

TIDSSKRIFT FOR

JORDMØDRE



Utgitt av: Den norske jordmorforening / NR. 8 2020 / 126 ÅRGANG



Gravide med HIV føler seg stigmatisert

side 22

*Familie for første gang s. 6
Fedre med fødselsdepresjon s. 18
Digital farskaps erklæring s. 26*

“Det mine gravide venninner og jeg diskuterte i det uendelige var strekkmerker – har du først fått dem så blir du aldri kvitt de. Jeg brukte Bio-Oil gjennom hele graviditeten, morgen, middag og kveld ... Faktisk så har jeg ikke sluttet å bruke det siden Liam ble født. Nå som jeg er gravid med tvillinger, kommer jeg til å bruke det mer enn noen gang! Jeg liker også at den ikke er fet – du kan påføre den og kle på deg umiddelbart uten at det blir flekker på klærne. Du aner ikke hvor mange venner og familiemedlemmer jeg har fortalt om Bio-Oil til!”

Tracy med Liam



Det mest solgte
arr- og strekk-
merkeproduktet
i 24 land.

Bio-Oil® bidrar til å redusere sannsynligheten av at strekkmerker oppstår under graviditet ved å øke hudens elastisitet. Det må påføres to ganger daglig fra begynnelsen av første trimester til fødsel. Bio-Oil er bl.a. tilgjengelig i Apotek 1, Boots Apotek, Vita, Blivakker.no og Blush.no. Individuelle resultater vil forekomme.



Å se alle

I denne utgaven av Tidsskriftet har vi flere artikler som trekker frem hvor viktig rolle jordmor har når det gjelder å se og ta hensyn til forhold som ikke direkte har noe med svangerskapet og fødselen å gjøre. Forside-saken henviser til en liten gruppe gravide som er HIV-positive. Se meg og ikke diagnosen, forteller kvinnen som står frem med sine erfaringer som gravid og HIV-positiv.

Vi har også en sak om at også fedre kan få fødselsdepresjon. Hvilket ansvar skal jordmødre ha for også å ivareta den gruppen i svangerskapsomsorgen? Det blir jo ekstra krevende nå i koronatiden. Så er det gledelig å se at prosjektet «Familie for første gang» har vunnet frem i statsbudsjettet. Det er virkelig et prosjekt som får frem jordmors helhetlige ansvar og bidrag til familiene.

Mvh

Eddy Grønset

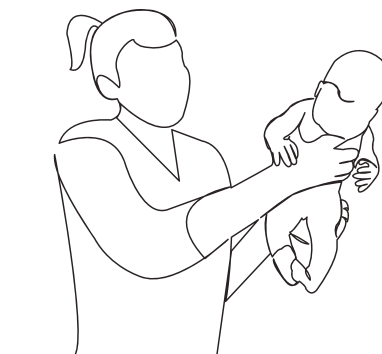


Forsiden

Cathrine Muri var HIV-positiv og gravid. I denne utgaven forteller hun om hvordan hun opplevde møtet med svangerskap- og fødselsomsorgen. Les hele saken på side 22.

Foto: Peder Klingwall

30 000 kroner i økt lønn



12

- 05 Dnjs leder:
- 06 Statsbudsjettet 2021
- 08 Ultralyd rapport
- 09 Vant frem med ferieberegning
- 10 Dnjs lønnsmodell
- 14 Aktuell forskning
- 16 Cochrane: Covid-19 og gravide
- 18 Fedre kan også få fødselsdepresjon
- 21 Savner midler til å løse bemanningskrisen
- 22 Gravide med HIV
- 26 Digital farskapsklæring
- 29 Alle skal med
- 30 Historien
- 31 Våre tillitsvalgte

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 og send meldingen til vår informasjonsrådgiver Rannveig Øksne; 974 79 937 så sørger hun for at det blir delt på våre facebooksider.

UTGIVER Den norske jordmforening

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
1. november 2020.

