



Jordmora

NR. 2-2016 • ÅRGANG 14

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



Ett barn
– to mødre

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@hannegs.no

REDAKSJONS RÅD

Hanne Graarud Steien, Linn Holberg, Eli Aaby, Aaste Gjernes, Raija Dahlø, Cathrine Beate Hylderås Opdan, Ellen Rebecca Andreassen

ANNONSER OG ABONNEMENT

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

HJEMMESIDE

www.jordmorforbundet.no

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO

Colourbox

NESTE UTGAVE

8. oktober 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. 2-2016 • ÅRGANG 14

- 3 Leder
- 4 Bli medlem
- 5 Nyheter fra redaktøren
- 6 Smånytt
- 8 Glemt krise i Pakistan
- 12 Medmor – eller en ekstra mamma?
- 15 Dikt
- 16 Viktig om dødfødsel
- 17 Advarer gravide mot snus
- 18 Tilbakeblikk
- 20 Norsk perinatalmedisinsk forening
- 21 Ny rapport om dødelighet
- 22 Look to Sweden
- 31 Bli oppdatert om prevensjon
- 32 På plakaten
- 34 Tre på gangen

«I Sverige har jordmødrene oppgaver som tradisjonelt tilhører legene.» Side 22



34



22



17

■ LEDER:
Hanne Schjelderup - Eriksen



Vi får gjennomslag for vår politikk!

Arbeiderpartiet og Senterpartiet har bedt helseministeren reddegjøre for den økonomiske, bemanningsmessige og kvalitetsmessige situasjonen ved fødeavdelingene på sykehusene. De er spesielt bekymret over at den faglige anbefalingen om at alle fødende skal sikres jordmor til stede i aktiv fase av fødselen ikke følges tilstrekkelig opp. Dette skjer på bakgrunn av at våre medlemmer dokumenterer faktiske forhold. Politikerne henviser, i tillegg til vår medlemsundersøkelse, til en rekke mediesaker med Jordmorforbundet NSF. Gjennom medlemsundersøkelsen kartla vi forholdet mellom oppgaver og jordmorressurser på norske fødeinstitusjoner og i kommunehelsetjenesten. Våre funn viser at jordmormangelen er prekær:

- 94 prosent av jordmødrene har ansvar for andre pasienter samtidig som de har omsorg for en aktivt fødende.
- Over 40 prosent av jordmødrene oppgir at det hender at de ikke overvåker kvinnen og det ufødte barnet tilstrekkelig. (50 prosent på fødeklinikk får ikke overvåket barnet i fødsel tilstrekkelig, mens bare 11 prosent oppgir dette i jordmorstyrt enhet/fødestue.)
- 20 prosent svarer at det har vært en reduksjon i antall jordmødre der de jobber, til tross for et økende antall fødsler.

En svarprosent på over 80 viser at jordmødrene er svært engasjerte i dette! Svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge holder svært høy kvalitet, men undersøkelsen vår får fram at det likevel er mange ting å ta tak i. Jordmorforbundet NSF mener at utviklingen må styres gjennom andre virkemidler enn dagens finansieringsmodell for å opprettholde en trygg og forsvarlig fødselsomsorg. Kvalitetskravene til kvinneklinikkene må i framtiden beskrives i oppdragsdokumentene til helseforetakene.

Et annet eksempel på vår politiske gjennomslagskraft finner vi fra regjeringspartiet Venstre. Jordmorforbundet NSF samarbeidet med Venstres oppvekstutvalg. Resultatet av arbeidet er en økt satsing på familiepolitikk, blant annet gjennom en styrket jordmortjeneste. Venstre er opptatt av at svangerskapet og det første leveåret har stor betydning for resten av barnets liv, og vil derfor gi alle gravide og småbarnsforeldre tett og kvalifisert oppfølging av jordmor. Jordmor bør ha en større rolle også etter fødsel, slik at nybakte foreldre sikres kontinuitet og tett oppfølging fra svangerskap og inn i barseltiden. Venstre vil:

- Ha en forpliktende nasjonal opptrappingsplan for jordmor-, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og bringe jordmortjenesten opp på nivå med Helsedirektoratets anbefalinger.
- At familier sikres et nært og tilgjengelig fødetilbud uavhengig av bosted i landet vårt, grunnet landets geografiske og værmessige utfordringer.

- At kvinner som ønsker hjemmefødsel med jordmor skal ha mulighet til det.
- At fødende kvinner sikres trygg fødsel også ved lang transport til fødested.
- Sikre at kommunene overholder Helsedirektoratets barselretningslinjer. Alle som har født skal få hjemmebesøk av jordmor og helsesøster innen henholdsvis tre og ti dager etter fødsel.
- Endre finansieringsordningen for jordmortjenesten slik at det blir mer attraktivt for kommuner å ansette jordmødre.

Venstre understreker videre at en god jordmortjeneste yter grunnleggende tjenester i svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen som virker helsefremmende og forebyggende. Helsestasjonen, lavterskeltilbudet som når alle barnefamilier, må derfor sikres en forpliktende opptrappingsplan og et bedre finansieringssystem.

NSF har fått gjennomslag for øremerking til stillinger i helsestasjon og skolehelsetjenesten for 2016. Dette er en viktig seier for oss, med gjennomslag for våre krav om øremerking. Ordninger er fra før av på 28,3 mill. kroner, og det betyr at hele 128,3 millioner kroner nå øremerkes til stillinger for jordmødre og helsesøstre i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte Jordmorforbundet NSF på innspillmøte for å drøfte framtidens jordmortjeneste. Vi ønsket tilbakemelding på hvordan punktet i regjeringserklæringen om å styrke den kommunale jordmortjenesten blir fulgt opp. Jordmorforbundet NSF understreket i møtet at flere virkemidler er nødvendig for å sikre en god og helhetlig oppfølging av jordmødre. En formell henvisningsadgang til gynekolog må på plass, i tillegg til en sykmeldingsadgang for å redusere unødige sykmeldinger i svangerskapstiden. Vi presiserte at dagens takstsystem ikke bidrar til å styrke jordmortjenesten, eller til den ønskede aktiviteten i tjenesten. Jordmødrene må utrustes slik at de blir i stand til å fylle nåværende rolle på en god måte. Det forutsetter at jordmortjenestene styrkes betydelig og at kompetansetiltak iverksettes. Vårt budskap til HOD var at det bør vurderes om andre lavterskeltilbud enn fastlegen kan møte utfordringer knyttet til kvinnehelse. Flere helsestasjoner for ungdom, og en utbedring av Studenthelsetjenesten, vil skape et godt og naturlig tilbud for unge kvinner.

Jeg ønsker dere alle en strålende sommer!

Hanne Schjelderup-Eriksen

LEDER JORDMORFORBUNDET NSF

Bli medlem

Vi ønsker DEG som medlem i norsk perinatalmedisinsk forening!

Hva er norsk perinatalmedisinsk forening – NPF?

NPF er uavhengig organisasjon, stiftet i 1987, og har som formål å spre kunnskap og interesse for perinatalmedisin. NPF arrangerer nasjonale og internasjonale møter og engasjerer seg i viktige perinatalmedisinske spørsmål. Foreningen ønsker å være en tydelig, fagpolitisk pådriver innen nasjonal og internasjonal perinatalmedisin.

NPF ønsker deg som arbeider med perinatalmedisin i ditt daglige virke som medlem, enten du er gynekolog/obstetriker, sykepleier, jordmor eller barnelege. For at NPF skal være en sterk og slagkraftig forening, er det veldig viktig at flest mulig profesjonelle helsearbeidere innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og nyfødtdmedisin slutter opp om foreningen, melder seg inn som medlem, og er med på å utvikle faget og foreningen.

Som medlem i NPF har du møte- og stemmerett ved generalforsamlingen som finner sted under perinataldagene. Perinataldagene arrangeres i november hvert år, og er en viktig arena for faglig og sosialt påfyll. Arrangementet skal stimulere til tverrfaglig samarbeid, fagutvikling, forskning og vennskap på tvers av de perinatalmedisinske profesjoner. Medlemmer i NPF har også mulighet til å bekle verv for NPF. Du kan holde deg oppdatert på nyheter via vår nettside [grupper/Norsk-perinatalmedisinsk-forening/ eller vår Facebook-side.](http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barnelegeforening/Interesse-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Kontingenten er kr 300 pr. år og har ikke vært økt på flere år da vi heller ønsker å favne så mange perinatalmedisinere som mulig i foreningen.

Meld deg inn i NPF!

Gyro Conference AS fører foreningens medlemslister. Du melder deg lettest inn som medlem via denne linken eller ved å sende en e-post til Guro Steine hvor du oppgir navn, adresse og yrkestittel. Når innmeldingen er mottatt, vil du få tilsendt en giro for betaling av medlemsavgift.

Verve medlemmer?

Dersom du verver minst 2 medlemmer vil du få gratis medlemskap i ett år, dette gjelder både nye medlemmer og de som allerede er medlem. Send en epost til guro.steine@gyro.no med informasjon om navn, arbeidssted og yrkestittel på de du har vervet.

Velkommen som medlem i NPF!

 Norsk perinatalmedisinsk forening
Norwegian Society of Perinatal Medicine



■ **LEDER:**
Hanne Graarud Steien



Nyheter fra redaktøren

Det har vært stor aktivitet de siste månedene i Jordmorforbundet, og flere har fått gleden av å delta på kongresser og fagdager. I mai var det Nordisk Jordmorkongress hvor Janne Teigen fra Norge holdt foredrag. Det ble faglig påfyll, og nye bekjentskap med jordmødre fra våre naboland.

Vi har i denne utgaven tatt med en oppgave som omhandler nettopp hvordan jordmødre i Sverige jobber med helhetlig kvinnehelse. Jordmortjenestene er godt implementert i helsetilbudet i Sverige. Jordmors kunnskap og kompetanse benyttes i helhetlig omsorgsarbeid med kvinnehelse, seksuell og reproduktiv helse i et livsløp. Kanskje vi har noe å hente derfra?

Jordmødre og helsesøstre kan nå rekvirere alle typer prevensjonsmidler til kvinner over 16 år, og rekvireringsretten er knyttet til autorisasjon og helsepersonellnummer. Den nye rekvireringsretten gir oss flere utfordringer og muligheter, og du kan også i denne utgaven få med deg mer informasjon angående dette.

Flere lokallag rundt om i landet begynner nå å bli mer aktive, og det er medlemmene våre veldig glad for. Blant annet arrangerte faggruppen i Telemark en fagdag med to foredragsholdere som ga et faglig foredrag med

et følsomt tema om det å miste et barn, og oppfølging av helsepersonell etter kritiske hendelser. Du kan i denne utgaven lese litt om fagdagen, og kanskje det kan være med på å inspirere flere til å lage lokale arrangement.

Jordmorforbundet NSF er aktive på sosial medier. Følg oss på Facebook, Instagram og Twitter! Det legges kontinuerlig ut hva som rører seg i faget vårt, og forskning og nyheter og politikk deles fortløpende. Og det er også rom for diskusjoner, noe som er spennende og interessant. Besøk også nettsiden vår jordmorforbundet.no.

Har du noe på hjertet og kjenner på skrivekløen, må du gjerne ta kontakt med oss i redaksjonen. Vi er interessert i hva som rører seg der ute, og hører gjerne fra deg.

Sommeren nærmer seg, og fri og late dager skal nytes! Legg Jordmora i badevesken sammen med solkremen, og nyt sommeren som endelig har kommet.

Hanne Graarud Steien

JORDMOR OG REDAKTØR

Flotte vervepremier

Verv et medlem til Jordmorforbundet NSF og vær med i trekningen av totalt fire studieturer for to personer til ICM Toronto våren 2017. I tillegg til NSF's ordinære vervepremier er du med i trekningen av den nyeste utgaven av iPhone 6. Verveperioden gjelder til 1. januar 2017.

Skjema finner du på www.jordmorforbundet.no eller ved å scanne QR-koden på side 4 i denne utgaven av Jordmora.



Tar ut færre dager

Fedrekvoten ble i 2014 redusert fra 14 til 10 uker. Konsekvensen av dette er at stadig flere fedre i gruppen tok 10 uker permisjon i fjor. I 2015 tok 16 prosent av fedrene 14 uker permisjon, og 19 prosent av fedrene tok 10 uker. Andelen fedre som benytter seg av 10 uker permisjon forventer å øke ytterligere i løpet av 2016, mens man tror at andelen fedre som tar ut 14 uker blir noe lavere.

Kilde: nav.no

SMÅNYTT

For mye antibiotika

Norske leger må skrive ut færre antibiotikaresepter de neste årene dersom målene i den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens skal nås. Det er et av funnene i Folkehelseinstituttets rapport «Reseptregisteret 2011–2015». Antibiotikaresistens er et økende problem over hele verden. Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015–2020 og Handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helsetjenesten har fastsatt mål for reduksjon av antibiotikabruk i Norge. Ett av målene er at antibiotikaforskrivningen skal reduseres fra 450 resepter per 1000 innbyggere per år i 2012 til 250 resepter per 1000 innbyggere per år innen 2020. Antall resepter per 1000 innbyggere per år er redusert til 390 i 2015. Det må en større årlig reduksjon til for å nå de nasjonale målene. I 2015 fikk 22 prosent (1,2 millioner) av befolkningen utlevert et antibiotikum på resept minst én gang mot 26 prosent (1,3 millioner) i 2012.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



«Er du glad i livet, så er du glad i barn.» Per Fugelli

Nyttig app om etikk

Hva gjør du som sykepleier om pasienten nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Eller hvordan takler du det, om du ikke får tid til å sitte hos en døende? Hva er egentlig rett og hva er galt? Sykepleien har utviklet en app som kan gjøre det litt enklere for sykepleiere å ta beslutninger i vanskelige situasjoner. De har samlet over 40 artikler rundt temaet etikk, forfattet av eksperter

innen området. Her kan du muligens få noen nyttige tips og svar som kan løse dine egne dilemmaer. I appen finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet.

