang statistikk over mors høyde og vekt er lagt inn i denne statistikkbanken. Overvekt og fedme er relatert til flere uheldige svangerskaps- og fødselsutfall.

Kilde: fhi.no



SMÅNYTT



## Trening forebygger smerter

En studie blant 39 000 kvinner viser at regelmessig trening før du blir gravid kan redusere sjansen for bekkenleddsmerter i svangerskapet.

– Resultatene våre viser at all trening hjelper, men de som trener mellom tre til fem ganger i uken, har hele 14 prosent lavere risiko for å utvikle bekkenplager.

Det sier postdoktor Katrine M. Owe i Folkehelseinstituttet til fhi.no.

Studien baserer seg på data fra den Norske Mor og Barn-undersøkelsen som driftes av Folkehelseinstituttet.

– Kvinner som er i fruktbar alder eller som planlegger å bli gravide, har dermed en ekstra grunn til å være fysisk aktive. Resultatene antyder at treningsformer som inneholder løp og hopp, som for eksempel løping, jogging, orientering, ballspill og aerobic, har størst effekt, forklarer Owe.

Kilde: fhi.no

## «Selvros skal man lytte til. Den kommer fra hjertet.»

Arthur Schopenhauer

## Kan redde barn fra hiv

Å gi flytende hiv-medisin i 12 måneder til spedbarn som blir ammet av hiv-positive mødre, beskytter barna mot infeksjon. Det viser en studie fra fire land i Afrika. Studien er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen (UIB) og Institut national de la Santé et de la recherche médicale i Frankrike.

– 37 millioner mennesker lever med hiv i dag. Studien vår gir håp om at færre barn i lavinntektsland blir smittet i fremtiden, seier professor Thorkild Tylleskär ved UIB.

Spedbarn som får brystmelk av hiv-smittede mødre, er sterkt utsatt for å

bli smittet. Studien viser at å gi slike spedbarn flytende medisin mot hiv-smitte, er en svært effektiv måte å beskytte barna mot infeksjon. Barna i studien ble delt i to grupper, som fikk to ulike legemidler/forebyggende medisin. Begge viste seg å være effektive.

– Vi har bevist at risikoen for smitte er svært lav når en beskytter barna med de rette medisinene. Man kan sammenlikne det med å ta medisiner som forebygger malaria, sier Tylleskär.

Kilde: Forskning.no

## Færre dør

Mødre dødeligheten på verdensbasis har falt de siste 25 årene, ifølge en rapport som er utarbeidet av flere FN-organisasjoner og Verdensbanken. Ifølge rapporten vil 303 000 kvinner dø som følge av komplikasjoner under graviditet og fødsel i år. Det tilsvarer drøyt 830 hver dag. I 1990 døde 532 000 kvinner av samme årsak, og utviklingen går derfor i riktig retning. 99 prosent av slike dødsfall skjer i utviklingsland.

Kilde: Aftenbladet



## Tøffere enn andre

Noen klarer seg bedre enn andre etter å ha blitt utsatt for vold og overgrep. Hvorfor er det slik? Noe av svaret er «resiliens» – en form for motstandsdyktighet og motstandskraft. De med mye motstandsdyktighet er i stand til å bruke ressursene rundt seg til noe positivt. Forskere ved Voldsprogrammet på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har påvist at nettopp denne motstandsdyktigheten har stor betydning for hvordan ungdom håndterer livet etter å ha opplevd noe alvorlig.

Kilde: HiOA

## Nettside om asylsøkere

I forbindelse med økt asylantankomst til landet har Folkehelseinstituttet opprettet en temaside om asylsøkeres helse beregnet på kommunehelsetjenesten. Siden inneholder blant annet linker til oppdaterte veiledere, informasjonsskriv og andre sider med relevant informasjon. Du finner siden på [www.fhi.no/tema/asylsokeres-helse](http://www.fhi.no/tema/asylsokeres-helse)



Kilde: Folkehelseinstituttet

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox



## Bra å reise tidlig hjem fra sykehuset

Barselkvinner som reiser raskt hjem etter fødselen, er mer fornøyd med oppfølgingen de får, enn dem som blir igjen på sykehuset. Det viser to brukerundersøkelser som Kvinneklubben i Bergen har gjennomført. Undersøkelsene er gjennomført blant kvinner som har benyttet seg av Jordmor i hjemmet-tilbudet, og blant kvinner som ble igjen på Kvinneklubben (KK) og dro tilbake på Barselpoliklinikken for nødvendig oppfølging etter fødselen. Her er noen funn fra undersøkelsene:

- KK opplever færre store vekttap hos nyfødte blant dem som benytter Jordmor i hjemmet-tilbudet, enn hos dem som blir liggende lenger på sykehuset og kommer tilbake på Barselpoliklinikken for undersøkelser.
- Kvinner som reiser tidlig hjem og får besøk av jordmor hjemme, sier at de kommer raskere og bedre i gang med amming.
- Det er flest andregangsfødende som har benyttet seg av Jordmor i hjemmet-tilbudet (80 prosent), men av de førstegangsfødende (20 prosent) var alle like fornøyd med oppfølgingen som de flergangsfødende.
- Alle de spurte ville ha benyttet seg av tilbudet igjen.

Kilde: helse-bergen.no

## Vil ta mer utdanning

Mange nyutdannede sykepleiere fra Høgskolen i Oslo og Akershus vil trolig ta mer utdanning, viser Kandidatundersøkelsen 2015. Høgskolen har sykepleierutdanning ved tre ulike avdelinger – i Sandvika, på Kjeller og i Pilestredet. De som har studert ved sykepleierutdanningen i Pilestredet er aller mest innstilt på å ta mer utdanning. Skåren for disse er 3,4. Skåren betyr at det er midt mellom «ganske» og «svært sannsynlig» at de vil ta mer utdanning.

Kilde: hioa.no



# 3 på gangen

Tekst Hanne Graarud Steien

1. Hvorfor valgte du å bli jordmor?
2. Hva vil du si er positivt med din arbeidsplass?
3. Hva tenker du at Jordmorforbundet NSF kan bidra med på din arbeidsplass eller for deg personlig?



**Ragni Hovland**

Jordmor ved Sykehuset  
Telemark HF

1. Jeg har alltid villet bli jordmor uten at jeg helt vet hvor det kommer fra. Jeg kjente ingen som var det da jeg var liten, men læreren min på barneskolen husker at jeg sa jeg skulle bli det. Jeg har alltid vært veldig fascinert av babyer, så kanskje derfor?
2. På min arbeidsplass opplever jeg at det er lav terskel for å spørre og sparre med hverandre, det synes jeg er kjempebra! I tillegg har jeg utrolig mange herlige kollegaer. Gøy at vi er så mange og så forskjellige.
3. Jordmorforbundet NSF har bidratt til at flere har fått faste stillinger. Videre opplever jeg at de bidrar med midler til kursing og kompetanseheving. Jeg ønsker meg imidlertid en ny kopp, siden du spør ...



**Nina Bergersen**

Jordmor ved Ahus

1. Jeg har alltid ønsket å bli jordmor. Kvinneklikken på det gamle Rikshospitalet lå bokstavelig talt for mine føtter, nederst i gata der jeg vokste opp. Etter et par år som sykepleier, kom jeg inn på jordmorskolen. Jeg har aldri angret, og er veldig glad for at jeg er jordmor! Det er et fantastisk yrke, med mange muligheter for en spennende arbeidsdag.
2. Jeg jobber på føde-gyn-poliklinikken på Ahus. Det er en travel og variert hverdag, med spennende oppgaver og fantastiske kollegaer. Jeg føler meg heldig som har funnet en så fin arbeidsplass. Det er fokus på god service og å være faglig oppdatert. Jeg skal snart begynne på videreutdanning i ultralyd, det blir spennende!
3. Det trengs en «vaktbikkje» som hjelper oss å ta vare på rettighetene våre. Jeg synes også det er bra med møter, kurs og andre faglige oppdateringer som Jordmorforbundet tilbyr. Jeg tenker at det er viktig med et sterkt forbund i ryggen når det kommer til for eksempel stillingsbrøk, når man er nyutdannet, ved sykdom eller lignende. Det slår positivt ut at NSF er en stor organisasjon med mange dyktige folk. Da finnes kompetansen der, hvis man skulle trenge det.



**Ann Åse Baustad**

Jordmor ved Brønnøysund  
fødestue, Sandnessjøen

1. Da jeg gikk sykepleien, var jeg utplassert på E. C. Dahls stiftelse i Trondheim. Der fikk jeg stor interesse for jordmorfaget, og søkte jordmorskolen da tiden var inne.
2. Jeg har dyktige medarbeidere, som står på for fødestua. Jeg får bruke hele spekteret i min utdanning, og jeg opplever nærhet og tillit fra de fødende gang etter gang.
3. Så lenge jeg har vært i arbeid, har jeg vært medlem av NSF Jordmorforbundet. De ivaretar sykepleiernes og jordmors identitet og yrkesstatus. Det er viktig at flest mulig er organisert i tider med stramme budsjetter. Det er en kvinne-dominert yrkesgruppe, som jobber for likelønn, og det er en stor organisasjon.



# I maktens korridorer

Jordmorforbundet er i tett dialog med både helseminister Bent Høie og Helsedirektoratet vedrørende de store utfordringene vår profesjon står overfor.

Tekst Linn Holberg, jordmor på St. Olavs Hospital og 1. vara i Jordmorforbundet NSF's landsstyre

**H**else- og omsorgsminister Bent Høie har fått innspill fra politisk leder i Jordmorforbundet, Hanne Schjelderup-Eriksen, om bekymringer for et ytterligere sentralisert fødetilbud i Norge i forbindelse med arbeidet med den nye Nasjonale Sykehusplanen. Bemanningssituasjonen for jordmødre på store sykehus ble også drøftet med statsråden.

## Fødetilbud må bevares

Jordmorforbundet NSF mener at lokalsykehusene, med akuttberedskap og fullverdige fødetilbud, må bevares for å sikre befolkningens rett til forsvarlig helsehjelp. Dette har vi signalisert tydelig til en rekke politikere i regjeringen og på Stortinget for øvrig.

Fødetilbudet for landets familier bygges ned i raskt tempo. Langt flere fødende enn før rekker ikke fram til fødestedet i tide. Samtidig ser vi en jordmormangel, spesielt på de store fødeklinikkene i landet. Flere kvinner i aktiv fødsel blir avvist i døren, eller får ikke komme inn tidsnok ved ønsket fødested.

Jordmorforbundet NSF har bedt helseministeren sikre at landets myndig-

heter ivaretar kvinners grunnleggende menneskerettigheter med den forpliktelsen de har til å sikre kvinners og spedbarns liv og helse, gjennom en tilfredsstillende fødselsomsorg, uavhengig av hvor man bor i landet.

Jordmorbemanningen må økes, slik at kvinner i tettbygde strøk alltid får komme inn og blir forsvarlig ivaretatt på fødeavdelinger de oppsøker når de er i fødsel. Fødeavdelinger er akutte avdelinger, og må bemannes deretter i fremtiden.

## Møte med Helsedirektoratet

Jordmorforbundet NSF, ved leder Hanne Schjelderup-Eriksen og nestleder Trude Hartmann Bjørndalen har vært i møte med Helsedirektoratet og avdelingsdi-

rektør Torunn Janbu for å legge fram bekymringer om jordmorbemanningen ved landets fødesteder. I tillegg var også Silje Strand Skauge, hovedtillitsvalgt for NSF på kvinneklinikken i Bergen, og advokat i NSF, Oskar Nilssen, med.

På møtet presenterte forbundet sin nasjonale undersøkelse av jordmødres

opplevelse av sin arbeidshverdag på landets fødeavdelinger. Jordmorforbundet la frem sine bekymringer rundt bemanningen på fødeavdelingene, og at kravet om én jordmor per fødende i aktiv fødsel var svært utfordrende å imøtekomme.

Jordmorforbundet NSF fikk sagt mye om hvilke jordmorfaglige utfordringer de store fødeklinikkene står overfor i dag. Helsetilsynet sjekker jevnlig bemanningssituasjonen ved fødesteder her i landet, og mange steder beskriver tilsynene at bemanningen er urovekkende dårlig.

I strategiske og viktige møter med politikere og myndigheter utnytter Jordmorforbundet de store ressursene som er i NSF. I tillegg har vår politiske leder

## «Jordmorbemanningen må økes»

20 års erfaring som politiker og 16 års erfaring fra fagforeningsarbeid.