ÅRSABONNEMENT
500 kroner

ANNONSEANSVARLIG

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

LAYOUT

Elin Iversen

TRYKK

RK Grafisk



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 fosterrhinne >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: Svimelhet, 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

Dnjs leder har ordet



Vi trenger fortsatt satsing på jordmortjenestene

I det vi trodde at samfunnet skulle åpnes mer så skjedde det motsatte, og vi måtte på ny avlyse den planlagte tillitsvalgt-samlingen. Et lite offer i forhold til alle de som blir berørt av denne pandemien, på en mye mer inngripende måte. Jeg håper at vi utpå vårparten kan treffe våre tillitsvalgte, som jo er ryggraden i enhver organisasjon. Jordmordagene skulle nylig vært gjennomført, vi er nå i gang med webinarer i stedet for å tilby faglige møtesteder. Det første blir 13. november, sammen med Sex og samfunn, neste blir 30. november sammen med Norske kvinners sanitetsforening i forbindelse med FN sin 16 dagers kampanje mot vold mot kvinner. Vi håper å få til flere utover våren 2021.

Et stadig tilbakevendende tema har vært at partner ikke får være med på barsel under pandemien. Vår oppgave som helsepersonell, blir å tilrettelegge på best mulig måte for at de skal få et så bra opphold og oppfølging som mulig. Historier i media tyder på at flere opplever at vi gjør det, og mange er fornøyde med oss som er på føde/barselavdelingen. En annen viktig oppgave er å trygge de gravide i denne perioden. Da tenker jeg at det beste er å støtte seg på de tall vi har om gravide og fødende her i Norge, som foreløpig sier at det går bra med de som blir smittet av covid-19.

Mens vi venter på at epidemien skal gå over, eller en vaksine er på plass, mener vi det må satses mer på oppfølgingen av gravide og fødende i den perioden vi er i nå. Vi har sendt innspill til Helsedirektoratet om at jordmødrene i kommunene merker et økt antall henvendelser fra barselkvinner fordi de har valgt å reise hjem fra sykehuset tidligere enn det de ville gjort i en normalsituasjon. I høst gjorde vi en kort spørreundersøkelse blant våre medlemmer i kommunen. Der svarte 59,8 prosent at de gravide ikke fikk den oppfølgingen de hadde krav på i perioden etter at koronapandemien startet. 86,2 prosent svarte at de hadde erstattet en del av konsultasjonene med telefon/ videokonsultasjon. I 33 kommuner ble jordmødre omdisponert i starten av epidemien, mens det i høst var varslet en slik omdisponering i seks kommuner.

Helsedirektoratet har tett kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet om dette, og departementet har definert gravide inn i gruppen sårbare. Tilbudet til dem skal ikke reduseres, og personell til sårbare grupper skal ikke omdisponeres. Trenger du skriv til din leder om det, så ta kontakt.

Flere kommuner varsler nedbemanning og reduserer i jordmortjenesten på grunn av stram kommuneøkonomi. Rauma kommune er et eksempel hvor de reduserer jordmorstillingen fra 100 til 50 prosent. De vil ikke lengre kunne ha følgetjeneste, tilstrekkelig barselomsorg og et godt nok tilbud til de gravide. Jordmoren i Rauma sendte gode innspill på dette i forkant av kutt, vi fra sentralt sendte også innspill. Det ble likevel politisk vedtatt. I statsbudsjettet økte de øremerkede midlene til jordmødre i kommunen fra 40 til 60 millioner kroner. Det hjelper dessverre lite i Rauma kommune.

Flere klinikker varsler om millionkutt på fødeseksjonen. Rapporten om endringene i fødepopulasjonen som kom i vår viser at vi trenger å øke bemanningen, ikke kutte. Vi vet også at helseforetakene i løpet av 2021/22 skal rigge tilbudet tidlig ultralyd. Dette fikk ingen midler over statsbudsjettet. Arbeidsgruppen fra Helsedirektoratet har i et usikkert estimat anslått tilbudet til å koste 153 millioner.

Skal dette tas av den ordinære rammen så må noen snart fortelle oss hva vi skal slutte å gjøre. Vi får stadig flere oppgaver og stadig mindre penger. Under høringen på statsbudsjettet fikk jeg spørsmål om hvordan det kan ha seg at det er en jordmorkrise i landet når det er ansatt flere jordmødre i kommunene de siste årene samtidig som fødselstallet går ned. Da ser de ikke sammenhengen, det hjelper oss lite inne på fødeavdelingene at antall jordmødre øker i kommunene og rapporten fra mars er tydelig endringene i fødepopulasjonen gir økt behov for ressurser.

Kari Aarø

Leder av Den norske jordmorforening

Venter millionstøtte i statsbudsjettet

– Det er en stor glede og seier, sier jordmor Tine Gammelgaard Aaserud som er nasjonal fagsjef for «Familie for første gang». Regjeringens millionstøtte i forslag til statsbudsjettet for neste år må ses som en viktig annerkjennelse av programmet i Norge.



