

TIDSSKRIFT FOR

JORDMØDRE



Utgitt av: Den norske jordmorforening / NR. 7 2020 / 126 ÅRGANG



Debatt om akupunktur på fødestuen

side 26

Morsmelkerstatning s. 9

Fremtidens jordmødre s. 21

Familieambulatoriet i Levanger s. 24

Topp 5 grunner for å velge Angusta®

Angusta®
(misoprostol)

Den eneste godkjente orale behandlingen for induksjon av fødsel¹

1 Kvinner foretrekker oral behandling ved induksjon
Mer enn 4 av 5 kvinner foretrekker oral misoprostol igjen ved en fremtidig fødsel.²

2 100.000 babyer
Angusta har hjulpet mer enn 100.000 kvinner under en fødsel.*

3 Klar til bruk
Riktig dosering av misoprostol er pakket i et blister som har en dobbel aluminiumsfolie.¹

4 Angustas® sikkerhetsprofil
Sikkerhet ved bruk av Angusta er vist i et compassionate use program.¹

5 Nature's helping hand
Enkel peroral administrasjon gir kvinnen mulighet til å bevege seg under det første stadiet av fødselen. Dette kan redusere tid før aktiv fødsel, samt redusere risikoen for keisersnitt.³



Referanser

1. Angusta® SmPC, 2019-08-12. 2. Mundle S, Bracken H, Khedikar V et al. Foley catheterisation versus oral misoprostol for induction of labour in hypertensive women in India (INFORM): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2017 Aug 12;390(10095):669-680. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31367-3. 3. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ and Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. *Basert på salgsstatistikk

Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 **TABLETTER 25 µg:** Hver tablett inneh.: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. Sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. Spesielle **pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal nonstresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrevet fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Ved korioamnionitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fostermembranene >48 timer før administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk før uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal fetal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal fetal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimelighet, neonatale kramper. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalløsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponerer av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 18.07.2019. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1137,10 (April 2020).

Azanta
Because life matters

Satsing på kvinnehelse

Regjeringen og helsestatsråd Bent Høie har avholdt innspillmøte om kvinnehelse. Møtet var startskuddet for en NOU (Norsk offentlig utredning) om kvinnehelse i et kjønnsperspektiv. Under møtet kom det en rekke innspill om utfordringer i dagens fødselsomsorg, og det ble pekt på hvordan en styrking av jordmortjenesten og flere jordmødre kan være et viktig tiltak for å bedre disse utfordringene. Så får vi håpe at hastetiltak ikke blir skjøvet på under påskudd av at vi må se hva som kommer frem i NOUen før vi kan gjøre nye endringer. Det er derfor positivt at Bent Høie på direkte spørsmål fra Tidsskrift fra jordmødre sier at han forventer at helseregionene følger det justerte oppdragsdokumentet de fikk på bakgrunn av rapporten «endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem». Det gjelder spesielt bemanning på fødeavdelingene, presiserte han, og jeg kan love at Tidsskriftet vil følge opp denne saken i tiden fremover.

Mvh

Eddy Grønset

Doktorgrad om fødselsutfall blant innvandrerkvinner



- 05 Dnjs leder:
- 06 NOU om kvinnehelse
- 09 Morsmelkerstatningsindustrien
- 14 Aktuell forskning
- 17 Trøblete på Ullevål
- 21 Fremtidens jordmødre
- 24 Familieambulatoriet i Levanger
- 26 Akupunktur
- 29 Lønnsoppgjøret
- 30 Historien

Del spennende aktiviteter på Dnj sin facebookside



Skal du på et interessant kurs, arrangement eller møte? Send en setning eller to og ta et bilde – send meldingen til vår informasjonsrådgiver Rannveig Øksne; 974 79 937 så sørger hun for at det blir delt på våre facebooksider.

UTGIVER Den norske jordmorforening

LEDER Kari Aarø

SEKRETARIAT
Rosenkrantz' gate 7,
0159 Oslo

TELEFON 93 43 40 31

BANKGIRO 1600.21.65175

REDAKTØR Eddy Grønset

TELEFON 90 50 61 37

E-POST eddy@pekaill.no

GODKJENT OPPLAG

2 553 eks

NEDKOMMER

med 9 nummer i året.
Redaksjonen for dette
nummeret ble avsluttet
23. september 2020.

ÅRSABONNEMENT
500 kroner

ANNONSEANSVARLIG

Salgsfabrikken
v/Britt Fossum
Telefon: 919 03 297
britt@salgsfabrikken.no

LAYOUT

Elin Iversen

TRYKK

RK Grafisk



WELEDA

Since 1921

TEAM UP WITH MOTHER NATURE.

Weleda er verdens mest bærekraftige selskap innen hudpleie*

Weledas massasjeoljer til graviditet inneholder rene, naturlige oljer som gir næring og mykgjør huden gjennom hele svangerskapet. Med regelmessig massasje blir huden mykere og glattere og gir økt elastisitet.

Produktene er 100% naturlige, økologisk sertifisert og dermatologisk testet.

- ✓ Øker hudens elastisitet og beskytter mot strekkmerker, rift og flenger
- ✓ 100% naturlig hudpleie
- ✓ Anbefalt av jordmødre



Les mer på weleda.no  

*Beauty Shortlist Award 2019



Anbefalt av
jordmødre



Dnjs leder har ordet



Ta diskusjonen om induksjon

Forrige uke slapp FHI en rapport der de har sett på kunnskapsgrunnlaget for tidspunktet for induksjon. FHI konkluderer med at «Å sette i gang fødselen ved 41 uker ser ut til å redusere risikoen for komplikasjoner hos nyfødte, uten at det øker risikoen hos kvinnene. Det viser en systematisk gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget gjort av Folkehelseinstituttet». I vår diskuterte jeg induksjonanbefalingene i ett digitalt møte i Nordisk Jordmorforbund. I Sverige er det allerede innført nye retningslinjer for induksjon i uke 41, bakgrunnen er den svenske Swepis undersøkelser. I Finland er det ingen diskusjon rundt endringene i retningslinjene og i Danmark har Den danske jordmorforening jobbet hardt for å få en faglig diskusjon med fagmiljøene før en endring blir gjort. De nordiske jordmorforeningene deler vår bekymring rundt en økende induksjonsrate. De siste 20 årene har induksjonsraten i Norge gått fra 10 prosent til 23 prosent, fra 2018 til 2019 steg den ytterligere fra 23 til 26 prosent. I høst starter arbeidet med en revisjon av et trygt fødetilbud. Den norske jordmorforening skal delta i dette arbeidet. Jeg har vært i kontakt med Helsedirektoratet etter at FHI kom med sin rapport, Helsedirektoratet bekrefter at induksjon vil bli et av temaene i revisjonen og at det ikke vil bli endringer i retningslinjene nå med bakgrunn i FHI sin studie. Vi mener at konsekvensene for en slik endring må vurderes nøye, og ønsker oss en bred diskusjon i fagmiljøet. En slik endring vil bety at så mange som 8000 flere kvinner vil bli indusert i uke 41 og induksjonsraten vil stige betraktelig. Det vil få store konsekvenser for tilbudet til alle de fødende. Vi kan risikere

å konsentrere oss om de friskeste på bekostning av de sykeste. Det ville være klokt å avvente og se hvordan de nye anbefalingene i Veilederen for fødselsomsorgen som kom i vår, slår ut før det gjøres nye endringer.

Vi håper at arbeidet med revisjonen «et trygt fødetilbud» vil resultere i et bedre tilbud til alle gravide fødende og barselkvinner, og vil delta aktivt inn i diskusjonen. Det er fem hovedtemaer som skal inn i arbeidet: 1. Seleksjonskriterier på kvinneklinikk, fødeavdeling, fødestue og hjemmefødsel- 2. Følgjetjenesten og beredskap- 3. Normtall for bemanning- 4. Krav til kompetanse- 5. Håndtering av overtidige svangerskap- 6. Hjemmefødsel.

Det forventes at arbeidet ferdigstilles våren 2022. Vil sende ut mer informasjon om dette og gir dere mulighet til å komme med innspill. Vi oppfordrer dere til å starte de faglige diskusjonene allerede nå.

Riktig god høst til dere alle.

Kari Aarø

Leder av Den norske jordmorforening

Regjeringen vil prioritere kvinnehelse

- Det overordnede målet vårt er ny kunnskap for å lage et bedre helsetilbud for hele befolkningen, uavhengig av kjønn, sa statsråd Bent Høie vedrørende en ny norsk offentlig utredning (NOU) om kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv.



Tekst og foto: Veronica Rinde Halvorsen



Helse- og omsorgsminister Bent Høie ønsket innspill fra helsetjenesten, forskere og organisasjoner om hva som bør være med i en ny utredning om kvinnehelse.

Den 31. august åpnet statsråd Bent Høie regjeringen sitt innspillsmøte om kvinnehelse. Møtet ble avholdt i Klima- og miljødepartementet, hvor en rekke representanter for helsetjenesten, forskere og ulike organisasjoner var tilstede både digitalt og fysisk, for å komme med sine innspill til temaer de mener bør belyses i mandatet. Forrige NOU om kvinnehelse kom ut i 1999.

Det var i fjor regjeringen presenterte sin sekspunktsplan for bedre kvinnehelse. Et av målene med denne NOU-en er å identifisere nye områder der det trengs mer kunnskap, sa statsråd Høie i sitt åpningsinnlegg.

Flere av innleggene på innspillsmøtet omhandlet reproduktiv og seksuell helse.

– I den nye NOU-en om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv, vil mandatet gå bredere enn tidligere. Et slikt arbeid med en NOU må ha et godt mandat, med klare føringer, tema og avgrensninger. Det å lage et slikt mandat er ikke en enkel oppgave. Det er nettopp i dette arbeidet vi trenger og ønsker innspill fra dere om hva som er viktigst å få med og hvilke temaer som bør nevnes spesielt, sa statsråden.

Færre fødsler betyr ikke at behovet for jordmødre er mindre

Kjell Salvesen, klinikkssjef ved kvinneklinikken på St. Olavshospital, ønsket i sitt digitale innlegg å fokusere på dagens pressede situasjon ved mange norske fødeavdelinger, samt det faktum at norske kvinner føder stadig færre barn.

– Vi skal ikke veldig langt tilbake i historien for å finne eksempler på at norske kvinner fødte mange barn hjemme og kontrasten er stor til dagens Norge. Fertilitetsraten er historisk lav, under 1,6 per kvinne. I en artikkel i siste Legetidsskrift så viser det seg at dagens kvinner velger vekk barn nummer tre, og stadig flere kvinner utsetter første fødsel så lenge at de noen ganger ender opp barnløse. Så hvorfor er det slik? Hva kan gjøres for at norske kvinner kan og vil føde barn? Det mener jeg må være en viktig del av denne NOU-en, sa Salvesen.

Han mener det er viktig å lytte til innspill fra de som er i direkte kontakt med fødende hver dag.

– Vi som jobber på fødeavdelingen er midt mellom barken og veden. Mellom forventninger fra de fødende og ressursene som stilles til rådighet. Og kvinner ønsker at en høy medisinsk faglig standard på fødeavdelingen skal ligge nær hjemstedet, sa Salvesen.

Han poengterer at for mange fødende er en fødsel en stor begivenhet og at både fødekvinner og hennes familie har sine forventninger om en forløsning hvor de er i fokus fra sykehusets side.

– Så vet vi at dette ikke alltid er mulig. Det er mangel på kvalifisert helsepersonell, det er små fødeavdelinger, krav til effektivisering, et høyt arbeidstempo og en finansieringsordning som gir sykehusene mer penger jo mer komplisert fødselen blir. De fødende blir eldre og en økning av overvektige er blant annet kompliserende faktorer. Det er ikke så lett som å si at det blir færre fødsler, så da trenger vi færre jordmødre og leger. Det finnes ingen quick fix på denne problemstillingen, men jeg ønsker at dette adresseres i den planlagte NOU-en, avsluttet Salvesen sitt innlegg.

Nærhet til fødested en viktig faktor

Jorid S. Anderssen, professor i sosiologi, institutt for samfunnsvitenskap ved Universitetet i Tromsø, er prosjektleder for et pågående NFR-prosjekt om helse i Finnmark. De intervjuer kommunalt ansatte og innbyggere i forskjellige kommuner over tid om deres forhold til helse og livskvalitet der de bor. I sitt innlegg rettet hun fokus på fødekvinners reisevei til sykehus.

– I denne presentasjonen vil jeg fokusere på hva det betyr for kvinners helse å bo langt fra sykehus. Lang avstand til nærmeste sykehus er en utfordring for alle typer helseproblemer som krever snarlig sykehushjelp. Det gjelder også kvinner som føder, sier hun.

Hun forteller videre om en kommune de har studert i indre Finnmark, hvor det er fire timers kjøretur til nærmeste sykehus – hvis været er godt.

– Uten flyplass er det bare kjøring som er mulig reise-måte til sykehuset, bortsett fra et fåtall ganger det har vært behov for helikopter. Den nærmeste sykestua er et par timers kjøring unna. Ifølge helsepersonell i kommunen må de aller fleste likevel forberede seg på å føde på sykehus. De må da reise til byen en uke før forventet termin. Selv om dette gjør det trygt å føde, kan kvinnen forvente å være hjemmefra i et par-tre uker, sa Anderssen.

Selv om man skulle rekke å komme inn til byen i god tid før fødsel, er det likevel en mulighet for at de må gå gjennom fødselen uten støtte fra sin partner.