Sammen med vårt godt skolerte tillitsvalgtapparat, erfarne jurister og rådgivere, arbeider Jordmorforbundet NSF profesjonelt, og med over 100 000 medlemmer i ryggen har vi i tillegg tyngde bak kravene våre. ■

### Jordmorforbundet NSF har fattet følgende resolusjoner:

#### Valgfrihet for gravide – ikke for kommunene

Jordmorforbundet NSF støtter de faglige Nasjonale Retningslinjene som slår fast at gravide skal kunne velge om de vil ha svangerskapskontrollene hos jordmor og/eller lege. Kommunene kan ikke velge bort jordmortjenesten. I Stortingsmelding 26 (Fremtidens primærhelsetjeneste) sier regjeringen at jordmor og helsesøster skal inngå i kjernekompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Jordmorforbundet NSF mener at det må ansettes flere jordmødre i alle kommuner hvor det bor kvinner. Staten må finansiere jordmortjenesten i kommunene.

#### Jordmødre ønsker flyktningene som kommer til Norge velkommen

«Jordmorforbundet NSF ønsker flyktninger og immigranter velkommen til landet vårt. Vi møter gravide, fødende og småbarnsfamilier, og bruker kompetansen vår på omsorgen for dem. Vi vil bidra til at de får et godt møte med Norge. Vi slutter helhjertet opp om NSF's bidrag til aksjonen 'Hjelp flyktningene – gi håp!'»

# Hjemmefødsel – ja hvorfor ikke?

Bak enhver fødsel som foregår hjemme, ligger det en rekke jordmorfaglige vurderinger. Det å føde hjemme skal være en trygg opplevelse.

Av **Anne Synnøve Hovland**, jordmor, Sykehuset i Vestfold

**Lisbeth Kopperud**, jordmor, ABC fødeavdelingen ved OUS, samt privat praktiserende, hos din jordmor.no

**K**lokka viser 01.16. Telefonen ringer. «Det er 7–8 minutter i mellom ja, vil du jeg skal komme nå?». «Nei, jeg vil bare du skal vite det. Jeg har ikke vekket Pål enda». «Ok». Det passer meg i grunnen fint. Jeg har hatt nattevakter i helgen. Det sitter litt i fortsatt, og jeg har seinvakt i morgen. Ved forrige fødsel hadde hun en lurestart en uke før hun fødte, der jeg satt en halv natt og ventet på rier som ga seg. Så jeg legger hodet på puta og håper på litt mer kvalitetstid der. Jordmorbagen har stått klar i to uker.

01.35. Telefonen ringer igjen. «Jeg tror du kan komme nå, jeg». Klokkas 02.00 ankommer jeg hjemmet. Det er rolig stemning, fyr i ovnen, stearinlys. Fødekaret (som siden skal bli barnas badebasseng) er fylt med godt lunkent vann. Jenny lener seg mot et bord, riene kommer tett og er lange, hun puster med mye lyd. Vi hører ytterdøra slå, det er bestemor som kommer. Tre små barn sover i huset. De vet at bestemor kan være der når de våkner. For da er lillebror på vei.

Jeg undersøker Jenny etter hvert; hodet er ledende, knapt festet, rygg til venstre, mormunnen er tøyelig, fire centimeter. Nydelig fosterlyd. Jeg kjenner på stemningen. Far er for lengst våken. Han sjekker temperaturen på vannet i badekaret, lager kaffe til jordmora. Han holder litt avstand til Jenny, hun liker ikke å bli forstyrret nå. Jenny går i badekaret, står på knærne og lener seg over kanten, hun trenger hender å holde i. Pål er der. Vi hører at pusten endrer seg, pausene blir kortere, riene kraftige. Jeg føler jeg har opplevd dette før. Og det har jeg, for to år siden, i samme rom, på samme måte. Fødekvinnen har gjort det fire ganger før. Hun vet

hva som kommer, og jeg vet det. Halvannen time etter at jeg kom til hjemmet, klokken 03.25, svømmer en stor liten gutt ut i bassenget.

Slik kan en hjemmefødsel være. Det høres jo lunt og fint ut, og det er det virkelig.

- for kvinnen som får være i fred. Da produserer hun mengder med oksytocin, som gir gode rier
- for oss som får bekreftet at kvinner kan føde på egne premisser
- for far som kan være en naturlig støtte
- for søsken som kan stå opp og se at lillebror er født.

*Men bestemor, som ikke forstår poenget med hjemmefødsel men som lojalt støtter paret med praktisk oppbacking, hun undrer seg. Hun kan ikke forstå at de synes det er trygt å være hjemme. Hun kommer innom bare for å få bekreftet at alt er normalt, før hun tusler tilbake til soveavdelingen igjen.*

Vi har vært tilstede ved mange flotte fødsler på sykehus, men de største fødselsøyeblikkene vi har opplevd, har vi opplevd hjemme. Den stemningen som er i hjemmet etter at et barn er født, den kan ikke beskrives, bare oppleves.

## Viktige faglige vurderinger

Bak enhver fødsel som foregår hjemme, ligger det en rekke jordmorfaglige vurderinger. Det å føde hjemme skal være trygt. Det betyr at det kan skje når forholdene ligger til rette for det. Det vil si at kvinnen er frisk og at det ikke foreligger noen kjent risiko for at komplikasjoner kan oppstå. Ved å være konsekvent på dette, får vi sjelden store overraskelser underveis.



**IEGET HUS:** Å føde hjemme skal oppleves trygt. Kvinner føder lettere der de føler seg trygge. Illustrasjonsfoto: Anne Synnøve Hovland.

Vi gir også tilbud til kvinner som ikke er klarert for hjemmefødsel, men som har ønsket å være hjemme en stund, og kjenner at det har vært trygt (eks tidligere sectio). Dette er ikke planlagt hjemmefødsel, men en tjeneste som gir paret den tryggheten og følelsen av normalitet som de ønsker seg.

Vi må enkelte ganger overflytte til sykehus. Det har vært på indikasjon; sliten mor/ feilinnstilling/ occiput posterior, utilfrestillende progresjon, avvikende leie/ ansiktsleie og post partum blødning. Vi har et godt samarbeide med fødeavdelingen i Tønsberg, som er fødeavdelingen i vårt område. Det er aldri vanskelig å ringe dit og fortelle at vi har behov for overflytting. Det er viktig at fødeavdelingen vet at vi jobber kunnskapsbasert og følger retningslinjene for hjemmefødsel. Samtidig så vet vi at kvinnene som overflyttes blir møtt på en god måte.

Fødekvinne kan av og til oppleve det litt sårt at drømmen om hjemmefødsel ikke kan realiseres. Er det for eksempel vannavgang over 24 – 36 timer, uten rier, legges hun inn på fødeavdelingen etter prosedyre der. Og vi følger retningslinjer for overtid. I snitt overflyttes 4% av flergangsfødende, mens av førstegangsfødende er det 27% overflytting til sykehus for de som velger en hjemmefødsel (helse-direktoratet). Vi snakker alltid med kvinnen/ paret om muligheten for overflytting til sykehuset, om at det er et godt alternativ om fødselen ikke utvikler seg normalt.

#### **Samarbeid**

Samarbeid er viktig, spesielt med fødeavdelingen og poliklinikken. Her i Vestfold kjenner de oss og vi dem. Vi opplever at de stoler på våre vurderinger og gir oss tillit. Har det vært en vanskelig fødsel tar vi gjerne et møte med briefing i etterkant.

#### **Føler seg trygge med kjent jordmor**

Vår motivasjon for å tilby hjemmefødsel ligger i at vi mener friske kvinner bør føde der de kjenner seg trygge. For noen er det på sykehus, for andre er

## **«De største fødselsøyeblikkene har vi opplevd hjemme.»**

det hjemme. Kvinner føder enklest der de føler seg trygge. Som jordmødre har vi kunnskap og erfaring til å ta oss av det normale svangerskapet og fødselen. Vi har kunnskap som gjør at vi ser når noe utvikler seg i retning vekk fra det normale. Vi har kontakt med kvinnen i svangerskapet, vi er på hjemmebesøk før fødsel og vi har tett kontakt med henne i tiden før fødselen. På den måten kjenner vi henne og hun blir kjent med oss. Det gir kontinuitet i oppfølgingen og den tryggheten som er nødvendig. I tillegg er det klart at vi begge har en stor tro på naturen og at kvinner som vil, er kvinner som kan.

Forskningen til Ellen Blix (Blix et al. 2012, Outcomes of planned home births and planned



**INTENST SAMARBEID:** Far hjelper mor i den grad hun trenger det og ønsker det selv. Illustrasjonsfoto: Anne Synnøve Hovland.

hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study, *Sexual & Reproductive Healthcare*, Volume 3, Issue 4) viser at det ikke er farligere å føde hjemme for friske kvinner. Selsagt under forutsetning at man kan overføre fødekvinne til sykehus hvis det oppstår komplikasjoner.

Med denne forskningsrapporten opplever vi at det å føde hjemme blitt mer akseptert. Det er blant annet våre tall som er brukt i forskningen (fra 1995-2012), og nettopp denne forskningen har også bidratt til at Storbritannia har endret sine anbefalinger i forhold til hvor kvinner kan eller bør føde. De anbefaler nå friske kvinner med lavrisikosvangerskap å føde hjemme (NICE guidelines, <http://www.nice.org.uk/guidance/CG190>)

#### Hvorfor vil kvinnene føde hjemme?

Det er forskjellige grunner til at kvinnen velger å føde hjemme. Noen har erfaringer fra tidligere fødsel som har vært så bra at de tenker at «dette behøver jeg ikke reise bort for å gjøre», eller de har andre mindre gode erfaringer fra sykehus som de synes det kan være godt å slippe å gjenta.

Ofta opplever vi på sykehuset at kvinner kommer med en tanke om at vi (jordmødrene/ sykehuset)

skal forløse barnet hennes. Altså de ser på seg selv som et objekt, mens fødeavdelingen skal ta ansvaret for at barnet blir født.

Hjemme ser vi at kvinnene ønsker å ta det ansvaret selv, og ser seg selv som subjektet, den som skal gjøre jobben, med faglig veiledning fra jordmødre. Noen har nokså bestemte tanker om hvordan fødselen skal være. Mange har lest mye om fødsel og har funnet dokumentasjon som støtter de tankene de selv har og som er viktige for dem. Som regel er det små nyanser som er lette å følge dem på. Det kan for eksempel være å unngå hyppige vaginalundersøkelser, muligheten for å velge å føde i vann, partners mulighet til å ha en naturlig plass, å ikke måtte skilles fra barnet sitt, og så videre.

Noen har lest om, eller hørt om rutinemessig innkomst ctg, og tenker at de ikke ønsker det. Noen ønsker ikke rutinemessig syntocinon injeksjon etter fødsel, eller at de vil at barnet skal få k-vitamin dråper i stedet for injeksjon etter fødselen. Men de fleste har bare en tanke om at de har det bedre hjemme, uten at det er spesielle ønsker eller behov som ligger til grunn. Felles for alle kvinner er at de ønsker det beste for barnet sitt.

#### Oxytocin - det avgjørende hormonet

Fødselen er ikke en medisinsk prosedyre. Fødselen styres blant annet av oxytocinproduksjon. Alle jordmødre vet hvor viktig akkurat det hormonet er, og at det er veldig lett påvirkelig. Vi har opplevd at riene avtar om kvinnen forstyrres, eller blir redd. Å føde med kjent jordmor i kjente omgivelser gir følelser av trygghet, som i sin tur fremmer fødselsarbeidet og produksjonen av fødselshormoner/fødselsprosessen. Vi legger veldig stor vekt på dette i hjemmefødsel; trygghet, god stemning, ro, unngå å skape frykt som gir høy adrenalinproduksjon, som igjen hemmer oxytocinproduksjonen. Det å få føde i sitt eget tempo er viktig for mor og barn.

Vi stiller oss av og til litt undrende til at en fødsel ser ut til å dra litt ut i tid, så kommer svaret da barnet kommer, kanskje med en kort navlesnor eller at den er stram, rundt halsen. Likevel er barnet sprekt. Mor har kanskje hatt bare to rier på 10 minutter. Vi lærer noe nytt hele tiden. Det viktigste er kanskje respekten for kvinnens ønske og behov for å føde på den måten som kjennes rett for henne.

#### Å inngå kontrakt

Det fins ikke en typisk hjemmefødsende. Vi møter alle typer mennesker fra alle samfunnslag. Stort sett er folk fornuftige, men av og til byr det på utfordringer.

Som jordmor må vi se hvem vi har med å gjøre. Vi må vite at de vil samarbeide og følge våre råd. Derfor skriver vi også en kontrakt når det er klart at vi skal planlegge hjemmefødsel. Den inneholder blant annet et viktig punkt, der fødeparet forplikter seg til å følge jordmors anvisninger. Det kan for eksempel gjelde overflytting til sykehus.