Tekst: Veronica Rinde Halvorsen

Nurse Family Partnership (NFP) – Familie for første gang, er et intensivt oppfølgingsprogram for førstegangsfødende med behov for ekstra støtte i svangerskapet og i barnets to første leveår. Utprøving av programmet i Norge ble politisk vedtatt i 2014 og er et samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og seksjon for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Helse Sør Øst. «Familie for første gang» tar sikte på å forbedre mor og barns helse under svangerskapet, fremme barnets helse og utvikling etter fødsel, samt støtte foreldrene i forhold til helse og livssituasjon i tiden fremover.



JUBLER OVER
MILLIONSTØTTE:

Jordmor Tine
Gammelgaard
Aaserud håper
programmet vil gi
mye kunnskap om
forebyggende helse
i tiden fremover.

Programmet består av jevnlig hjemmebesøk, i gjennomsnitt annenhver uke, gjennom svangerskapet og i to år etter fødsel.

Tidsskriftet har tidligere omtalt «Familie for første gang» i utgave nummer 9 i 2017. I fjor høst kom slutt-rapporten fra utprøvingen av prosjektet, utarbeidet av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved OsloMet. Rapporten var en fireårig følgeevaluering av «Nurse Family Partnership» i Norge og konkluderte med at det både er behov for og høy aksept for et program som dette. Følgeevalueringen anslår det også som sannsynlig at prosjektet kan forebygge omsorgssvikt og omsorgsovertakelser, og således kan en slik tidlig forebyggende innsats hindre at sårbare familier får problemer senere i livet.

Stort hjerte for forebyggende arbeid

En jordmor som lenge har vært opptatt av forebyggende innsats i svangerskapsomsorgen er Tine Gammelgaard Aaserud, nasjonal fagsjef for «Familie for første gang».

– Det å komme tidlig inn, det synes jeg på lik linje med mange av mine jordmorkolleger, er veldig undervurdert. Det vi så godt vet som jordmødre, er nettopp den motivasjon som mødre eller foreldre har når de venter barn, de vil bare det beste for sine barn. At vi ikke bruker denne muligheten nok har jeg tenkt på i mange år, så da dette programmet kom til Norge tenkte jeg at dette ser spennende ut, her er sjansen for å få erfaring og løfte kunnskapen frem, sier Aaserud.

Hun opplever arbeidet med programmet som veldig motiverende, etter å i mange år ha følt på frustrasjon over at det er vanskelig å få til oppmerksomhet på forebyggende arbeid innen dette feltet.

– Derfor var det utrolig spennende å skulle drive dette prosjektet gjennom pilotfasen og å være med fra a til å rett og slett. Men det har også vært en utfordring å holde det gående, men ikke kunne kjøre det for fullt mens vi har ventet på tilbakemelding fra regjerin-

gen på om dette skulle videreføres. Nå skal vi sette skikkelig i gang med neste fase, og jeg tror virkelig at det vi kommer til å lære nå, kommer til å favne mye videre enn bare dette programmet, sier Aaserud.

Millionstøtte i statsbudsjettet

Annerkjennelsen fra politisk hold har nå kommet. I regjeringens forslag til nasjonalbudsjett for 2021 er det satt av hele 45,3 millioner for utvidelse og videreføring av prosjektet. Dette mener Aaserud er svært gledelig. Hun forteller at hun hele veien har drevet programmet med hele sitt jordmørherte.

– Jeg ble absolutt helt overlykkelig. Tenk at endelig ser også politikere at det er nødvendig å komme tidlig inn, vår regjering forstår at det lønner seg å intensivere hjelpen i en meget viktig periode. Dette er noe som jordmødre vet. Jeg føler virkelig at dette er en seier for hele feltet for forebyggende helse. Nå skal vi prøve å tilpasse oss litt mer ut fra de erfaringene vi har fått, men samtidig bevare programmet slik det er ment å være og så skal vi utvide, sier Aaserud.

Verdien av programmet har både de som jobber med det og de familiene som har gjennomført det, erfart.

– Vi har erfart at kvinner og familier har blitt bedre til å forklare om sine utfordringer uten å måtte forsvare hva de står i og uten at det oppleves skamfullt. Jeg synes det er så utrolig givende å se at selvverdet øker og at ressursene får komme frem, når du slipper å forsvare deg hele tiden.