– Det kan i mange tilfeller være vanskelig for partneren å vente sammen med kona i byen, både av økonomiske grunner, og av hensyn til jobb eller andre barn. En vordende far som må være hjemme mens kona er i byen og venter på at fødselen skal starte, kan risikere å ikke rekke fram før fødselen er over.

I kommunen er det rundt regnet 30–40 fødsler i året. Det er en jordmorstilling. Starter en fødsel mens kvinnen er hjemme, blir vær og avstand viktig for hvordan fødselen blir vurdert videre. Ved dårlig vær kan reisetiden være så lang at de da må revurdere om en fødsel som opprinnelig var planlagt på sykehus, og se om den likevel kan skje på sykestua, fortalte Anderssen.

– Det er vanskelig å forutse hvordan en fødsel utvikler seg i løpet av de nærmeste timene, så det er viktig å ha med en kvalifisert ledsager. Jordmor er derfor med på turen hvis hun kan. Fødsler skjer i ambulansen, og senest i morges ble det for eksempel tatt opp i den lokale nyhets-sendingen at ambulanspersonell har for dårlig opplæring i fødselshjelp. I kommunen er det to ambulanser, og det skal alltid være en ambulanse stående. Hvis en ambulanse allerede er på oppdrag, må de få ambulanse fra nabo-kommunen, sa hun.

– Vær og vind kan en ikke gjøre noe med, heller ikke avstand. I en tid der det snakkes varmt om at trygghet er viktig for den fødende, er det viktig å bli minnet på om at for noen kvinner i vårt land blir denne tryggheten vanskelig å ivareta. Det bør derfor legges til rette for at også folk som bor langt fra sykehus skal få en trygg fødsel og en god start med det nye familiemedlemmet – og at slike ting må diskuteres i en utredning om kvinnehelse, avsluttet Anderssen.

Jordmor kan representere kontinuitet i omsorgen

Ellen Blix, jordmor og professor ved Oslo Met, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, ga sitt innspill rettet mot en helhetlig svangerskaps, fødsels- og barselomsorg.

– NOU en fra 1999 la vekt på helsefremming, kvalifisering og en mer helhetlig svangerskaps, fødsels og barselomsorg. Den anbefalte også flere jordmødre inn i svangerskapsomsorgen. Stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet» fra 2009 la også vekt på en mer sammenhengende omsorg, og nå bør vi ta det videre og gjøre oppfølgingen enda mer sammenhengende og kontinuerlig, oppfordret Blix.

Jordmor kan være den som representerer kontinuiteten og som sørger for at foreldrene får informasjon som er anbefalt, alt i et tverrfaglig samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten, mener Blix.

Hun viste videre til at Tromsø kommune og Universitets-sykehuset i Nord Norge i årene 2005 til 2014 hadde en modell hvor jordmødre hadde kombinerte stillinger i sykehuset og kommunen. Evalueringen av den modellen viste blant annet at det var mindre overforbruk av tjenester.

– Etter at modellen ble innført, var det tusen færre henvisninger i året av gravide på poliklinikk. Vi bør prøve ut og evaluere flere slike kontinuerlige modeller, sa Blix.

Ellen Blix andre innspill til en ny NOU var rettet mot unødvendige inngrep under fødsel. Hun nevner at man i Norge har vært gode på å holde andelen keisersnitt nede, mens andre type inngrep har steget.

– For eksempel får en stor andel kvinner syntetiske hormoner for at fødselen skal gå fortere. Nyere forskning tyder på at det kan ha sideeffekter på kort og lang sikt, det kan påvirke amming og være assosiert med depresjoner etter fødselen. Så her bør vi ta en fot i bakken og evaluere egen praksis, sa Blix.

Forebygging gir stor helsegevinst

Leder av Dnj, Kari Aarø, var også tilstede for å gi sine innspill til mandatet.

– I oktober 2019 var vi på en høring om en egen NOU om fødselsomsorg. Jeg skal ikke legge skjul på at vi ble skuffet da det ikke ble noe av. Derfor er det helt nødvendig at en NOU om kvinnehelse i et kjønnsperspektiv må ta for seg seksuell og reproduktiv helse, innledet Aarø.

Hun trakk frem at det er behov for mer forskning om hva som skjer i en kvinnekropp under svangerskap, fødsel og barseltid og også hvordan dette påvirker kvinnens helse hele livet.

– Vi må tenke på at det vi forebygger i ung alder, fra puberteten, svangerskap og barseltid vil ha positiv innvirkning på kvinners helse senere. Hva slags praksis og tilbud kvinnen får gjennom disse fasene som forebygger annen sykdom og plager, vil ikke bare gi en stor helsegevinst men også en stor økonomisk besparelse, sa Aarø.

Hun mener også noen må tørre å ta debatten om hvilke prioriteringer som skal gjøres i et allerede stramt helsebudsjett.

– Kvinnehelse må sees i en helhetlig sammenheng og selv om vi ønsker mer penger til fødselsomsorgen, så ønsker ikke vi at det skal gå utover andre grupper, sa Aarø.

Som siste punkt ga hun innspill på hvilken rolle arbeidsliv har når det kommer til kvinnehelse.

– Et helsefremmende arbeidsliv er en viktig faktor, spesielt gjelder det i helsevesenet hvor rundt 80 prosent av de sysselsatte er kvinner. Oppsummert mener vi at

en NOU må fokusere på forebyggende tiltak. Seksuell og reproduktiv helse må være med som en hovedsatsning, det må forskes mer på helseutfall og en NOU må også diskutere hvordan vi kan sørge for et helsefremmende arbeidsliv for kvinner, og ikke minst hvordan håndtere vanskelige prioriteringer. Det er også en debatt som må tas politisk, sånn at vi som står i det hver dag slipper å ta den vanskelige diskusjonen, avsluttet Aarø.

Statsråden takknemlig for innspill

Helse- og omsorgsminister Bent Høie avsluttet møte med å takke for alle innspill.

– En NOU om kvinnehelse og helse i et kjønns-perspektiv vil omfatte mange samfunnsområder og mange ulike tema og det blir en stor utfordring å avgrense arbeidet. Dere har bidratt i dag til å identifisere områder hvor en NOU kan gi nyttig kunnskap og ny kunnskap, og vi har ikke minst blitt kjent med hverandres forventninger til dette arbeidet, sa Høie.

Regjeringen håper å få på plass et utvalg i slutten av året og dette utvalget får 18 måneder til å jobbe med mandatet.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie sier i kommentar til Tidsskrift for jordmødre at det er for tidlig å si noe konkret om hvilket fokus jordmorbemanningen vil få i en ny NOU, da mandatet ikke er ferdig ennå.

– Akkurat på det området er vi nok mer utålmodige enn at vi bare kan la dette foregå i NOUen, sier statsråden, og viser til at helseforetakene i sommer mottok et justert oppdragsdokument på bakgrunn av rapporten «ending i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem».

– Her forventer jeg at de anbefalingene som kom frem i rapporten, nå følges opp av helseregionene. Dette har jeg også stilt krav om. Det gjelder spesielt bemanning på fødeavdelingene. Jeg forventer å se resultater før denne NOUen er ferdig, for dette er langsiktig arbeid, sier Høie.

Vedrørende dagens innspill vedrørende lang reisevei til fødested, kan ikke statsråden her heller uttale seg om hvilket fokus dette vil få i en ny NOU, men han er tydelig på at følgetjenesten skal ivaretas av helseforetakene.

– Der har vi gitt oppdrag allerede om følgetjenesten og at helseforetakene må ta det ansvaret som de har for å sikre en god følgetjeneste. De kan da for eksempel ikke bare legge til grunn reiseavstand fra et kommunesenter til føden, men de må se på helheten, sier Høie.

Morsmelkerstatningsindustrien:

Fortsatt kamp mot uetisk markedsføring



I fattige deler av verden gjør aggressiv markedsføring av morsmelkerstatning at mødre velger pulver framfor å amme. Dette gjør barn syke, fordi pulveret blandes med skittent vann. Redd Barna mener at kampen mot uetisk markedsføring av morsmelkerstatning på langt nær er over, og de er glade for at de har en så tydelig støtte fra Dnj i dette arbeidet.



Tekst: Eddy Grønset
Foto: Lisa Brodshaug

Nylig har de fått flere norske pensjonsforvaltere og Oljefondet til å føre dialog med selskapene de investerer i for å sikre seg at de ikke markedsfører morsmelkerstatning uetisk og i strid med WHO's retningslinjer.

– Vi vil ikke at de skal investere i en industri som markedsfører morsmelkerstatning uetisk og som ikke følger WHO's retningslinjer for markedsføring av disse pro-

Lise Brodshaug i Redd Barna mener det fortsatt er et stort problem at morsmelkerstatning markedsføres i den fattige verden, på steder hvor det ikke finnes rent vann og hvor barna rett og slett blir syke når de får morsmelkerstatning i stedet for gratis morsmelk.



FOTO: PRIVAT

duktene, sier seniorrådgiver Lisa Brodshaug i Redd Barna.

Men det er ikke bare investormiljøene som trenger en påminning om hva morsmelkerstatningsindustrien gjør i fattige land. I fjor høst reagerte de også da Norsk Sykepleierforbund inviterte Nestle til å være sponsor for sin helsesykepleierkonferanse. Hun er glad for at Den norske jordmorforening er tydelig på at de ikke ønsker samarbeid med denne industrien i Norge, hverken som sponsor på arrangementer eller som annonsør i Tidsskrift for jordmødre.

– Det er to ting dette. Det ene er hvordan industrien opererer i fattige land med dårlig vannkvalitet.

Vi sier ikke nei til morsmelkerstatning, men vi holder oss unna å ha Nestle eller deres konkurrenter som sponsor på våre arrangementer. I fattige land dør barn av feil bruk av

morsmelkerstatning når mor heller hadde kunnet ammet. Jeg anser ikke dette som noe problem i Norge. Bruk av morsmelkerstatning her hjemme er nok i de aller fleste tilfellene nødvendig og basert på et gjennomtenkt valg hos mor. Beslutningen om ikke å samarbeide med produsenter av morsmelkerstatning er et etisk valg på grunn av de problemer vi ser med dette i den fattige delen av verden. Dnj taper masse penger på dette, men jeg er stolt over at vi har tatt et slikt valg, sier Dnjs leder Kari Aarø.

– **Trenger ikke helsepersonell informasjon om morsmelkerstatningsprodukter for å gi råd til de mødre som av ulike grunner må benytte disse produktene?**

– Norsk helsepersonell lar seg neppe påvirke like lett som kanskje i fattige land, så jeg er ikke redd for at våre medlemmer lar seg lure av industrien. Alle jordmødre har kunnskap om morsmelkerstatning og kan gi den informasjonen til nybakte foreldre uavhengig om de leser annonser fra industrien i våre kanaler, svarer Aarø.

Subtil markedsføring

– Vi er enig i at uetisk markedsføring av morsmelkerstatning ikke er noe stort problem i Norge. Det er ikke på grunn av streng lovgiving, men fordi vi ikke har en kultur for å reklamere for morsmelkerstatning her. Det vi er mer bekymret for er den subtile markedsføringen. Sponsing av arrangementer er et eksempel her. Vi har bevisst ikke fokusert på det norske markedet, men hevet stemmen da vi så at Nestlé var sponsor på helsesykepleiernes konferanse i Bodø. Da hadde vi nylig kommet hjem fra en studiereise i Asia hvor vi så at dette var et problem. Vi unngår å ta del i den hjemlige debatten, som ofte blir veldig polarisert. Vi legger oss ikke oppi enkeltpersoners valg, verken her hjemme eller i utviklingslandene. Man er ikke en dårlig mor om man velger morsmelkerstatning. Vår jobb er å peke på investorene og selskapene, og be dem ta ansvar, sier seniorrådgiver Lisa Brodshaug.

– Nestlé har greid å markedsføre morsmelkerstatning på en slik måte at helsepersonell bruker produktnavnet deres NAN som synonym med morsmelkerstatning. Dette

Investordialog med produsentene

KLP forvalter pensjonsmidlene til mange av de ansatte i helsesektoren, jordmødre inkludert, og de forteller at de nå blant annet etter oppfordring fra Redd Barna, har endret på sin dialog med selskapene de investerer i.

– Barns rettigheter er et viktig fokusområde for KLP da det er en sårbar gruppe og trenger særlig beskyttelse. Vi har jobbet med barns rettigheter fra ulike perspektiver i over 20 år. En av problemstillingene som vi har jobbet mye med de to siste årene er aggressiv markedsføring av morsmelkerstatning. Rapporten fra Redd Barna i 2018 «Don't push it» har vært en viktig bidragsyter til å belyse dette området ytterligere. Rapporten avdekker at det er en praksis hos mange selskaper som avviker fra det som er anbefalingene fra Verdens Helseorganisasjon når det kommer til markedsføringen av morsmelkerstatning. KLP er investert i fem av de seks selskapene som er omtalt i rapporten. Som investor bruker KLP sin eierposisjon til å påvirke selskapene i riktig retning

gjennom å stille klare forventninger og ved å gå i dialog med selskapene. Med dette som et utgangspunkt har vi hatt omfattende dialog med selskapene hvor vi har vært veldig klare på våre forventninger om at de må ha en offentlig policy som skal være i tråd med anbefalingene fra WHO-koden, sier senioranalytiker for ansvarlige investeringer i KLP Kapitalforvaltning, Kiran Aziz.