### Jordmorfelleskap

Vi erfarer at det å jobbe sammen om hjemmefødsler er en veldig god løsning. Vi har begge faste jobber på sykehus, en på ABC-klinikken på Ullevål og en på Sykehuset i Vestfold. Det betyr at den ene har sin erfaring fra friske kvinner med forventet normal fødsel, mens den andre har mer erfaring med risikofødsler. Dette gir oss mange gode faglige diskusjoner, og vi utfyller hverandre på en spennende måte.

Vi forbereder hver hjemmefødsel sammen, ved å dra på hjemmebesøk og diskutere hvordan vi skal løse oppgaven. Vi ser på vaktlistene våre, og planlegger. Lisbeth Kopperud har kontor og gjennomfører svangerskapskontrollene, ofte i samarbeid med kommunejordmor. Som regel er vi sammen på fødslene. Kvinnene har en tendens til å føde når vi begge har fri.

### Utfordringer i fødselsforløpet

Vi utfordrer oss selv på å være til stede og bare å observere. Er det normalt det jeg ser og hører, er det noe som trenger spesiell oppmerksomhet. Er det tilfredsstillende progresjon? Hva kan jeg gjøre av ikke-invasive tiltak som kan gi bedre progresjon? Å gjøre amniotomi er en nokså vanlig prosedyre i sykehus. Hjemme er det noe vi sjelden gjør, og om det gjøres, er det sent i forløpet. Er vannet tatt, så er det lite å gjøre for å stimulere riene seinere.

Vi må ta i bruk det vi har av utstyr og møbler. Fødestillingene blir gjerne til underveis, en sofa er som regel veldig hendig, enten kvinnen står på knærne eller henger i armene til sin partner. Fødekrakk trenger vi ikke, men det er utrolig effektivt å ta noen rier på toalettet. Blir det ripause, noe det normalt blir i løpet av en lang fødsel, da får mor og jordmor hvile litt.

Risvekkelse i utdrivningstiden; hodet kroner, kommer tregt. Husk «lang hals» for at skuldrene skal dreie, is i magen, vente på ri, ikke trekke. Samarbeide med mor, være bestemt, men rolig. Fastsittende placenta; placenta som ikke løsner i løpet av en halvtime. Vi manipulerer ikke placenta hjemme, vi observerer blødning. Akupunktur kan løse problemet. Palpere,

sitter placenta høyt, så er dette en oppgave for sykehuset og vi overflytter.

Vi må hele tiden være veldig i forkant i vurderingene våre. Er det noe som avviker, så skal vi ikke stå med det hjemme, og terskel for overflytting er lav. Av og til kan en få en magefølelse på at dette ikke kommer til å ende som en hjemmefødsel. Magefølelsen er en kombinasjon av kunnskap og erfaring. Da kan det hende vi må diskutere litt, enten vi er tilstede begge to, eller vi kan snakke sammen på telefon.

For eksempel en fødsel som drar ut i tid; vi kan ikke vente til kvinnen er helt utslitt. Da flytter vi over, slik at fødselen kan avsluttes på sykehuset på en god måte. Særlig hos førstegangsfødende, med lang latensfase. Noen kvinner opplever riene så strevsomme at de bruker mye energi før de er i aktiv fødsel. Disse kvinnene kan likevel føde fint til slutt. De får være hjemme og i ro inntil aktiv fødsel, da de kan overflyttes. Hjemme får de råd og veiledning i forhold til energi og hvile.

## «De stoler på våre vurderinger og gir oss tillit.»

Vi har førstehjelpsutstyr. Det vil si nødvendig utstyr for å takle en post-partumblødning, oksytocin og cytotec, samt utstyr til intravenøs infusjon og vesker. Vanlig jordmorsug er med. Førstehjelp for et nyfødt barn er alltid frie luftveier. Vi har en barnebag, men den har aldri vært i bruk. Av utstyr ellers har vi det vi trenger til en normal fødsel. Til å lytte på fosterlyd bruker vi både jordmorstetoskop og doppler. Vi bruker doppleren mest, det er enkelt, forstyrrer lite, og gir enkel tilgang til fosterlyden.

### Dokumentasjon

Vi dokumenterer alt vi gjør på papir, og bruker de gamle utgavene av papirpartogram. De er oversiktlige, og gir en rask oversikt ved eventuell overflytting. Dokumentasjonen følger kvinnen. Hjemmefødselsjordmor har også kopi som lagres i eget låst godkjent arkiv. Vi fører egen protokoll, lik den fødeavdelingene har. Videre sender vi de samme papirene etter en fødsel slik man gjør etter en sykehusfødsel; fødselsmelding, eventuelt farskapsmelding/bidragsmelding, melding til medisinsk fødselsregister, informasjon til helsestasjon, jordmor og fastlege.

### Hvordan bli hjemmefødselsjordmor

Å få muligheten til å planlegge hjemmefødsel for fødekvinne går ikke over alt i landet. Det er synd,

da vi vet at det fins så mange gode grunner til å bli hjemme. For at det skal kunne bli et tilbud i hele landet så må det finnes flere jordmødre som ønsker å ta på seg arbeidet og ansvaret det medfører.

For å kunne tilby hjemmefødsler må man

- være registrert i Brønnøysundregisteret med organisasjonsnummer
- ha en oppgjørsavtale med HELFO
- ha en forsikringsavtale med Norsk pasientskade erstatning

Hvis du som jordmor ønsker å drive med hjemmefødsler anbefales du å ta kontakt med en jordmor som allerede driver med dette og har lang erfaring. Spør eventuelt noen på sykehuset der du jobber.

Diskuter med deg selv om hva som gjør at du vil dette. Har du den kunnskapen som trengs om naturlig fødsel. Naturlig fødsel og prinsippene rundt det er ikke det samme som å overføre erfa-

blant annet jobbet hun noen år på nyfødttintensiv, en erfaring som alltid er god å ha med seg som jordmor. Hun ble jordmor i voksen alder. Den viktigste erfaringen er nok det at det er blitt mye erfaring etter hvert. Menneskekunnskapen som et langt yrkesliv gir, er en viktig ressurs. Hun har jobbet mye i svangerskapsomsorgen i flere kommuner, det har gitt verdifull erfaring. Man blir selvstendig, og må stole på egne vurderinger, vite når noe avviker fra det normale. Det er en god erfaring å ha med i hjemmefødsler.

### Finn jordmor

Hvor finner kvinnen hjemmefødselsjordmoren hun ønsker kontakt med?

- Det beste er å snakke med erfarne fagfolk som kjenner tilbudet i kommunen godt.
- Snakk med din/en kommunejordmor som kjenner distriktet, og som regel kjenner jordmødre som tilbyr det.
- Fødeavdelingene kjenner også til hvem som er hjemmefødselsjordmor i distriktet. Det er absolutt en fordel at jordmor bor innen rimelig avstand. Lang kjørevei reduserer trykkgheiten for kvinnen.
- Hvis hun søker på nettet så må hun se etter hjemmefødselsjordmor i sitt distrikt. Fylke/kommune.

### Hjemmefødselsjordmor vs. sykehusjordmor

Forskjellen på å være hjemmefødselsjordmor og jordmor på en relativ stor fødeavdeling er ikke så stor som mange vil tro, men noen forskjeller er det. Den viktigste er at det på sykehus ofte er stort fokus på risiko.

Målet om én jordmor til én fødekvinne er av og til mulig på en stor fødeavdeling, men i praksis er det ofte vanskelig å gjennomføre. På lavrisikoenheter ved sykehus er filosofien veldig lik som den vi jobber etter hjemme.

Det er veldig meningsfullt og utfordrende å være hjemmejordmor. Men, man må ha stor ydmykhet og respekt for jordmorfaget. Du må ha forståelse for når det er tid for å gjøre tiltak. Og når det er tid for å bare observere.

### Økonomi

All vurdering og oppfølging av kvinner i forbindelse med svangerskapet ved sykehus/offentlige helsetjenester er gratis i Norge. Men, en kvinne som ønsker å føde hjemme må betale for noe av dette selv. Jordmor får betalt for selve fødselen gjennom HELFO, men kvinnen selv må betale for beredskapstjeneste, og oppfølging etter fødselen. Pr. 1. januar 2015 beta-

## «Det er meningsfullt og utfordrende å være hjemmejordmor.»

ringer og kunnskap fra sykehusfødsel. Trenger du å hente inspirasjon, få mer kunnskap, ta flere kurs? Hospitere på en fødestue? Bruk litt tid på å forbedre deg mentalt og konkret. Har du trykkgheiten og roen i deg selv til å stole på egne vurderinger. Har du evnen til å være ydmyk og be om «second opinion».

Hospiter med erfaren hjemmefødselsjordmor. Da erfarer du også hva det vil si å være i beredskap natt og dag. Er det noe for deg?

### Vår bakgrunn og erfaring

Lisbeth var godt voksen da hun begynte på jordmorskolen, og hadde selv født to barn. I studietiden fikk hun være med på hjemmefødsel, og som nyutdannet jordmor jobbet hun på Aker sykehus i et sterkt jordmorfaglig miljø. Hun var med en erfaren hjemmefødselsjordmor i flere år, før hun sto alene. Hun fikk etter hvert kontakt med Anne Synnøve Hovland, og jordmor Andrina Svindland - som begge har et flott samarbeid med. Lisbeth opplever at hennes psykiatriutdanning og erfaring gir verdifull kunnskap og innsikt. Det å jobbe i et aktivt fagmiljø hjelper for å være faglig oppdatert, og på ABC arbeider jordmødre med svangerskapskontroller, fødsel og barseloppfølging, med fokus på kontinuitet.

Anne Synnøve har en lang erfaring som sykepleier,



**OXYTOCINRUS:** Fødselen er ikke en medisinsk prosedyre, den styres blant annet av oxytocsinproduksjonen. Illustrasjonsfoto: Anne Synnøve Hovland.

ler «våre» kvinner 4000 kroner for beredskap og 3000 kroner for oppfølgingen etterpå. Da ordner vi alt, papirer, undersøkelser og blodprøver, amnehjelp og annen veiledning.

Kvinnen får en bekreftelse av oss på at hun har født hjemme, og kan søke refusjon for utgifter til hjemmefødsel etter Folketrygdloven, Rundskriv § 5-13. Stønad ved fødsel utenfor institusjon Pr. 1. januar 2015 er den på 2550 kroner.

Det er diskusjoner sentralt om endringer i øko-

nomi og oppgjør omkring hjemmefødsler. Men pr. i dag er det altså Helfos regelverk (<https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-jordmor>) og takster for jordmødre som gjelder, og disse må hjemmefødselsjordmødre sette seg inn i. Målet er at det å føde hjemme ikke skal innebære ekstra kostnader for fødekvinnen og hennes partner. ■

*Navnene i artikkelen er fiktive. Bildene i artikkelen er fra en annen fødsel enn den som er omtalt.*



**HUDKONTAKT:** Den positive betydningen av hud mot hud-kontakt for nyfødte er godt dokumentert, men praktiseres mindre ved keisersnitt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

# Unødig separasjon etter keisersnitt

Hud mot hud-kontakt umiddelbart etter fødsel regnes som det beste for mor og barn, men praktiseres i mindre grad etter keisersnitt.

■ Av **Linda Merete Aasen**, fagutviklingsjordmor, fødeavdelingen, Akershus Universitetssykehus

**S**om jordmor, med erfaring fra nyfødt intensivavdeling, vet jeg at omsorgspersonale her har mye oppmerksomhet rettet mot mor/barn-tilknytning. I disse tilfellene er barnet svekket eller sykt, og separasjon ikke til å unngå.

På fødeavdelingen derimot, kan det for meg se ut til at jordmødre arbeider på en slik måte at man rutinemessig bidrar til atskillelse av mor og barn ved keisersnitt.

## Rutiner, vaner og usikkerhet

«The process of separation has been described as toxic» (Shonkoff & Garner, 2012).

Er det slik at jordmødre ikke verdsetter verdien av tidlig nærkontakt mellom mor og barn når fødselen skjer ved keisersnitt? Eller er det jordmødrenes rutiner og arbeidsvaner som gjør at det er vanskelig å implementere kravet fra Mor–barn vennlig sykehusinitiativ?

Er vi jordmødre usikre eller motvillige når det kommer til praksisendring? Er det avdelingens krav til effektivitet som gjør at vi skynder oss tilbake til

## ■ MBVI

- Forkortelse for «mor-barn-vennlig initiativ».
- Norsk oppfølging av WHO/Unicefs «Baby Friendly Hospital Initiative» (BFHI), som er et verdensomspennende krafttak for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn.
- På bakgrunn av forskning og erfaring har WHO/UNICEF laget ti krav for praksis, som en føde-/barselavdeling må innfri for at den skal kunne få status som såkalt mor-barn-vennlig.



fødeavdelingen med barn og far straks etter forløsningen?