Sammen blir vi noe mer

Det tverrfaglige samarbeidet som skjer i programmet «Familie for første gang» er en suksessfaktor, mener Aaserud.

– Samarbeidet og deling av kunnskap mener jeg er gunstig for familier som har sammensatte utfordringer. Jeg mener veldig sterkt at vi undervurderer hvor viktig dette samarbeidet er.

Selv om tverrfaglig samarbeid kan være krevende er det også veldig givende, forteller Aaserud.

– Det å komme sammen, forstå hverandre og hva vi driver med, løfte hverandre frem, det er så morsomt når det lykkes. Jeg synes vi har mange historier med familier hvor vi har lyktes veldig godt. Det hjelper også familiene å bygge tillit til flere tjenester, så når de er ferdige i programmet kan de være i stand til å be om hjelp i systemet. Vi vet alle sammen at livet



FULLROSER PROGRAMMET:

– Det er fantastisk å høre at de har fått så mye støtte og hjelp både under svangerskapet og i de viktige første årene med barna sine, uttaler Barne- og familieminister Kjell Ingolf Ropstad.

FOTO: ØVIND HAUG

er ikke problemfritt. Det handler om å kunne være i stand til å be om den hjelpen man har behov for, sier hun.

Trygge foreldre gir trygge barn

Barne- og familieminister Kjell Ingolf Ropstad (KrF) uttaler i kommentar til Tidsskriftet at det er et mål for regjeringen å styrke støtteapparatet rundt foreldre og familien.

– Trygge foreldre gir trygge barn. Familien er vårt sterkeste sosiale fellesskap. Målet er å komme så tidlig inn med hjelp til familiene at barnevernet ikke trengs. Familie for første gang er et supert eksempel på dette.

Barne- og familieministeren har selv møtt flere av mødrene som har deltatt i programmet.

– Jeg blir utrolig rørt og stolt av å høre historiene. Det er fantastisk å høre at de har fått så mye støtte og hjelp både under svangerskapet og i de viktige første årene med barna sine. Jeg er glad for at rapporten som kom i fjor høst var såpass positiv og resultatene fra programmet så lovende. Det er oppløftende at ansatte forteller at de har forhindret behov for omsorgsovertagelse. Dette viser at tilbudet endrer livet til familier i positiv retning, sier Ropstad.

Ultralydrapport fra fagmiljøet

Med stortingsvedtaket om tidlig ultralyd til alle og NIPT-test til kvinner over 35 år, har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utrede tilbudet.



Tekst: Kjersti Juul
Foto: Privat

En egen rapport, der fagmiljøet har kommet med sine tanker og begrunnelser, ble 1. november levert til Helse- og omsorgsdepartementet.

– De går igjennom rapporten før den legges frem for Stortinget, som bestemmer om de skal gå inn for det fagmiljøet tilrår, forteller ultralydjordmor Karen Elisabet Hagerup Larsen som også jobber med føde/barsel-pasienter ved Førde Sentralsykehus.

Hun har vært en del av arbeidsgruppen, der foster-medisinere og genetikere har utarbeidet en felles tekst til bruk i rapporten med forankring i fagmiljøet.

– I arbeidsgruppa har vi diskutert hva ultralydundersøkelsen skal inneholde. Vi har skissert tre ulike modeller underveis. Undersøkelsen må utføres på et tidspunkt i første trimester som gir en mest mulig datering av svangerskapet, og hvor det er mulig å avdekke delt morkake hos tvillinger / flerlinger. I tillegg skal ultralydundersøkelsen og eventuelle tilleggsundersøkelser kunne avdekke alvorlig sykdom eller skade hos fosteret. En legger til grunn at gravide skal ha et likeverdig tilbud om ultralydundersøkelse. Det er viktig å ta i betraktning at denne tidlige undersøkelsen også skal kunne tilbys lokalt, altså der de gravide i dag får tilbud om såkalt rutine-ultralyd i uke 18 eller 19. Det er ikke bare fostermedisinske senter som skal ta seg av dette. Slik det er nå er det bare de fem fostermedisinske sentrene som nå utfører tidlig ultralyd og KUB-test, sier Larsen

Kvalitetssikre med sjekkliste

Diskusjonen i arbeidsgruppa har også dreiet inn på hva ultralydundersøkelsen skal inneholde, og hva man skal se på av fosteranatomi. Man har også diskutert om man skal måle nakkeopplaring på fosteret. Tidspunktet for undersøkelsen er tenkt fra uke 11 til 13 + 6.