Alle artiklene er tidligere publisert i Sykepleien. Etikk-utgaven i Sykepleiens app for nettbrett, kan lastet ned gratis fra AppStore eller Google Play.

Kilde: Sykepleien



Sliter med anatomi

Nesten 30 prosent av sykepleierstudentene strøk på en deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi i fjor. Det var NOKUT som arrangerte den frivillige nasjonale deleksamen for sykepleierutdanningene. Over 1700 studenter på bachelorporgrammer fra tolv utdanningsinstitusjoner deltok, og flertallet av studentene var fra første semester. Kun to av institusjonene hadde et karaktersnitt på C, mens seks hadde E, eller i nærheten av E, som gjennomsnittlig resultat.

Kilde: NTB

Sykepleien på øret

Du kan nå lytte til Sykepleien. I februar lanserte de nemlig sin nye podcast, med spennende intervjuer, reportasjer og faglig oppdateringer. I sine to første episoder kunne man høre om sansehager som terapeutisk miljø og om kunnskapsbasert praksis. Podcasten finner du på Itunes og via Apples podcast-app. Du kan også abonnere på podcasten. Da går du ikke glipp av en eneste episode.



Fullammer ikke lenge nok

Mange ikke-vestlige kvinner gir barna vann og morsmelkerstatning for tidlig. Men til gjengjeld er de flinkere til å lage hjemmelaget mat til barnet når de er over 1 år. Navnit Kaur Grewal ved Høgskolen i Oslo og Akershus har funnet ut dette. Hun har forsket på ammepraksis og kostholdt blant norsk-somaliske og norsk-irakiske barn ved seks og 12 måneders alder.

Kilde: HIOA



Tekst T. Gjesdal og J. Alvik Foto Colourbox

Enkel test finner kromosomavvik

En blodprøve av mors blod for å teste kromosomavvik hos fosteret er mer treffsikker enn dagens tester, viser en ny metodevurdering fra Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet. Blodprøven kan redusere mer inngripende prøver av morkake og fostervann. Hos gravide kvinner finnes en liten del av et fosterets cellefrie DNA i den gravides blod. Denne andelen kan analyseres ved en metode som heter non-invasive prenatal testing (NIPT) av den gravides blod. Hittil har den mest vanlige testen vært en såkalt KUB-test, som består av en kombinert blodprøve og tidlig ultralyd.

I metodevurderingen har forskerne besvart spørsmål om NIPTs diagnostiske treffsikkerhet for påvisning av såkalte trisomier hos fosteret under mors graviditet, samt kliniske, helseøkonomiske og etiske konsekvenser knyttet til eventuell innføring av NIPT i et nasjonalt program i svangerskapsomsorgen.

– Basert på forskningen ser det ut til at det er en vesentlig bedre diagnostisk treffsikkerhet ved NIPT sammenlignet med dagens KUB-test. Dette vil medføre at færre trenger å ta fostervannsprøve eller morkakeprøve, sier seniorforsker Lene Kristine Juvet ved Kunnskapscenteret.

Fostervannsprøve og morkakeprøve kalles også invasive tester, og prøvetaking er forbundet med økt risiko for spontanabort på om lag 0.5 prosent.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no



Gonoré-rekord

Antall registrerte gonerétifeller er rekordhøyt. Faktisk det høyeste på 25 år, rapporterer Folkehelseinstituttet. 851 tilfeller av gonoré ble diagnostisert i fjor, mot 682 tilfeller i 2014. Blant de 851 tilfellene var det 690 menn og 161 kvinner som fikk påvist smitten. Av mennene var 444 smittet homoseksuelt. Alle kvinnene var smittet heteroseksuelt. Forekomsten av syfilis holder seg også høyt, til tross for at meldte tilfeller gikk noe ned. Tilfeller blant menn som har sex med menn holdt seg nærmest uforandret høyt i 2015, mens for heteroseksuelt smittede kvinner og menn har antallet gått noe ned. I 2015 ble det meldt inn 172 tilfeller av syfilis mot 189 tilfeller i 2014. Men selv om meldte tilfeller av syfilis gikk noe ned, er forekomsten vesentlig høyere enn det som var vanlig for få år siden.

Kilde: FHI

Glemt krise i Pakistan

Hver dag dør 530 nyfødte i Pakistan på grunn av underernæring, kulturelle hindringer og mangel på jordmødre. Jordmor Dina Hovland reiste dit for å hjelpe.

Tekst **Tonje Dahlbak**, kommunikasjonsrådgiver, Leger uten Grenser

Til daglig er Dina Hovland jordmor på Ullevål sykehus. Hun har vært på oppdrag med Leger Uten Grenser i Pakistan – landet der 194.000 nyfødte dør før de er én måned gamle.

– Jeg husker spesielt én kvinne. Hun hadde vært gravid fire ganger og født fire barn. Likevel var hun barnløs. Alle hadde dødd rett etter fødselen. Da hun kom til vårt sykehus, var hun redd. Redd for at det samme skulle skje igjen da hun var gravid for femte gang. Jeg var engstelig for at barna hadde dødd på grunn av noe fysiologisk, kanskje en kromosomfeil. Da kunne det jo skje igjen, forteller Hovland. Men fødselen gikk fint, fortsetter hun. Barnelegen var til stede og lettelsen var stor når kvinnen to dager senere reiste hjem med et friskt barn.

– Jeg møtte altfor mange kvinner som hadde gått hjemme for lenge med feil behandling. Konsekvensene kunne

– Kvinner trenger følge av et mannlig familiemedlem for å komme seg til sykehus. Og noen steder er det usikkert om kvinnene blir respektert på sykehusene. Derfor velger mange å føde hjemme istedenfor, forteller Hovland.

Den største provinsen i Pakistan – Balutsjistan – er for eksempel også rammet av konflikt og naturkatastrofer. Dette gjør reisen til klinikken farligere og vanskeligere. Det er ikke akkurat tilrettelagt for å føde på sykehus, forteller Hovland.

Dårlig oppfølging

Ifølge Verdens helseorganisasjon, føder halvparten av kvinnene i Pakistan hjemme uten kvalifisert fødselshjelp. Kombinert med dårlig oppfølging i svangerskapet, kan dette være livsfarlig for både mor og barn.

Leger Uten Grenser tilbyr svangerskapsoppfølging i avsidesliggende

Feil medisinbruk

De fleste som føder hjemme, får hjelp av familie eller naboer i stedet for kvalifisert helsepersonell. Dina forteller at man ser flere tilfeller av kvinner som på egenhånd bruker oxytocin for å intensivere riene.

– I Pakistan kan man kjøpe oxytocin på lokale markeder til en billig penge. Mange bruker dette hjemme som induksjon for at det skal gå fortere. Jeg har dessverre sett altfor mange alvorlige konsekvenser på grunn av feil bruk av slike medisinene, sier Hovland.

Få kvinner og barn får også viktig oppfølging etter fødselen. Rundt én av nyfødte blir født med lav fødselsvekt. Underernæringen gjør nyfødte dårlig rustet til å klare seg.

Lite hjelper mye

På verdensbasis dør det hvert år 3,3 millioner nyfødte før de blir en måned gamle, og ytterligere tre millioner er dødfødte.

– Jeg var frustrert og sint i Pakistan. Det var så mange skjebner som lett kunne vært unngått – kvinner som mistet barn fordi de ikke hadde fått den hjelpen de trengte og skulle ha. Det er så lite som skal til.

Å redde nyfødtes liv og forbedre spedbarns helse krever, ifølge Hovland, ikke ny forskning, dyr infrastruktur eller dyrt utstyr. Enkle tiltak kan utgjøre en forskjell.

– Det er behov for enkle tiltak som tidlig amming, holde babyen varm, riktig behandling og kutting av nav-

«Rundt én av fire nyfødte blir født med lav fødselsvekt.»

Dina Hovland



bli et dødfødt barn og alvorlig blødning hos mor. Jeg opplevde også at kvinner døde på vei til sykehus, forteller Hovland.

Konflikt og mangler

Mangel på tilgang til jordmødre og leger, kulturelle hindringer og underernæring er noen av grunnene til at så mange nyfødte dør.

delers av Pakistan. Likevel slutter mange gravide kvinner å komme etter første konsultasjon.

– Jeg har opplevd at både flere kvinner kommer for sent og først føder et dødt barn, før de kommer til oss. Eller at barna er født hjemme og er veldig syke når de kommer til oss. Oppfølging under et svangerskap er like viktig i Pakistan som her hjemme i Norge, sier Hovland.

lestreng, tidlig helsesjekk og oppfølging av babyer med lav fødselsvekt og tidlig fødte.

– Løsningen er med andre ord bedre tilgang til helsetjenester. Det er avgjørende å bygge opp et skikkelig helse-tilbud. Det vil være en komplisert og langvarig prosess, og må ledes av politiske myndigheter, sier Hovland.

Trenger jordmødre

Selv hadde Hovland vært ute på mer enn 10 oppdrag som sykepleier da hun bestemte seg for å videreutdanne seg til jordmor.

– Jeg så de enorme behovene i land som Somalia, Uganda, Sudan og Libya. Uansett om det er krig, naturkatastrofe eller epidemi, føder kvinner og det er alltid stort behov for jordmødre i felt.

Nå har hun vært på sitt første oppdrag som jordmor, noe hun sterkt anbefaler.

– Det er veldig sterkt. Du får være med på de største øyeblikkene i menneskers liv, samtidig som du vet at du gjør et viktig arbeid.

Leger Uten Grenser trenger jordmødre som kan reise på oppdrag som varer fra seks til tolv måneder.

– Vi trenger jordmødre som kan reise på gjentatte oppdrag, fordi de da kan ta på seg mer og mer ansvar for hver gang de reiser ut, sier Hovland.

Trillingfødsel

Oppdraget i Pakistan ble også spesielt, fordi Hovland for første gang tok imot trillinger.

– En av de største opplevelsene var da vi gikk i gang med det vi trodde skulle være en tvillingfødsel.

Hovland og teamet tok først imot en frisk og fin gutt, så én til og stusset over at magen fremdeles var stor.

– Jeg lyttet, og hørte plutselig fosterlyd. Det å få ta imot tre friske barn fra en mor er en veldig stor opplevelse. Det er kanskje den eneste gangen i livet jeg fikk være med å ta imot trillinger. ■



ENKLE TILTAK: Å redde nyfødtes liv krever enkle tiltak som blant annet tidlig amming og holde babyen varm. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



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 påvist³
- Hormonspiral endrer ikke fremtidig fertilitet
- Liten risiko for brukerfeil
- Tynt innføringsrør
- **Varighet i 3 år**

- **94 %** av behandlere syntes Jaydess er enkel å sette inn¹
- **72 %** av kvinnene opplevde mild eller ingen smerte ved innsetting av Jaydess¹
- Jaydess er nå, på samme måte som andre langtidsvirkende prevensjonsmidler, inkludert i bidragsordningen for jenter 16-19 år²

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, cyste på eggstokkene, vulvovaginitt. 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.

Ref 1: Gemzell-Danielsson K, Schnellschmidt I, Apter D. Fertility and Sterility. Vol 97, No 3/March 2012

Ref 2: www.nav.no/rettskildene/ Rundskriv, bidrag til spesielle formål §5-22, 31.12.2014

Ref 3: Lidegaard Ø. Expert Opin- Drug Saf. (2014) 13(10):1353-1360

C Jaydess ▼ «Bayer AB»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg: Hvert intrauterint innlegg inneholder: Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsiloksanestomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, sølv. Fargestoff: Jernoksid (E 172).1

Indikasjoner: Antikonsepsjon i opptil 3 år.

Dosering: Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonssdag. Har effekt i opptil 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonssyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetning post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsknet involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetning og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetning, 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 infakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumorer. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn og ungdom: Ikke indisert for merknær. 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:** Innsetning anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsetning av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i innsetningsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetning. Skal ikke steriliseres på nytt. Hånderes aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet eller åpent. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelse/innsetning.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervittis eller vaginitis. Post partum endometriitt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesteronsensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetning 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, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, mørk løring i blodtrykket, alvorlig arteresyklus (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen, og blodglukosenivået bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsetning skal det vurderes om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn og symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynecologisk og trykundersøkelse og cervikaltstryk. Graviditet og seksuelt overførte sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmors plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for innsetning bør følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsetningsteknikk. Innsetning og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetning 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 utelitte 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 førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekten på menstruasjonssyklusen 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 undertrykkning av endometriet reduksjon i blødningsmengde og varighet og mindre. 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 iverksettes, 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 innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforsuring under innsetning 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 innsetning og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførte 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 innsetning, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometrit eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, bør innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjons symptomer. Inngielsen 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/ manglende 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. Kvinnen 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 innsetning, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer med innsetning og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsetning, bør passende tiltak umiddelbart iverksettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amning ved innsetning og innsetning <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 uoppdaget 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 lokalisering. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikul utvikling, frigjøring av oocytter og follikelatreksi hos fertile kvinner. Blant forsknes follikelatreksi, og follikelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skiller klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemoragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede 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 leverenzym, spesielt CYP450-enzym, kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønnshormoner. Hemmere av enzym som inngår i legemiddelmetabolisme kan øke serumkonsentrasjonene av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsetning er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradient. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsetningsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt 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. krampeaktige smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig viriliseringseffekt på jentefostre 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 vekt eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestrel-dosen 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 vanlig (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonssykluser, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyster på eggstokkene, vulvovaginitis. Neurologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopeci. Kjønnsganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerte/ubehag, utstøting av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Neurologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlig (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Kjønnsganer/bryst: Perforasjon av uterus (ved amning ved innsetning og innsetning <36 uker etter fødsel er frekvensen «mindre vanlig»). Følgende er sett ved innsetning/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetning. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partnern kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioødem.