Frykt for å kompromittere hygienekravet ved operasjonsavdelingen kan utgjøre et hinder for at mor og barn føres sammen. Kanskje er også det fysiske rommets størrelse begrensede.

En viktig forutsetning for mor/barn-vennlig omsorg er uansett godt samarbeid mellom jordmor og personale på operasjonsavdeling og postoperativ enhet (Barbero, 2013).

Jeg mener det er viktig at vi er bevisste på den kunnskapen vi i dag har om hvor betydningsfull den tidlige hudkontakten mellom mor og barn er. Uavhengig av forløsningsmetode bør vi i helsevesenet strekke oss langt for å sikre et best mulig utkomme for de to.

### Mange ønskelige effekter

Vellykket amming og mor/barn-tilknytning har lenge vært et mål i dette arbeidet, og det dokumenteres stadig flere ønskelige effekter:

Med tidlig hud mot hud-kontakt viser det seg at barnet suger tidligere og at mor kommer raskere i gang med morsmelk-produksjonen (Gouchon et al., 2010).

Mødre som har fått denne nærkontakten, fullammer oftere, produserer mer melk og ammer totalt lenger enn andre (Moore et al., 2012; Stevens et al., 2014).

Et forhåndskodet oppførselssett setter barnet i stand til å finne brystet, selv om det får ligge uforstyrret og nakent hos mor. Dette aktivitetsmønsteret kalles også «neonatale reflekser», og i en bestemt rekkefølge vil barnet selv finne veien til brystet og etablere diing (Widstrom et al., 2011; Stevens et al., 2014).

I naturen er det barnets initiativ å vekke morsinstinkt og morsomsorg. Barnet søker morens oppmerksomhet og kryper normalt selv til melkekilden dersom det ikke forstyrres. Kjærlighetshormonet oksytocin har en sentral rolle i dette samspillet, der mors-handlinger og omsorg er resultatet (Moore et al., 2014).

### Rapporterer om sliten mor

Årsaken som oftest rapporteres i journalen som grunn til separasjon, er at mor er sliten etter keisersnittfødsel, og at hun derfor ønsker hvile. Dette stiller jeg meg ofte tvilende til. Kan det være slik at pleiepersonalet går for langt i å vurdere dette på mors vegne – en slags misforstått omsorg?

Til keisersnitt knyttes normalt en generell økt

### ■ Krav om hud mot hud

- Ifølge WHO/Unicefs 10 trinn for vellykket amming er det krav til uforstyrret hud mot hud-kontakt mellom mor og barn straks etter vaginal fødsel. Varighet i minst én time.
- Dette gjelder også etter keisersnitt utført i lokalanesesi. Forutsetningen er at barnet er friskt og at mor kan forholde seg til den nyfødte.
- Det er i tillegg et krav at far/ledsager tar hovedansvar for barnet når jordmor ikke er til stede.
- Etter keisersnitt med generell anestesi (narkose) skal barnet plasseres hud mot hud hos mor så snart hun er våken, eller innen en halv time fra hun er i stand til å forholde seg til det.

Kilder: WHO, Nasjonalt kompetansesenter for amming

risiko både for mor og barn (Gibbons et al., 2010).

Med tidlig hud mot hud-kontakt er det for mor dokumentert mindre blødning, mer stabilt blodtrykk og en opplevelse av mindre smerte og ubehag knyttet til operasjonen (Stevens et al., 2014; Saxton et al., 2015).

Mødre som er tilbudt hudkontakt med barnet sitt, scorer oftere lavere på depresjonsskalaer etter fødselen (Bigelow et al., 2012; Gabriel et al., 2010). De kjenner høyere tilfredshet som mødre og føler

## «Ingen forskning støtter separasjon etter fødsel»

oftere at samspillet med barnet er godt (Phillips, 2013, Stevens et al., 2014; Hung et al., 2011).

Barnet viser seg å ha dokumentert mer stabil og høyere temperatur (Moore et al., 2012; Bystrova et al., 2007). Den nyfødte får dessuten en raskere og lettere overgang til livet utenfor livmoren når det gjelder både respirasjon og sirkulasjon (Phillips et al., 2013).

Forskning viser at både mor og barn har generelt økt kardio-respiratorisk stabilitet etter fødsel ved hud mot hud-kontakt (Moore et al., 2012).

Det nyfødte barnet har høyere og mer stabile blodsukkerverdier, og barnet utvikler sjeldnere gulsott (Overfield et al., 2005; Hofer et al., 1994). Videre gråter det mindre og gir uttrykk for trygghet og mindre stress når det ligger hud mot hud (Moore et al., 2012).

Nyere forskning leder oss nå til å tro at denne nærkontakten kan være med å bidra til å styrke barnets sosiale evner og intelligens senere i livet (Dr. Nils Bergman, Neuroscience).



**MAMMAS GUTT:** Inngrodde vaner, mangelfullt samarbeid og motvilje mot endring kan være blant årsakene til unødig separasjon av mor og barn etter keisersnitt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Finnes det i forskningen noen grunn til ikke å tilby hud mot hud-kontakt mellom det friske nyfødte barnet og en våken, stabil mor? Mitt svar er nei. Ingen forskning støtter separasjon etter fødsel (Moore et al., 2014).

Selv har jeg bare positive erfaringer knyttet til mor/barn-vennlig praksis, men jeg innser at vi som helsepersonell kan møte utfordringer i arbeidet med å legge til rette for dette. ■

### ■ 3 råd ved keisersnitt

- La vordende mødre og fedre få vite om sine rettigheter når de føder på mor/barn-vennlig sykehus.
- Få i stand en tverrfaglig og kunnskapsbasert prosedyre i godt samarbeid med personell på operasjon- og postoperativ avdeling.
- Lag en praktisk plan, forbered deg godt, informer fødeparet og utfør deretter god fødselsomsorg på operasjonsstua.

### Referanser:

1. Baby Friendly Health Initiative (2012) 10 Steps to Successful Breastfeeding. Available at: <http://www.babyfriendly.org.au/about-bfhi/ten-steps-tosuccessful-breastfeeding/> (Accessed 23 November 2013).
2. Barbero, P., Madamangalam, A. S., & Shields, A. (2013). Skin to skin after cesarean birth. *Journal of Human Lactation*, 29(4), 446–448.
3. Bergman, Nils, Neuroscience, <http://ninobirth.org/nino-overview/>
4. Bigelow AE. Infants' sensitivity to familiar imperfect contingencies in social interaction. *Infant Behavior & Development* 1998; 21(1):149-62.
5. Bystrova K, Matthesen AS, Vorontsov I, Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Uvnas-Moberg K. Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. *Birth* 2007;34(4): 291–300.
6. Hofer MA. Early relationships as regulators of infant physiology and behaviour. *Acta Paediatr* 1994; Suppl 397:9-18. Gabriel M., Martín I., Escobar A., Villalba E., Blanco I. & Pol P. (2010) Randomized controlled trial of early skinto-
7. Skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica* 99, 1630–1634
8. Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M., & Alt-habe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World health report*, 30, 1–31.
9. Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M., & Di Giulio, P. (2010). Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nursing Hung, K. J., & Berg, O. (2011). Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(5), 318–324
10. Hung, K. J., & Berg, O. (2011). Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(5), 318–324
11. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Review*
12. Overfield M, Ryan C, Spangler A, & Tully R. (2005) Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive, Breastfeeding. Available at: <http://www.ilca.org/14a/pages/index.cfm?pageid=3933> (Accessed 7 March 2013).
13. Phillips, R. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67–72.
14. Saxton A, RM, MHSM, FACM (PhDCandidate) a, n, K. Fahy, RM, PhD, FACM (Professor of Midwifery, Editor-in-Chief of Women and Birth) b, M. Rolfe, PhD (Biostatistician/Lecturer) c, V. Skinner, PhD (Senior Lecturer and Course Coordinator in Midwifery) d, C. Hastie, RM, MPhil, FACM (Senior Lecturer, Midwifery)
15. Stevens, J., Schmieid, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & child nutrition*, 10(4), 456–473.
16. Jack P. Shonkoff, Andrew S. Garner, The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress, *Pediatrics*, January 2012, VOLUME 129 / ISSUE 1
17. Stone, S., Prater, L., & Spencer, R. (2014). Facilitating Skin-to-Skin Contact in the Operating Room After Cesarean Birth. *Nursing for women's health*, 18(6), 486–499.
18. WHO. Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2009
19. Widstrom AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllof A, Lintula M, Nissen E. (2011) Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica* 2011; Vol. 100:79–85.

# Oppdag Sykepleiens digitale verden

## Desktop

Du kan besøke Sykepleiens nettsider via din datamaskin.

Gå inn på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

Nettsidene gir deg løpende nyhetsformidling, debatt-, fag- og forskningsartikler og et fullstendig arkiv. Her finner du også vår stillingsportal SykepleienJobb, med relevante stillinger over hele landet.



## Nettbrett

Sykepleiens app for nettbrett er basert på papirutgaven av Sykepleien, men har enda mer innhold og flere søkefunksjoner. Appen kommer ut flere dager før papirutgaven kommer til deg i posten.

Her finner du flere bilder enn i bladet, og en rekke artikler vil også ha lyd, film eller interaktive elementer (tabeller, bildetekster, etc.). Med appen får du også et arkiv over alle utgivelser og kan brukes offline (kjekt på hyttetur, reiser, etc.).



## Mobil

Ønsker du å lese Sykepleien når du er på farta

er mobilutgaven et perfekt alternativ. Adressen er den samme - [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no), og innholdet er tilpasset mindre skjermer. Her kan du holde deg oppdatert hvor enn du befinner deg!



Kontakt oss om du trenger hjelp:

[bss@nsf.no](mailto:bss@nsf.no) / 22 04 33 33  
(hverdager 08.00–15.45)



## Instagram

Her kan du legge ut bilder og se hva andre legger ut. Tagger du det med **#yrkesykepleier** kan du også få bildet ditt i bladet.



## Facebook

Er du på Facebook? Det er vi også!

Ved å like oss på Facebook kan du holde deg faglig oppdatert om hva som skjer. Vi legger løpende ut poster og linker til relevante artikler. På denne måten får du faglig informasjon, og kan diskutere viktige temaer med andre sykepleiere.



**Sykepleien**

# Helhetlig jordmor-samarbeid i nord

Gjennom Sonjatun fødestue har fire kommuner i Nord-Troms hatt et suksessfullt samarbeid innen svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen i flere tiår.

Av Hanne Kristin Johansen og Hanne Synnøve Fjellstad, jordmødre på Sonjatun fødestue

**S**onjatun fødestue driftes i dag etter Sonjatun-modellen, der kjernetanken er en totalfunksjon for jordmortjenesten både i og utenfor institusjon. Fødestua er en jordmorstyrt base for jordmortjenesten i Nord-Troms, og ivaretar døgnkontinuerlig akuttmedisinsk beredskap innen desentralisert fødselsomsorg.

Tilbudet, som retter seg mot gravide i Nord-Troms-kommunene Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy og Kåfjord, inkluderer kommunejordmortjeneste med svangerskapsomsorg, spesialisthelsetjeneste med bistand ved fødsel og oppfølging i barseltiden, polikliniske konsultasjoner, følgetjeneste og kvinnehelse.

Kvinneklubben UNN Tromsø er fagansvarlig med hensyn til fødende, mens Barneavdelingen UNN Tromsø er fagansvarlig overfor nyfødte. Nordreisa kommune er driftsansvarlig.

Til sammen har fødestua 5,3 jordmorstillinger hvorav UNN HF betaler for tre, mens de fire Nord-Troms-kommunene finansierer resten etter en avtalt fordelingsnøkkel. Regionen har cirka 11 000 innbyggere. Andelen eldre blir stadig større, mens det blir færre i fertil alder.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at antall fødler i regionen er nedadgående. I de fire kommunene ble det født 171 barn i 1990, 158 i 2000 og 98 i 2014.

## Trygge rammer

I Stortingsmelding nr. 12 (2008–2009) om svangerskapsomsorg, er det et uttalt mål at «gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg».

Det er slik Sonjatun-modellen har organisert jordmortjenesten siden 1978.

Jordmor følger den gravide gjennom svangerskapet, i fødsel og barseltid for å skape en trygg ramme rundt kvinnen og hennes familie. Fødestua tilbyr også hjemmebesøk, men dette har man dessverre måttet begrense til kvinner som ikke bor lenger unna enn 20 minutter, av hensyn til jordmors utrykningstid.

Ellers blir alle kvinner etter hjemreise fra barsel ringt til for å høre hvordan de har det. I høst har man også startet ammeskole.