– Det er ønskelig å innføre en sjekkliste til hjelp i ultralydundersøkelsen. Det har vist at bruk av sjekkliste gir økt deteksjonsrate. Ser man store avvik som er uforenlig med



Kvinnene må få tid til å tenke seg om hva de faktisk ønsker, fordi det får konsekvenser for dem, sier Karen Elisabet Hagerup Larsen.

liv, er det også et poeng at det kan være lettere å avslutte i uke 13 enn i uke 20. Tidlig diagnostisering av avvik kan gjøre foreldrene mer forberedt på hvilke utfordringer de står ovenfor, og hvilken prognose barnet har, påpeker Larsen.

Informert valg og tid til å tenke

Hun fremhever at rapporten fra arbeidsgruppa kun er et forslag. Det er fortsatt ikke bestemt hva slags modell man skal gå for, eller tidspunkt for implementering. Det vil kunne ta noe tid å få til dette tilbudet på alle sykehus der det i dag gjøres rutineultralyd. Primærhelsetjenesten må være forberedt på hvordan gi den gravide og hennes partner et informert valg. Etterutdanning er nødvendig. De skal møte kvinnen til første konsultasjon. Man tenker at kvinnene i tillegg kan søke og få veiledning via nettet, informasjonskanaler, animasjonsfilm. På sykehusene må man etterutdanne mange av ultralydjordmødrene og legene for å kunne være kvalifisert til å utføre tidlig ultralydundersøkelser, og til å kunne gi den veiledningen som trengs.

NIPT er den beste ikke-invasive testen til å vurdere risiko for trisomi og andre genetiske avvik hos fosteret. Larsen påpeker at NIPT-testen ikke er diagnostisk. Skal man gjøre en invasiv prøve må man gjøre en fostervannsprøve eller morkakeprøve. Det må man også gjøre, hvis NIPT-testen gir positivt score. Dette er det kun fostermedisinske senter som skal gjøre. Men NIPT kan tas lokalt og analyseres i Norge, i motsetning til i dag hvor prøvene blir sendt utenlands.

– Det er nå snakk om å kutte KUB-test og gi NIPT-test til alle over 35, samt til kvinner med risiko og med funn på ultralydundersøkelsen. Arbeidsgruppa har kommet med et innspill om at alle, uavhengig av alder, burde tilbys dette til tross for at det er et stort kostnadsspørsmål.

At kvinnene får et informert valg er viktig. Ønsker de å få en risikoberegning for avvik eller ønsker de bare se at det er liv? De må få tid til å tenke seg om hva de faktisk ønsker, fordi det får konsekvenser for dem, påpeker Larsen.

Fikk gjennomslag hos ledelsen

Etter flere års jobbing fikk jordmødrene Reidun Aasvang og Anne Ryg ved Bærum sykehus gjennomslag hos ledelsen. Nå råder de andre til å ikke la seg knekke av utmattelsestaktikk.



Tekst: Kjersti Juul

Foto: Privat

– Det er tre år siden jeg begynte å stusse over feriepengeutbetaling og trekk i lønn, forteller Reidun Aasvang, som har vært tillitsvalgt i flere perioder av yrkeslivet sitt.

Aasvang, som nå er lokaltillitsvalgt ved Bærum sykehus, la merke til at beløpet de ble trukket var for høyt når de fikk feriepenger.

– Jeg hang meg spesielt opp i helger, fordi arbeidsgiveren vår sier at de under 60 år kun får én ferie med betalt helg. Samtidig trekkes vi en ganske stor andel i lønn av lørdags- og søndagstillegg. Jeg fant ut at vi i løpet av et år, jobber en hel helg uten å få tilleggene våre, sier Aasvang.

Hun påpeker at det ikke snakk om store summer, men at det føles urimelig å skulle jobbe og ikke få betalt for det.

– Vi har forsøkt å snakke med arbeidsgiver om dette i ett år, men følte først at det snudde da vi omformulerte problemstillingen. I begynnelsen var vi opphengt i at vi blir trukket for mye, men snudde det etter hvert til å si at vi ikke får fri i forhold til det vi trekkes. Ved å vende om på problemstillingen, ble det lettere for dem å godta, forteller Aasvang om presset hun og tidligere tillitsvalgt, Anne Ryg, la på ledelsen.

Motargumentet om at de trekkes etter loven, holdt ikke når problemet ble formulert som at fritiden ikke samsvarte med dette, forklarer Aasvang.