Han forteller at 25. juni lanserte WHO, Unicef, seks sivilsamfunnsorganisasjoner og investorer som KLP en oppfordring (Call to Action) rettet mot de største produsentene av morsmelkerstatning om å forplikte seg til full etterlevelse av WHOs retningslinjer for markedsføring av morsmelkerstatning innen 2030. Oppropet ber selskapene legge fram et forpliktende veikart som beskriver hvordan selskapene skal gå fram for å overholde retningslinjene innen 2030. Selskapene blir også bedt om å ta konkrete grep i markedsføringspraksisen sin allerede i 2020. Selskaper som responderer positivt på oppfordringen, forplikter seg til å rap-

portere jevnlig på framgangen i henhold til detaljene i veikartet. – Selskapene har fått en frist til 25. september for å svare på dette oppropet, og vi har ledet arbeidet mot Nestlé på vegne av andre investorer for å få dem til å forplikte seg, sier Aziz og påpeker at det er en ganske sammensatt problemstilling med alt fra svak nasjonal lovgivning til manglende kunnskap blant mødre. En av de store utfordringene er at mye av nasjonal lovgivningen er svakere enn WHO-koden. I tillegg har få land robuste tiltak på plass for å eliminere uansvarlig markedsføring av morsmelkerstatning.

Selskapene vil bli fulgt opp for å påvirke til mer ansvarlig praksis fremover. I tillegg har KLP hatt dialog med andre investorer i Norge for et samarbeid om oppfølging for å sette større push på selskapene, sier Kiran Aziz i KLP.



FOTO: ØIVIND HAUG

er ikke direkte farlig, men det sier mye om kraften i massiv markedsføring. Å skape lojalitet til et merke starter allerede på fødeavdelingen. Vi hørte historier fra kvinner i Kam-bodsja og Myanmar som fikk gratisprøver på sykehuset, og så kommer de hjem uten å ha fått hjelp til amming og det ikke er rent vann i springen eller vann i det hele tatt. En ting er fordelene med amming som immunforsvar og den sammensatte matpakken. Det andre er ulempene ved alternativene: Du får risiko for bakterier som du ikke får med amming, du får ikke den styrkingen av immunforsvar som morsmelk gir, påpeker Brodshaug.

– **Hva hadde skjedd om det ikke fantes morsmelk-erstatning?**

– Det er klart at i noen tilfeller er morsmelkerstatning livreddende. Mor kan dø, ikke få melk selv etc.

I gamle dager hadde man jo ammer. Morsmelk-erstatning ble i sin tid brakt inn på markedet som en livredder, men derifra til å være vitne til en industri som vokser og blir lukrativ er noe annet. Dette er en industri som kynisk spekulerer i mødrenes usikkerhet og sterke ønske om å gjøre det rette for barna sine.

Vil unngå «ammepolitiet»

– Vi vil styrke det som er positivt med amming, men vi må ikke støte fra oss de som velger noe annet. Det er ingen stor helserisiko ved å bruke morsmelkerstatning i Norge i stedet for å amme. Det er noe annet i fattige land for der er det ikke rent vann, og morsmelk er gratis. I Norge har mange følt på et press for å amme. Slik må det ikke være. Morsmelk er der, den er gratis og det er dokumentert at det er bra. Vi skal likevel respektere at det er kvinner som av helsemessige eller andre årsaker velger å gjøre noe annet. Her må vi skille mellom debatten i Norge og den som er i lavinntektsland, sier Kari Aarø.

Kampanje for etiske investeringer

Redd Barna har gjennom mange år jobbet opp mot norske investorer.

– Vi gikk på Oljefondet først fordi de investerte heftig i morsmelkerstatningsindustrien. Vi hadde en kampanje for to år siden, samlet underskrifter og fikk et møte med Oljefondet. I februar 2019 sa de at de hadde gått i dialog med de ti største produsentene de var investert i. Det betyr noe. Mange investorer ser til hva Oljefondet gjør. Nå har også investorer som KLP, DnB, Storebrand og Nordea fulgt Oljefondets eksempel, og Redd Barna rådgir nå disse i den dialogen de skal ha med selskapene de investerer i, forteller Lisa Brodshaug.

– DnJ synes det er bra at Redd Barna bidrar til en etisk refleksjon. De fleste jordmødre har en pensjon via jobben sin og det er ofte KLP som er leverandør her. Da er det også fint å vite at vår pensjon er bygd opp på et etisk rammeverk vi kan stå inne for, sier Kari Aarø.

Axel Heiberg-Andersen, kommunikasjonsjef i Nestlé Norge, hevder at Nestlé jobber internasjonalt for å fremme amming.

– Redd Barna hevder at morsmelkerstatnings-industrien er en industri som kynisk spekulerer i mødrenes usikkerhet og sterke ønske om å gjøre det rette for barna sine blant annet fordi dere påvirker kvinner til å velge morsmelkerstatning der amming er mulig. Hva er din kommentar til det?

– Vi er kjent med at Redd Barna har denne oppfatningen av bransjen, og syns selvfølgelig det er trist. Nestlé kan imidlertid kun svare på vegne av oss selv, ikke hele bransjen. Nestlé mener at morsmelk er den beste ernæring for spedbarn, og vi jobber globalt for å fremme amming og implementere bransje-ledende standarder for ansvarlig markedsføring av morsmelkerstatning. Vi er stolt over å være den første produsenten av morsmelkerstatning som ble inkludert på den anerkjente FTSE4Good-indeksen, og har møtt deres strenge krav til ansvarlig markedsføring siden 2011. Vi vil likevel fortsette å styrke prosedyrene våre, blant annet gjennom opplæring av ansatte, interne og eksterne valideringer og implementering av varslingsystemer. Samtidig er det viktig å understreke at vi har stor respekt for rollen som blant annet Redd Barna spiller for å fremme dette temaet, og tror på dialog og samarbeid for å sikre god helse for barn.

– **Hvordan forholder dere dere til Verdens Helse-organisasjons retningslinjer for markedsføring av morsmelkerstatning?**

– Nestlé overholder WHO International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes og relevante WHA-resolusjoner, slik som de er implementert av nasjonale lovverk, som et minimum. I 152 land som defineres som høyrisikoland – flere av disse fattige land, går vi også lenger enn dette. Gjennom årenes løp har vi tatt betydelige skritt for å styrke markedsføringen vår av morsmelkerstatning, og det vil vi fortsette med.

– **Opplever dere press på å følge dette fra investorer i Nestlé, og hvordan forholder dere dere til det?**

– Det er dessverre begrenset hva vi kan si om dialogen vi har med enkeltinvestorer, men generelt opplever vi at både etikk og bærekraft står stadig høyere på agendaen til investorer – og det er bra. Vi er opptatt av å være transparente, ikke bare i kontakten med investorer, men med alle som er interessert i virksomheten vår. Det gjelder selvfølgelig også Redd Barna.

Uheldige fødselsutfall blant innvandrerkvinner

Tidsskriftets egen forfatter av «Aktuell forskning» disputerte nylig med sin doktorgrad. Eline Skirnisdottir Vik tror funnene kan bety mye for jordmødre i praksis.



Tekst: Kjersti Juul
Foto: Privat

Under tittelen «Adverse neonatal outcomes in migrant women in Norway» har jordmor Eline Skirnisdottir Vik, sett nærmere på hvordan det går med barna til kvinner med innvandrerbakgrunn som er født i Norge. Et prosjekt som inkluderer alle fødsler i Norge mellom 1990 – 2016.

– Grunnen til at dette er så interessant er at så mye som en av fire av kvinnene som kommer inn til fødselsomsorgen i Norge, har innvandrerbakgrunn. Det er en økende gruppe som ikke bør behandles under ett, fordi de har ulike behov og er en så sammensatt gruppe. Jeg har ønsket å identifisere hvilke grupper som trenger ekstra oppmerksomhet – hvem som har dårligere utfall av fødselen enn andre grupper, forteller Vik.

Hun påpeker at de aktivt har lett etter sårbare grupper, uten at det betyr at kvinner med innvandrerbakgrunn generelt sett har et økt behov for mer omsorg. Enkelte innvandrerkvinner har også bedre utfall enn norskfødte.

Utfordrende anamnese

I doktorgradsarbeidet har hun hatt tilgang til materiale fra medisinsk fødselsregister, som igjen er koblet med en rekke opplysninger fra Statistisk sentralbyrå – som hvilket land kvinnen kommer fra, hvor lenge hun har vært i Norge, hvorfor hun kom hit, inntekt, utdanning etc.

– Vi har blant annet funnet ut at førstegangs fødende kvinner fra Sri-Lanka og Pakistan og flergangsfødende kvinner fra Pakistan, Somalia, Filippinene og tidligere Jugoslavia, har en økt risiko for dødfødsel sammenlignet med norskfødte kvinner. I tillegg fant vi ut at kvinner som kom for arbeid og utdanning hadde en lavere risiko for dødfødsel. Grunnen til at man kommer kan altså gi en pekepinn på hvilke grupper man skal se nærmere på. Vi fant også at flergangsfødende kvinner som hadde født et barn før de kom til Norge, hadde økt risiko for en rekke uheldige utfall sammenlignet med flergangsfødende kvinner med innvandrerbakgrunn som hadde født sitt første barn og flere barn i Norge.

Hun forteller at tanken er at en jordmor som får inn en innvandrer kvinne som ikke kjenner språket eller helsevesenet så godt, har det mer utfordrende med å ta opp en god anamnese. Det er rett og slett mye vanskeligere å få de opplysningene man trenger, for å kunne ta gode avgjørelser.

– Vi ville se nærmere på dette og fant ut at denne hypotesen stemte, forteller Vik.



Eline Skirnisdottir Vik (f. 1980) er utdannet jordmor. Doktorgradsarbeidet hennes er gjennomført ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitet i Bergen, i tett samarbeid med Høgskulen på Vestlandet, som har finansiert prosjektet.

FOTO: ROY MODINI NILSEN



Faresignal å ikke vite

I doktorgradsarbeidet har hun også sett nærmere på barnefar, og funnet ut at hvis han er norskfødt er det forbundet med en redusert risiko for en rekke uheldige utfall.

– Vi tenkte at det kunne komme av at han kjenner språket og helsevesenet og kan være en slags guide inn i en norsk setting. Samtidig kan det komme av at det er en annen gruppe kvinner som velger å ha en norsk mann, enn de som ikke har det. Dette må sees nærmere på med annen forskning, påpeker Vik.

Hun har ikke sett på årsaksforhold, men trekker frem at studiet hennes i stedet kan danne grunnlaget for videre forskning på dette.

– Hva kan kunnskapen brukes til av jordmødre?

– Det kan bety mye for jordmødre i praksis. Når du får inn en kvinne med innvandrerbakgrunn, er det viktig å bruke tid på det første møte. Tid på å etablere tillitt og jobbe for å få et godt kunnskapsgrunnlag for å kunne hjelpe kvinnen til å ta gode avgjørelser. I praksis kan man kanskje «slå seg til ro» med at kvinnen har født før, og at det sikkert kommer til å gå bra igjen. Men det å ikke vite er et faresignal i seg selv.

«The Healthy Migrant Effect»

Tolk, tillit og tid på første kartlegging av kvinnens behov er altså stikkordene. Samtidig må man tenke at hver kvinne uavhengig av innvandrerbakgrunn eller ikke, er et

Disputasen slik den så ut for verden. Her med førsteopponent professor Ellen Blix, hovedveileder professor Erica Schytt, lektor Olof Stephansson og Eline Skirnisdottir Vik.

enkeltindivid med sine helt egne behov. Man må ha med hele bildet, i følge Vik.

– Noen innvandrerkvinner har bedre utfall enn norskfødte, kan du si noe mer om det?

– Jeg har ikke lett etter disse i min analyse, men studier fra Canada og Sverige viser at kvinner med innvandrerbakgrunn røyker mindre, drikker mindre alkohol og er sjeldnere overvektig enn kvinner fra mottakerlandet. Dermed kan de ha bedre helse og et bedre utgangspunkt enn kvinnene i det landet de kommer til. Det handler gjerne om noe som kalles «The Healthy Migrant Effect». Ofte er det de som har ressurser som klarer å emigrere.

– Hva er hovedbudskapet i ditt doktorgradsarbeid?

– At man trenger individuell oppfølging og at kvinner med innvandrerbakgrunn har en veldig bredde og et stort mangfold innad i gruppen. Nettopp derfor og fordi de utgjør en så stor del av de vi har omsorg for, er det viktig å finne ut hvem vi egentlig skal ha ekstra fokus på.

Hvorfor velger noen kvinner å føde uten helsehjelp?

En norsk studie viste at ni av tolv inkluderte kvinner som planla å føde uten helsehjelp hadde foretrukket planlagt hjemmefødsel med jordmor



Aktuell forskning denne gangen handler om hvorfor noen kvinner velger å føde uten helsehjelp, et fenomen som i forskningens verden gjerne omtales som freebirths eller unassisted childbirth. Tidlig i sommer publiserte VG en avisartikkel der de presenterte historiene til tre kvinner som valgte å føde uten helsehjelp. Innlegget ble lest av mange og jordmødre landet over var blant de som engasjerte seg i debatten med leserinnlegg, innlegg i sosiale media og tematikken ble sikkert også debattert både på vaktrom, på ferie og hjemme rundt kjøkkenbordet. Anestesilege Trond Nordseth skrev en kronikk som ble publisert i VG den 4. juli der han beskrev det som uansvarlig å føde uten helsehjelp,

og ytret at kvinner som velger freebirth bør kunne straffes på lik linje med foreldre som unnlater å sørge for livsnødvendig helsehjelp til sine barn i alle andre sammenhenger. Jordmor og professor Ellen Blix var en av de som hev seg inn i debatten med en lesverdig kronikk som ble publisert i VG 14. juli: Refs og latterliggjøring hjelper ikke. I denne kronikken viser Blix blant annet til en norsk studie der jordmødre har intervjuet kvinner som velger å føde uassistert i Norge. Blix er medforfatter på denne studien ^[1]. Vi skal nå se litt nærmere på den nevnte studien. Jeg håper dette innlegget vil inspirere til faglig diskusjon på vaktrommet eller andre steder der jordmødre møtes.