## Utnyttelse av kompetanse

Fødestua har stor aktivitet innenfor felt som kvinnehelse, prevensjonsveiledning, innsetting og fjerning av spiral og innsetting av p-stav, samt celleprøver. I tillegg er vi på ungdommens helsestasjon i vertskommunen Nordreisa. Dette medfører at jordmor er delaktig i oppfølging av kvinner fra de er 16 til 70 år.

Å utnytte jordmors kompetanse og ressurser innenfor dette feltet gjør, ifølge kvinnene selv, det enklere blant annet å få tatt celleprøver, noe som ellers kan være lett å utsette. I 2014 var det 61 konsultasjoner om spiral og 86 gynologiske undersøkelser med celleprøver. Tallene hittil i år er 32 spiraler og 62 celleprøver.

Samarbeidet med legene har vært avgjørende for å få dette til. Det har aldri fra deres side vært satt spørsmålsteget med jordmors kunnskap innenfor dette feltet av kvinnehelse, og mange leger gir uttrykk for at dette er en god løsning.



**ØVELSE:** Trening på akutsituasjoner gjøres regelmessig, her med jordmor Grete R. Hauge og sykepleier Astrid Veseth. Foto: Sonjatun fødestue.

### Et godt alternativ

Vi anser fødestuene som et godt og bærekraftig alternativ til de store fødeavdelingene. Det er trygt å føde her, såfremt man på forhånd identifiserer kvinner med høy risiko for komplikasjoner ved fødselen.

Mange gynekologer ønsker nok at flest mulig føder på sykehus og at fødsel således sentraliseres. Vi er alle enige i at kvinner med risikosvangerskap skal føde på sykehus, men ikke i nødvendigheten av dette for kvinner med lavrisikosvangerskap.

Enkelte bruker fødselskomplikasjoner som også oppstår hos de med lavrisikosvangerskap, som argument for sentralisering. Komplikasjoner kan komme som «lyn fra klar himmel» sies det. Det finnes derimot ingen vitenskapelig dokumentasjon for at det er slik. Undersøkelser viser imidlertid at en god seleksjonsprosess gjør det mulig å finne de med lav risiko som trygt kan føde på fødestue, med lav beredskap.

Enkelte kollegaer, både jordmødre og leger, gir

uttrykk for at de ser på fødestuetilbudet som et annenrangs tilbud. De er, etter vår mening, med på å underbygge overfor de gravide at det er tryggest å føde på sykehus, og det kan være utfordrende å

## «Livet som jordmor ved ei fødestue er en livsstil.»

argumentere for at det er trygt å føde på ei fødestue når «sykehuset» sier noe annet.

### Betydning av avstand

Det er fornuftig at nye kvalitetskrav for fødselsomsorg flytter oppmerksomhet fra volumkrav til kvalitetskrav. Imidlertid mener vi at det er nødvendig å implisere flere andre indikatorer enn dem som er nevnt. For eksempel er det etter vår oppfatning, ikke lagt nok vekt på hva avstand til fødested har å si

for kvaliteten på det helhetlige svangerskaps-, føde- og barselstilbudet.

Nord-Troms er den regionen som ligger lengst borte fra sykehus i landet. Som eksempel kan det nevnes at det er 320 kilometer fra tettstedet Burfjord i Kvænangen kommune, det vil si omtrent like langt som fra Oslo til Kristiansand. Det er 250 kilometer fra tettstedet Skjervøy i Skjervøy kommune og 240 fra tettstedet Storslett i Nordreisa kommune, til nærmeste sykehus, som ligger i Tromsø.

Det hevdes at en sentralisering av fødsler ikke medfører vesentlig økning i transportfødsler når man

## «Man vet aldri hva som er rundt neste sving.»

ser på landsdekkende statistikk. Dette skyldes i stor grad at de fleste gravide har kort avstand til fødested. Man anslår at cirka to prosent av de fødende har mer enn to timers reisevei, mens rundt ti prosent har mellom én og to timers reisevei. Fra vår region vil reisetiden derimot variere fra tre til fem timer til nærmeste sykehus dersom fødetilbudet sentraliseres.

I perioden da man ikke hadde lokal fødestue, ble det en stor andel kompliserte transportfødsler, noe som ikke er ønskelig. I tillegg til lang reisevei på tildels svært rasutsatte veier, har man store utfordringer knyttet opp mot værforhold. Man vil kunne oppleve at man ikke får rask luftbåren transport til sykehus, dersom det ble behov for dette. Slik situasjonen er i dag, har man heldigvis kompetente jordmødre, som har mange års erfaring i å ta imot barn på fødestuene.

### Jordmødre i distriktet

Ovennevnte Stortingsmelding nr. 12 slår fast følgende: «En todelt jordmortjeneste der jordmødre i kommunene driver svangerskapsomsorg og jordmødre i spesialisthelsetjenesten bistår ved fødsler, utnytter ikke jordmødrenes spesialkompetanse på hele svangerskaps-, fødsels- og barselforløpet. En organisering av jordmortjenesten som bedre i varetar jordmørs samlede kompetanse, vil kunne bidra til bedre helhet og større trygghet hos brukerne. Et godt utbygd lokal jordmortjeneste vil være av spesielt stor betydning i de områder av landet med lang reisevei til fødeinstitusjon.»

Jordmødre utdanner seg for å jobbe med gravide, fødende, barselkvinner og kvinnehelse. Slik det er i dag, kreves det på mange måter mer av jordmødre tilknyttet fødestuene, enn av dem som jobber

ved sykehus. Dette fordi de har et større og bredere ansvarsområde. Sonjatun er en liten enhet med cirka 100 gravide i året, og derav føder omtrent 30 kvinner ved fødestua.

### Følgetjeneste

Kvinner med reisevei på mer enn 1,5 time har krav på å bli vurdert av jordmor eller lege før transport og skal ha kvalifisert ledsager med seg inn til sykehus ved behov. I dag ivaretar Sonjatun fødestue slik ledsagerfunksjon inn til sykehuset.

Dette har vært, og er, en robust og god løsning som gir trygghet til fødende med lang reisevei. Reisen i seg selv kan være utfordrende nok på grunn av dårlige veier og uvær. En konsekvens, dersom det ikke er jordmorfølge i ambulansen, er at kvinner kan måtte føde med ukvalifisert personell som fødselshjelper.

Gjennom lang erfaring vet man dessuten at enkelte kvinner som absolutt er selektert til sykehus, har måttet føde ved fødestua av ulike grunner, som manglende transportmuligheter, rask fødsel, dårlig vær eller stengte veier. Uten jordmødre til å bistå i slike tilfeller, ville det skapt utrygghet i en befolkning med lang vei til sykehus.

Jordmødrene på fødestuen har også en viktig rolle innfor poliklinisk virksomhet. De tar imot kvinner hele døgnet med spørsmål om for eksempel vannavgang, lite liv, leie, blødning, begynnende fødsel, ekstra oppfølging med blodtrykk- og urinkontroll, CTG og så videre. I 2014 hadde fødestua 267 slike konsultasjoner. Dette er kvinner som i stor grad måtte ha reist til Tromsø for undersøkelser, dersom ikke fødestua hadde kunnet utføre dem.

### Et faglig godt miljø

Livet som jordmor ved ei fødestue er en livsstil der man til enhver tid har full oversikt over kvinner, terminer og tidligere fødsler. Mang en gang setter man ting på vent hjemme for å kunne gi en hjelpende hånd til vakthavende jordmor ved behov.

Jordmødrene samarbeider om de gravide, bistår hverandre når det trengs og vet hvor viktig det er å ha et faglig godt miljø. Fødestuene innenfor Helse Nord har dessuten laget seg et «fødestuenettverk» der man møtes én gang i året for å diskutere ulike problemstillinger og gi hverandre faglig påfyll.

Avdelingen har faste møter og trening på akutt-situasjoner med fagansvarlige på UNN. I tillegg trener jordmor og hjelpepersonalet fra sykestua jevnlig. Jordmor underviser ambulanspersonell om fødsel og



**ROMLØSNING:** Ventestua kan brukes under fødsel, i barsel og som samtalerom. Foto: Sonjatun fødestue.

er dessuten selv pålagt hospitering ved UNN Tromsø to uker per år.

#### Trenger flere jordmødre

Sonjatun fødestue har for tiden behov for nye jordmødre. Dette skyldes blant annet at jordmorutdanningen ikke har kunnet sende studenter til oss, siden enheten er for liten til å kunne garantere nok antall svangerskapskontroller i praksisperioden.

Det er tungt å tenke på at dette skal være avgjørende, når man vet at studentene her ville kunne få en unik praksistid med oppmerksomhet rettet mot helhetlig omsorg, inklusive det øvrige kvinnehelseperspektivet.

Rekrutteringsproblemet og den stadige trusselen om nedbygging av fødestua vil klart medføre at dagens tilbud svekkes kraftig. Hver enkelt kommune vil kun ha mulighet til å opprette en liten brøkstilling som jordmor. Dette er sjelden attraktivt, og resultatet vil bli oppsplittet minimumsoppfølging av de gravide, mens et veletablert tilbud til kvinner i alle aldre vil falle bort. Hver enkelt jordmor ville dessuten stått helt alene.

Unge vil nok tenke seg om før de tør satse på en fremtid i region som vår, dersom man opplever at tilbudet ved Sonjatun fødestue slik det er i dag, ikke lengre vil være tilgjengelig for folk i etableringsfasen.

#### Ukevis på hotell

Nord-Troms var uten fødestuetilbud fra Betesta brant i 1969 og frem til Sonjatun åpnet i 1977. Hendelser med transportfødsler nedtegnet fra den gang, vitner om dramatiske opplevelser for de fødende og dem

som tok imot barn i ambulansen. Dette er historie som dagens kvinner må slippe å gjenoppleve.

Det å reise inn til Tromsø og vente der i forkant av fødsel vil kunne bli virkelighet for kvinner og deres familier. Når man da tenker at det er like normalt å føde to uker før som to uker etter termin dato, er det en hel måned kvinnen kan måtte være borte fra hjemmet. Dette er en situasjon de færreste ønsker. I tillegg vil det være en økonomisk merbelastning for dem som må bo på hotell i påvente av fødsel.

Det anbefales at alle som er selektert til, eller planlegger, sykehusfødsel bør oppholde seg nær sykehuset én uke før termin. Dette er gjerne unge i etableringsfasen, som da selv må legge ut for hotell og spise på restaurant i opptil én måned. Dette er tid de kunne tilbrakt hjemme i god ro, og vente på barnets ankomst i trygg forvisning av fødestuejordmora var i nærheten og kunne bistå under fødsel, under transport og i barseltiden.

#### Seleksjon som kvalitetsverktøy

Forutsetning for å gi fødselshjelp i fødestuer er gode seleksjonskriterier:

- Seleksjon har til hensikt at de fødende kommer til riktig fødeinstitusjon og får tilpasset overvåkning og behandling.
- Seleksjon forgår gjennom hele svangerskapet, ved inntak i fødsel og fortløpende under hele fødselsforløpet.
- Kvinner som er selektert til å kunne føde på fødestua, må i tillegg også ønske å føde her.

Seleksjonskriteriene av de gravide er blitt strengere

de siste årene. Overflyttingskriteriene under fødsel har også endret seg. På ei jordmorstyrt fødestue har man en lav terskel for å videresende kvinnen til et høyere nivå ved sykdomstilløp, eller om man er usikker med hensyn til observasjonene underveis i et fødselsforløp. Fødestuas retningslinjer med hensyn til seleksjon i graviditet og under fødsel er godt innarbeidet gjennom mange år

Tall fra det såkalte «Lofoten-prosjektet», der man har forsøkt å velge ut risikofødsler, viser at seleksjon er vellykket på små fødeinstitusjoner. Her er gravide kvinner som kan få fødselskomplikasjoner, blitt sendt til Nordland sentralsykehus i Bodø for å føde. Prosjektet har vist at det har vært mindre enn fem prosent overflytting under eller etter fødsel, og at antall keisersnitt er blitt redusert med 25 prosent i forsøksperioden.

#### Verstefallstenkning

På fødestuen blir den gravide fulgt opp av få jordmødre under hele svangerskapsforløpet, og man møter samme helsepersonell som bistår under hele fødselen. Inngående kjennskap til den gravide, både psykologisk og somatisk, gir en stor fordel

## «Det er annerledes, givende og utfordrende å være på ei fødestue.»

for jordmor, og hun har det beste utgangspunkt for å skape trygghet i fødselsituasjonen.

Her er fødestuene i en særstilling i forhold til større fødeinstitusjoner. Vi har lett for å glemme at graviditet og fødsel i utgangspunktet er en normal fysiologisk prosess. I stedet er vi blitt flinke til å medikalisere og sykeliggjøre. Vi tar stadig i bruk nye metoder for å overvåke uten at man stiller kritiske spørsmål om målbar nytteverdi.