Finn andre innfallsvinkler

Hun har tatt opp temaet over flere år, og har kjent på følelsen av at man ikke orker mer når det butter så mye



Mange driver en viss utmattelsesteknikk, der de for eksempel lar være å svare på e-post. Purr!, oppfordrer Reidun Aasvang.

i mot. Det siste årets samarbeid med Anne Ryg ga endelig resultater. Nå venter en sum på 3000 kroner, da de allerede hadde inngått en avtale om å få tilbakebetalt for tre år, hvis de fikk gjennomslag.

– Når ledelsen innså at det var feil, mente de at alle skulle nyte godt av det. Dermed er dette noe resten av staben av barnepleiere og jordmødre nå nyter godt av, uavhengig av hvilken organisasjon de er en del av. Problemet er at ledelsen ikke har tenkt å følge det opp med å gi oss mer fri de kommende år. Dette er noe vi nå jobber med må å finne en ordning for, forteller Aasland.

– Har du noen tips til andre som ønsker å få gjennomslag hos ledelsen?

– Man bør være overbevist om at man har rett og ha tro på det man holder på med. Å finne andre innfallsvinkler enn det du tidligere har prøvd deg på, kan være lurt. Noen problemstillinger er lettere å kjøpe for ledelsen enn andre, og mye kan skje ved å omformulere budskapet ditt litt. Vær tålmodig, men samtidig ikke redd for å mase. Mange driver en viss utmattelsesteknikk, der de for eksempel lar være å svare på e-post. Purr!, oppfordrer Aasvang.

God hjelp fra Dnj sentralt

Det er stadig ting å ta tak i som tillitsvalgt. Innføring av en ny type ferietrekk for alle tillegg, som er blitt bestemt av Oslo Universitetssykehus og Sykepleierforbundet, føles for øyeblikket frustrerende, ifølge Aasvang.

– Det er frustrerende å få tredd ting ned over hodet, der vi ikke har noen innflytelse fordi det er hovedorganisasjonene som skal forhandle det. Det er ikke alltid de ser konsekvensene av det de bestemmer, sier Aasvang som nå har meldt saken inn til Dnj.

Hun opplever å ha fått god hjelp fra Dnj sentralt. De leide blant annet inn turnusekspert Svein Arne Thrana som sammen med forhandlingsleder Berit Grimsrud Syversen, var med på første møte med arbeidsgiver, for å få ekstra tyngde bak argumentene.

– Å ha Dnj sentralt i bakhånd har vært en stor trygghet, sier tidligere tillitsvalgt ved Bærum sykehus, Anne Ryg.

– Samtidig skal Reidun Aasvang ha kred for at hun har stått på med dette over flere år. Hun har regnet mye, vært nøye og hentet ut opplysninger. Vi har også hatt et godt samarbeid med HR lokalt, og hele veien fortsatt å etterlyse svar fra ledelsen. Summen av alt dette ligger til grunn for at vi fikk gjennomslag, sier Ryg.

Gjennomtenkt lønnsmodell

Hva er tanken bak Dnjs lønnsmodell? Vi har intervjuet forhandlingsleder Berit Grimsrud Syversen og juridisk rådgiver Ida Engen.



Tekst: Kjersti Juul

Foto: Amalie Klevås Håkonsen

– Mens man med NSF's sentrale forhandlinger tenker i grupper, går Dnjs lønnsmodell ut på at vi ønsker lokale forhandlinger og individuell lønnsdannelse. Vi har tro på at det å få opp lønna for jordmødre på sikt, skjer ved å skape forskjeller. Det bør være forskjell på jordmødre med ulik kompetanse og erfaringer, sier Berit Grimsrud Syversen.

Modellen som er politisk vedtatt av medlemmene på landsmøtet, resulterer i at to jordmødre i samme kommune eller helseforetak, ikke nødvendigvis har lik lønn, selv om de har samme antall år i ansiennitet.

– Har den ene tatt utdanningstillegg som øker kompetansen, bør hun/han få høyere lønn. Momentene/kriteriene som legges til grunn for individuell

lønnsdannelse, finner man i pkt. 5.3 i hovedtariffavtalen mellom KS og Akademikerne. Det går på stillingens kompleksitet, ansvar, resultat, relevant videreutdanning og måloppnåelse, forteller Syversen.