Hva slags studie er det?

Studien er en kvalitativ studie basert på individuelle, semistrukturerte intervju med tolv kvinner som enten planla å føde uten helsehjelp, eller som allerede hadde født uten helsehjelp. Flere av kvinnene hadde født flere barn uten helsehjelp, men ikke alle kvinnene i studien endte opp med å føde uten hjelp. Ni av de tolv inkluderte kvinnene ønsket i utgangspunktet å føde med en jordmor til stede. Kvinnene ble rekruttert via lukkede Facebook-grupper. Intervjuguiden er publisert som et vedlegg til den publiserte artikkelen, og er dermed tilgjengelig for de som måtte ønske å lese spørsmålene i detalj. Kvinnene ble blant annet gitt mulighet til å beskrive egen motivasjon for å velge å føde uten helsehjelp, eventuelle tidligere fødselsopplevelser, hvordan de planla fødselen sin, reaksjoner de fikk fra andre, møte med helsepersonell og hvilke tanker de hadde om planlagt hjemmefødsel med jordmor. Avslutningsvis fikk kvinnene mulighet til å legge til momenter de selv mente var viktige for tematikken og si noe om hvordan de opplevde å bli intervjuet. Med unntak av Nord-Norge inkluderte studien kvinner fra hele landet. To av kvinnene var førstegangsfødende, én kvinne var selv jordmor og to oppga at de arbeidet som doula. Kvinnene var mellom 23 og 42 år gamle. Intervjuene ble gjennomført via Skype eller ansikt til ansikt i 2017, og hvert intervju varte mellom 50 til 90 minutter. Datamaterialet ble analysert i fire trinn inspirert av Graneheim og Lundman. Studien ble nylig publisert i det internasjonale tidsskriftet *Sexual & Reproductive Healthcare* som er det offisielle tidsskriftet til Svenska Barnmorskeförbundet. Tidsskriftet er også tilknyttet Den norske jordmorforening, samt den danske og den islandske fagforeningen. Dette er et fagfellevurdert tidsskrift.

Hva var kvinnes motivasjon for å føde uten helsehjelp?

De fleste kvinnene (n=9) ønsket i utgangspunktet å føde med hjelp av en jordmor. For en del av kvinnene var hjemmefødsel med jordmor plan A, mens fødsel uten helsehjelp var plan B. Kvinnene uttrykte at de hadde stor tro på egen fødekraft og at fødsel var en naturlig prosess. Samtidig uttrykte kvinnene at de hadde liten tillit til dagens fødselsomsorg. Flere av kvinnene hadde erfaringer med tidligere raske og ukompliserte fødsler. Enkelte uttrykte at de var redde for å ikke nå frem tidnok dersom de forlot hjemmet i aktiv fødsel, og

valgte derfor heller å planlegge å føde hjemme uten hjelp. Kvinnene beskrev også at de hadde traumatiske opplevelser fra tidligere fødsler, og én kvinne uttrykte det på denne måten:

Hun puttet to fingre inn i vaginaen min og presset veldig hardt ned mot rektum. Det var overveldende smertefullt, og jeg klarte ikke å fokusere. Jeg begynte å gråte og ba henne om å stoppe. Hun bare lo og fortsatte.

Flere beskrev at norske sykehus hadde lav terskel for å intervenere i fødsel, og at dette førte til at det ble vanskelig å fremme en fødsel normal. Videre beskrev kvinnene at de opplevde liten medbestemmelse i norsk fødselsomsorg, og at forventningene til fremgang i fødsel ikke harmonerte med deres forståelse for naturlig fødsel. De savnet kontinuitet i omsorgen, større mulighet til selv å velge eksempelvis fødestillinger og muligheten til å føde uforstyrret. De fleste kvinnene i studien unnlot å snakke med andre om valget sitt, og samtlige av kvinnene ytret at hjemmefødseltilbudet i Norge ikke var tilfredsstillende.

Hva kan vi lære av studien?

Kvinnene i denne studien hadde stor tro på naturlig fødsel og egen fødekraft. Flere hadde født raskt og ukomplisert tidligere, noen hadde med seg negative opplevelser fra tidligere fødsler, og samtlige påpekte at hjemmefødseltilbudet i Norge er mangelfullt. Det er ikke alltid lett å forstå hvorfor kvinner tar de valgene de tar, og denne studien er derfor viktig. Den hjelper oss å forstå hvorfor enkelte kvinner i Norge velger å føde uten hjelp av en jordmor. Ellen Blix avsluttet sin kronikk i VG med kloke ord som vi kan ta med oss i arbeidet med å bedre fødselsomsorgen i Norge:

Dersom vi ønsker å forebygge at kvinner føder uassistert, må vi åpne for mer brukermedvirkning, akseptere at kvinner har ulike syn på hva som er god fødselshjelp, og bidra til at de får oppfylt ønskene sine så langt det er mulig og forsvarlig. Dersom vi hadde hatt et gratis og tilgjengelig hjemme-fødselstilbud, ville færre født uassistert.

Referanser:

1. Henriksen, L., et al., Norwegian women's motivations and preparations for freebirth – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2020: p. 100511.ed births outside institutions: a qualitative interview study. *Nursing Open*, 2019.



Folkehelseinstituttet anbefaler influensavaksine til gravide i 2. og 3. trimester¹

Gravide og spedbarn har en økt risiko for alvorlig sykdom hvis de får influensa¹

Vaxigriptetra[®] er en inaktivert influensavaksine som kan administreres i alle stadier av graviditeten^{2,3}

Vaksinasjon bør utsettes ved moderat eller alvorlig febersykdom eller akutt sykdom.⁴ Som med alle injiserbare vaksiner, skal utstyr til behandling og overvåkning av en eventuell anafylaktisk reaksjon etter administrasjon av vaksinen være tilgjengelig for øyeblikkelig bruk⁵

MAT-NO-2000268 v1.0 09.2020

Referanser:

1. Folkehelseinstituttet. Influensavaksine til gravide beskytter både mor og barn. <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensavaksine/influensavaksine-gravide/> (01.09.2020)
2. Vaxigriptetra SPC 17.08.2020 avsnitt 2. 3. Vaxigriptetra SPC 17.08.2020 avsnitt 4.6. 4. Vaxigriptetra SPC 17.08.2020 avsnitt 4.3. 5. Vaxigriptetra SPC 17.08.2020 avsnitt 4.4.

Kvadrivalent influensavaksine (splittvirus, inaktivert). ATC-nr.: J07B B02

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 1 dose (0,5 ml) inneh.: Splittet influensavirus, inaktivert, inneholdende antigener tilsv. A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019 (H1N1) pdm09-lignende stamme (A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019, CNIC-1909), A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2)-lignende stamme (A/Hong Kong/2671/2019, IVR-208), B/Washington/02/2019-lignende stamme (B/Washington/02/2019, villtype) og B/Phuket/3073/2013-lignende stamme (B/Phuket/3073/2013, villtype), 15 µg hemagglutinin pr. stamme, natriumklorid, kaliumklorid, dinatriumfosfatdihydrat, kaliumdihydrogenfosfat, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Forebygging av influensasykdom forårsaket av de 2 influensa A-virusundertypene og de 2 influensa B-virusstypene i denne vaksinen for: Aktiv immunisering av voksne, inkl. gravide, og barn ≥6 måneder. Passiv beskyttelse av nyfødte fra fødsel og opptil 6 måneders alder etter vaksinasjon av gravide kvinner. Vaksinasjon skal baseres på offisielle anbefalinger.

Dosering: Mht. sporbarhet skal preparatnavn og batchnr. noteres i pasientjournalen. **Voksne og barn ≥6 måneder:** 1 dose à 0,5 ml. Årlig revaksinering anbefales. Barn <9 år som ikke tidligere er vaksinert, bør gis en 2. dose etter et intervall på minst 4 uker. **Spesielle pasientgrupper:** Barn <6 måneder: Sikkerhet og effekt (aktiv immunisering) ikke fastslått. Ingen data. **Tilberedning/Håndtering:** Vaksinen bør ha romtemperatur ved bruk. Ristes før bruk. Skal ikke blandes med andre legemidler da uforlikeligheter ikke er undersøkt. **Administrering:** Injiseres i.m. eller s.c. **Voksne og barn ≥36 måneder:** Foretrukket i.m. injeksjonssted er deltamuskelen. Barn ≥6-35 måneder: Foretrukket i.m. injeksjonssted er den anterolaterale delen av låret, eller deltamuskelen ved tilstrekkelig muskelmasse.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, egg (ovalbumin, hønseproteiner), neomycin, formaldehyd eller oktoksinol-9. Vaksinasjon bør utsettes ved moderat eller alvorlig febersykdom eller akutt sykdom.

Forsiktighetsregler: Pasienten skal overvåkes, og egnet medisinsk behandling skal være lett tilgjengelig i tilfelle anafylaktisk reaksjon, hypersensitivitet eller besvimelse. Det skal finnes prosedyrer for å hindre skader ved besvimelse. Forsiktighet ved trombocytopeni eller blødningsforstyrrelser, da blødninger kan oppstå etter i.m. administrering. Skal ikke gis intravaskulært. Det er ikke sikkert at beskyttende immunrespons utløses hos alle som vaksineres. Ikke alle spedbarn <6 måneder født av kvinner som ble vaksinert under graviditeten vil være beskyttet. Ved endogen eller iatrogen immunsuppresjon kan antistoffresponsen være utilstrekkelig. **Interferens med serologisk testing:** Midlertidige falske positive resultater i serologiske tester med bruk av ELISA-metoden for deteksjon av antistoffer mot hiv-1, hepatitt C og spesielt HTLV1, er sett etter influensavaksinasjon.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er gjennomført. Kan gis samtidig med andre vaksiner på separate injeksjonssteder. Immunologisk respons kan svekkes ved immunsuppressiv behandling.

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Gravide bør vaksineres mot influensa. Vaksinen kan gis i alle stadier av graviditet. **Amming:** Kan gis til ammende. **Fertilitet:** Ingen humane data.

Bivirkninger: De fleste er av mild intensitet, oppstår vanligvis i løpet av 3 dager og forsvinner spontant etter 1-3 dager. Bivirkninger forekommer mindre hyppig hos eldre. **Voksne og eldre:** Svært vanlige (≥1/10): Generelle: Malaise¹, smerte på injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Generelle: Erytem på injeksjonsstedet, feber², hevelse på injeksjonsstedet, indurasjon på injeksjonsstedet, kuldeskjelving. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymf: Lymfadenopati³. Gastrointestinale: Diaré, kvalme⁴. Generelle: Ekkymose på injeksjonsstedet, fatigue, kløe på injeksjonsstedet, varmetfølelse på injeksjonsstedet. Kar: Hørselstø. Nevrologiske: Svimmelhet⁵. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Generelle: Asteni, influensalignende sykdom, ubehag på injeksjonsstedet¹. Hud: Hyperhidrose. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (som erytem, urticaria, pruritus, generalisert pruritus, allergisk dermatitt, angioødem)⁶, overfølsomhet¹. Luftveier: Dyspné⁶. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi⁷. Nevrologiske: Parestesi, sømnløshet.

¹ Sett hos voksne. ² Sett med frekvens mindre vanlige hos eldre. ³ Sett med frekvens sjeldne hos voksne. ⁴ Sett hos eldre. ⁵ Sett med frekvens sjeldne hos eldre. ⁶ Sett med frekvens vanlige hos eldre. ⁷ Urticaria, generalisert pruritus, allergisk dermatitt og angioødem er sett hos voksne. Pruritus er sett med frekvens mindre vanlige hos eldre.

Barn og ungdom 3-17 år: Svært vanlige (≥1/10): Generelle: Erytem på injeksjonsstedet³, hevelse på injeksjonsstedet³, indurasjon på injeksjonsstedet³, kuldeskjelving³, malaise, smerte på injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Generelle: Ekkymose på injeksjonsstedet, feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymf: Trombocytopeni¹. Gastrointestinale: Diaré, oppkast², øvre abdominalsmerter². Generelle: Fatigue², kløe på injeksjonsstedet², varmetfølelse på injeksjonsstedet². Muskel-skjelettsystemet: Artralgi⁷. Nevrologiske: Svimmelhet⁵. Psykiske: Rastløshet², stønning². **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Allergisk reaksjon (inkl. anafylaktisk reaksjon).

¹ Sett hos 1 barn på 3 år. ² Sett hos barn 3-8 år. ³ Sett med frekvens vanlige hos barn 9-17 år. ⁴ Sett hos barn 9-17 år.

Barn ≥6-35 måneder: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Oppkast². Generelle: Erytem på injeksjonsstedet, feber, irritabilitet⁴, malaise³, smerte/ømhet på injeksjonsstedet, sømnløshet⁵, unormal gråt⁶. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi³. Nevrologiske: Hodepine¹. Stoffskifte/ernæring: Appetittløshet⁴. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Generelle: Ekkymose på injeksjonsstedet, hevelse på injeksjonsstedet, indurasjon på injeksjonsstedet, kuldeskjelving¹. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré. Immunsystemet: Overfølsomhet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Generelle: Influensalignende sykdom, kløe på injeksjonsstedet, utslett på injeksjonsstedet. Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (som generalisert pruritus, papuløst utslett). **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon.