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 østradiol, 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 under spermienne å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermieomlibet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% etter 3 år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3 år. Absorpsjon: Tmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspeisifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 100 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmapclearance 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

Refusjon: Jaydess har ikke generell refusjon

▼ dette legemidlet er under spesiell overvåking
Basert på SPC godkjent av SLV: 14.04.2015

Drammensveien 288,
0283 OSS,
Tlf 24 11 18 00



Bayer HealthCare

Medmor – eller en ekstra mamma?

Det er behov for å etablere en ny arbeidsmodell for å forstå den andre foreldrerollen blant lesbiske par som blir foreldre.

A få barn for første gang er en stor overgang for de aller fleste. Hva venter oss nå, hva forventer vi, hva blir annerledes i livet fra nå og hvordan kan vi best forberede oss på omveltningen? Jordmødre er gode til å besvare disse spørsmålene underveis i svangerskapet. Men hvordan er det når foreldrene bryter med forventningen om at foreldre er en mor-far-konstellasjon?

Forventningene knyttet til hva en mor skal være og hvilken rolle hun skal fylle, ligger dypt forankret i oss og vår kultur. Likeledes finner vi mange klare forestillinger om hvilken rolle far har. Jordmor har opparbeidet seg lang erfaring med å inkludere far i fødselsforberedelse og overgang til ny familiesituasjon. Men hva er en medmor og hvilken rolle har hun? Medmor er ikke et duplikat av biologisk mor, slik det gjerne blir tatt til inntekt for i bruken av termen «to mødre». Ofte kan man som medmor møte en forventning om at en er en erstatning for far, men vi er av den oppfatning at medmor er noe annet enn en far. Det er behov for å etablere en ny arbeidsmodell for forståelsen av denne andre foreldrerollen blant lesbiske par som blir foreldre.

Valg av begrep

Den kjønnsnøytrale ekteskapsloven som trådte i kraft i 2009 ga lesbiske kvinner adgang til assistert befruktning i Norge. Medmorforskriften brakte med seg et begrep om den ikke-fødende moren. Vi fikk et offisielt navn på en foreldrerolle som allerede har lang historie i landet vårt, som eksisterte lenge før medmor ble juridisk anerkjent

som forelder til barnet fra før fødsel av. Medmor er en direkte oversettelse av det engelske begrepet co-mother, men andre måter å omtale medmor på er også beskrevet i litteraturen, for eksempel ikke-biologisk mor, sosial mor eller «den andre moren». Medmødrene selv benytter sjelden begrepet «medmor» og omtaler det som et juridisk begrep. I den private sfæren er de som oftest mamma eller mor, gjerne kombinert med eget fornavn, eller de benytter ord som «Memo» eller «Baba». Det er ikke tilfeldig hvilket begrep man velger, og studier peker på at det er viktig for medmors identitet som forelder at hun slipper å definere seg som «ikke-biologisk» mor eller «den andre moren» fordi denne typen begreper skaper avstand til opplevelsen av å bli mor/forelder (Gabb, 2005). I lys av dette er det uheldig at skjemaer som benyttes i fødselsomsorgen fortsatt ikke inkluderer medmor. Det har riktignok kommet med på helsekortet for gravide, men ofte opplever lesbiske mødre at resterende skjemaer henvender seg til mor og far. En sosial synliggjøring av medmor bidrar til opplevelsen av anerkjennelse på individ- og samfunnsnivå. Usynliggjøring, på den annen side, kan bidra til følelser av utilstrekkelighet og mindreværd (Honneth, 1995).

Bryter med normer

Egne foreldre er gjerne rollemodeller for hvordan vi selv former vår egen foreldrerolle. Dernest henter vi inspirasjon fra andre signifikante voksne personer i oppveksten. Hvilke rollemodeller har medmor? Det å forme sin foreldrerolle uten særlig

Av **Bente Dahl**, førsteamanuensis, Høgskolen i Sørøst-Norge (master i jordmorfag) og styringsgruppedlem, Rosa kompetanse. Klinisk erfaring som jordmor fra føde-/barselavdeling.

Nina Sinding-Larsen, tiltaksleder, Rosa kompetanse helse og sosial i FRI. Utdannet barnevernspedagog, og bakgrunn fra barnevernsfeltet.



ULIKE OPFATNINGER: For noen medmødre er det viktig å være mamma, mens andre definerer seg først og fremst som forelder. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

grad av rettesnorer eller rådende normer gir stor frihet. På den andre siden kan det medføre en større grad av usikkerhet.

Medmødre har ulike oppfatninger av denne rollen. For noen er det viktig å være mamma, på lik linje med biologisk mor, mens andre definerer seg først og fremst som forelder og er opptatt av å finne sin egen måte å «gjøre» foreldrerollen på (Dahl & Malterud, 2015). På den måten handler medmødrenes situasjon i dag om å bryte med en etablert forståelse eller etablerte normer i samfunnet for hva en mor og hva en familie er. Det finnes ingen definisjon på hva en «riktig» familiemodell er, derimot er variasjonene store,

■ Rosa kompetanse

Rosa kompetanse er en fagavdeling i FRI – foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (tidligere LLH). Rosa kompetanse helse og sosial tilbyr kurs og kompetanseheving om kjønn, seksuell orientering og inkluderende praksis til ansatte i helse- og sosialsektoren, tilpasset det enkelte arbeidssted. Vil du vite mer om oss, kontakt post@llh.no.

og handler om alt fra å trives med en tradisjonell familieform til å ha et ønske om å vektlegge annerledeshet nettopp for å understreke viktigheten av at samfunnet bør anerkjenne ulike familieformer.

Forskjellige opplevelser

Medmor har planlagt familieførøkelsen sammen med partneren sin, og følger mor gjennom svangerskap og fødsel. Medmor kan nok gjennom svangerskapet kjenne på mange av de samme følelsene som en vordende far kan ha, som å ha et mer distansert forhold til graviditeten, ettersom det er fødemor som bærer frem barnet. Opplevelsen av å delta på ultralyd og få se barnet for første gang, eller det å kjenne de første sparkene utenpå mors mage, er erfaringer som medmor kan dele med den vordende faren. Jordmødre beskriver derimot at det

«Medmødrene selv benytter sjelden begrepet «medmor».»

kan innebære en forskjell mellom det å ha et likekjønnet par versus et ulikekjønnet par på fødestuen. Det er beskrevet at medmor kan ha en annen forståelse av hva fødemor går gjennom nettopp fordi hun er kvinne og har førstehåndskunnskap om hvordan kvinnekroppen fungerer, og at hun derfor lettere finner sin rolle på fødestuen enn mange fedre gjør (Spidsberg & Sørлие, 2012). Å ta dette for gitt bør man imidlertid ikke. Det finnes medmødre som synes det er svært utfordrende å være til stede på fødestuen og som slett ikke føler seg komfortabel med rier og smerte.

Likheter og ulikheter

Rollen som medmor skiller seg fra farsrollen på flere måter. For en far vil Pater est-regelen være gjeldende, også i de tilfeller der barnet er unnfanget ved hjelp av donorsæd. Far vil automatisk bli juridisk far til barnet så lenge far og mor er gift ved fødsel. For lesbiske par gjelder ingen tilsvarende ordning, men det må søkes om medmorskap. Deres vilkårene for å fastsette medmorskap er til

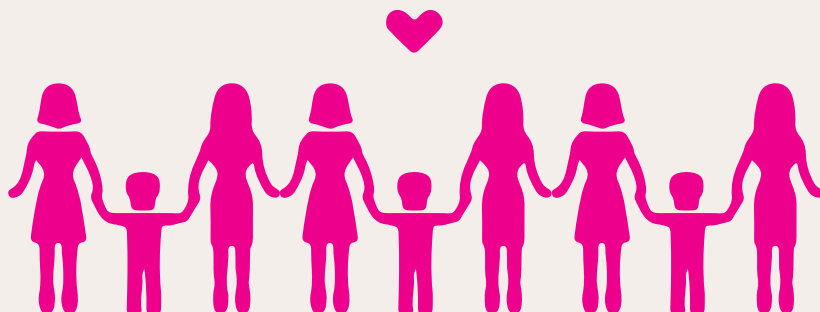
stede, gjelder lover og regler for medmor på samme måte som for far. En medmor får samme rett til foreldrepenger og plikt til å ta ut «fedrekvote». Medmor regnes rettslig som en forelder til barnet på lik linje med mor.

På ett område skiller medmorrollen seg vesentlig fra farsrollen. I og med at det kan være mulig for begge mødrene å amme barnet, bør man tenke gjennom denne situasjonen på forhånd. Medmødre opplever på den ene siden at jordmor oppmuntrer til amming, men på den andre siden mangler hun kunnskap om den praktiske gjennomføringen.

Vår erfaring etter å ha undervist jordmødre og jordmorstudenter gjennom flere år om lesbiske par som får barn, viser at behovet for informasjon er stort. Behovet for kunnskap kommer særlig til syne når det gjelder medmors situasjon. Hvor henviser jordmor to kvinner når samlivet skranter under graviditeten, og hvilken informasjon gir man til et likekjønnet par som har født om seksualitet og samliv etter fødsel? På en rekke områder kommer man langt med å gi lesbiske kvinner den samme informasjonen som heterofile kvinner, men på noen områder må informasjonen tilpasses deres situasjon. Her kan en jordmor som evner å møte likekjønnede par som «alle andre» samtidig som hun har kunnskap om de små forskjellene som utgjør den lille «annerledesheten», bety mye for de det gjelder. ■

Referanser:

- Gabb J. (2005). Lesbian motherhood: strategies of familial-linguistic management in lesbian parent families. *Sociology* (39) 585–603.
- Honnet A. (1995). *The struggle for recognition: the moral grammar of social conflicts*. Cambridge, Polity Press.
- Dahl, B & Malterud, K. (2015). Neither father nor biological mother. A qualitative study about lesbian co-mothers' maternity care experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare* 6(3), 169–173.
- Spidsberg, B & Sørлие, V. (2012) An expression of love – midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 796–805.



DIKT



Illustrasjon: Caloumbox

Jordmor

Jobben min er folk i folk, jeg er der når de kommer
 Og komme gjør de natt og dag og vinter vår og sommer.
 Hvis kaffen er tilbørlig sterk så går det som en lek
 Om jeg får gulp i håret eller dynkes lett i bek.
 Blant søte kjeks og morkaker, ja jobben min er rar
 Med «trykk» og «pust» og baby, samt besvimelser hos far.
 Og navlesnoren klippes med høytidelige ord;
 Jeg elsker det å være velkomstkommité på jord!

Du som blir mor har hørt at barn skal fødes frem med smerte.
 Men du og jeg vi vet at barn de frembringes med hjertet!
 Jeg ser deg når du jobber hardt og kjennes tom for kraft
 Jeg overvåker barnet ditt, og fyller deg med saft.
 En liten stund tangerer våre liv ved livets under
 Vi deler det, men også vanskelige alvorstunder.
 Vi samarbeider du og jeg, vi er et lite lag
 Jeg takker deg for tilliten du gir meg hver en dag.

Jeg tar imot vår klodes aller minste verdensborger
 På steder det er trygt og godt, og steder fylt med sorger.
 I Norge, Tanzania, Ecuador og Syria
 Hvor enn de fødes er mitt mål at alt skal ende bra.
 Jeg ønsker barn velkommen til hver by og hver en egn
 og av og til velkommen til granat og bomberegner
 til sorg og glede, jordhytter, til heftig gledesrus
 til hverdagen som surrer på moderne sykehus

Til barnet vil jeg gjerne si: Jeg jobber som sjåfør
 Når du skal ta din aller første reis mot livets dør.
 Den første ferd kan være lang, og av og til gå fort
 Og du og moren din er nødt å sørge for transport.
 Vel, når du har bestemt at du vil komme til vår klode
 da er det kanskje JEG som står og pirker deg på hodet!
 så entrer du til slutt vår jord, og når du kommer frem
 står jeg ved siden av din mor og byr «velkommen hjem»

Linda Magerøy

Alle kan bruke aminoJern!

aminoJern Ferrochel er et lavdose jerntilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme. **aminoJern** Ferrochel inneholder den patenterte jernforbindelsen Ferrochel som er basert på omfattende forskning både når det gjelder effekt, bivirkninger og toksisitet.

Ferrochel er utviklet av det amerikanske selskapet Albion Advanced Nutrition. Gjennom de siste 50 årene har Albion spesialisert seg på forskning, utvikling og framstilling av ulike chelater som bidrar til et optimalt mineralopptak.

aminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd. **aminoJern** Ferrochel er meget stabilt og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen med dertil tilhørende kjente bivirkninger.

En rekke kliniske studier dokumenterer at **aminoJern** Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er også lett å administrere **aminoJern** Ferrochel da det kan inntas sammen med mat uten at effekten reduseres. **aminoJern** Ferrochel inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser, og kan derfor brukes av alle.

aminoJern Ferrochel markedsføres som et kosttilskudd av **Vitalkost AS** og selges i utvalgte apotek foruten helsekostbutikker.

For prøver, brosjyre og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 70.

www.aminojern.no


Viktig om dødfødsel

Lokalgruppen i Telemark arrangerte i februar en åpen fagkveld i regi av Jordmorforbundet NSF. Tema for kvelden var dødfødsel, sorgarbeid og oppfølging i nytt svangerskap.

Tekst Helene Tennefoss-Tørnqvist, jordmor, STHF

Forelesere var Janne Teigen og undertegnede – Helene Tennefoss-Tørnqvist. Vi er begge jordmødre ansatt ved STHF med ansvar for sorggrupper og er medlemmer i NSFJ.

Vi la ut arrangement på Facebook, og en mailinvitasjon ble sendt til sykehus og helsestasjoner i hele området sør/øst. Fagkvelden var åpen for jordmødre, studenter, barnepleiere, sykepleiere, leger, helsesøstre og andre med interesse for temaet. Totalt 76 deltok fra alle nevnte grupper.