Tanken er at forskjell i lønn, bidrar til at man drar hverandre opp og slik på sikt høyner lønnsnivået. Denne lønnsmodellen fungerer godt i kommunene, men møter flere utfordringer i helseforetakene hvor det er snakk om store grupper og dermed også større kostnader for arbeidsgiver.

Tro på lokale løsninger

Med lokale forhandlinger har man tro på at de lokale partene skal løse sine utfordringer. Lønn bør brukes som et personalpolitisk virkemiddel, ifølge Ida Engen som er juridisk rådgiver i Dnj.

– Behovet i Finnmark kan for eksempel være veldig annerledes enn i Oslo. Da mener vi det er feil at sentrale parter skulle sittet i Oslo og forhandle lønn for alle i hele Norge, langt borte fra arbeidstakerne. Vi vil at man skal kunne påvirke egen lønn, i stedet for å overlate det til noen som ikke har full kjennskap til den konkrete situasjonen ved aktuell arbeidsplass. Det er nettopp dette som skjer med de sentrale forhandlingene, der man ikke selv har påvirkning eller lederen kan si noe om behovet, sier Engen.



Tåle forskjeller i lønn og heie hverandre frem er viktig, i følge Berit Grimsrud Syversen. – Noen ganger formidler arbeidsgiver at å kreve høyere lønn, er urimelig og nesten pinlig, men i 2020 er ikke jordmoryrket bare et kall. At vi er i jobb for å få lønn, må være stuereint å si, påpeker Dnjs forhandlingsleder Berit Grimsrud Syversen.

Problemet med å få Dnj-modellen til å fungere optimalt i sykehusene, kommer både av det store antallet jordmødre her, men også at sykehusene får lite økonomisk handlingsrom til å rekruttere de gruppene det er stor mangel på, slik det er for jordmødre nå og i fremtida.

Sammenlign med riktig utdanningsnivå

Tallene viser at det er gjennomsnittlig høyere lønn i kommunene. Her ligger over 25 prosent av jordmødrene over 600 000 i grunnlønn, med gjennomsnittslønn på 592 000 fra i fjor. Mens det i helseforetakene er nyutdannede jordmødre helt nede på 455 000 i grunnlønn.

– I kommunene sammenligner vi oss med de andre stillingskodene som forhandler i kapittel 5. Det er yrker som advokat, arkitekt, ingeniør, prest, lege, psykolog, rådgiver, tannlege og veterinær. På våre tillitsvalgskonferanser, lærer vi bort å lage statistikk og søylediagram på innhentede lønnsopplysninger i de øvrige gruppene i kapittel 5 i hovedtariffavtalen. Når jordmor begynner å sammenligne seg lønnsmessig med riktig gruppe, ser vi ofte at resultatene kommer, forteller Syversen.

Dette er viktig fordi arbeidsgiver liker å sammenligne jordmødre med helsesykepleiere på helsestasjon.

– Noe av strategien vår er at jordmødre nettopp må sammenligne seg med den rette gruppen. Vi ser resultater av dette i kommunene, mens det er vanskeligere å få til i helseforetakene fordi vi fort skjeler til spesialsykepleierne her.

– *Hva kan gjøres for å bedre dette?*

– Man kan innhente lønnsopplysninger på øvrige grupper med høyere akademisk utdanning som lege, jurist, økonom, psykolog, ingeniør osv. i helseforetakene for å finne de som vi faktisk skal sammenligne oss med. Vi må tvinge arbeidsgiver til å skjønne at vi har en masterutdanning med et seksårig utdanningsløp. Det som skiller jordmødre fra spesialsykepleiere er jo nettopp at vi har en egen autorisasjon for jordmor. Vi har også et selvstendig utøvende medisinsk faglig ansvar så lenge alt er normalt. Det betyr at vi har brukere inne, som ikke ser en lege i det hele tatt. Sånn er det ikke for en pasient som kommer på en annen sengepost, påpeker Syversen.

Ta ansvar for egen lønn

Å klistre seg til rett gruppe med samme utdanningsnivå, er nettopp noe av strategien for å gå opp i lønn som jordmor.



– *I motsetning til NSF som sammenligner seg med spesialsykepleiere, sammenligner vi oss med de andre yrkesgruppene som er like høyt utdannet. Slik har vi tro på at Dnj-modellen er langt bedre på sikt, sier juridisk rådgiver Ida Engen.*

– I kommunene i år har vi hatt et veldig godt samarbeid med Akademikerne. Flere tillitsvalgte ser nytten av at vi står samlet med gruppene ute i kommunene med høyere utdanning, forteller Syversen.