¹ Sett hos barn ≥24 måneder. ² Sett med frekvens mindre vanlige hos barn ≥24 måneder. ³ Sett med frekvens sjeldne hos barn <24 måneder. ⁴ Sett med frekvens sjeldne hos barn ≥24 måneder. ⁵ Sett hos barn <24 måneder.

Potensielle bivirkninger: Det kan ikke utelukkes at enkelte bivirkninger rapportert med Vaxigrip, også kan forekomme med Vaxigriptetra. **Ukjent frekvens:** Blod/lymf: Forbigående trombocytopeni, lymfadenopati. Kar: Vaskulitt, slik som Henoch-Schönleins purpura, med forbigående renal innblanding i enkelte tilfeller. Nevrologiske: Encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, krampeanfalle, nevralgi, nevritt, parestesi.

Egenskaper: **Klassifisering:** Inaktivert influensavaksine, inneholdende antigener fra splittet influensavirus dyrket i befruktete hønseegg. Vaksinens sammensetning av virusstammer er i samsvar med WHO's anbefalinger for den aktuelle influensasessong. **Virkningsmekanisme:** Induserer humorale antistoffer mot hemagglutinin i løpet av 2-3 uker.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C) og i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. Skal ikke fryses.

Pakninger, priser: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/kanylen) kr 137,90. 10 x 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/kanylen) kr 1053,10.

Sist endret: 28.08.2020 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag).

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 17.08.2020

MAT-NO-2000268 v1.0 09.2020

SANOFI PASTEUR
Postboks 133
1325 Lysaker

SANOFI PASTEUR



Trøblete tilstander på Ullevål

Lene Bachmann, foretakstillitsvalgt ved OUS, fortalte i forrige utgave av Tidsskrift for jordmødre at sommeravviklingen ved avdelingen hadde vært begredelig, preget av vanskeligheter med nok vikarer og kompetansebrist.



Tekst: Rannveig Øksne

Dette kommer på toppen av en allerede eksisterende jordmorflukt og rekrutteringsproblemer. Det virker ikke som ledelsen ved Ullevål deler Bachmanns bekymringer.

– Det er generelt vanskelig for oss å få tak jordmødre, og på sommeren er vi helt avhengige av utenlandske vikarer. I år var tilgangen på vikarer fra utlandet enda lavere på grunn av koronasituasjonen. Ledelsen har tatt inn de som har hatt mulighet til, og som har autorisasjon, men dette resulterte i at vi hadde vikarer på jobb som ikke var vant til å jobbe i høyspesialiserte avdelinger, mange kom fra steder der de har lite tilgjengelighet til akutte tilfeller. Det er liten tvil om at dette forringet kvaliteten vår i sommer, sier Bachmann.

Behov for vikarer

Ledelsen ved avdelingen sier seg ikke enig i Bachmanns oppfatning av sommeren. På vegne av avdelingsleder, Hely Katariina Laine, svarer Elin Sommer Landsend, seksjonsleder ved føde/barsel A og Barselhotellet, at avde-

lingen var tidlig ute med å finne vikarer, og at man har vært nødt til å ta inn vikarer fra byrå til tross for administrative avtaler som gir god økonomisk kompensasjon til de ansatte for å jobbe mer under sommeren.

– Vi hadde i år, som tidligere år, startet med å rekruttere inn vikarer til sommeren allerede høsten 2019. Det har vært stor konkurranse mellom sykehusene for å rekruttere nyutdannede jordmødre fra høyskolene i Bergen, Vestfold og Tromsø, og vi fikk kun rekruttert to til en av våre fødeseksjoner. Sommerferien har vært fordelt over ni uker for å sikre kompetanse i avdelingen sommeren igjennom. I tillegg har sykehuset hatt administrative avtaler. Avtalene gir jordmødrene en god økonomisk kompensasjon for å arbeide mer under sommerferieavviklingen. Likevel har vi vært nødt til å ta inn jordmødre fra vikarbyrå.

Er det slik at dere med dette mener at de ansatte jordmødrene burde jobbet mer slik at man slapp å ta inn jordmødre fra byrå?

– Vi ønsker å ta inn jordmødre fra byrå fordi det er mange ledige vakter om sommeren til tross for at ferien er godt fordelt. Ansatte påtar seg ekstravakter i ferieperioden, og det ser vi som nødvendig fordi vi trenger deres kompetanse på vaktene. Det er viktig at det er en god balanse i antall vikarer og faste ansatte på alle vakter for å få sommeren vel i havn.

Svært forskjellige oppfatninger

Bachmann forteller om vikarer på jobb som ikke var vant til å jobbe i høyspesialiserte avdelinger, mens Landsend er fornøyd med vikarene som kom fra byrå.

– Vi var tydelig i bestillingen som gikk ut til vikarbyråene, at vi hadde behov for jordmødre med kompetanse til å arbeide ved en fødeavdeling med kompliserte fødsler. Vi gikk nøye gjennom hver enkelt jordmors CV før vi bekreftet overfor byrået at vi ville engasjere den jordmoren de hadde presentert. Vi har vært godt fornøyd med jordmødrene fra byrå.

Foretakstillitsvalgt Bachmann stiller seg undrende til ledelsens beskrivelse av sommerforløpet.

– At vi har to så forskjellige oppfatninger av hvordan sommeren har forløpt, korona tatt i betraktning, er pussig. I møtet vi hadde med ledelsen rett i forkant av sommeren ble vi presentert for over 50 ledige vakter gjennom sommeren, og avtalene Landsend referer til er forhandlet frem av våre B-deler, altså ikke et gode som kommer på initiativ fra ledelsen, sier Bachmann.

Sykepleiere med god opplæring på barsel

– Barsel har noen faste jordmødre. Deres ferie er godt



ELIN SOMMER LANSEND
LEDER VED FØDE/BARSEL A OG BARSELHOTELLET

Ansatte påtar seg ekstravakter i ferieperioden, og det ser vi som nødvendig fordi vi trenger deres kompetanse på vaktene.

fordelt for å sikre kompetanse på barsel. Vi har som tidligere år, ansatt sykepleiere som ferievikarer på barsel. Vi gir sykepleierne god opplæring i forkant. Flere av sykepleierne har erfaring som ekstravakter fra tidligere og er derfor kjent i avdelingen. Vi er for det aller meste fornøyd med sykepleiernes arbeid på barsel. Vi skulle selvsagt bemannet barsel med flere jordmødre på sommeren, men dessverre er dette ikke forenlig med å få sommerferieavviklingen i havn. Avdelingen ansetter også sykepleierstudenter og medisinerstudenter som ferievikarer for barnepleiere. Disse gis også god opplæring i forkant, og noen av dem er kjent i avdelingen fra tidligere, sier Landsend, på vegne av avdelingsleder Laine.

Ledelsen sitt bilde av sommeren på barsel får det til å høres greiere ut enn det som er realiteten mener Bachmann.

– Tynn kompetanse oppsummerer også forholdene på barsel. Det er klart at når man erstatter jordmødre med sykepleiere og sykepleierstudenter så forringes kompetansen. Dette gjelder også på Observasjonsposten for gravide, Barselhotellet og på Rikshospitalet.

Samarbeid på avdelingen?

– Ledelsen er til stede og tilgjengelig for de ansatte hele sommeren igjennom. Hver dag møtes ledere og ansvarlige jordmødre fra alle avdelingens enheter for å samarbeide om å finne best mulige løsninger for pasientlogistikk og pasientoppfølging. Disse møtene kalles Puls møter. Vi set-

ter alt inn på å ha best mulig kompetanse på alle vakter. Det utarbeides gode turnuser i forkant av ferien, og ferien fordeles, som tidligere beskrevet, for å sikre kompetanse sommeren igjennom. Ferieavviklingen evalueres med spørreskjema som går ut til alle ansatte. Videre arrangeres det møte mellom lokalt verneombud og tillitsvalgte, enhetsledere og seksjonsledere der sommeren evalueres, Landsend, på vegne av avdelingsleder Laine.

Bachmann er på et overordnet plan enig med ledelsen i at samarbeid og møter fungerer godt. Imidlertid kommer man til kort når kompetansen mangler på vaktene.

– Jeg tror at lederne har hatt gode intensjoner om å gjøre en god jobb. Puls møter har vært et godt arbeidsverktøy for å fordele trykket. Men det er nå slik at alle skal ha ferie, og da hjelper det lite med gode møter når vi vi får en faglig svak vikar.

Manglende rekruttering og sviktende kompetanse

Kompetansemangelen bekymrer Bachmann i stor grad, og de tillitsvalgte har gjennom flere år tatt opp problematikken med klinikkledelsen.

– Dessverre opplever vi en jevn sluttetekultur ved Ullevål. Og det er gjerne jordmødrene med ti års erfaring eller mer som slutter. Dette gjør at vi har få forbilder og veiledere



LENE BACHMANN
FORETAKSTILLITSVALGT VED OUS

Å komme til oss på Ullevål som nyutdannet jordmor er som å bli sendt inn i løvens hule.

Mange blir stående mye alene, og det skaper mye bekymringer.

igjen for de som er helt nye, noe som innebærer at det er marginalt med kompetanse og erfaring igjen hos oss! I tillegg slutter det flere enn det utdannes, og det ansettes omtrent kun nyutdannede jordmødre. Ledelsen tar problemet på alvor, men sitter ikke på ressurser som kan forbedre situasjonen, sier Bachmann.

Seksjonsleder Landsend, på vegne av avdelingsleder Laine, sier seg til dels enig i noe av rekrutteringsproblematikken og bekrefter at de omtrent kun ansetter nyutdannede jordmødre.

– Vi merker at det er en økt konkurranse mellom sykehusene i rekrutteringen av jordmødre. Det er vanskelig å få ansatt jordmødre i alle ledige stillinger. Særlig merkes dette i enheter hvor det ikke gis fødselshjelp, det vil si Føde/Gyn-mottaket, Observasjonsposten for gravide og Barselhotellet. Vi rekrutterer i all hovedsak nyutdannede jordmødre, og for dem er fødeenhetene attraktive for å bygge forløsningskompetanse. På grunn av manglende søkere til jordmorstillinger ved Barselhotellet har det i den senere tid blitt ansatt helsesykepleiere og sykepleiere i disse stillingene. Dette er personale som stort sett er godt kjent ved Barselhotellet ved at de har jobbet i vikariater før de tilbys faste stillinger.

At ledelsen til dels sier seg enige i problematikken ved at de bekrefter at man kun ansetter nyutdannede jordmødre, men helt tydelig ikke har ressurser til å gjøre noe med situasjonen, opprører Bachmann.

– Vi opplever dette som fullstendig krise! Å komme til oss på Ullevål som nyutdannet jordmor er som å bli sendt inn i løvens hule. Mange blir stående mye alene, og det skaper mye bekymringer. Det skaper også et voldsomt press på de få av oss med lang fartstid og mye erfaring. Alt i alt blir dynamikken på avdelingen stressende og utmattende, og jeg er bekymret for at dette vil få fatale konsekvenser dersom vi ikke ser endringer i løpet av kort tid!

Ingen kompetansebekymringer

På vegne av avdelingsleder Laine svarer seksjonsleder Landsend at ledelsen ikke er bekymret for kompetansenivået.

– Vi har mange jordmødre som har arbeidet ved avdelingen i flere år, så vi er ikke bekymret for kompetansenivået blant jordmødrene. Etablerte jordmødre bytter sjelden jobb til annet sykehus, så når stillinger blir ledige er det for det meste nyutdannede som søker. Vi har hovedvekt av erfarne jordmødre på vaktene, og nyutdannede får god opplæring og oppfølging. Avdelingen arrangerer jevnlig interne kurs slik at ansatte kan holde seg faglig oppdatert og vedlikeholde sine ferdigheter. Utenom korona-tider tilbys ansatte relevante eksterne kurs.



FEM SMÅ DRÅPER KAN GI RO FOR EN LITEN MAGE

Semper Dråper inneholder *Lactobacillus reuteri* Protectis® som er en patentert naturlig melkesyrebakterie. Bare 5 små Dråper daglig kan hjelpe spedbarnet og gi ro. For barnet kan det bety redusert gråtetid og familien kan oppleve en bedre livskvalitet.

www.semperbarnemat.no

 Ved kolikksymtomer

 Ved mageproblemer

 Ved antibiotika

 På reise



Kan brukes under graviditet og amming og kjøpes reseptfritt på apotek. Finnes også som Tyggetabletter fra 3 år samt til voksne.

En titt på fremtidens jordmødre



Et knippe av landets jordmorstudenter forteller Tidsskriftet om hvorfor de velger jordmoryrket og hvordan de opplever studiet.



Tekst: Veronica Rinde Halvorsen
Foto: Privat

CHARLOTTE VESTLY (24) ANDREÅRSSTUDENT UNIVERSITETET I STAVANGER



Jeg har alltid tenkt at jeg skulle bli jordmor. Jeg vet ikke akkurat når tanken kom, men den har vært der fra jeg var liten, at jeg ville jobbe med mødre og barn. Så når jeg gikk sykepleien så var det dette som var målet hele tiden. Jeg jobbet ett år som sykepleier som man jo må, så var det rett inn på jordmorstudiet.

Jeg opplever studiet som veldig positivt. Vi var det første kullet i Stavanger, så det var jo spennende hvordan det kom til å være at vi skulle være de første ut. Det har vært overraskende bra, vi har fått veldig god oppfølging fra både skolen og Stavanger Universitetssykehus som har tatt oss godt imot. Vi har lært utrolig mye og nå er vi snart ferdig. Vi føler oss trygge og det er det som er viktigst. Man går jo inn med ærefrykt i dette yrket.