Personlig og nært

Programmet startet med Janne Teigen som ga en presentasjon og gjennomgang av sin forskning. Hun startet med å presentere foreldres opplevelse av å miste barnet sitt og snakket om sorgstøtte fra helsepersonell til foreldrene etter å ha mistet barn. Som en naturlig fortsettelse fulgte hun opp med å snakke om hva slags oppfølging foreldrene trenger i nytt svangerskap. Alle råd er hentet ut fra dybdeintervjuer gjort med etterlatte foreldre.

Deretter tok undertegnede over med et personlig og nært foredrag om dødfødsel og det første året som etterlatt mamma, samt oppfølging i nytt svangerskap og gleden ved å få et levende barn etter en stille fødsel. Hudløst og ærlig fortalte jeg om mine erfaringer på godt og vondt. Jeg brukte virkemidler i form av bilder, musikk og film.

Fokuset ble så flyttet over til helsepersonell og deres opplevelse etter kritiske hendelser. Janne Teigen presenterte igjen sin forskning: Oppføl-



FOREDRAGSHOLDERNE: Jordmødrene Helene Tennefoss-Tørnqvist (f.v.) og Janne Teigen.
Foto: Privat

«Fagkvelden blir også gjentatt i Skien til høsten.»

ging av helsepersonell etter kritiske hendelser. Hvordan opplever jordmødre oppfølgingen fra sine ledere når de har stått i kritiske hendelser på jobb? Fagkvelden blir også gjentatt i Skien til høsten etter forespørsel fra de som ikke kunne delta i februar. ■

Les også reportasjen om dødfødsel i *Sykepleien* 06/2016.

■ Om foredragsholderne

Janne Teigen har forsket på dødfødsel og sorgstøtte sammen med Line Christoffersen i flere år og skrevet bøker om å miste barn og oppfølging i neste svangerskap. Forskningen om oppfølgingen av helsepersonell kommer med i et kapittel i ny bok om helseledelse. Deres forskning har blitt mulig med midler fra LUB.

Helene Tennefoss-Tørnqvist har holdt foredrag om dødfødsel på HIB, ved voksenopplæringen for Barnepleiere i Rogaland, på kvinneklinikken SUS, hun var foreleser for Fagforbundet på konferansen for Barnepleiere og Jordmødre 2015. Hun er ressursperson i foreningen «Vi som har et barn for lite».



SNUS: Stadig flere unge kvinner snuser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Advarer gravide mot snus

Snusfritt svangerskap er Helsedirektoratets nye kampanje. Den skal gi gravide og deres omgivelser kunnskap om risiko for fosteret ved snusbruk i graviditet.

Tekst **Aaste Benedicte Gjernes**, jordmor, Helse Bergen HF

Helsedirektoratet hadde en kampanje rettet mot ungdom i fjor høst. Hovedfilmen «Ruccola» var den femte mest sette reklamefilmen på YouTube i 2015. Filmen var vittig og fikk seeren til å tenke seg om. I en før- og etterundersøkelse blant 1000 i målgruppen, kom det frem at filmen skapte ettertanke og bekymring for egen snusbruk. Noen sa til og med at reklamen var årsak til at de sluttet med snus. Mange har også lastet ned «Slutta»-appen.

Snusbruk blant gravide

«Snusfritt svangerskap» er Helsedirektoratets nye kampanje. Bakgrunnen er fortsatt manglende kunnskap i befolkningen om helseisiko for fosteret knyttet til snusbruk i graviditeten. Samtidig som man ser økning i snusbruk blant unge kvinner. Mens de fleste vet at alkoholinntak i svangerskapet øker risikoen for fosterskader, er det stor usikkerhet rundt hvorvidt snusbruk

i svangerskapet kan skade og føre til redusert fødselsvekt eller prematur fødsel og dødfødsel. Gravide kvinner snakker i langt større grad med helsepersonell om alkoholbruk og røyking enn om snus. Undersøkelser tyder på at det er lite kunnskap og informasjon rundt skadevirkningene av snusbruk i svangerskapet og gravide virker heller ikke å endre snusvanene nevneverdig.

Tillitt til jordmor

Målgruppen for den nye kampanjen har generelt mest tillitt til informasjon om graviditet som kommer fra jordmor og lege, etterfulgt av annet helsepersonell og brosjyrer fra andre helseaktører. Det er vesentlig at helsepersonell informerer om risikoen for fosteret ved snusing og at gravide anbefales å slutte.

Målet for kampanjen er å øke kunnskap hos målgruppene om helseisiko for fosteret ved snusing under graviditet. Videre at flere unge kvinner slutter å snuse før de blir gravide, samt å øke

andelen gravide som er motivert til å slutte.

Hjelpemiddelet Slutta-appen skal gjøre ytterligere kjent og et sekundærmål er å hindre rekruttering blant yngre.

Det er to hovedmålgrupper for denne kampanjen:

Hovedmålgruppe 1 er kvinner i alderen 20–35 år.

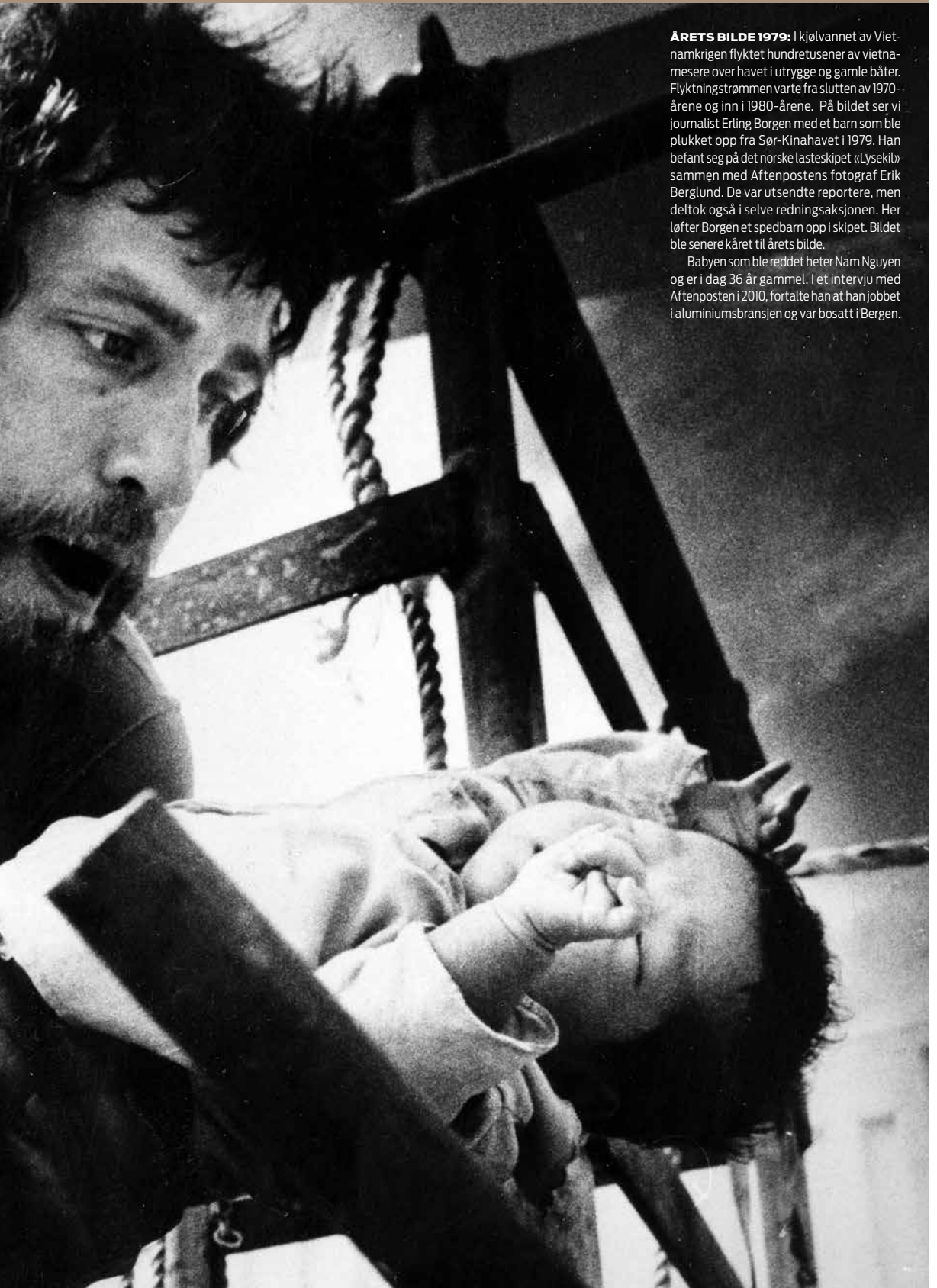
Hovedmålgruppe 2 er fastleger og helsesøstre – i tillegg til jordmødre.

Sekundærmålgrupper er de som påvirker kvinnene nemlig partnere, venner og familie.

Også i denne kampanjen vil det brukes film. Det har vært arbeidet mye med å finne frem til en budskapsform som retter fokus mot fosteret inne i magen uten å få personen som snuser i forsvarsmodus. Uansett manuskript og form på denne filmen er det en god måte å nå målgruppen på. Link til filmen: <https://youtu.be/m9mVh7QBteY>.

Jordmødre har en unik mulighet til å nå unge, det er viktig at vi bruker den. ■





ÅRETS BILDE 1979: I kjølvannet av Vietnamkrigen flyktet hundretusener av vietnamesere over havet i utrygge og gamle båter. Flyktningstrømmen varte fra slutten av 1970-årene og inn i 1980-årene. På bildet ser vi journalist Erling Borgen med et barn som ble plukket opp fra Sør-Kinahavet i 1979. Han befant seg på det norske lasteskipet «Lysekil» sammen med Aftenpostens fotograf Erik Berglund. De var utsendte reportere, men deltok også i selve redningsaksjonen. Her løfter Borgen et spedbarn opp i skipet. Bildet ble senere kåret til årets bilde.

Babyen som ble reddet heter Nam Nguyen og er i dag 36 år gammel. I et intervju med Aftenposten i 2010, fortalte han at han jobbet i aluminiumsbransjen og var bosatt i Bergen.



BLI MEDLEM

JORDMORFORBUNDET NSF

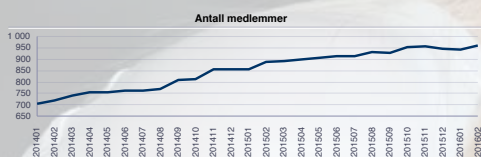
FORDI STØRRELSEN TELLER

Over 100.000 sykepleiere og jordmødre står samlet i NSF. Bli med og styrk den mest innflytelsesrike fagorganisasjonen for jordmødre! Jordmorforbundet NSF har hatt en medlemsvekst på 35 prosent de to siste årene.

MEDLEMSFORDELER:

- Gode og billige medlemstilbud med uføreforsikring og helseforsikring inkludert i kontingent. Gratis NSF kontingent for jordmorstudenter og 1. året som nyutdannet jordmor.
- Sikre deg en solid lønnsutvikling. Forhandlingsavdelingen og våre tillitsvalgte forhandler lønn på vegne av deg.
- Søk om stipend og støtte. NSF gir årlig totalt 9 millioner i økonomisk støtte til videreutdanning, mastergrads-stipend, forskningsmidler, kurs og konferansetøtte.
- Du er tryggt i NSF. Du får gratis advokat og juristbistand ved utfordringer knyttet til ditt arbeidsliv. Over tre tusen tillitsvalgte og 200 ansatte jobber for deg/dine lønns- og arbeidsbetingelser

Medlemsutvikling siste 3 år
År: 2016 Måned: 3



FLOTTE VERVEPREMIER:

Vær et medlem og vær med i trekningen av totalt 4 studieturer for 2 personer (totalt 8 personer) til ICM Toronto våren 2017. I tillegg til NSF's ordinære vervepremier er du med i trekningen av den nyeste utgaven av iPhone 6.

Bli medlem i dag! Skjema finner du på www.jordmorforbundet.no eller scann QR-koden til høyre. **Verveperioden gjelder til 1. januar 2017.**



Scann inn QR-koden for å melde deg inn i jordmorforbundet.



Sårbare mødre trenger hjelp

Rapporten «Saving lives, improving mothers care» er interessant lesning om maternell dødelighet i Storbritannia. Den har fokus på psykisk helse.

Tekst **Eli Aaby**, fagutviklingsjordmor Ahus og redaksjonsmedlem i Jordmora



SYK MOR: Kvinner som har psykiske vanskeligheter eller rusproblemer må følges tettere opp også etter fødsel, viser rapporten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Den 8. desember 2015 ble siste utgave av de store rapportene om maternell dødelighet i Storbritannia offentliggjort. Rapporten bygger på gjennomgang av alle maternelle dødsfall i Storbritannia i perioden 2011 – 2013. I tillegg har rapporten sammenfattet lærdommene fra 2009 – 2013 fra Storbritannia og Irland, vedrørende dødsfall i perioden fra seks uker etter fødsel til ett år etter avsluttet svangerskap. Både dødsfall som direkte kan knyttes til svangerskap og barseltid og indirekte dødsfall, det vil si dødsfall som skyldes underliggende sykdom som forverres av graviditeten. Journalen til hver enkelt kvinne som dør blir anonymisert og gjennomgått av 10 – 15 fagfolk. En patolog, en epidemiolog, obstetrikker eller annen lege for å fastslå dødsårsaken, så blir den helsehjelpen som er blitt gitt vurdert av to obstetrikere, to jordmødre, to patologer, en eller to anestesileger og andre spesialister som kan tilføre noe av betydning, som to psykiatere, fastleger, akuttmedisinsk personale og intensivsykepleiere. Hensikten er å lære: hva

kan gjøres bedre neste gang. Rapporten er for oss profesjonelle, men også for kvinnenes etterlatte.