I utgangspunktet hører de fleste gravide kvinner til den friskeste delen av befolkningen. Hvorfor skal da friske gravide føde på et spesialisert sykehus?

Det er ellers i medisinen hensiktsmessig å selektere de friske fra de syke. Selvfølgelig skal det være slik at alle gravide skal få den beste behandlingen på egnet nivå i helsevesenet. Men det er problematisk at svangerskaps- og fødselsomsorgen i dag blir preget av verstefallstenkning og risikofokusering.

Vi legger kanskje for lite vekt på hva andre,

ikke alltid målbare, parameter har å si for fødselsutfallet, så som «tilstedeværelse» av helsepersonell og trygghet i fødselsituasjonen.

Ved fødestuene er operative forløsninger redusert til én prosent, mens mange av de små fødeavdelinger, som også burde ha en lavrisikopopulasjon, har en keisersnittfrekvens på 15–20 prosent. Dette indikerer at fødestuene har en plass i fødselsomsorgen også i årene fremover.

#### Når jobben blir en livsstil

Når noen ber oss på fødestua beskrive vår måte å jobbe på, blir det raskt til at man sammenlikner med den gammeldagse distriktsjordmora. Hun ble tilkalt når behovet var der. Hun visste aldri hvor og når, og når hun fikk bud, så dro hun.

På Sonjatun vet vi når vi har kvinner som har termin, og da er vi i beredskap. Har vi en kvinne i fødsel, står vi i beredskap for vår kollega om det er behov. Selv når vi har fri, så er vi tilgjengelig for hverandre, såfremt vi er hjemme.

Vi kan bli oppringt og må trå til i følgetjeneste eller beredskap, og vi sier ikke nei. Vi er langt fra sykehus, har få kolleger og stiller vår kunnskap og handling til disposisjon for fødekvinne, barnet, familien og for hverandre. Kvinnen skal ha det bra og føle seg trygg. Vi vil levere kvalitet fra jordmortjenesten på Sonjatun.

Dette får også betydning for familiene våre. De har forståelse for at vi ikke bare jobber som jordmor, men at vi er jordmor 24 timer i døgnet. Resultatet kan være plutselig utrykning og timer borte fra hus og hjem. Samtidig er det dette som krydrer hverdagen og gjør det spennende. Man vet aldri hva som er rundt neste sving. Jordmora må stole på seg selv, gjøre vurderinger fram i tid og ta avgjørelser for ferden videre.

#### Oppfordring til kolleger og studenter

Vi vil oppfordre våre jordmorkolleger og jordmorstudenter til å ta seg jobb ved ei fødestue for kortere eller lengre perioder. Om det er i et vikariat, fast stilling, praksisplass i studietiden eller som hospitering.

Det er annerledes, givende og utfordrende å være på ei fødestue. Utveksling av erfaringer mellom kolleger fra ulike arbeidsplasser er god lærdom for begge parter.

Det kunne også vært svært spennende om noen jordmorstudenter kunne tenke seg å skrive avsluttende hovedoppgave fra Sonjatun eller en annen fødestue i Norge, for å belyse ulike sider ved drift på en fødestue. ■



# Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

## BOKOMTALE



### Hjertesykdom

Boken omhandler de vanligste hjertesykdommene som rammer kvinner i alle aldre. Hjertesykdom hos kvinner skiller seg fra slik sykdom hos menn når det gjelder risikofaktorer, symptomer, behandling med mer. Hjertesykdommene som behandles i boken, er belyst med sykehistorier som illustrerer og utfyller det omfattende fagstoffet. Boken retter seg mot helsepersonell og kvinner som lever med hjertesykdom.

*Kvinnehjertes, Gyldendal*

## BOKOMTALE



### Trening og kosthold

Helle Bornstein er personlig trener. I denne boken gir hun råd om trening, livsstil og kosthold under og etter graviditeten. Et formål med boken er å inspirere kvinner til å holde seg i form for å forebygge plager og styrke kroppen, samt å komme i form etter graviditeten. Boken inneholder oppskrifter på måltider for hele familien.

*Smart mamma, Schibsted forlag*

## BOKOMTALE



### Mor for første gang

Førstegangsmor Helena Brodtkorb forteller humoristisk og usensurert om hvordan det er å få en baby uten bruksanvisning. Hun gir trøst og oppmuntring til alle usikre småbarnsmødre. Forfatteren avliver myter om alt man skal rekke i barseltiden, og forteller deg om alt utstyret du virkelig ikke trenger. I stedet maner hun til lave skuldre og et enda lavere ambisjonsnivå for å stå støtt gjennom det sjokket det er å bli mamma.

*Mammasjokket, Kagge Forlag*

## BOKOMTALE



### Om skam, skyld og ansvar

Hvordan opplever helsearbeidere det når noe går galt i pasientsituasjonen? Hvordan håndterer de det? I boken retter forfatteren søkelyset mot helsearbeiderne og deres opplevelser. De moralske og personlige kostnadene kan være store for dem som er involvert når noe går galt, og forfatterens hensikt er å bidra til en profesjonsetikk som ivaretar berørte helsearbeidere så vel som pasienter og pårørende. Boken bygger på intervjuer med leger, psykologer og sykepleiere. Begreper som skam, skyld og ansvar står sentralt i deres fortellinger om hendelser der noe har gått galt.

*Når noe går galt, Cappelen Damm*

# Når noe går galt

Jordmødre som har stått i kritiske hendelser i fødsel, trenger bedre oppfølging.

Av **Line Christoffersen**, Førsteamanuensis ved HIOA, Fakultet for samfunnsfag

**Janne Teigen**, jordmor ved STHF

Jordmødre husker sjelden alle fødsler, men de husker alltid fødsler som ikke går som planlagt. Spesielt sitter hendelser med dødelig utgang fast på netthinnen.

Selv om Norge regnes som et av de tryggeste landene i verden å føde i, vil det alltid være forbundet med en risiko. Uforutsette og kritiske hendelser kan oppstå under en tilsynelatende normal fødsel.

Jordmødre både frykter og venter på at kritiske hendelser skal inntreffe på deres vakt. Når de opplever det, er det viktig med en god oppfølging for å gå videre og legge hendelsen bak seg. Flere har dem imidlertid med seg videre i sin yrkesutøvelse.

### 33 jordmødre forteller

I Norge er det få studier av hvordan jordmødre opplever kritiske hendelser og hvilken oppfølging de får fra arbeidsgiver i ettertid. Vi har gitt jordmødre en

## «Jordmor kan føle skyld etter en kritisk hendelse.»

stemme for å bidra til å forstå hvordan de takler kritiske hendelser, hvilke behov de har for oppfølging og hvilke forventninger de har til lederatferd etter kritiske hendelser.

33 jordmødre har stilt opp og fortalt sine historier om hvordan kritiske hendelser har satt sitt preg på dem. For oss har dette vært sterke møter med modige og reflekterte kvinner.

Svært få av sykehusene vi kjenner til, har rutiner for oppfølging av jordmor etter kritiske hendelser. Kanskje kjenner ikke engang de ansatte til at det faktisk finnes en prosedyre eller plan for oppfølging, og det kan også være at ledelsen ikke vet om, eller glemmer, at slikt finnes.

Vi mener det er hensiktsmessig med gode og innarbeidete rutiner for oppfølging etter kritiske hendelser. Som en videreføring av vårt bidrag i

boken «Profesjonsledelse» og vår rapport «Jordmødre og kritiske hendelser», ønsker vi derfor på sikt å utarbeide et forslag til felles rutiner/prosedyrer for oppfølging når uønskete hendelser inntreffer.

### Fire faser

En viktig del av arbeidet med prosedyrer, er bevisstgjøring av hvilke faser en jordmor normalt går gjennom etter en kritisk hendelse, og hvilke behov de har for oppfølging i hver fase.

Vi fant at det er mulig å beskrive en gradvis overgang mellom fire ulike stadier i det emosjonelle reaksjonsmønsteret etter en kritisk hendelse; fra første kaostilstand og behov for å ventilere tanker og følelser og tømme seg for inntrykk, via gjentatt gjennomgang, sortering og dokumentering av hendelsesforløpet for å forberede formell rapportering, strukturering og klinisk gjennomgang til den siste fasen som handler om å arkivere hendelsen og gå videre.

### Jordmor blir ikke inkludert

Våre informanter mener det viktig å komme seg «opp på hesten» igjen etter en kritisk hendelse. For å få til det er man avhengig av gode rutiner for oppfølging. Mange føler dette svikter, spesielt med hensyn til ledelsen. Flere forteller oss at de er avhengige av eget nettverk – av venner, familie og kollegaer – for å klare å gå tilbake og føle seg trygge i jobben etter en kritisk hendelse.

I våre intervjuer fant vi at det ved mange sykehus er de involverte i hendelsen som tar initiativet til en samling umiddelbart etter en kritisk hendelse. For dem som har vært involvert, oppleves denne ventileringen/defusingen som svært viktig i egen bearbeiding av hendelsen.

En utfordring er at jordmor ikke alltid inkluderes i den umiddelbare gjennomgangen etter legestyrte fødsler, fordi hun må være inne hos foreldrene. Hvis akutteamet drar seg tilbake og har

et spontant møte utenfor føden, er sjelden jordmor med på disse møtene.

Våre informanter mener at det er viktig at nærmeste leder tilstreber og tilrettelegger for at jordmoren er til stede. Hun har ofte stått i fødselen helt fra starten av og kan på mange måter være den som er mest preget av hendelsen.

### Klarer ikke å slappe av

De fleste av våre informanter uttrykte også viktigheten av å sortere hendelser, tanker og følelser før de går av vakt. Inntreffer hendelsen nær vaktskiftet, er det nærliggende å gå hjem uten å gå gjennom sorteringsfasen. Vi ser imidlertid at det er en lite gunstig løsning. Jordmødrene forteller at de ikke klarer å slappe av, de har vanskelig for å sovne, og hvis de sovner, er det en kortvarig søvn. De går gjennom hendelsesforløpet om og om igjen for seg selv.

Det er noen utfordringer å bli igjen etter vaktskiftet, blant annet at ny besetning ikke kjenner til hendelsen. Det beste er derfor om alle de involverte blir igjen såpass lenge at de går gjennom disse to første fasene. Våre informanter mener ledelsen bør legge til rette for dette, og det må være klare retningslinjer for hvem som har ansvar når ledelsen ikke er til stede.

En kritisk hendelse med et uventet utfall (skade/død på mor og/eller barn) trigger i de fleste tilfellene en klinisk gjennomgang av hendelsen med ledelse og de involverte til stede. Våre jordmødre forteller at slike møter holdes for å koordinere notater og hendelsesforløp forut for en eventuell sak mot sykehuset. Dersom saken er alvorlig vil sykehuset selv rapportere den til Helsetilsynet.

### Skyldfølelse

Jordmødre som opplever kritiske hendelser, trenger å gå gjennom og «parkere» den, for så igjen å kunne føle seg trygge i jordmorrollen. Vi fant at kritiske hendelser kan utløse atferdsendring. Jordmor kan føle skyld etter en kritisk hendelse, selv om prosedyrene er fulgt og en eventuell gjennomgang viser at jordmoren ikke har gjort noe kritikkverdig.

Hun føler enkelte ganger at hun distanserer seg følelsesmessig under etterfølgende fødsler, og hun har hendelsene med seg videre i sin yrkesutøvelse.

Kritiske hendelser tidlig i karrieren former atferden i mange år fremover. Flere av våre informanter beskriver også sine reaksjoner som psykosomatiske når de hevder at de ikke har fått bearbeidet og arkivert hendelsen.



**SKJELLSETTENDE:** Kritiske hendelser tidlig i en jordmors karriere kan forme atferden i mange år fremover. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

### God oppfølging er viktig

Viktigheten av god oppfølging kom frem i alle våre intervjuer. Det burde kunne gjøres enkle grep på de forskjellige sykehusene, slik at oppfølgingen kan fungere bedre enn den gjør i dag. Bemanningssituasjonen kan gjøre dette utfordrende i den akutte fasen, men når man ser hva konsekvensene av ingen/dårlig oppfølging kan bli, så vil dette på sikt være også økonomisk gunstig for helseforetakene. Trygge og godt ivarettatte ansatte fører til mindre fravær og fører til at flere «står» i yrket sitt.

Den sterke emosjonelle involveringen med fødekvinne og jordmordyrkets autonomi påvirker altså jordmorens emosjonelle helse etter kritiske hendelser på en slik måte at det burde være på plass et oppfølgingsapparat for å hindre sekundærtraumatisk stress (STS).