Vi var i praksis akkurat da koronaen kom og hadde vært to tre uker på føden, så det ble mye styr. To fødeavdelinger ble gjort om til en fødeavdeling, men det gikk kjempebra. Jordmødrene, legene og barnepleierne her er kjempeflinke og forberedt på alt, de mistet ikke oss opp i alt dette. De har vært flinke til å lære oss det vi skal gjennom likevel.

Jeg ser for meg å jobbe på fødeavdelingen på SUS når jeg er ferdig utdannet. Her har vi rullering, så det største ønske hadde egentlig vært å jobbe ved føden og føde-loftet. Jeg trives veldig på de fødeavdelingene.

Jeg ser for meg at det er veldig travelt å jobbe som jordmor i dag, jeg har gjort meg noen tanker om underbemanning. Jeg har hatt veldig gode opplevelser til nå og at det ikke er så mye stress, men så er jeg jo student også. Her på SUS har jeg inntrykk av at de har mye å gjøre, men at de er flinke til å fordele i en travel hverdag. Jeg synes det er veldig gøy og givende og jeg gleder meg utrolig mye til å få jobbe med dette fantastiske yrket.

Møte flere av fremtidens jordmødre på de neste sidene. >>

CATHRIN LOUISA UTKLEV (45)
FØRSTEÅRSSTUDENT
UNIVERSITET I SØR
- ØST NORGE
AVDELING VESTFOLD



Helt fra jeg var med svigerinna mi på ultralyd for seksten år siden, så tenkte jeg at det er jordmor jeg skal bli. Da måtte jeg jo gå sykepleien, men da jeg var ferdig der i 2009 så var jeg egentlig ganske fornøyd med det. I tiden etter har jeg både jobbet på sykehus, i natt tjenesten i Larvik kommune, jeg har jobbet som sykepleier i Sandefjord kommune og var blant annet del av et støttekontakt-prosjekt. Så har jeg også fått fire barn i løpet av ti år. Nå som tiden var inne for å prøve det yrket som i utgangspunktet var drømmen min, så var jeg så heldig at jeg kom inn på jordmorstudiet.

Jeg opplever studiet som veldig inkluderende, at de er opptatt av å få oss opp og fram. Jeg har også forventninger om å utvikle meg til en bedre versjon av meg selv, få økt kunnskap og bli møtt på en god og fin måte underveis. Jeg har hatt en uke med observasjonspraksis ved SiV Tønsberg, hvor de har vært veldig imøtekomende. Det samme er studieveilederne våre på skolen. Det er et helt nytt fagfelt for meg, så jeg føler meg litt tilbake på bunn igjen. Samtidig så er det veldig allright å komme ut og prøve noe nytt.

Vi har mest undervisning på zoom, noe jeg som bor litt langt unna synes er greit. Vi blir jo veldig gode på den digitale kommunikasjonen. Samtidig har det også vært veldig fint å kunne se de andre ansikt til ansikt og bli litt kjent med de man går i samme kull med.

Jeg tenker at foreløpig ser jeg for meg å jobbe ved føden og barsel og jeg er åpen for å gå inn der hvor jeg kommer til å være i praksis på veien nå, så får jeg se hvor jeg finner plassen min.

Jeg har ikke gjort meg så mange tanker enda om hvordan det er å jobbe som jordmor, men mine opplevelser er at man i kommunehelsetjenesten kanskje må stå litt mer på egne ben, mens det ved sykehusene både er et selvstendig arbeid, men her har man også hverandre hvis det er noe man vil ha innspill om.

HELENE KRISTOFFERSEN (26)
ANDREÅRSSTUDENT
UNIVERSITETET I TROMSØ



Jeg startet på sykepleien i 2015 med et mål om å bli jordmor. Jeg jobbet bare ett år som sykepleier på en kirurgisk sengepost i Bodø før jeg kom inn på jordmorfag i fjor. Jeg var kanskje ikke brennsikker på at jeg kom inn på første forsøk, men da anledningen bydde seg takket jeg ikke nei. Jeg vet ikke helt hvor driven kom fra, men jeg tenkte vel egentlig at dette kunne passe for meg og familie rundt meg tipset også om at dette kunne jeg passet til. Jeg hadde faktisk aldri vært med på en fødsel før jeg begynte på studiet.

Jeg opplever studiet som veldig interessant og spennende. Det svarer til forventningene om hva man skal lære, vi har mye praksis som er veldig bra. Det å komme ut i praksis etter fire uker med teori er med litt skrekk-blandet fryd, men man blir fort varm i trøya.

Drømmen hadde vært å få jobb på Norlandssykehuset i Bodø, men det er ikke så enkelt å få jobb som jordmor der nå. De har vært veldig flinke på rekruttering de siste årene. Jeg snakket med en av de som var ferdig på kullet nå, som fortalte at bare en av tre studenter som var ferdig i juni hadde fått et femti prosent midlertidig vikariat.

I utgangspunktet er jeg ikke flyttbar, men hvis det ikke er noen andre muligheter så ser jeg for meg at jeg kanskje må basere meg på en pendlerordning. Jeg har bosatt meg, kjøpt bolig og hadde tenkt til å slå rot her, men jeg er villig til, i hvert fall de første årene, å kunne pendle til andre plasser i nord. Jeg ønsker å jobbe ved sykehus for å få jordmorfaget i fingrene, men selvfølgelig hvis det skulle dukke opp en ledig stilling i kommunen så ville jeg heller tatt det over ingenting.

Det å jobbe som jordmor i dagens helsevesen ser jeg for meg er belastende, stressende og tungt, men samtidig for min del som jeg har erfart i praksis, så er det verdens beste jobb. Det veier opp, men jeg ser jo hvor anstrengende det er for jordmødrene som er på jobb. Det å være student, det er også tungt, i hvert fall her i nord hvor det på enkelte av praksisstedene er veldig lite fødsler. Vi må være tilgjengelig 24 timer i døgnet. Det er som de har fortalt på skolen at du har mobiltelefonen med deg overalt, for når de ringer, så må du være klar. Mange i klassen har gitt tilbakemelding på at det er tungt å være jordmor-student på lokalsykehusene.

KINE MARIE LARSEN (26)
FØRSTEÅRSSTUDENT
OSLO MET



Ønsket om å bli jordmor har vært der siden jeg var liten.

Jeg har alltid vært fascinert over den gravide kroppen og alle endringene som skjer. Så det har alltid vært et ønske om å studere til å bli jordmor, det har vært planen siden tidlig alder.

Jeg begynte på sykepleien i 2014, så har jeg jobbet som sykepleier i tre år og aktivt søkt for å komme inn på jordmorstudiet så fort det gikk an. Jeg gikk inn med en forventning om å lære mest mulig om jordmorfaget og gå ut etter endt studie som en jordmor som har kunnskap og som er trygg nok, så trygg som man kan bli når man er helt nyutdannet.

Drømmen er å være i helsestasjonstjenesten. Jeg vil ha et par år på sykehus først for å få den erfaringen og så på sikt få en helsestasjonstjenestjobb.

Akkurat nå tenker jeg at det å jobbe som jordmor i dag er travelt og at man jobber mye fordi man brenner for den jobben man har. Jeg er veldig spent på hvordan det blir den dagen jeg er ferdigutdannet og skal stå i det helt selv. Nå er man jo student og har med seg en jordmor som kan avlaste når jeg er inne hos fødekvinne, de gangene jeg har vært på sykehuset.

Jeg synes så langt at studiet er tettpakket, men jeg tror lærerne har jobbet mye for å få en plan som er overkommelig i forhold til det som kreves på et masterstudie. I tillegg har man de kravene man skal gjennom for å kunne si at man er ferdigutdannet jordmor, så det går tett i tett, det er krevende, men det er gøy.

Det har vært en del hjemmeundervisning siden mars, vi var akkurat ferdig med en eksamen og skulle begynne på et nytt emne som plutselig måtte snues om til å være hjemmeundervisning. Jeg synes lærerne stod på og jobbet godt, men det har krevd mye av både lærere og studenter å klare å få dette til å bli et overkommelig emne.

MAJA LOVISE MOHOLDT (27)
FØRSTEÅRSSTUDENT
HØGSKULEN PÅ VESTLANDET



Jeg hadde tenkt på å bli jordmor før jeg tenkte på å bli sykepleier, men skjønte jo at jeg måtte gå sykepleien først. Jeg ser på dannelsen av et nytt liv og selve fødselen som noe av det mest spektakulære som skjer. Jeg er veldig fascinert av hvor fantastisk kroppen er som kan bringe frem et liv, så det er mye derfor jeg velger å bli jordmor, for å kunne være en del av disse prosessene. I tillegg så er det å jobbe på en fødeavdeling med det relasjonelle, det å skape tillit og være flink til å gi god informasjon noe jeg likte veldig godt som sykepleier. Jeg liker også at man må være skjerpet, at man kan bli utfordret og måtte jobbe i et raskt tempo, det tror jeg at jeg vil trives med.

Jeg ble ferdig med sykepleien i 2018 og har jobbet to år på St.Olavs etter det. Jeg hadde hele tiden i bakhodet mens jeg gikk på sykepleien at det virket litt skremmende å bli jordmor, da det er mye ansvar. Samtidig så tenkte jeg jo en gang det samme om sykepleieryrket, men merket at jeg taklet det godt og at det gikk helt fint. Derfor tenker jeg nå at man både vokser på oppgaven og lærer underveis.

Fra andre har jeg hørt at det er et krevende studie med mye som skal læres og mye man skal gjennom på kort tid. Man har alle disse kravene om for eksempel antall fødsler og antall konsultasjoner. Så jeg tenker at dette blir krevende og at det er mye som skal læres, men først og fremst så tror jeg det blir veldig givende, lærerikt og spennende. Jeg forventer at etter studiet så sitter jeg igjen med masse kunnskap som jeg trenger for å jobbe som jordmor, men også at dette er en start og at det er først når man har jobbet noen år at man føler seg ordentlig komfortabel og kompetent.

Jeg ser for meg å jobbe ved fødeavdeling først, slik jeg har inntrykk av at mange andre også tenker. Spesielt nå etter studiestart så har jeg fått øynene opp for å jobbe i kommunen med svangerskapsomsorg, det var noe jeg ikke hadde så mye kunnskap om fra før. Det virker veldig spennende og viktig, så det kan absolutt være aktuelt på sikt. Jeg ser for meg at det kan være fryktelig hektisk å jobbe som jordmor, at man kan føle seg dratt i ulike retninger og at man helst skulle vært flere steder på en gang. Jeg har likevel inntrykk av at på føden hvor det gjerne skal være en til en under aktiv fødsel så går det ganske greit, men at er mer knapt med ressurser på barsel.

Et skreddersydd tilbud i spesialisthelsetjenesten

BUP jordmødrene Marianne Kvernmo og Marie Møen bruker sin jordmorkompetanse for å bistå gravide, mødre og fedre i en utfordrende periode av livet



*Tekst: Veronica Rinde Halvorsen
Foto: Privat*

Familieambulatoriet ved Levanger sykehus er organisert i familieseksjonen på BUP og skal være et lavterskeltilbud for gravide og fedre som sliter med psykiske vansker eller har/har hatt et forbruk av rusmidler. Det hele startet som et pilotprosjekt i 2008 i Levanger, Namsos og i Vestre Viken. Tanken bak pilotprosjektet var å støtte foreldreskapet fra svangerskap til skolestart, for å oppnå god utvikling og psykisk helse for barnet. I Levanger startet ordinær drift i 2013 og per i dag har rundt 680 familier vært henvist hit. De mottar om lag 70 henvisninger i året, som tilsier opp mot syv til åtte prosent av fødslene i fylket. Det finnes også et familieambulatori i Namsos som er geografisk tilknyttet til Levanger. Her jobber jordmor Randi Hågensen sammen med en psykiatrisk sykepleier.

Effekten så langt viser blant annet en nedgang i andelen av undervektige tidligfødte, samt en lavere forekomst av barn født med lav APGAR-skåre, ifølge en forskningsartikkel publisert i september 2019 av Tormod Rimehaug ved NTNU. Studien ved RKBU Midt-Norge brukte data fra medisinsk fødselsregister for å sammenligne tall fra områdene med pilotprosjektene mot resten av landet. Nå skal man se nærmere på om tiltak fra familieambulatoriet får betydning for barnets utvikling frem mot skolealder.

En annerledes jordmorjobb

Familieambulatoriet i Levanger kan skilte med to ildsjeler som har vært med helt fra starten i 2008. Jordmødrene Marianne Kvernmo og Marie Møen har begge lang fartstid som jordmødre på føde- og barsel, men bruker nå all sin



Marianne Kvernmo (t.v) og Marie Møen bidrar med sin jordmorkompetanse i Familieambulatoriet ved Sykehuset Levanger.

kompetanse i møte med mødre og fedre i en vanskelig tid i livet for å gi både foreldre og barn et best mulig utgangspunkt. Med seg på laget har de også en sosionom med tverrfaglig bakgrunn. Hit kommer det inn henvisninger fra både jordmødre, fastleger, helsestasjon, barnevern, politi, NAV eller fra pasienter selv.

– De fleste som kommer til oss har utfordringer med psykisk helse eller tidligere rus. Det er ikke bare mor som kan ha utfordringer, men også far. Vi ser hele familien og familieperspektivet er spesielt for familieambulatoriet, sier jordmødrene.