Psykisk helse

Rapporten har fokus på psykisk helse. Forfatterne har funnet at flere tilfeller av selvmord kunne vært unngått. En av konklusjonene er at sårbare kvinner, særlig de som har psykiske vanskeligheter eller rusproblemer må følges tettere opp også etter fødsel. De anbefaler at de fortsatt følges opp av mødrehelseteam og ikke overlates til allmennlegene etter at de har født. De etterlyser flere jordmødre med kompetanse i psykisk helse.

Rapporten belyser hendelsesforløp med case historier. Den holder høy faglig kvalitet og er spennende og nyttig lesning. Jeg anbefaler den uten forbehold til alle jordmødre.

Her er lenke til rapporten:

Saving Lives, Improving Mothers' Care Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries

into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13:

<https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/mbrace-uk/reports/MBRRA-CE-UK%20Maternal%20Report%202015.pdf>

Her er lenke til uttalelsen fra Royal College of Midwives:

<https://www.rcog.org.uk/en/news/joint-rcog-and-bmfms-statement-on-mbrace-uk-report-into-maternal-deaths-and-morbidity/>

Dette skriver Midirs:

<https://www.midirs.org/maternity-improvements-need-investment-resources/>

Og her er lenke til den norske rapporten «Hvorfor dør kvinner av graviditet i dag?» Rapport maternelle dødsfall i Norge 1996 – 2011. Nasjonal kompetasetjeneste for kvinnehelse, november 2014:

http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/kvinnehelse_/Documents/Maternelle%20dodsfall%20WEB.pdf ■

Look to Sweden

Jordmødrene i Sverige har i lang tid hatt flere oppgaver som tradisjonelt sett tilhører leger og ikke jordmødre i Norge. Artikkelforfatterne spør om ikke vi bør ta lærdom av svenskene for å forbedre kvinnehelsen i Norge.

Innledning

Nye faglige retningslinjer IS-13/2015 (Sosial og helsedirektoratet) er bakgrunnen for at vi fikk mulighet til å gjøre denne studien. Jordmødre og helsesøstre kan nå rekvirere alle typer prevensjonsmidler til kvinner over 16 år, og rekvireringsretten er knyttet til autorisasjon og helsepersonellnummer. Formålet er å sørge for lett tilgjengelig prevensjon til kvinner, styrke deres seksuelle autonomi og øke kvinners bruk av sikker prevensjon for å forebygge uønskede svangerskap og abort. Som jordmorstudent ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, nå NTNU, deltok vi i et pilotprosjekt i regi av Høgskolen i Bergen, NTNU, og Mittuniversitetet i Sverige. Pilotprosjektet er støttet av Helsedirektoratet i forbindelse med innføring av de nye retningslinjene. Prosjektet ble lagt til Östersund i Sverige for en praksisperiode på 8 uker ved en mödravårdcentral i primærhelsetjenesten. Dette ble gjort for at vi skulle lære mer om langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler, heretter kalt LARC, og samtidig få et innblikk i svenske jordmødres arbeidsfelt i primærhelsetjenesten.

«Alle våre informanter vektla å styrke det friske hos kvinnene.»

Hensikten med pilotprosjektet var å gi norske jordmorstudent teoretisk opplæring, ferdighetstrening og praksis i innsetting av spiral og p-stav, slik at LARC kan bli mer tilgjengelig for kvinner i fertil alder. Fordi svenske jordmødre har et mer omfattende arbeidsområde i primærhelsetjenesten enn i Norge, fikk vi også utvidet vår praksiserfaring til å omfatte mer enn

svangerskapsomsorg. Vi fikk også kunnskap knyttet til kvinnehelse i et livsløp.

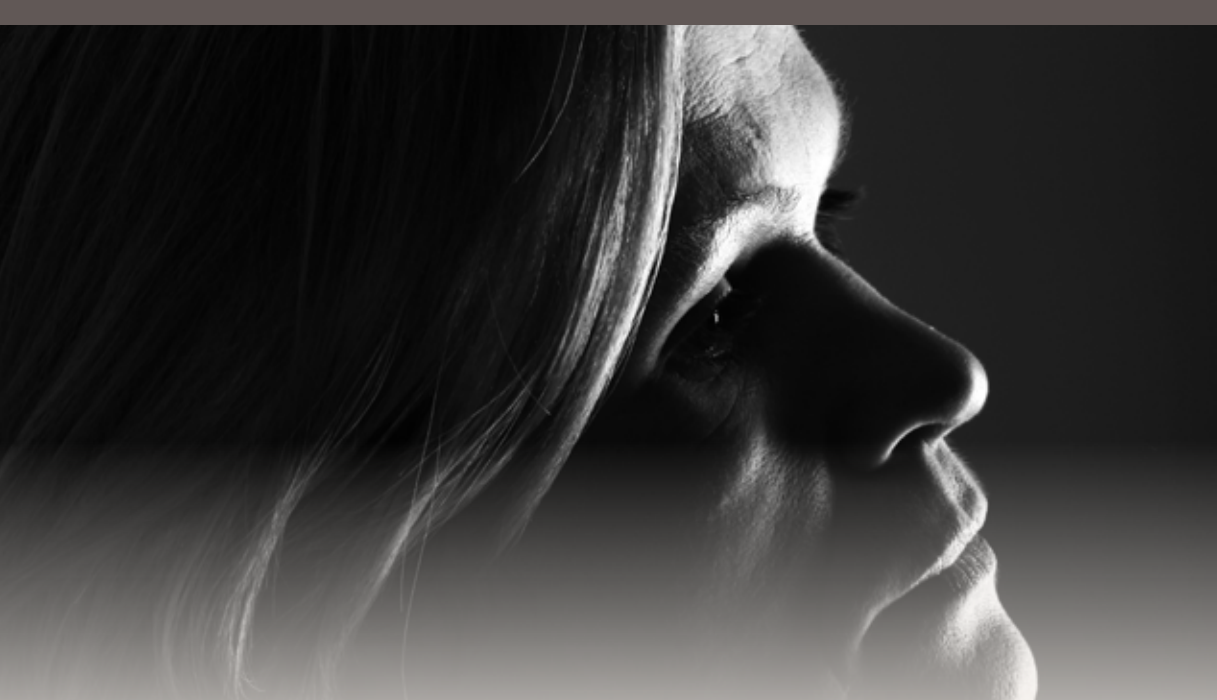
Den praktiske læreperioden i Sverige omfattet følgende fagfelt og arbeidsområder:

- Svangerskapsomsorg inkludert informasjon og veiledning til den gravide kvinnen og hennes partner, samt planlegging og gjennomføring av foreldreundervisning.
- Fremme den fysiske, psykiske og sosiale helsen innenfor seksuell og reproduktiv helse.
- Utføring av gynekologiske undersøkelser innenfor jordmors kompetanseområder.
- Prevensjonsveiledning samt foreskriving av prevensjonsmidler for et svangerskapsforebyggende formål (inklusive innsetting av spiral og p-stav).
- Informasjon om abort.
- Forebygge seksuelt overførbare infeksjoner, samt prøvetaking.
- Dokumentasjon av omsorgen ut fra gjeldende regelverk.

Hovedoppgavene for en jordmor er svangerskapsomsorg og helserådgivning, både individuelt og oppsøkende til grupper. Jordmor har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, til kvinner, familier og lokalsamfunn. Ifølge International Confederation of Midwives (ICM) kan en autorisert jordmor arbeide innenfor svangerskapsomsorg og fødsels- og barselforberedelse. Arbeidet bør omfatte fødselsforberedelse, forberedelse til foreldrerollen og kan utvides til kvinnehelse og seksuell og reproduktiv helse og spedbarnspleie. En jordmor kan praktisere i alle typer miljø, inkludert hjem, lokalsamfunn, sykehus, fødestue eller helsestasjon (ICM 2005).

Gjennom vår praksisperiode observerte vi at sven-

Av Gry Camilla Lien og Astrid Sortvik, studenter, jordmorutdanningen, NTNU



ske jordmødre har et bredere virkefelt enn i Norge, og arbeider opp mot kvinner i alle aldre. Jordmørtjenestene er godt implementert i helsetilbudet. Vårt inntrykk er at jordmors arbeidsfelt i primærhelsetjenesten i Sverige er innholdsrikt og spennende. Jordmors kunnskap og kompetanse kan benyttes i helhetlig omsorgsarbeid med kvinnehelse, seksuell og reproduktiv helse i et livsløp. Vi er imponert over jordmødrenes integritet i det svenske samfunnet. Det er flott å se at organisasjon og system er tilrettelagt for at jordmor i primærhelsetjenesten kan benytte helsefremming i sitt arbeid med kvinnehelse i et langsiktig livsløpsperspektiv.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helsefremming slik: «En prosess som setter pasienten i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (WHO 2016). Vi opplevde at de svenske jordmødrene selv mente at de hadde et vidt ansvarsområde, med tydelig fokus på helsefremmende strategi. Alle våre informanter vektla å styrke det friske hos kvinnene. Dette gjenspeilet seg i alt de gjorde, i gynekologiske undersøkelser, i reseptforeskriving, i helsedialogen med ungdom og i svangerskapsomsorgen.

Felles journalsystem og tverrfaglig samarbeid var viktige faktorer i dette arbeidet. Jordmor i primærhelsetjenesten hadde felles elektronisk journalsystem med leger og spesialisthelsetjenesten, og hadde tilgang til laboratoriesvar. Vi har valgt å ikke gå nærmere inn på felles journalsystem, men nevner det innledningsvis da vi opplevde det som en viktig faktor for det tverrfaglige samarbeidet og kontinuiteten i omsorgen. Vi fikk inntrykk av at jordmors kompetanse og faglige autonomi bidro til å styrke kvinnehelsen, og at svenske kvinner benyttet seg av jordmørtjenesten.

Temaet kvinnehelse ble på dette viset løftet fram, og var et viktig tilbud i primærhelsetjenesten. Vi opplevde omsorgen som helhetlig og sammenhengende i et tverrfaglig samarbeid, men likevel hovedsakelig ivarettatt av en profesjon, jordmødrene.

Hensikten med vår studie var å formidle de 3 svenske jordmødrenes erfaringer og tanker om sitt virke. Vi ser for oss at det nå i forbindelse med de nye retningslinjene, åpner seg mange nye muligheter for jordmødre i Norge, knyttet til arbeid med kvinnehelse og den nye rekvireringsretten. Temaet kvinnehelse, kan gjennom denne utvidelsen av jordmødres arbeidsfelt bli bedre ivarettatt og mer synliggjort. Vi ønsker å løfte fram mulighetene ved å beskrive måten de svenske jordmødrene jobber på i primærhelsetjenesten.

Metode

Vi var to jordmorstudenter uten praksiserfaring fra primærhelsetjenesten i Norge, som ville undersøke nærmere hvordan svenske jordmødre opplevde sitt virke. Vi valgte å gjøre en studie med dybdeintervju av tre svenske jordmødre i primærhelsetjenesten fra en av Sveriges regioner. Etter anbefaling fra de tre informantene våre, hadde vi i tillegg en samtale med en svensk allmennpraktiserende lege.

Det er vanskelig å trekke generelle slutninger ut ifra det innsamlede materialet, men det har likevel gitt oss kunnskap om hvordan svenske jordmødre jobber. Gjennom samtalen med legen fikk vi også et innblikk i samarbeidsrelasjonen mellom profesjonene i mødrehelsevården.

Resultat og hovedfunn

Jordmødrene i studien vår poengterte spesielt betyd-

ningen av å fremme det friske i sitt arbeid med kvinnene, og prioriterte å bruke tid på dette i sitt virke. Tilgjengelighet var en annen viktig faktor. Gjennom tilgjengelighet mente jordmødrene at de kunne gi helhetlig omsorg til kvinnene ved normale livshendelser, og hadde et langsiktig perspektiv i sine vurderinger. Det var sammenheng og kontinuitet i omsorgen både i forhold til tid og innhold. Helse og omsorg ble sett i et utvidet perspektiv, slik at hele livssituasjonen ble vurdert i forhold til kartlegging og avklaring av kvinnens behov.

Informantenes arbeidserfaring fra primærhelsetjenesten besto av arbeidet med ungdommer,

«Jordmors kompetanse og faglige autonomi bidro til å styrke kvinnehelsen.»

svangerskapsomsorg, foreldreutdanning, prevensjonsveiledning og konsultasjon knyttet til seksuell og reproduktiv helse, gynekologiske konsultasjoner og konsultasjoner med kvinner i klimakteriet.

Jordmødrene uttrykte tilfredshet med sitt arbeidsområde og mente at de gjorde en god innsats for kvinner i alle aldre. De opplevde at det de jobbet med var meningsfylt og at de hadde kompetansen som skulle til for å utføre sine oppgaver. Bruk av effekt-evaluerte metoder og kommunikasjonsmetodikk ble løftet fram som viktige verktøy for å oppnå resultat. De opplevde også at tjenesten var verdsatt og etterspurt av både pasienter og samarbeidspartnere.

Hovedtrekkene i det informantene tok opp i samtalen kan samles innenfor tre hovedtema, som alle kan knyttes til helsefremmende arbeid. Temaene som utpekte seg var:

- Livsløpsperspektiv
- Faglig forsvarlighet
- Helhetlig omsorg

Det er ikke noe klart skille mellom disse temaene. Det framkom i tillegg flere undertema, blant annet tilgjengelighet, tillit og jobbtilfredshet. Faktoren framtidig helse ble tillagt betydning ved at det jordmor gjorde i forhold til en fase, fikk betydning for den neste fasen i livsløpet. Det var viktig for jordmødrene å ikke gå ut over sitt kompetanseområde, og de fikk anerkjennelse for dette. Faglig forsvarlighet var ivaretatt både i forhold til selvstendig arbeid og ved tverrfaglig samarbeid fordi de hadde retningslinjer å gå etter. De ble også vist tillit av samarbeidspartnere, som de tolket

som en form for bekreftelse på at de drev virksomheten innenfor egne faglige grenser. Kvinnene brukte også jordmortjenesten i ulike livsfaser, og dette viste at tilbudet var tilgjengelig. Tilgjengelighet blir nevnt spesielt, fordi informantene pekte på det som en viktig faktor i forhold til effekt av deres arbeid.