### Syndebyggstempel

Uten støtte internt, er veien kort til sykmelding eller oppsigelse. Det tar lang tid å føle seg trygg i jobben forteller jordmødrene oss. Negative kommentarer eller syndebyggstemplet sitter i lenge og er en for høy pris å betale for å være jordmor. ■

# World Café ved jordmorutdanningen

Fødselsangst er en kompleks problemstilling som det ikke finnes en entydig løsning på, men som alle jordmødre må ha kjennskap til. Denne artikkelen presenterer bruk av kafédialog som pedagogisk verktøy i undervisningen om fødselsangst.

## Innledning

Hensikten med denne artikkelen er å presentere et eksempel på bruken av dialogkafé (World Café) – modellen i undervisningen ved jordmorutdanningen. Temaet for kafébesøket var fødselsangst. Alle jordmødre kommer i sin yrkesutøvelse i kontakt med gravide som er plaget av fødselsangst, enten de jobber i kommunehelsetjenesten eller på en fødeavdeling. Av alle som føder har 18–30 prosent angst for fødselen (Nilsson, Lundgren, & Karlström, 2012), (Haines, Pallant, Karlström, & Hildingsson, 2011). 5–6 prosent av gravide er plaget av så intens fødselsangst at den krever behandling (Heimstad, Dahloe, Laache, Skogvoll, Schei 2006), (Nieminen, Stephansson, & Ryding, 2009). En alvorlig fødselsangst kan ha en svært negativ innvirkning på kvinner. De kan for eksempel unngå å bli gravide selv om de ønsker seg barn eller ende med å ta abort fordi tanken på fødselen blir for overveldende (Sydsjö et al., 2013).

Det kan være mange årsaker til fødselsangst og det finnes ikke en «standardløsning» på dette problemet. Hjelpetiltak må individualiseres og det er behov for at jordmødre har gode kunnskaper om dette problemet.

Kunnskap er alltid en samkonstruert dialog og gjensidig forhold mellom den som taler og den som lytter, den som skriver og den som leser, ifølge Martin Nystrand (Dysthe, 2001). Nystrand mener at undervisningen kan være organisert enten monologisk eller dialogisk. Han mener at dialogisk organisert undervisning gir de beste læringsvilkårene på grunn av at den gir rom for mangfoldet i spenningen og konflikten mellom konkurrerende stemmer. Kampen mellom ulike stemmer er et sosialt faktum i all diskurs og fremmer kreativ forståelse. Dialogisme har sitt grunnlag i tankene til Mikhail Bakhtin (1895–1975). Bakhtin var en russisk filosof som mente at motsatsen til dialog – monolog – er en autoritativ ytring som ikke gir rom for tvil, spørsmål og motsetninger og som ikke åpner for å bli motsagt. Dialogismen betyr igjen at kunnskap er noe som blir skapt gjennom interaksjon mellom ulike stemmer og at den inkluderer tolkningene og de personlige erfaringene til den lærende og på den måten skaper en ny forståelse (Dysthe, 2001).

Studentempowerment er den beste veien til kritisk tenkning og optimal læring. Sentralt i denne prosessen er vitenskapelig dialog (Delaney, Daley, & Lajoie, 2006). World Café er en måte å stimulere

## Sammendrag

Ut fra tanken om at kunnskap økes ved hjelp av samkonstruert dialog og gjensidig forhold, var hensikten med kafédialogen å oppnå refleksiv læring og økt forståelse hos jordmorstudentene

i forhold til denne problematikken. Studentene vurderte denne metoden til å være stimulerende og engasjerende og vurderte sine kunnskaper signifikant bedre etter kafébesøket enn før.

Av **Raija Dahlø**, førstelektor, jordmorutdanningen ved NTNU og Ingebjørg Laache, jordmor, St. Olavs Hospital



**STORT LÆRINGSUTBYTTE:** Studentene ble bedt om å vurdere sitt kunnskapsnivå før og etter en kafédialog. Tilbakemeldingen de ga, var at de vurderte sine kunnskaper signifikant høyere etter besøket. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

til denne dialogen og dermed bidra til empowerment hos studentene. Det finnes en felles konsensus i helsevesenet for at yrkesutøvelsen skal være kunnskapsbasert og forståelsen for dette danner bakgrunnen for denne dialogen. Sentralt i prosessen er respektfull og strukturert konversasjon i faglig setting. Læreren eller foreleseren er ikke lenger den eneste kilden til kunnskap i klasserommet men hjelper heller studentene til å bevege seg fra rollen som passiv mottaker til aktiv utforming av kunnskap og ideer (Delaney et al., 2006).

I vår undervisning om fødselsangst mente vi at refleksiv læring ved dialogkafé var en god måte for studentene å tilegne seg innsikt og kunnskap om dette komplekse temaet, ved å reflektere og diskutere sammen over denne problemstillingen (Elvekrok & Smith, 2013). På den måten var det mulig å få frem mange forskjellige synspunkter og forslag til hvordan hjelpe de som er plaget av fødselsangst. Målet var at studentene skulle ta med seg det de lærte på kafébesøk til sin praktiske yrkesutøvelse senere.

#### Hva er «The World Café», dialogkafé

The World Café eller dialogkafé ble utviklet på midten av 1990-tallet som en fremgangsmåte til å tenke sammen og til å samtale i en gruppe om et tema som angår deltakere. Brown og Isaacs skriver (2005) at The World Café-samtalene er spesielt nyt-

tige for å dele kunnskap, stimulere til nytenkning, fremme kommunikasjon og undersøke mulighetene rundt virkelige hendelser og spørsmål. De kan også lede til dypere utforskning av utfordringer og muligheter, føre til dypere relasjoner og til sterkere følelse av «eierskap» av temaet. Meningen er også at The World Café bygger på positive aspekter heller enn på problemer eller dysfunksjon (Brown & Isaacs, 2005). Kjerneverdien i The World Café-modellen er å inkludere alle deltakere til jevnbyrdig disku-

## «Temaet for kafébesøket var fødselsangst.»

sjon, selv om deltakere kan ha forskjellig lengde på yrkeserfaringene. Ofte de med mindre erfaring ser på temaet fra ulik perspektiv enn de med mer erfaring (Halsall & Marks-Maran, 2014).

Brown og Isaacs beskriver kafédialogen som en enkel men effektiv prosess som fokuserer på meningsutveksling, spredning av ideer og positiv tenkning. The World Café er basert på antakelser at (a) kunnskapen og visdommen som vi trenger finnes allerede og er tilgjengelig og (b) forståelse kommer frem på en kreativ måte ved en kafédialog. Brown & Isaacs mener at The World Café er en spesielt virkningsfull læringsmetode sammenliknet med andre samarbeidsmetoder i forhold til spredning av



KOS: Studentene ble servert kake og annet godt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ideer via informasjonsutveksling på kryss og tvers, i en sosial kafé-kontekst (Brown & Isaacs, 2005).

#### Gjennomføring av kafébesøket

Gjennomføring av kafébesøket forutsetter en del praktisk tilrettelegging: Viktig element i dialogkafé-settingen er at deltakere føler seg velkommen. Klasserommet ble innredet for å likne mest mulig på en kafé: små bord med duk og servietter, levende lys og en velkomsthilsen på tavla. Hensikten var at denne rammen skulle bidra til uformell og inkluderende atmosfære. Det ble lagt papirark, penner og fargestifter på bordene. Stu-

## «Kafévertens oppgave er å skape åpenhet.»

dentene ble servert kake og frukt. Ved hvert bord var det plass til fire eller fem deltaker. Én deltaker ved hvert bord fungerte som kafévert og sørget for at alle følte seg komfortable og følelsesmessig trygge. En overordnet utfordring for kaféverten

er å hjelpe deltakere til å oppnå dypere forståelse og anerkjennelse av hverandre og om temaet man undersøker. Kafévertens oppgave er å skape åpenhet slik at alle kan yte sitt beste. Verten trenger å stole på at alle deltakere har evne og vilje til å lære noe sammen. Kafégjestene trenger å stole på at de har en vert som er der for at læring kan skje (Brown & Isaacs, 2005). I vår dialogkafé ble ikke kafévertene instruert på forhånd om sin oppgave, og dette hadde vanligvis vært viktig. Ved vår kafé kjente alle gjestene hverandre fra tidligere og var ivrige etter å diskutere og prate sammen. Dermed ble det lettere å komme i gang med samtalene og diskusjonene også i denne sammenhengen. Bytting av bord gikk også greit, slik at det var god balanse i antall deltakere ved hvert bord.

Studentene skiftet bord hvert 20 minutt, bortsett fra kafévertene som ble sittende og var «ordstyrere». Ved skifting av bord, blir gruppesammensetningene endret og det kommer nye perspektiver i samtalene (Elvekrok, Smith 2013). Ved hvert bord presenterte kaféverten en case. Disse casene ble laget av en jordmor som jobber i psykososialt team ved St. Olavs Hospital, blant annet med gravide som er plaget av fødselsangst. Casene var virkelige hendelser og kasuistikker, men anonymisert og omgjort i forhold til taushetsplikten. Studentene diskuterte og reflekterte over casen og på hvilken måte en jordmor best kan hjelpe vedkommende. Det at casene var virkelige hendelser, gjorde diskusjonene praksisnære og aktuelle for alle.

Noen av jordmorstudentene hadde vært i kontakt med kvinner som er plaget av fødselsangst i praksisstudier, enten i kommunehelsetjenesten eller på fødeavdelingen, mens fødselsangst var et nokså ukjent fenomen for noen. De hadde dermed ulikt utgangspunkt for diskusjonene. Studentene fikk ingen innledende forelesning eller faglig innlegg før oppstart av kafédialogen, men for å ha en viss kunnskap om temaet, hadde studentene blitt anbefalt å lese et kompendium i forkant, som inneholdt både artikler og kapitler fra lærebøkene.

Når alle studentene hadde deltatt ved hvert bord og diskutert alle casene hadde vi en oppsummering. Fra hvert bord la kaféverten frem en oppsummering av hva deltakere hadde diskutert. Det var både tegninger, tekst og muntlige fremlegg. Det ble også da ivrige diskusjoner og mange spørsmål. Studentene hadde gode forslag i forhold til casene, og de fikk hjelp av jordmoren fra psykososialt team og læreren til å strukturere forslagene.

## Evaluering

Til slutt ble studentene bedt om å evaluere læringsmodellen. De fikk et spørreskjema med åtte spørsmål på en skala fra 1 til 5, hvor 1 var dårligst/minst og 5 var best/mest. Spørsmålene ble fritt formulert og oversatt ut fra evaluerings-skjemaet til Halsall og Marks-Maran (Halsall & Marks-Maran, 2014). Det var 19 studenter som fylte ut spørreskjemaet. SPSS, versjon 22 ble benyttet til statistisk analyse av gjennomsnittet og standardavvik.

Studentene ble bedt om å svare på spørsmål om denne måten å organisere undervisningen på var

- stimulerende
- nyttig for yrkesutøvelse
- utfordrende
- hensiktsmessig bruk av tid og
- var det et bra aktivitetsnivå i gruppene
- vurdere sine kunnskaper om temaet før kafébesøk
- vurdere sine kunnskaper om temaet etter kafébesøk
- vil du anbefale denne modellen?

Resultatene fra evalueringen er presentert i tabell 1. Svarene viser at jordmorstudentene mente at denne modellen til læring var stimulerende og at de lærte noe som de kan ta med seg til sin fremtidige yrkesutøvelse i praksis. Det var et bra aktivitetsnivå i gruppene og studentene følte at de fikk større kunnskap om temaet. I forhold til læringsutbyttet, ble studentene spurt om å vurdere sitt kunnskapsnivå både før og etter kafébesøket, og de vurderte sine kunnskaper signifikant høyere etter besøk. De vil også anbefale denne metoden til videre bruk. En student oppsummerte dagen

	Mean	Stand. Deviation
Stimulerende	4.61	.608
Nyttig for min yrkesutøvelse	4.68	.478
Utfordrende	3.68	1.250
Hensiktsmessig bruk av tid	4.32	.820
Bra aktivitetsnivå i gruppene	4.74	.452
Mine kunnskaper om temaet før kafébesøk	3.26*	.733
Mine kunnskaper om temaet etter kafébesøk	4.11*	.567
Vil du anbefale dette	4.63	.496

\* Wilcoxon Signed ranks test; Asymp. Sig. 2-tailed .000

**TABELL 1:** Studentevaluering. Mean og Stand. Deviation (SPSS, versjon 22)

på følgende måte: «I dag var det koselig å komme til skolen»

## Avslutning

Fødselsangst er et nokså vanlig men komplisert problem innen svangerskaps- og fødselsomsorgen, og det er behov for at jordmødre er beredt til å hjelpe de kvinnene som er plaget av den.