Når en henvisning kommer inn, er de opptatt av å få rask kontakt.

– Tvert vi får en henvisning, så sender vi en SMS som regel samme dagen om at vi har mottatt en henvisning. Vi prøver å være tett på med en gang når motivasjonen er der. Grunnen til at vi sender SMS dagen før vi ringer, er

for at vedkommende skal bli kjent med telefonnummeret vårt slik at det ikke skal bli skummelt å ta telefonen når vi ringer, forklarer Kvernmo og Møen.

Det gjøres så en avtale om oppstartsamtale, hvor det gis informasjon om hva familieambulatoriet kan tilby.

– Veldig mange er spente når de kommer til oss, så det handler også litt om å ta den spenningen litt ned. Vi er tydelig på at ting er frivillig, at man kan begynne når man vil og avslutte når man vil. Kvinnen går til jordmor og fastlege i normale svangerskapskontroller, mens vi har det vi kaller støttesamtaler, sier Kvernmo.

Det varierer hvor lenge de følger kvinnene og familien, det kan være opp til seks år, men ofte rundt to-tre år. Noen familier får også barn to og tre mens de er under familieambulatoriets oppfølging. Oppfølging tilbys så hyppig som det er behov for og det mener jordmødrene er en trygghet i seg selv.

– Det er også mulighet for å bli rehenvist hit senere, hvis det kommer nye utfordringer. Da kan de komme tilbake til oss, enten det bare er for en kortere samtale eller om det er behov over tid. Når de først har vært hos oss så er døren åpen frem til barnet er seks år, sier Møen.

Den viktige tilknytningen

Begge jordmødre bruker sin tilleggskompetanse i jobben på familieambulatoriet. Kvernmo er nasjonal ammeveileder og Møen har videreutdanning som ultralydjordmor. De er begge opptatt av å bistå med tilknytning mellom foreldre og barn allerede fra barnet er i magen.

– Vi bruker litt mer tid på ultralydene slik at det ikke bare er fokus på anatomi, men at vi også har fokus på tilknytning og bygge kontakt mellom mor og fosteret, forteller Møen.

Jordmødrene er også utdannet NBO og COS terapeuter og bruker dette aktivt. NBO står for Newborn Behavioral Observation og er en individualisert, familiesentrert observasjons- og relasjonsbyggende metode til bruk for helsepersonell som jobber med spedbarn. Kvernmo og Møen bruker metoden allerede i samtale med gravide og også under ultralydundersøkelser.

Familieambulatoriet kan bistå med å planlegge fødsel ved behov, dette kan særlig være aktuelt for kvinner som har opplevd overgrep eller andre traumer.

– Vi har begge jobbet i fødeavdelingen i mange år før vi begynte her, så vi kjenner fødeavdelingen godt og har en god kontakt med dem. I utgangspunktet er vi ikke med på selve fødselen, men vi har ved noen anledninger blitt med på som støtteperson, forteller Kvernmo.

Etter fødsel får de som regel beskjed om at barnet er

født. For noen er det behov for videre kontakt. Jordmødrene prøver å få til hjemmebesøk etter fødsel.

– Ved behov så har vi oppfølging av ungene ved cirka to måneder, seks måneder, 1 år, 2 år og eventuelt videre. Da har vi med oss fysioterapeut fra habiliteringstjenesten for barn, og spe- og småbarnsteamet på BUP. De er med oss i lag med babyen og ser på den motoriske utviklingen, det sosiale, tilknytning og samspill, forteller Kvernmo.

– Så er det viktig å ikke bare se på mor og mors utfordringer, men på barnet også. Alle som er i Familieambulatoriet skal på sjekkpunkt med barnet sitt, slik at vi får sett barna, barnefokus og samspill foreldre, legger Møen til.

Givende tverrfaglig samarbeid

Det de vektlegger som den største gaven i dette arbeidet, er nærheten til det tverrfaglige samarbeidet som både jordmødrene og familiene drar veldig god nytte av. Familieseksjonen på BUP har en spennvidde med oppfølging fra tidlig svangerskap, til poliklinisk oppfølging, dagbehandling og innleggelse av hele familien når barnet har kommet ved et eventuelt behov for dette.

– De kommer rett til ekspertisen med en gang uten å måtte gå veien rundt. Vi har også samarbeidsavtaler med voksenpsykiatrien, gyn, føden og barneavdeling, slik at vi for eksempel kan ta direkte kontakt med vakthavende på voksenpsyk eller barnelege om det er noe vi er bekymret for med et barn. Det er en gave, sier Kvernmo.

I forhold til å jobbe på en vanlig føde- eller barselavdeling, så er arbeidsdagen som jordmor ganske annerledes her.

– Her har man en utfordring når man kommer hit. Vi samarbeider masse med barnevern, hvor vi for eksempel må sende bekymringsmeldinger. Det vi jobber hardt med er å få foreldrene med på melde i sammen med oss, dette bruker vi en del tid på. Men det er klart det er ikke alle som vil det. Det hender også vi er i rettssaker, barnefordelingsaker og voldssaker. Så ja, det er utfordrende, medgir Kvernmo.

– Jeg synes jeg er heldig som kan bruke min kompetanse som jordmor her og jeg synes det er veldig spennende og verdifullt med den tverrfaglige delen og at vi som jordmødre kan få veiledning fra voksenpsyk i forhold til foreldre og fra BUP i forhold til barna, sier Møen. Kvernmoen sier seg enig i dette.

– Vi føler oss veldig heldig som kan jobbe på denne måten og det gir oss mye å se hvordan jenter blir mødre. Vi er heldige som får være med i den store endringsprosessen som skjer når man blir forelder, sier hun.

Bør akupunktur forbli et tilbud til gravide og fødende?

Akupunktur er i dag å få som tilleggsbehandling på føden, selv om praksisen har sin motstand i flere medisinske miljøer. Fastlege og forfatter Kaveh Rashidi er en av dem som er kritisk til bruk av akupunktur ved norske sykehus.



*Tekst: Veronica Rinde Halvorsen
Foto: Privat*



Fastlege og forfatter Kaveh Rashidi har flere ganger rettet kritikk mot at norske sykehus har innlemmet akupunktur i sitt behandlingstilbud. Dette er også et eget tema i boken hans «Kanskje er du frisk». I en artikkel publisert 16. august hos nrk.no uttaler Rashidi at sykehusene kun bør tilby behandling med god vitenskapelig dokumentasjon og at noe annet er feil bruk av ressurser.

Et spørsmål om hva som skal vektlegges

Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) har som oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å tilby den norske befolkning kunnskapsbasert informasjon om alternativ behandling. Professor ved forskningssenteret Arne Johan Norheim, er ikke overrasket over at bruk av akupunktur i norsk helsevesen møter kritikk.

– Det er ikke noe nytt i at kritikere ikke forstår hvorfor pasienter velger å bruke akupunktur som tilleggsbehandling for ulike tilstander. Kanskje er ikke kunnskapen om akupunktur like lett å få tak på som annen såkalt evidensbasert medisin? sier Norheim.

Norheim mener at hvis helsevesenet skulle slutte med alt som ikke var evidensbasert, så ville det gå ut over svært mye mer enn alternativ behandling og akupunktur, dersom dokumentasjonskravet er randomiserte kontrollerte blindede studier (RCT).

– Viktig offentlig finansiert helsetjeneste som for eksempel medisinsk rehabilitering, fysikalsk behandling og sykepleie i sin alminnelighet ville falle utenfor et slikt krav. Man har ingen fullgod placebo for god pasientomsorg. De nevnte eksemplene er imidlertid pasientivaretagelse med betydelig empiri, og der det også finnes et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag utenfor RCT-kravet. Slik er det også med akupunktur, sier Norheim.

Han viser til en kunnskapsoppsummering om effekt av akupunktur som ble omtalt i Tidsskrift for den norske legeforening i 2017, hvor det fremgår at mye taler for at effekten av akupunktur kan sies å være klinisk relevant. Når det gjelder svangerskaps- og fødselsomsorgen er det gjort norske studier som støtter akupunkturbehandling, ifølge Norheim. I artikkelen «Akupressur mot svangerskapskvalme» publisert i Legetidsskriftet i 2001, er effekten mot svangerskapskvalme utforsket over flere tiår.

– Nyere studier, inkludert Cochrane-kunnskapsoppsummeringer, understøtter også slik behandling. Det er vel derfor mulig å hevde at kunnskapsgrunnlaget om akupunktur som tilleggsbehandling er å finne, bare man har de rette brillene på når man leter. I tillegg er det slik at med lang klinisk erfaring, så kommer det ofte økt forståelse for at også enkelte former for medisinsk behandling uten RCT- dokumentasjon har en plass i den samlede pasientomsorgen.

Det blir underlig å havne i kringel med en pasient som opplever effekt, fordi effekten ikke er dokumentert med RCT-studier, mener Norheim.

– Omsorg og god pasientivaretagelse utøves på individnivå, og slike deler av en samlet effekt er utfordrende å finne plass for i et strikt evidensbasert verdensbilde. Kanskje må omsorgsfulle klinikere akseptere pasientenes frie behandlingsvalg og innse begrensningene innenfor krav om RCT-dokumentasjon? spør Norheim.

Ser på akupunktur som et ekstra verktøy

Lena Aarrestad Berg er fagjordmor ved Skien Sykehus. Hun har selv lang erfaring i å kunne tilby akupunktur til sine fødekvinner og ved sykehuset brukes akupunktur både i latens- og åpningsfasen. Hun opplever at mange er åpne for bruk av akupunktur.

– Jeg er takknemlige for at vi kan tilby noe ekstra som et supplement til badekar, lystgass, varme-pakninger og bruk av forskjellige stillinger i fødsel. Noen ganger er det fint å kunne tilby akupunktur dersom man må vente på anestesi, eller hvis det er for tidlig for epidural. Noen ganger klarer vi kanskje også å dra fødselen i havn uten medikamentell smertelindring ved bruk av akupunktur og mer tilstedeværelse for damene, forteller hun.

Hun er vel kjent med at en del leger ikke liker noen annen form for tilnærming enn skolemedisin. Hun opplever ved eget arbeidssted at legene ikke blander seg i denne praksisen. Det er likevel ingen utbredt

FOTO: KRISTOFFER MYHRE



*Fastlege og forfatter
Kaveh Rashidi*



*Professor ved NAFKAM,
Arne Johan Norheim*



*Avdelingsjordmor
ved Skien Sykehus,
Lena Aarrestad Berg*

bruk av akupunktur på føden ved Skien sykehus, kan Aarrestad Berg fortelle.

– Jeg har vært opptatt av å holde det ved like hele tiden slik at jeg ikke kvier meg for å sette nålene, sier hun.

Hun er enig i at det kan være vanskelig å dokumentere effekt og ser at for noen fødekvinner fungerer ikke akupunktur. Flere gir derimot også tilbakemelding på at de opplever effekt og at det har vært en god opplevelse.

– Jeg tenker at akupunktur har vært brukt i mange år og innen mange områder. Jeg mener selv jeg har sett effekt ved bruk av akupunktur i fødsel, både i latens- og åpningsfase. Av og til bruker jeg også akupunktur i utdrivningstiden hvis det er dårlige rier, i håp om å få hodet til å komme mer ned på bekkenbunn. Vi har også sett effekt av å sette akupunktur etter fødsel for å få placenta til å løsne, forklarer Aarrestad Berg.

Hun opplever at akupunktur har god effekt ved smerter i korsryggen.

– Jeg har sluttet å sette steriltvannspapler da mange opplever dette smertefullt å få, og jeg mener å se like god effekt av akupunktur ved rygg smerter, sier Aarrestad Berg.

I Telemark jobber de nå ekstra for å ha fokus på den normale fødselen. Aarrestad Berg tenker akupunktur også kan være et tiltak for å fremme normal fødselsprosess.

– Jeg opplever det ikke som noe negativt å bruke akupunktur, for meg så er det et ekstra verktøy å bruke i fødsel. Dette er noe ekstra vi kan tilby kvinnene, sier hun.

Viktigere med jordmorressurser enn nåler

Fastlege Kaveh Rashidi mener det er vanskelig å stole på klinisk eller personlig erfaring og at det er nettopp derfor erfaringer må etterprøves og bevises vitenskapelig, før man kan forstå hva som er klinisk effekt og hva som er placeboeffekt eller andre BIAS. Han mener det er et poeng at bruk av akupunktur er en utgift for sykehusene og at de ressursene kunne vært brukt annerledes.

– Det er ingen tvil i at jordmoren er den viktigste personen for fødekvinne, og jeg ønsker at kvinner

skal få så mye som mulig tid sammen med jordmor. Med andre ord: Jeg ønsker at jordmødrenes ekspertise skal bli prioritert og avsatt økonomiske ressurser til. Så lever vi dessverre i en verden der man må velge vekk noe for å kunne velge frem noe annet, sier Rashidi i kommentar til Tidsskriftet.

Innenfor smertelindring under fødsel, og induksjon av fødsel, så spiller jordmor en enormt viktig rolle, mener Rashidi.

– Deres arbeid kan redusere unødvendig og overflødig forbruk av medisinske intervensjoner med potensielle bivirkninger. Men da er det viktig å forstå at det er jordmora som spiller den essensielle rollen, og ikke nålene hun har med seg. Hva kvinnen selv ønsker er selvfølgelig essensielt, det er tross alt hennes fødsel. Men hva kvinnen ønsker er også et resultat av hva hun tilbys, hvordan hun tilbys det og hvilken legitimitet vi i helsevesenet tilskriver de forskjellige tiltakene, avslutter han.