Faglig forsvarlighet

Studien viste at jordmødrene vi intervjuet ga uttrykk for at de opplevde seg kompetente til å jobbe med kvinnehelse. De oppga at det var viktig for dem å føle at de var kompetente til å utføre sine oppgaver. Jordmødrene uttrykte jobbtilfredshet, engasjement og stolthet i forhold til eget fag. Både jordmor og lege ga uttrykk for gjensidig respekt, og at det var et tillitsforhold mellom dem på arbeidsfeltet. Både jordmødrene og legen opplevde det som verdifullt å ha et likeverdig samarbeid. Fokuset på å styrke det friske var et moment som var med på å definere grensen for hva jordmor skulle ha ansvar for.

En jordmor ved mødreårdcentralen uttrykte det slik:

«Jeg kjenner at jeg har kunnskapen og når jeg møter kvinnen på denne måten tror jeg at jeg gjør det veldig bra faktisk. Man ser helheten og det gir så mye.»

«For vi har kunnskapen. Vi får den i vår utdanning og vi har interessen.»

Studien vår viste også at jordmødrene mente at de hadde en spisskompetanse innen kvinnehelse som var etterspurt både av befolkningen og i helsetjenesten.

«En lege jobber jo alltid med andre ting i tillegg til kvinnehelse, men vi jobber spesifikt med det.»

«Det finnes en mulighet for å bli veldig dyktig, ettersom det er en begrensning i det vi holder på med.»

«Vi er jo eksperter på kvinnehelse. Jeg tror at man blir sett på som en ekspert, særlig på kvinnehelse – «Her er jo dere eksperter», får vi ofte høre av legene.»

Legen sa:

«Jordmor har valgt den spesialiseringen, og er mer interessert i det feltet. Vi leger er jo generalister og spenner over et mye større område.»

Jordmødrene fortalte at de også selv opplevde seg som eksperter. Dette som en konsekvens av at de spiser kompetansen blant annet gjennom å utføre enkelte prosedyrer hyppig. De fikk også mengdetrening i å se ulikheter, og i å kunne bedømme hva som er normalt og avvikende.

«Det er mye lettere at dere tar celleprøven, for dere kan det. Vi utfører kanskje mer enn 20 celleprøver i løpet av en dag.»

Legen underbygget jordmødrenes evaluering av sin



kompetanse. Både jordmor og lege ga uttrykk for at det var gjensidig respekt og tillit imellom dem i forhold til å ivareta faglige grenser. Jordmødrene oppga at det å ha faglig forsvarlighet i utøvelsen var viktig for dem, og at de hadde klare grenser for sitt kompetanseområde. Det å ha et klart skille mellom det friske og det syke.

«Jeg har kompetansen for å bedømme det som er normalt og det som er ukomplisert. Jeg må også kunne bedømme når det ikke er normalt lengre. Da samarbeider jeg med lege. At vi sammen gjør en vurdering og blir enige om hvordan fortsettelsen skal se ut.»

«Det kan jo også være slik at legen henviser til jordmoren fordi jordmor er oppdatert på det nyeste og har den kompetansen.»

Legen bekreftet jordmors ivaretagelse av faglig forsvarlighet på denne måten:

«Jeg har aldri opplevd at jordmor går ut over sin kompetanse. Det kan vel kanskje være slik iblant at jeg tenker dette kunne vel jordmor tatt, det er vel heller den veien.»

«Jeg kan iblant kjenne på det at å sette spiral, det kan jeg ikke. Som leger så kan vi jo ikke det, selv om det forventes at vi skal kunne det. Så jeg øver meg hos jordmødrene.»

Samarbeid ble lagt vekt på og sett på som positivt av alle informantene i studien vår. De hadde gjensidig glede og nytte av samarbeidet. Legen bekreftet mye av det jordmødrene uttrykte i forhold til forventning og gjensidig respekt i samarbeidet.

En av jordmødrene trakk fram gevinsten som lå i dette for alle parter:

«Og det er veldig artig å samarbeide. Å ha en selvstendig jobb og samtidig ha tilgang til kompetansen som jeg selv ikke innehar. Og jeg tror at alle vinner på det, ikke minst kvinnene.»

Legen uttrykte og bekreftet jordmors opplevelse av samarbeidet: «Det er jo sånn at samarbeidet er

en viktig del i det faglige utbyttet. At man har ulike kompetanser.»

«Jeg tror at jordmødre og leger er en bra kombinasjon – at man arbeider i et team. Altså at man har et samarbeid og ikke ser på hverandre som konkurrenter, at man kan løse problemet på det nivået som er riktig. At alt ikke skal behøve å gå til lege. Vi kan bare ikke ta hånd om alle.»

«Jeg opplever ikke å miste oversikt eller at det blir fragmentert omsorg ved at pasienten går til jordmor.»

Funn i vårt studie kan tyde på at jordmor og lege hadde litt forskjellig tilnærming og syn på svangerskapet, men at de likevel opplevde å utfylle hverandre i sin omsorg til den gravide. Legen uttrykte på sin side at leger har mer forebyggings- og behandlingsfokus og at jordmor vektla å styrke det friske. Begge påpekte at de sammen utgjorde en helhet i omsorgen for den gravide kvinnen.

Legen mente:

«Vi legene har jo en tendens til å gjøre svangerskapet til en sykdom.»

«Jeg kan tenke meg at om noen år har jordmor rett til å sykmelde, og det synes jeg er kjempebra. Jeg tenker at jordmor absolutt har den kompetansen som skal til for å sykmelde.»

En jordmor uttrykker ganske klart hvor skillet går mellom jordmors og legens ansvarsområde:

«Legen skal jobbe med det som er sykt, så kan vi jobbe med det som er friskt. At vi har den kompetansen ganske enkelt. Vi har en utmerket kompetanse for å jobbe med det friske. I tillegg forsterke det friske også.»

«Vi jobber med den friske kvinnen med normale livshendelser, er det sykt på noe vis så skal det jo til lege.»

Vårt studie indikerer at tydelige faglige grenser antakelig gir tillit også i pasientgruppen. Studien viser at jordmødrene opplevde å ha stor tillit i befolkningen.

«Det vi ser i dag er at befolkningen har stor tillit til jordmødre.»

«Jeg tror at det handler om at de fleste kvinner har møtt jordmødre og gjennom det har vi fått en stor tillit i befolkningen.»

«Det er jo oss de henvender seg til selv om det egentlig er en lege de burde gå til, fordi de synes at jordmoren kan det bedre.»

En av informantene som jobbet med celleprøvetaking og gynekologiske undersøkelser, uttrykte opplevd tillit gjennom å si det slik:

«Jordmor får tilgang til det innerste hemmelige,

«Helse og omsorg ble sett i et utvidet perspektiv.»

og tar imot det på en god måte, (...) da kan jeg blotte andre saker (...).»

Som vi viste til tidligere, oppga jordmødrene at det var viktig for dem å ha tydelige grenser for eget fagområde og ikke gå ut over sitt kompetanseområde. De fortalte om hendelser hvor legene ønsket at de skulle ta oppgaver knyttet til gynekologisk helse som lå i grenseland for hva de følte de hadde kompetanse til, og at de ofte måtte være den som satte ned foten.

«Vi avlaster helsevesenet faktisk, for det er mange som henvises hit som i ikke burde ha vært det. De tror at vi rår med mer enn vi gjør.»

«Kunnskapsstøt for mødre helsevården er en viktig del av arbeidet vårt.»

«Det er deilig å ha retningslinjer å støtte seg til.»

«Vi skal ikke etterstrebe å være den som kan fikse alt, men jeg kan mitt område.»

Legen uttrykte også sin støtte til at jordmor skulle ivareta kvinnehelsen:

«Det ligger vel i det at jordmor er mer interessert i kvinnehelse. Man får en bedre ivaretagelse hos jordmor.»

En av jordmødrene sa stolt:

«Jeg synes det er en selvfølge at vi har truffet rett. Altså jeg kjenner at det jeg har fått utvikle her, skulle jeg uten tvil kunne åpnet en klinikk med faktisk.»

Livsløpsperspektiv

I studien kommer det fram at de svenske jordmødrene jobbet langsiktig med kvinnehelse. Den yngste pasienten var 13 år, den eldste var 90 år. De ga uttrykk for at rådgivning hos den unge jenta hang sammen med en mulig framtidig rådgivning hun ville få i senere livsfaser. Jordmødrene mente at de ved å arbeide på

denne måten kunne hjelpe kvinnen med å se langsiktig på sin helse og reflektere over sammenhengen mellom livsstil og helse.

Tilgjengelighet ble også løftet fram som en viktig faktor av alle informantene. De svenske jordmødrene mente de hadde et tilgjengelig tilbud for både unge kvinner i fertil alder og eldre kvinner. De vektla betydningen av å ha et lavterskeltilbud hvor en fikk raskt hjelp og rådgivning.

En av informantene ga uttrykk for at det var trivelig og verdifullt å få jobbe med kvinner i livsløpsperspektiv. «Det er trivelig å ha hele aspektet altså. Det blir bra kontinuitet, og man ser effekten av det man gjør.»

«Man gjør en bra innsats for kvinner i alle aldre. Vi har dem jo i alderen fra 13 år og opp til 90.»

«Man får jo helhetstenkning og forståelse for hele livssyklusen ganske enkelt.»

En jordmor uttrykte litt humoristisk hvordan de opplevde aspektet livsløpsperspektivet: «Altså det normale livet er jo pubertet, siden er det graviditet, og så klimakteriet. Og deretter er det prolapsene. Siden er det jo sånn at alt faller sammen.»

Jordmoren fortalte med dette utsagnet at hun jobbet med alle fasene i en kvinnes liv, og la vekt på å møte alle med interesse og respekt.

«Klimakteriet jobber vi også med, nå har vi begynt med akupunktur for det.»

En annen sa:

«Ledetråden er hele livssyklusen.»


«Jobben på mødre vårdcentralen gir oss den muligheten, at vi får være med hele veien fra den unge kvinnen, til den gravide kvinnen, til etter at man har født barn, hele livssyklusen.»

De fortalte at når den unge tenåringsen kom til dem med ønske om prevensjon, så benyttet jordmødrene anledningen til å prate med henne om fertilitet og eventuelt kommende svangerskap, og helse knyttet til graviditet. De la vekt på å kartlegge bredt og i tillegg gi helseopplysning. Å skrive ut resepter ble ikke sett på som en isolert oppgave, men anledningen ble brukt til å forebygge uhelse og styrke det friske og fremme god helse.

«De yngre som kommer for prevensjonsveiledning prater vi også med om fertilitet. Og vi prater med dem om relasjoner og jeg tar kanskje opp temaet seksuelt overførbare infeksjoner.»

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet ble løftet fram som en viktig faktor, spesielt i arbeidet med unge mennesker. En jordmor sa at det faktisk hadde vært en revolusjon i det at kon-



sultasjoner var gratis og at det nå var en reell valgfrihet for kvinner opp til 24 år, fordi alle prevensjonsmidler var subsidiert likt, langtidsvirkende reversibel hormonell prevensjon (LARC) inkludert. Bruken av LARC hadde økt.

«Vi vet jo at aborttallene har med tilgjengelighet å gjøre. For å jobbe med unge mennesker må man kunne handle ganske raskt. Man kan ikke si at nå må du vente til neste mens.»

«Det er gratis å komme hit, og alle prevensjonsmidler er subsidiert. Og det gjør at når vi sitter i prevensjonssamtaler så kan vi fokusere på hva som passer deg som person og ikke prisen, og det har blitt en revolusjon! Veldig bra!»

«Revolusjonen er at vi kan foreskrive LARC til flere, og at det ikke er samme risiko for dem lengre. Flere får det og flere blir fornøyde.»

Legen vi snakket med løftet fram betydningen av jordmors lavterskeltilbud. Han sa ganske tydelig at jordmor bidrar til å holde abortfrekvensen nede: «Det er lavere terskel for å gå til jordmor enn for å gå til lege, og det er jo en måte å øke tilgjengeligheten på. Og det er kjempeviktig for å holde abortfrekvensen nede.»

Jordmødrene løftet også fram betydningen av screeningprogrammet mot livmorhalskreft for kvinnehelsen. Det var en prioritert oppgave og hyppig utført prosedyre, som også ga kvinnen en god anledning til å holde kontakten med jordmor utenom svangerskap og fødsel.

Rapporten Sexual and reproductive health in Sweden: The National Public Health Report 2012 viser at de når inntil 78 prosent av kvinnene mellom 23–60 år gjennom denne screeningen (Danielsson et al. 2012). Våre informanter satte av en halv til en dag per uke til denne undersøkelsen, avhengig av befolkningsgrunnlaget.

«Celleprøver er en veldig viktig oppgave. Veldig enkel, man treffer mange på kort tid. Denne undersøkelsen er jo så viktig fordi den har begrenset kreft-

utviklingen mye. Det vi må prioritere er celleprøven. Om det er for få jordmødre og prøven blir tatt for sent, så kan det jo ramme hele befolkningen.»

En annen av jordmødrene fortalte:

«I tillegg har vi celleprøver, hvor det er satt av sju og et halvt minutt per pasient. Og det er for at vi skal få tatt prøver av så mange som mulig. Det er ikke lagt opp til samtaler og andre saker da. Og det er mange ganger vanskelig å begrense, og merker man at man må prate mer så tilbyr man en ny avtale.»