Dette kafébesøket kan indikere at kafédiallog er et egnet pedagogisk verktøy ved høyere utdanning for å lære om slike komplekse problemstillinger. Kafédiallogen engasjerer og ser ut til å øke refleksjonen over og forståelsen av slike problemstillinger. Dette forsøket om å bruke kafédiallog som pedagogisk metode viser at den kan være et alternativ til forelesninger og et nyttig tillegg til studentenes selvstudier. Kafédiallog kan også være et nyttig verktøy i forhold til fagutvikling og intern undervisning for jordmødre. ■

## Referanser:

1. Brown, J., & Isaacs, D. (2005). *World Cafe: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. California: Berrett-Koehler Publishers.
2. Delaney, C., Daley, K., & Lajoie, D. (2006). Facilitating Empowerment and Stimulating Scholarly Dialogue Using the World Café Model. *Journal of Nursing Education*, 45(1), 46.
3. Dysthe, O. r. (2001). *Dialog, samspill og læring: abstrakt forlag AS*.
4. Elvekrok, I., & Smith, K. H. (2013). *Kafédiallog som pedagogisk verktøy*. Uniped, 02.
5. Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27, 560–567. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.004
6. Halsall, S., & Marks-Maran, D. (2014). Welcome to my café: Facilitating a domestic abuse workshop for midwives. *British Journal of Midwifery*, 22 (11), 806–812.

7. Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E., & Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(4), 435–440. doi: 10.1080/00016340500432507
8. Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807–813. doi: 10.1080/00016340902998436
9. Nilsson, C., Lundgren, I., & Karlström, A. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25, 114–121. doi: 10.1016/j.wombi.2011.06.001
10. Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A., & Josefsson, A. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(2), 210–214. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12034>

# Stadig flere snuser

Snusbruken har gått kraftig opp de siste årene – også blant kvinner.

Tekst Aaste Gjernes, jordmor, Bergen

**H**elsedirektoratets kampanje «Den store sluttedagen» ble arrangert 19. oktober. Ifølge Statistisk sentralbyrå er andelen dagligrøykere gledelig nok halvert de siste ti årene. Imidlertid har daglig snusbruk gått kraftig opp, også blant kvinner. Blant unge i alderen 16–24 år bruker cirka 18 prosent snus daglig, og mange undervurderer nok risikoen for å bli avhengig.

## Erstatter sigaretter

Det hevdes fra flere hold at det er langt vanskeligere å slutte med snus enn det er å slutte med tobakk. Paradoksalt nok begynner mange med snus for å kvitte seg med røyken. Å røyke har etter hvert blitt svært lite akseptert og mange røykere opplever seg stigmatisert. Da er snusing langt lettere å ty til. Ikke lukter det og ikke krever det at du for eksempel må gå utendørs. I tillegg er det i mange miljøer både fullt akseptert – litt kult – og ingen motforestillinger mot snusing. Helsenerisiko ved snusing er det tilsynelatende lite snakk om foreløpig. For å øke bevisstheten om denne formen for nikotinavhengighet



**SNUSER:** Det er stadig flere kvinner som snuser, og en del begynner når de skal slutte å røyke. Illustrasjonsfoto: Scanpix/Jann Lipka / Mira / Samfoto.

## Hold deg oppdatert

Det er svært viktig at vi som jordmødre er oppdatert og at vi tar opp temaet

når det gjelder de gravide er det selvsagt skadevirkninger på fosteret vi er mest opptatt av.

Det finnes flere gode sluttetips og verktøy, og på Helsedirektoratets side finner du en rekke nyttige lenker og adresser. De som ønsker det, kan laste ned appen «Slutta» i Appstore eller Google play – tilgjengelig døgnet rundt.

Jordmorforbundet oppfordrer jordmødre til å gjøre seg kjent på nettadressene [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Anbefal gjerne Røyketelefonen også til snusere, samt «Slutta» på mobil og Facebook. ■

## «Helsenerisiko ved snusing er det tilsynelatende lite snakk om.»

og å øke kunnskap om helsenerisiko ved bruk av snus, lanserte Helsedirektoratet i oktober en ny kampanje rettet spesielt mot ungdom. Kampanjen er hovedsakelig digital og foregår der en treffer ungdom.

snusbruk i svangerskapsomsorgen. Helsepersonell bør stå samlet om holdninger som tar avstand fra bruk av snus. Vi vet etter hvert at mye av det viktigste forebyggende helsearbeid som gjøres for et menneske skjer i svangerskapet, og



## Spre informasjonen!

**Kontaktperson:** Hanne Graarud Steien  
**Mobil:** 970 83 868  
**E-post:** hanne@hannegs.no

Fyrhuset, Åsgård Sykehus

### Tromsøkurset

10. – 12. februar 2016

Kurset er rettet mot helsepersonell som arbeider med premature og syke nyfødte barn. Blant foreleserne finner vi Mads Gilbert (lege), Claus Klingenberg (lege) med flere.

For mere informasjon gå inn på [www.unn.no/tromsøkurset](http://www.unn.no/tromsøkurset)

Oslo

### Nasjonal kompetansetjeneste for amming arrangerer Ammeveiledningskurs Trinn III og IV

4. – 5. april 2016

Kurset vil bli holdt på Thon Conference Vika Atrium i Oslo med mulighet for overnatting på konferansehotellet.

Deltakerne på kurstrinn III er etter endt kurs:

- Motivert til å gi forskningsbasert ammeveiledning
- Oppdatert i teoretisk kunnskap om forebygging og behandling av de vanligste ammeproblemer og komplikasjoner

Clarion Hotel Tyholmen, Arendal

### Kunnskaper om seksuelt overførbare infeksjoner

30. – 31.mai 2016

Den norske legeforening arrangerer oppdateringskurs av kunnskaper om seksuelt overførbare infeksjoner.

For påmelding send e-post til [unadue@ous-hf.no](mailto:unadue@ous-hf.no)

### Nordisk jordmorkonferanse

På vegne av Den svenske foreningen for Jordmødre er det en glede å ønske deg velkommen til Göteborg og NJF (Nordiskt Jordmøderförbundet) Kongressen 12. – 14. mai 2016. Temaet «Midwives4all» reflekterer ikke bare jordmødres rolle i Norden og globalt, men også at jordmødre jobber for alle kvinner, menn og barn. Å sikre at seksuell og reproduktiv helse og rettigheter prioriteres i post-2015 agendaen er avgjørende for å oppnå fremgang på den generelle helsen og utviklingsagendaen.

The Cube, Clarion Hotel & Congress Oslo Airport

### Jordmorforbundet NSF's fagdag 2016

26. september 2016

Årets store fagdag for jordmødre arrangeres i år i forbindelse med sykepleiekongressen 2016.

Sett av dagen! Mer info kommer.

The Cube, Clarion Hotel & Congress Oslo Airport

### Ny tid, nye roller – Sykepleierkongressen 2016

27. – 28. september 2016

Norsk Sykepleierforbund arrangerer i 2016 landets største konferanse for helsepersonell. Nærmere 1700 sykepleiere møtes på fagkongressen som arrangeres for alle sykepleiere. Målet med kongressen er å skape et unikt forum for kunnskapsformidling, gi faglig oppdatering og verdifull inspirasjon og la sykepleiere fra ulike felt innen faget utveksle kunnskap og erfaringer og derved synliggjøre viktig kompetanse overfor hverandre, overfor andre aktører innen helsetjenesten og samfunnet for øvrig. Kongressen er under planlegging. Hold av datoene allerede nå.



13.5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM  
LEVONORGESTREL

## Jaydess minispiral - kan være et alternativ for unge kvinner

### Egenskaper:

- Lav hormondose
- Lokal effekt i livmoren
- Inneholder kun gestagen - ingen økt tromboserisiko har blitt påvist <sup>3</sup>
- Hormonspiral endrer ikke fremtidig fertilitet
- Liten risiko for brukerfeil
- Tynt innføringsrør
- Varighet i 3 år

- **94 %** av behandlere syntes Jaydess er enkel å sette inn <sup>1</sup>
- **72 %** av kvinnene opplevde mild eller ingen smerte ved innsetting av Jaydess <sup>1</sup>
- Jaydess er nå, på samme måte som andre langtidsvirkende prevensjonsmidler, inkludert i bidragsordningen for jenter 16-19 år <sup>2</sup>

**Indikasjon:** Antikonsepsjon.

### Bivirkninger:

Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Smerter i abdomen/øvre genitalier. Akne/seboré. Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyster på eggstokkene, vulvovaginititt. Hodepine.

Jaydess er ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset.

Kvinner bør informeres om symptom på og risiko for ektopisk graviditet ved bruk av spiral.

## C Jaydess ▼ «Bayer AB»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

**INTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg:** Hvert intrauterint innlegg inneeh.: Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsiloksanestaster, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, sølv. Farvestoff: Jernoksid (E 172).<sup>1</sup>

**Indikasjoner:** Antikonsepsjon i opp til 3 år.

**Dosering:** Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opp til 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonssyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsettning post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opp til 12 uker post partum. Ved vanskelig innsettning og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsettning, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Fysisk undersøkelse ikke er ikke alltid tilstrekkelig for å utelukke delvis perforasjon. Inneholder sølvring og bariumsulfat som er synlig ved bruk av hhv. ultralyd og røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 3. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen og samleie har forekommet i løpet av den siste uken, er det risiko for graviditet dersom det ikke settes inn et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsett leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumorer. Nedsett nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn og ungdom: Ikke indisert før menarke. Ungdom <18 år: Sikkerhet tilsv. som hos voksne. Effekt forventet lik som hos voksne. Eldre: Ikke undersøkt hos kvinner >65 år eller hos postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsettning anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsettning av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i innsettingsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsettning. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet eller åpnet. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/innsettning.

**Kontraindikasjoner:** Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervisitt eller vaginit. Post partum endometritt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterus anomal, inkl. myomer som kan påvirke innsettning og/eller plassering av innlegget (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang. Migrene: Lokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer som forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykket, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosestoleransen, og blodglukosenivået bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsettning skal det informeres om risiko/risiko ved bruk, inkl. tegn og symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalutstryk. Graviditet og seksuell overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for innsettning bør følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettningsteknikk. Innsettning og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Noe legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsettning for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. Total risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinner. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Ved graviditet under bruk må risiko for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved ubleilte menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør overveies nøye, særlig hos kvinner som ikke har fått barn. Ikke førstvalgt som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekt på menstruasjonsmønsteret er forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktiviteten. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig i de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødningsmengde og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Uregelmessige blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 22,3% og 11,6%. Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og inføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforsurening under innsettning føre med seg mikrober til øvre genitalier. Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsettning og deretter avtappende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuell overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter innsettning, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. Indisensen av utstøting er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøting kan omfatte blødninger eller smerter. Delvis/fullstendig utstøting kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglet prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig, dersom graviditet er utelukket. Kvinner bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan skje, særlig under innsettning, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer med innsettning og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsettning, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amning ved innsettning og innsettning <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. Dersom uttakstrådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøting og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, bør mulig utstøting/perforasjon vurderes. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokaliserings. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikulutvikling, frigjøring av oocyter og follikelutløsning hos fertile kvinner. Ibland forsøkes follikelutløsning, og follikelutviklingen kan fortsette. Disse forstyrrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemorragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cyster er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstyrrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Samtidig bruk av legemidler som inducerer leverenzymene, spesielt CYP450-enzymene, kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønnshormoner. Hemmere av enzymer som inngår i legemiddelmetabolisme kan øke serumkonsentrasjonen av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsettning er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradiert. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsettingsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuell område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget.

Graviditet, amning og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, hvis ikke øker risikoen for spontanabort og prematur fødsel. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditeten må rapporteres, f.eks. krampelignende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig virulensende effekt på jentefostet tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amning: Vanligvis ingen skadelig effekt på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestreløsen går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. Ca. 80% av de som ønsket det ble gravide ≤12 måneder etter uttak.

**Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyster på eggstokkene, vulvovaginit. Neurologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopesi. Kjønnsganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerte/ubehag, utstøting av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Neurologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/10000): Kjønnsganer/bryst: Perforasjon av uterus (ved amning ved innsettning og innsettning <36 uker etter fødsel er frekvensen «mindre vanlig»). Følgende er sett ved innsettning/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet og synkope ved innsettning. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioedem.

**Egenskaper:** Klassifisering: Intrauterint innlegg med levonorgestrel. Virkningsmekanisme: Frigjør levonorgestrel lokalt i livmoren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progesteronreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østrolid, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer sparmiene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og egglederne hemmer spermpermobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1 år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3 år. Absorpsjon: Tmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som frit stoff. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmaclearance ca. 1 ml/minutt/kg. Metabolisme: Metaboliseres i stor grad, primært via CYP3A4. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

**Pakninger og priser:** 1 stk. kr 1100,40  
**Sist endret:** 07.09.2015



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

- Skjemmet 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.