BAMSE SVANGERSKAPSPAKKE*

Ved **bekkenleddsmarter** i svangerskap, under og etter fødsel.

*Komplett pakke med instruksjonshefte.



Bamse Produkter

- Bevisstgjøring av bekkenbunn
- Ryggmobilisering
- Kroppskontroll
- Pusteøvelser
- Balansetrening
- Avspenning

Svangerskapspakken: Bekkenpute (m. memoryfoam og trekk), pølle, fotunderlag, lang og kort skråpute. Instruksjonshefte. Materialet er celleplast med lukkede celler slik at den ikke trekker vann og er lett å rengjøre. Det er meget lett, isolerer godt og er mykt og samtidig fast å sitte på.

www.bamseprodukter.no

info@bamseprodukter.no

LØNNSOPPGJØRET:

Brudd i KS og Oslo kommune

Dnj og Akademikerne brøt natt til onsdag 16. september forhandlingene i årets hovedoppgjør med KS og med Oslo kommune.

Derfor ble det brudd i KS

KS viste liten vilje til å møte våre krav.

Årets oppgjør er spesielt, og man gikk inn i forhandlingene med moderate økonomiske forventninger.

Akademikerne er ansvarlige, og innser at frontfaget er en faktor å forholde seg til, og særlig i år. Men man kan imidlertid ikke godta at KS i praksis setter frontfaget som tak for våre medlemmer som skal få sin lønn forhandlet i den enkelte kommune. Her er det opp til de lokale partene å finne løsningene i sin kommune basert på lokale forhold.

Akademikerne fikk heller ikke gjennomslag for sitt krav om kollektive, lokale forhandlinger for medlemmer i undervisningsstillinger.

Det er også brudd i forhandlingene mellom Legeforeningen og KS om deres særavtale. Avtalen regulerer legevakt, samfunnsmedisin og arbeidsforhold for LIS1.

Derfor ble det brudd i Oslo kommune

Også i hovedoppgjøret med Oslo kommune gikk Dnj og Akademikerne til brudd natt til 16. september.

Dagens lønssystem innebærer at lønns-tilleggene gis uavhengig av de ansattes kompetanse, ansvar og innsats, og uavhengig av virksomhetens behov. Hovedkravet fra Akademikerne var at forhandlingene skal skje lokalt på den enkelte arbeidsplass.

Dette handler ikke om penger, men om et større mål. Når Oslo kommune ikke er villige til å komme oss i møte til å engang diskutere dette, så ikke Akademikerne noen annen løsning enn å be Riksmekleren om hjelp.

Skal Oslo kommune kunne innfri politiker-nes skyhøye ambisjoner innen velferd, miljø og digitalisering, er de helt avhengige av å rekruttere og beholde høyt utdannede. Da må kommunen kunne bruke lønn som virkemiddel for å være konkurransedyktige. Det er lokalt de vet hvor skoen trykker, og virksomhetene bør derfor selv få lønne de ansatte etter rekrutteringsbehovene de har.

Mekling neste

Begge oppgjørene i kommunesektoren går nå til mekling hvor det blir opp til Riksmekleren å bistå partene i å finne en løsning. Meklingen har frist 14. oktober klokken 24.



*Av juridisk rådgiver
Ida Engen og forhandlingsleder
Berit Grimsrud Syversen*

Historie

Kanskje denne beretning fra jordmor Valentine fra henne opphold i København kan inspirere dagens jordmødre til å skrive til tidsskriftet. Uansett så er dette spennende lesing om hvordan fødselsomsorgen var i vårt naboland anno 1920.

Litt fra et opphold i København sommeren 1920.

Av Valentine Smith, jordmor Trøbbjhem.

For 10 år siden toges Danmarks nye rikshospital i København i bruk. Til dette er der knyttet en fødeavdeling, egentlig kun beregnet paa ugifte mødre og oprettet i sin tid av dronning Juliane Marie for at raade bot paa de forvilede tilstande, som herskede med hensyn til fødselen av et uægte barn.

Men, ingen regel uten undtagelse, kan ogsaa anvendes her. I disse sidste vanskelige krisear hvor bolignøden har været skrikende overalt, har fødeavdelingen ogsaa tat imot gifte fødende. Disse maa da medbringe ved indlæggelsen en garantiskrivelse gaende ut paa, at boligforholdene i hjemmet er litet skikket til en fødsel.

Fødeavdelingen er delt i 2, ved den ene afdeling undervises jordmødre, ved den anden de unge læger. Danmark eier kun denne ene jordmorskole, hvor jordmødrene uteksamineres; men den er stor nok til at forsyne landet med det tilstrækkelige antal fødsels-hjelpersker.

Paa hver av disse 2 skarpt adskilte avdelinger mottages ca. 1600 fødende pr. aar. Under den ene afdeling, hvor jordmorene utdannes er tilknyttet en gynækologisk afdeling.

Der mottas patienter avvekslende hvert andet døgn paa disse 2 avdelinger.

Patienten blir ved ankomsten til fødeavdelingen:

- 1) Undersøkt utvendig og maalt temp. paa.
- 2) Bades, staaende duschbad. Der blir intet gjort med hodet. Det overlates til pleierskerne efter fødselen. (Denne ordning p. g. a. travelhet ved fødeavdelingen). Er det en patient, som man tydelig ser utgi paa faar hun straks et omslag paa hodet.
- 3) Undersøkes nøiagtig, urinen eftersees. Der gjøres altid Wassermann prøve paa moren. Hvis man nærer mistanke til det nyfødte barn tages blod fra navlen. Dette undersøkes saa. Patientens tøj henger i et fælles rum i poser.

Der findes 8 fødestuer paa hver afdeling. Disse er enkeltstuer. Københavnerne var saa forvent i den retning nu, at man ikke kunde by den andet end fødestue alene. Et stort fremskridt, men kostbart, da det trenger stor betjening.

Smaa operationer utføres paa fødestuerne, de store i operationssalen, hvor der er plads til et auditorium. Ved siden av er et stort lyst rum, hvor der findes 6 a 8 vasker, hvor lægerne vasker sig til operationene for rindende temperert vand. Efter benyttes sprit 50 % samt sublimat. Hansker benyttes kun til alle inficerte patienter og større operationer.

Hansker og gummikatetre desinficertes ved Formoldamp.

Der blir her efter placentas fødsel holdt ¼ time paa livmor-grunden for at hindre blødning. For blødning anvendes secale samt i yderste nød varmtvandsindsprøtning.

Man støter kun ved fødselen paa den maate at man hindrer den forliggende del at skyte for fort frem over mellemkjødet ved at holde sin venstre haand paa den førstkommande fosterdel. De hadde gjort den erfaring, at indrifterne ved denne støtning ikke blev saa dype som før. Tidligere anvendtes begge hænder til støtning, den ene paa den førstkommande fosterdel, den anden over eller under mellemkjødet. Om støtningen er der jo altid delte meninger.

Efter barnets fødsel blev det indsepet og vasket. Det bades ikke, før navlen er fndt av. Denne vaskes først i sprit, dernæst legges en steril bandage av vandsugende og vandskyende vat og saa et navlebind. Gode resultater.

Paa S. C. Dahls Stiftelse anvendes sprit til navlen. Den blir

142

trykket godt av med en steril bomuldsdot og derefter lægges der paa en steril gaze lap dyppet i sprit og saa et sterilt navlebind. Barnene bades her hver morgen, da stiftelsen ikke er saa rengjort for navlen. Bindet paa navlen skiftes hver dag, men istedenfor sprit paa gaze kluten, som ligger over navlen anvendes salicylrestrøpuiver. Den tørrer fort bort paa denne maate og har vist udmærkede resultater.

Men tilbake til København. 2 timer efter fødselen blir patienten anbragt paa en baare og kjørt bort til elevatoren, som fører hende op i 2den etage. Paa hver pleierske er beregnet 3 patienter. Der findes ikke vand og vask paa patientværelserne, men ute paa gangene. Patienterne vaskes med lunkent vand og sterilt jute i boller. Pleierskerne i vand og derefter sublimatopøsning. 2 rene negleborster ligger i sublimat paa hvert patientværelse. Til hver patient er 2 vaskevandsboller — til børnene derimot 1 til 2 a 3 boller.

Til forløg anvendes sterilt celestof. Ganske praktisk, da det suger godt til sig renselsen og etterpaa brændes op. Paa denne maatte spares en del vask. Dahls Stiftelse skal nu i den nærmeste fremtid gjøre et forsøk.

Der anvendtes sorte jernsenge med spiralbund, 1 madras, 1 skraapote, underlaken, 1 hodepute, gummilærred, stikliaken, overlaken, ildtepper (uten varetræk); derimot et hvit teppe, som var lagt over sengen og hang ned over fotstykket. Det saa pent ut, men varetræk, hvori man putter ildtepperne, er vel langt at foretrekke.

Barnesengene var smaa hvite jernsenge, som stod paa et stativ forsynt med trinser, saa de let kunde rulles avsted. 2 madrasser, den øverste av krølhaar og stoppet hoiere ved hodegjærdet; man undgik paa denne maate hodepute; laken og dundyne i varetræk. Intet over hodet.

Der fandtes paa fødeavdelingen et særskilt rum, som anvendtes til fortlidlig fødte barn. Dette, istedenfor de før anvendte kuvøser. Værelset blev opvarmet til 30° C. samt skaffet den tilstrækkelige fugtighet. Moren blev kun med et laken over sig rullet derind, hver gang barnet skulde ha næring. Forresten hændte det nok, at barnet blev baaret ind til moren. Man resonerte nemlig som saa, naar barnet suger, holder det varmen i sig. Det betragtedes ogsaa som en overgang til at komme hjem.

Mødrene beholdtes ofte i slike tilfælder op til 3 a 4 maaneder for børnenes skyld.

Københavns ubemidlede befolkning har anledning til gjennem sin jordmor at faa gratis fødselsbistand fra fødeavdelingen. Jordmoren faar en godtgjørelse av kr. 3,00, hvis hun til en fødselsoperation tilkalder lægehjelp fra Rikshospitalet. Det betragtes nemlig som en god lære for de unge læger.

Paa fødeavdelingen stod altid en stor haandkuffert færdig med steriliserte saker til en fødsel samt et bekvemt fødselsleie indrettet til at staa paa et almindelig bord. Alt dette medbragtes ut i byen.

Valentine Smith,
Jordmor.



DEN NORSKE
JORDMORFORENING

Rosenkrantz' gate 7, 0159 Oslo
Telefon 93 43 40 31
e-post: dnj@jordmorforeningen.no

LEDELSE:



Styreleder

Kari Aarø
Mobil: 90 50 45 78
kari@jordmorforeningen.no



1. nestleder:

Marte Berger-Nortvedt
Mobil: 95 81 18 84
marte@jordmorforeningen.no



2. nestleder:

Tove Elisabeth Svee
Mobil: 97 60 28 85
tove.elisabeth.svee@helse-nord.no

STYREMEDLEMMER:



Leder av FEU: (faglig etisk utvalg)

Kristen Jørgensen
Mobil: 90 53 79 17
feu@jordmorforeningen.no



Regionleder Øst

Inger Johnsen Brøndbo
Mobil: 97 07 05 08
inger.johnsen@vestreviken.no



Regionleder Sør-Øst

Lene Bachman
Mobil: 95 13 63 43
leneb123@gmail.com



Regionleder Vest

Karolina Mæland
Mobil: 99 72 82 12
leder.dnj.rogaland@gmail.com



Regionleder Nord

Hanne Wika
Mobil: 99 73 63 08
hanne_vika@hotmail.com



Regionleder Midt

Brit Helden Bjørås
Mobil: 90 17 82 69
bhelden@online.no



Regionleder Sør

Jeanette Venås Engebretsen
Mobil: 47 90 65 40
jeanetteengebretsen@hotmail.com

MEDLEMMER AV FEU:

Liv Øyen
Mobil: 95 88 80 68
liv.oyen@ntnu.no

Karin Lillejord Kristoffersen
Mobil: 91 52 31 33
ka-kr3@online.no

Anja Fink
Mobil: 48 23 46 93
finks_anja@web.de

ADMINISTRASJON:



Daglig leder

Nina Bjerke Nilsen
Mobil: 934 34 031
nina@jordmorforeningen.no



Juridisk rådgiver

Ida Engen
Mobil: 480 06 887
ida@jordmorforeningen.no



Forhandlingsleder

Berit Grimsrud Syversen
Mobil: 926 37 569
berit@jordmorforeningen.no



Redaktør

Eddy Grønset
Mobil: 90 50 61 37
eddy@pekaill.no



Kommunikasjonsrådgiver

Amalie Klevås Håkonsen
Mobil: 90 71 52 00
amalie@jordmorforeningen.no

B

DISTRIBUERT AV POSTEN
posten
NORGE P.P. PORTO BETALT

hansenprotection.no

Bekkenproblemer?

Har du bekkenproblemer i forbindelse med graviditeten?

Prøv vårt fleksible, justerbare rygg-/bekkenbelte!

- støtter hofter og mage ved graviditet
- støtter og avlaster under daglig arbeid
- stabiliserer ved aktiviteter i vann og på land
- gir varme og ekstra bevegelse i muskulaturen
- ingen sømmer som gnager



Beltet fåes på de fleste apotek
eller kan kjøpes i vår nettbutikk:
webshop.hansenprotection.no



HANSEN
PROTECTION

Hansen Protection AS, Pb. 218, 1501 Moss
Tlf. 69 00 13 00, e-post: hpro@hansenprotection.no