I studien vår fant vi at det var en kontinuitet i tilbudet og i oppfølgingen av kvinnene. Studien viser at kvinnene hadde kontakt med jordmor også utenom svangerskap og prevensjonssamtaler, og at jordmor jobbet med og hadde et tilbud til kvinner i ulike livsfaser. Kvinner ble sett og anerkjent for at de kan ha spesielle kjønnsesifikke helsebehov.

Helhetlig omsorg

Jordmødrene i vår studie ga alle uttrykk for at de forsøkte å jobbe ut ifra et holistisk perspektiv både på kvinnen og i forhold til omsorg. Funn i studien vår viste at de løftet fram betydningen av å ha en utvidet forståelse av fenomenet helse, og vektla det å hjelpe kvinnen til å forstå sammenhengen mellom kunnskap og livsstil. Dimensjonene fysisk, psykisk og sosial omsorg var alltid en del av konsultasjonene. Det levde livet og det kvinnene hadde med seg, formet livene og behovene. Det ga utslag i de ulike utfordringene den enkelte kvinnen hadde. Jordmødrene ga uttrykk for at de forsøkte å møte hver kvinne der hun var – her og nå, og tok hensyn til dette i sin praksis.

Hele kvinnens situasjon ble vurdert, og jordmødrene brukte tid på samtale. De kartla helheten sammen med kvinnen for å kunne forstå ulike sammenhenger, og ble bevisstgjort i forhold til hvilke faktorer som virket inn på situasjonen.

En av jordmødrene uttrykte det slik:

«Det handler om hele hennes livssituasjon, ikke om tilstand eller sykdom. Det handler om hennes

psykososiale situasjon, hennes relasjoner, og den hun venter barn med og hennes sosiale nettverk. Hva har hun med seg, hvilken erfaring?»

En annen sa det på denne måten: «Alle livshistoriene som vi får. Og at livet kan se så ulikt ut for ulike personer (...) vi har alle samfunnsklasser og yrkeskategorier. Her er det ikke noe klasseskilte, vi har et tilbud som favner alle.»

Jordmor tenkte kontinuitet, og visste at det hun gjorde fra starten fikk betydning for videre helse.

«Og allerede da, når de kommer som unge tenåringer, da tar man jo opp spørsmål om livsstil, røyk, alkohol og narkotika. Slik får man jo veldig tidlig et helhetssyn på denne personen. Og man kan også da prate om kommende graviditet. Man kan så et frø veldig tidlig.»

«Om man ser lang tid tilbake med tanke på svangerskapskontroller, så har det kommet til så mye mer (...) psykisk uhelse øker, og man har i dag ikke samme sosiale nettverk, så mange har derfor et stort behov for det som vi kan gi i vår yrkesprofesjon.»

Jordmor satte kvinnens relasjoner i sammenheng med dette. Vold i nære relasjoner og voldsutsatthet var et tema som ble tatt opp ved flere anledninger

«Både jordmor og lege ga uttrykk for gjensidig respekt.»

i livsløpet i forbindelse med svangerskap og annen kontakt. Kvinnen fikk en individuell konsultasjon i svangerskapet, hvor det ble lagt vekt på at hun skulle komme uten partner. Gjennom dette fikk kvinnen en mulighet til å prate om vold i nære relasjoner, enten det nå var i det nåværende forholdet eller i tidligere relasjoner.

«Også spørsmål om vold og voldsutsatthet, for det ligger jo også i mødrevårdprogrammet. Og det setter vi av en hel konsultasjon til, fysisk og psykisk vold.»

Jordmor kunne møte mange vanskelige og sensitive tema i alle typer konsultasjoner. Tema som kunne være utfordrende å snakke om, og som hadde stor betydning for kvinnens liv og helse. De fant det nødvendig å lære seg nye arbeidsmetoder for å kunne jobbe helsefremmende og støtte kvinnen i prosessen med å foreta valg.

En av jordmødrene løftet fram spesielt én metode: «Vi har måttet lære oss nye metoder – som motiverende intervju som arbeidsmetode. Det er noe som vi ser på som et obligatorisk verktøy for

jordmødre som jobber i mødrevården i dag, ettersom det handler mye om forebygging og helsefremming.»

En annen jordmor sa:

«Hva er det som gjør at man kanskje er full hver eneste helg og har samleie med noen man ikke kjenner, og kanskje får klamydia. Så ligger man med noen man kjenner og så får man klamydia likevel!»

En del av den helhetlige tilnærmingen var å gi kvinner kunnskap om ulike sammenhenger:

«Alle vet hvorfor det ikke er bra å røyke, men de vet ikke hvorfor det ikke er bra å røyke i kombinasjon med p-piller.»

«Å få de til å forstå at det ikke er så bra å ha klamydia så mange ganger i sitt liv.»

Jordmødrene snakket med unge kvinner om fertilitet, og overførte kunnskap om kropp og seksuell helse. I dette lå det også et forsøk på å bevisstgjøre unge jenter i forhold til konsekvenser for senere svangerskap og gynekologisk helse.

«Det er kanskje de litt yngre som ikke tror at de behøver prevensjonsmiddel, for de kan jo ikke bli med barn likevel (...) for det har jeg jo hittil ikke blitt – de prøver, og tar deretter abort.»

Jordmor tenkte helhetlig, kartla livsstil og valg, og delte kunnskap med kvinnene slik at de ble bevisstgjort egne valg for å styrke det friske. Jordmor søkte likeverdig partnerskap med kvinnen, og myndiggjorde henne ved å være åpen og undrende.

Jordmødrene uttrykte at de fikk forståelse for hele livssyklusen, og praktiserte helhetstenkning i sin omsorg. Funnene viste betydningen av å få forståelse av hele kvinnens livssituasjon for å kunne yte god omsorg. Jordmødrene vektla det å ta seg god tid, skape god kontakt og trygghet. Ved å gjøre dette, mente de at kvinnen ville føle seg trygg og oppleve tillit.

En jordmor sa: «Man ser på helhetsperspektivet, på hele personen. Livsstilen er jo veldig talende for hvordan livet blir.»

En annen jordmor som tok mange celleprøver beskrev det som i utgangspunktet var en enkel prosedyre, som en uforutsigbar situasjon. Hun var forberedt på mange reaksjoner som kunne oppstå når en kvinne befant seg i den gynekologiske undersøkelsesstolen.

«Du kan da få hva som helst i fanget, det er jo så mye som kan hende med en kvinne når hun skal opp i gyn-stolen.»

Jordmødrene hadde erfart at kvinnene ofte følte seg avkledd og nakne, og for mange kjentes det svært utleverende å ligge i den gynekologiske undersøkelsesstolen. Dette tok jordmor hensyn til og la vekt på å trykke kvinnen i den vanskelige situasjonen. Hun



illustrerte dette for oss ved å fortelle om hvordan hun gikk fram:

«For jeg er en fremmed for deg og her ligger du i benholderne og jeg kommer ikke til å sette deg fast. Du kan slå bena sammen når du vil og jeg skal forsøke å vise deg så mye respekt jeg kan.»

For å illustrere dette trakk en av informantene fram eksempler med unge tenåringsjenter som kom for å få prevensjon. Jordmor vektla å bruke god tid på det første møtet for å skape god kontakt og trygghet. Ved å skape en god relasjon ble det lagt til rette for at jenta åpnet seg og jordmor fikk ta del i hele hennes livssituasjon. En annen informant sa det slik:

«Framfor alt så er det menneskers livssituasjon som ser litt ulik ut og det er det vi får ta del i. Og kunne gjøre det så bra som mulig for at det skal fortsette å være bra.»

Konklusjon og veien videre

Gjennom denne studien har vi nå forsøkt å beskrive hvordan tre svenske jordmødre i en av Sveriges regioner opplevde sitt arbeid i primærhelsetjenesten i forhold til kvinnehelse. Intervjuet med legen viste oss at det å samarbeide på tvers av profesjoner opplevdes både lærerikt og positivt. Kvinner kunne også dra nytte av det gode samarbeidet ved at de fikk et helhetlig tilbud. Jordmortjenesten i Sverige hadde et tilbud til kvinner i alle aldre, det var satt i system

og var tilgjengelig. Internasjonale etiske retningslinjer for jordmødre vektlegger prinsippet om å jobbe helsefremmende. Jordmor har en viktig oppgave i forhold til kvinnehelse, og seksuell og reproduktiv helse (ICM, 2011).

De svenske jordmødrene løftet fram det å jobbe med kvinnehelse i et livsløpsperspektiv som en naturlig del av sitt arbeidsfelt. I Sverige har jordmødrene i lang tid hatt flere oppgaver som tradisjonelt sett tilhører legene og ikke jordmor i Norge. Vår studie viste at jordmødre i Sverige hadde en viktig rolle i kvinnehelsen, og kvinner så det som et naturlig valg å henvende seg til jordmødrene både når det gjaldt spørsmål om seksuell og reproduktiv helse, og rådgiving om kvinnehelseplager og livshendelser. Jordmor dekket et behov og hadde en selvsagt rolle i kvinnehelsetilbudet.

Et mål for den utvidede rekvireringsretten i Norge er å få ned aborttallene og øke bruken av LARC. Funn i studien vår kan tyde på at tilbudet de svenske jordmødrene gir, ble sett på som et lavterskeltilbud av befolkningen og at kvinnene derfor benyttet seg av jordmors tjenester i større grad. Informantene trakk spesielt fram god tilgjengelighet som et viktig virkemiddel.

Vi mener at norske jordmødre også kan bidra mer i kampen om å få ned aborttallene, ved at den friske kvinnen får økt tilgang til jordmor. Norske jordmødre har nå fått utvidet rekvireringsrett og dette

innebærer også muligheten for å sette inn spiral. Med dette som bakteppe, ser vi det som naturlig å også kunne tilby å ta både celleprøver og infeksjonstester for seksuelt overførbare infeksjoner (SOI-tester) i en og samme konsultasjon. Kvinner som oppsøker jordmødre for prevensjon bør slippe å ta en ny gynekologisk undersøkelse hos en annen yrkesgruppe for å få utført disse tjenestene. Kvinner vil dermed kunne få et sammenhengende og helhetlig tilbud med tanke på seksuell og

«De svenske jordmødrene jobbet langsiktig med kvinnehelse.»

reproduktiv helse. Screening mot livmorhalskreft med celleprøvetaking bør være tilgjengelig og er et svært viktig tilbud for kvinner. Jordmor kan bidra til at flere kvinner tester seg, og at man oppdager livmorhalskreft tidligere.

Gjennom vår praksis i primærhelsetjenesten i Sverige og via funn i vår studie fikk vi kunnskap om at kvinnehelse er et stort og sammensatt felt som krever kompetanse. Vår studie viser at jordmødre i Sverige har kompetansen som er nødvendig for å jobbe forsvarlig. Jordmor har kunnskap om det normale, om å styrke det friske, og kan se når noe avviker fra det normale. Jordmor har klare retningslinjer og handler ikke utover sin kompetanse. Samarbeid med lege er viktig for å kunne gi kvinnen et tilbud som er forsvarlig og oppleves som helhetlig.

Som jordmødre i Norge kan vi kanskje nå følge eksemplet til svenske jordmødre, og tilby noe nytt. Funn i vårt studie kan tyde på at jordmødre i Norge i større grad kan og bør ta større ansvar for kvinnehelse i primærhelsetjenesten. Andre områder innenfor seksuell og reproduktiv helse som familieplanlegging, gynekologiske undersøkelser og rådgivning ved normale plager og tilstander er områder hvor jordmor nå har mulighet for å bidra i enda større grad med sin kompetanse. Det blir en viktig videreutvikling av kvinnehelsetilbudet. Jordmors utdanning rommer mer enn bare svangerskap og fødsel. Vi må selv løfte fram vår kompetanse, og tydeliggjøre den ved å tilby en utvidet tjeneste i primærhelsetjenesten. Vi har kunnskap og kompetanse til å kunne tilby helhetlig omsorg i et livsløpsperspektiv i vårt møte med kvinner i alle aldre.

Helsefremming lå til grunn for alt det de svenske

jordmødrene gjorde, og jordmor hadde ansvaret for den friske kvinnen. Statusrapporten *Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health* (Potvin og Jones, 2011) tyder på at vi også i dag står overfor de samme utfordringene som i 1986, i forhold til implementeringen av helsefremmende arbeid. Norge har også utfordringer knyttet til dette. Det er viktig å utnytte ressursene i helsevesenet på best mulig måte. Jordmors kompetanse blir ikke utnyttet fullt ut i helsevesenet. I primærhelsetjenesten er jordmødre en viktig ressurs på riktig omsorgsnivå. Ved riktig bruk kan dette gi gevinst på lang sikt i forhold til folkehelse. Få kommuner bruker jordmødre til andre oppgaver enn svangerskapskonsultasjoner. Dette er en del av systemet som fortsatt må utvikles videre, og vi forsøker å vise gjennom funn i studien vår at det er mulig å utvikle og forbedre kvinnehelsetilbudet ytterligere.

I Sverige kunne jordmødrene fortelle at de så det som naturlig at de tok seg av de friske kvinnene og at legene tok seg av de syke kvinnene. Dette ble støttet av legen. Selv om det var vanskelig å sette et klart skille, kunne våre informanter opplyse om at samarbeidet fungerte fint og at omsorgen ikke ble fragmentert. De var enige om at de utfylte hverandre, og at dette var til det beste for kvinnen.

Med den nye rekvireringsretten åpner det seg nå nye muligheter for jordmødre i primærhelsetjenesten. Jordmor kan gi kvinnehelsen et løft og den oppmerksomheten den fortjener. ■

Referanser:

Danielsson, M., Berglund, T., Forsberg, M., Larsson, C., Rogala, C., Tyden, T. (2012) *Sexual and reproductive health in Sweden: The National Public Health Report 2012*. Chapter 9. – *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012; 40 (Suppl 9): 176–196

International Confederation of Midwives ICM (2016) Definisjon av jordmor. Vedtatt av ICM, 19. juli 2005. <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>

Helsedirektoratet, Norge (2015). Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon LARC (2015). IS-13/2015. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1118/Rundskriv%20rekvireringsrett%20og%20LARC%20IS-13-2015.pdf>

Socialstyrelsen i Sverige (2015). Kunnskapsstødd for mødrahålsøvråden. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>

Potvin L., Jones C. M. (2011) *Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health*. 244–48. *Canadian Journal of Public Health*. 2011;102(4): July/August 2011, 247

http://search.proquest.com/docview/884329234?fr_id=info%3Aaxr%2F-sid%3Aprimo

World health organization. (2016) Health promotion. http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

Bli oppdatert om prevensjon

Flere høyskoler tilbyr kurs om prevensjon til jordmødre.

Tekst **Eli Aaby**, fagutviklingsjordmor Ahus /redaksjonen i Jordmora

Høgskolene som utdanner jordmødre og helsesøstre har fått midler til å holde kurs om prevensjon for jordmødre som er utdannet før 2006. Her er en oversikt:

Høyskolen i Sørøst Norge

Kurset tilbys jordmødre og helsesøstre som søker godkjenning til å praktisere forskrivning av hormonelle prevensjonsmidler. De som har rekvisisjonsrett fra før 31.12.2015, trenger ikke dette kurset. Kurset inneholder temaer som samliv, seksualitet og prevensjon, i tråd med myndighetskravene. Kurset vil bli arrangert to ganger i året.

Kurs fra 19. – 23. september 2016. Høgskolen i Sørøst Norge, studiested Vestfold. Søknadsfrist er 15. august 2016. Med forbehold om nok deltakere.

Pris kr 4500

<http://www.usn.no/studier/finn-studier/helse-og-sosialfag/kurs-i-prevensjon/>

NTNU

Etterutdanningskurs: Rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler. Målgruppe: Jordmødre og helsesøstre med tidligere rett til rekvirering av prevensjon og jordmødre og helsesøstre uten tidligere rett til rekvirering av prevensjon. En gang pr år, som regel i uke 7.

Samarbeider med Sex og Samfunn om ferdighetstrening. Kurset koster 2200 kroner for eksterne deltakere.

Mer informasjon: bente.krogseth@ntnu.no eller raija.dahlo@ntnu.no

Høgskolen i Oslo og Akershus

Tilbyr undervisning for eksterne deltakere sammen med jordmorstudentene en gang i året, i vår semesteret. Jordmødre som er utdannet etter 2005 har fått de aktuelle teoretiske temaene inn i sin utdanning og trenger ikke ta emnet på nytt. Dette gjelder også de jordmødrene som har tatt det såkalte «p-pillekurset».

HiOA er ikke behjelpelig med praksisplasser, det må jordmødrene eller deres arbeidsgiver skaffe selv.

For innhold i kurset:

<http://www.hioa.no/Studerog-kurs/HF/Master/Jordmorfag/Programplan-for-Masterstudium-i-jordmorfag-2016MAJO4100-Kvinnehelse-seksuell-og-reproduktiv-helse-og-rettigheter-Kull-2016>

Du kan søke på emnet uten å være tatt opp på masterprogrammet. Løpende opptak. HiOA har hittil ikke tatt betalt av eksterne studenter.

Kontaktpersoner: annemargrethe.fylkesnes@hioa.no og ellen.nordstrom@hioa.no

Høgskolen i Bergen

Arrangerer kurs i prevensjon en gang i året, undervisning sammen med jordmorstudentene. Kurset holdes i januar/februar, varighet cirka 40 timer.

Innholdet er i samsvar med kravene i nye retningslinjer for jordmødre og helsesøstres rekvireringsrett.

Høgskolen søker midler til å gjennomføre kurset for eksterne studenter,



UTDANNING: Nye retningslinjer for jordmødres rekvireringsrett av prevensjonsmidler, gjør at noen må ta kurs for å oppdatere sin kunnskap på feltet. Illustrasjonsbilde: Colourbox.

når de får ekstra midler er kurset gratis, hvis ikke koster det kr 1000.

Kontakt studiekoordinator: bodil.molander.dale@hib.no

<http://www.hib.no/studietilbud/studieprogram/jmu2>

Universitetet i Tromsø

Undervisning sammen med jordmorstudentene, hver høst. Varighet cirka 1 uke.

Kurset er gratis. Reise og opphold må studentene dekke selv.

Kontakt studieleder ved jordmorutdanningen: kari.bjerck@uit.no

Høgskolen Diakonova (Oslo)

Prevensjonskurs i uke 38.

Informasjon om kurset, innhold og pris, samt mulighet for påmelding på Diakonovas hjemmeside: www.diaconova.no

De som trenger forskrivningsrett må ta hele kurset som går over en uke, mens de som bare trenger oppdatering kan ta enkelt dager.

For mer informasjon kontakt: Hilde.Egge@diaconova.no ■

■ Rundskriv om rekvireringsrett

Helsedirektoratet har gitt ut IS – 13/2015 Rundskriv – «Utvidet rekvireringsrett til helsesøstre og jordmødre for prevensjonsmidler – Helsesøstre og jordmødres administrering av langtidsvirkende, reversibel prevensjon (LARC)». I rundskrivet beskrives hva som kreves av teoretisk og praktisk kompetanse for å kunne skrive ut resept og administrere de ulike prevensjonsmidlene.

Spre informasjonen!

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

Symposium om normale fødsler

GynZone inviterer til symposium om normale fødsler og vannfødsler i Aarhus torsdag 8. september 2016 og i København torsdag 10. november 2016.

I forbindelse med symposiet er det mulighet for å delta på eksklusive workshops 7. september i Aarhus, og 9. og 11. november i København. Dette er for jordmødre og leger.

Se www.gynzone.net for mer informasjon angående påmelding og program

The Cube, Clarion Hotel & Congress Oslo Airport

Jordmorforbundet NSFs fagdag 2016

26. september 2016

Årets store fagdag for jordmødre arrangeres i år i forbindelse med sykepleiekongressen 2016. Sett av dagen! Mer informasjon 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. Vi kan derved synliggjøre viktig kompetanse overfor hverandre, overfor andre aktører innen helsetjenesten og samfunnet for øvrig. Kongressen er under planlegging. Hold av datoene allerede nå.

Scandic Park, Sande

Barnet og rusen

28.-30. september 2016

Vi ønsker velkommen til tre innholdsrike dager med mulighet for faglig påfyll, læring og utvikling med foredragsholdere fra Norge, Sverige, Island og Norge. Påmeldingsfrist 24. august.

Thon Conference Vika Atrium, Oslo

Ammeveiledningskurs

17.-18. oktober 2016

Ammeveiledningskurs Trinn I og II

Nasjonal kompetansetjeneste for amming tilbyr jevnlig ammeveiledningskurs for helsepersonell. Målgruppen er helsepersonell ved sykehus og i primærhelsetjenesten som gir ammeveiledning. Program og mere informasjon på legeforeningen.no

Ammeveiledningskurs Trinn III og IV blir gjennomført i februar 2017. Datoen er enda ikke fastsatt.

Scandic Park Hotel, Sandefjord

MI-Motiverende Intervju

3. november 2016

Dagskurs for jordmødre i samtalemetoden MI-Motiverende Intervju. I år arrangerer kompetansesentrene i rusfeltet for første gang et eget dagskurs for jordmødre, med fokus på kommunikasjon rundt sårbare tema innenfor rammen av faglig dialog med egen yrkesgruppe.

Påmelding: <http://borgestadklinikken.no/kurs-og-konferanse/kursliste>

Påmeldingsfrist: 29 september

Fredrikstad

Perinataldagene

9.-11. november 2016

Årets perinataldager holdes i Fredrikstad. Det er en tverrfaglig konferanse for jordmødre, sykepleiere, obstetikere, gynekologer, neonatologer og barneleger. Program og mere informasjon på legeforeningen.no.

London

European Midwives Association conference 2.–3. desember 2016

The Royal College of Midwives and the European Midwives Association (EMA) are hosting the fifth international education conference 2016 on 2nd and 3rd December 2016 in London.

Informative, inspirational and motivating this years conference will include presentations from across the UK, Europe and beyond to discuss key issues in midwifery education. The delivery of maternity care throughout the world requires highly skilled midwives whose practice is underpinned by a sound knowledge base, the possession of essential midwifery competencies and accountability for the wellbeing of mothers and babies.

Oslo

Den 7ende Nordiske ammekonferansen 30.–31. mars 2017

Den 7ende Nordiske ammekonferansen arrangeres i Oslo i mars 2017. Mere informasjon om dette kommer.

Toronto, Canada

Den 31 Internasjonale Jordmorkongress ICM 18.–22. juni 2017

Mer informasjon kommer når det nærmer seg.

ANNONSE

Hun har ingen.

HAR HUN DEG?

Kan du avse fire uker til å redde liv?

Hvert år dør mer enn 300 000 kvinner i barsel på verdensbasis, og 99 % av dem bor i utviklingsland. Akkurat nå er det prekær mangel på kvinnelige gynekologer ved Leger Uten Grensers sykehus.

Gynekologer kan faktisk dra på korte oppdrag – fra fire ukers varighet – selv for endt spesialisering.

Til regulære prosjekter kan oppdraget planlegges langt frem i tid.

Når du jobber for oss, redder du liv og overfører livsviktig kompetanse til de lokale sykehusene.

Kontakt oss på rekruttering@legerutenegrens.no for mer informasjon.



Foto: Sofie Stevens

3 på gangen

Tekst Hanne Graarud Steien

1. Hva tenker du angående rekviseringsretten til jordmødrene?
2. Ny tid, nye roller. Opplever du at arbeidsoppgavene dine som jordmor har endret seg de siste årene? Og i så fall hvordan?
3. Er du fornøyd med fagdager og kurs som Jordmorforbundet NSF arrangerer?



Åse Rommetveit
kommunejordmor

1. Jordmødre er i kraft av sitt fag, ferdigheter og kontakt med kvinner et godt valg for å påvirke og bidra til at kvinner velger å bruke sikker prevensjon. Sikker prevensjon er selvsagt vesentlig for å forebygge uønskede svangerskap og aborter, men like viktig er det at kvinner opplever god helse og seksuell autonomi ved å få god hjelp til å finne den beste metoden for seg.
2. Noen tema fokuseres det mer på i dag enn tidligere, som for eksempel risikoaspektet ved overvekt, vold i nære relasjoner og annet som kan være knyttet til økt sårbarhet i forbindelse med svangerskap, fødsel og familiedannelse. Jordmor må ha kunnskap nok til å ha en handlingskompetanse innenfor disse områdene.
3. Medlemmenes fornøydhet vil blant mange faktorer henge sammen med hvilke tilbud en opplever av fagdager og kurs. Dette må man jobbe mye med.



Merete Lind Holte
jordmor på Stovner helsestasjon

1. Det er ikke bare et tilbud du får hos fastlegen lenger, men der jordmor og helse-søster er. På helsestasjonen møter vi kvinnene over tid og mange kommer tilbake til etterkontroll, celleprøve og for prevensjon. Dette er også bra i et samfunnspektiv. Barn vil i større grad være ønsket og mor få mer kontroll over livet sitt. På min arbeidsplass er det mange kvinner med forskjellig landbakgrunn. Med trygg prevensjon vil flere kunne fullføre norsk kurs og få seg jobb. Det at jordmor har fått mer plass i omsorgen for friske kvinner synes jeg er flott!
2. Vi får stadig flere oppgaver. Problemet er at det som regel ikke følger økte ressurser til nye arbeidsoppgaver. Jordmor skal også tidlig ut på barselbesøk. Mange helsestasjoner sliter med å følge retningslinjene da økte ressurser ikke følger kravene.
3. Jeg var på en temakveld om prevensjon for noen uker siden. Det var veldig bra. Det er viktig at Jordmorforbundet NSF holder kurs og fagdager.



Linda Jeanett Jamsgard
jordmor ved Sykehuset Telemark,
nestleder i Jordmorforbundet Telemark

1. Som jordmor kommer man gjerne tett på kvinnene og det kan derfor være lettere å få til en god dialog. Sikker prevensjon er viktig for å hindre uønsket graviditet, og at kvinner opplever seksuell uavhengighet og god helse. Økt rekviseringsrett er positivt!
2. Jobber på føde og barselavdeling som jordmor i 100 % stilling. Tendensen er at det stilles stadig større krav til dokumentasjon og overvåkning i fødsel, noe som også innebærer økt ressursbruk rundt dette i fødsel, men også når kvinnene kommer til kontroll i fødeavdelingen. Da selekterer vi de fødende, og må handle og dokumentere etter dette.
3. Jeg er veldig fornøyd med fagdager og kurs i regi av Jordmorforbundet. Det har vært en god utvikling i riktig retning. Som medlem i Jordmorforbundet har man muligheter til å søke kursstøtte. Her kan det være mange penger å hente.

VI HAR LANSERT ETIKK-UTGAVE I SYKEPLEIENS APP

Sykepleiere kommer ofte opp i situasjoner som krever etiske vurderinger. Vi utgir nå en egen etikk-utgave som kan lastes ned i Sykepleiens App sammen med de andre utgavene.

NYHET

“ *Hva gjør du hvis pasientene nekter å spise, eller når en kollega snakker nedsettende om pårørende? Hvordan takler du det, når du ikke får tid til å sitte hos en døende? Er det akseptabelt at ledelsen krever at morgenstellet må i gang kl. 04.00 for å spare penger?* ”



Vi har samlet over 40 artikler fra eksperter på etikk, som omtaler temaene over, og mange flere. Her finner du også de etiske retningslinjene fra Sykepleierforbundet. Les etikk-utgaven som ligger sammen med de andre utgivelsene i kiosken.



Sykepleien



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.