Mangel på jordmødre, både fordi kommunene har oppbemannet og fordi noen forsvinner ut av yrket som følge av at det er så tøft å stå i det, er et viktig poeng, ifølge Ida Engen.

– Å bruke denne rekrutteringsutfordringen kan lønne seg for mange. Dette er noe for eksempel ingeniørene har klart, der de gjennom mange år har fått et høyt lønnsnivå, påpeker Engen.

Rekrutteringsutfordringen er riktignok størst på kvinneklinikkene sentralt, mens det i distriktene er færre jobber og dermed kan være mer rift om dem.

– *Hvordan kan man selv ta mer ansvar for egen lønn?*

– Å ta kontakt med Dnj sentralt eller lokale tillitsvalgte for sammen å bygge muskler for å få opp startlønnen ved ny arbeidskontrakt er viktig. Hvis du blir feilpriset fra starten av, blir det utrolig tungt å komme seg opp.

I realiteten kan du også forhandle lønn hvis du får tilbud om en annen jobb etter pkt. 5.2 i hovedtariffavtalen i KS-området. Da er det snakk om en egen lønnsforhandling fordi arbeidsgiver vil prøve å beholde deg. Vi oppfordrer de som ikke synes de har en god nok lønnsutvikling til å søke andre jobber, og spørre om arbeidsgiveren din kan matche dette, sier Syversen.

Ida Engen minner om retten til å ha lønnsamtale med sin arbeidsgiver.

– Det betyr ikke at man umiddelbart får lønnsøkning, men det gir deg en mulighet til å snakke om din lønnsutvikling og hva du kan gjøre for å bedre den. Å ta ansvar for egen lønnsutvikling er noe mange glemmer, spesielt i de store helseforetakene, og viktig å bli minnet på.

Lønnsomme krav

Berit Aas valgte å jobbe som lærer på videregående skole ved Helse-og oppvekstlinjen i en ti-årsperiode. Da hun kom tilbake til jobben som jordmor, ga lønnskravene hun stilte resultater.



Tekst: Kjersti Juul

Foto: Privat

– Da jeg fikk tilbud om ansettelse ved kommunehelsetjenesten i Indre Østfold, la jeg inn et krav om det samme som jeg hadde hatt som lærer. Det ble jeg ikke møtt på, men fikk likevel forhandlet opp lønnen rundt 30 000 kroner, forteller Aas.

Det er snart to år siden hun startet som jordmor ved kommunehelsetjenesten i Indre Østfold, der hun raskt tok på seg rollen som tillitsvalgt. Snart fulgte jobben med de lokale lønnsforhandlingene.

– Vi la inn ganske høye lønnskrav, der vi fokuserte på videreutdanning og lønn på masternivå. Etter mange runders forhandlinger, fikk vi gjenhør hos kommunen. På dette tidspunktet var det bare en hos oss i Dnj, som hadde master. Det var viktig for meg å få løftet henne opp. Jeg tenkte at vi andre kan komme etter ved neste korsvei, påpeker Aas.

De fikk protokolltilførsel på lønnsforhandlingene. Når de andre jordmødrene var ferdig med sin master, skulle de også komme opp på masterlønnsnivå. Slik gjorde de et kraftig byks på lønnsstigen i fjor.

Ha en strategi på forhandlingene

Dnj-modellen virker godt i kommunene, men Berit Aas har tro på at det å hjelpe medlemmer som skal inn i ny jobb med å forhandle lønn, også vil virke inn i helseforetakene. Arbeidsgivere tenker gjerne at forskjellene ikke skal være for store og utjevner.



– Perspektivet med å unne andre noe er kjempeviktig for å lykkes, sier Berit Aas.

– Å forhandle lønn som nyansatt er inngangsbilletten. Mange glemmer det, fordi de er så glade for å få jobb og sier umiddelbart ja til det som tilbys. Men man kan gå opp ganske mange tusen kroner ved å stille litt krav, påpeker Aas.

Selv hadde hun et litt lengre perspektiv når det kom til lønnsforhandlingene. Da hun ble ansatt var hun selv nettopp begynt på masterutdanningen.

– Jeg kunne ikke forvente å få masterlønna mi før jeg hadde bestått. Det lønner seg å ha en strategi på lønnsforhandlingene. Man kan ikke alltid løfte hele gruppa opp og fram, men hvis noen har noe ekstra, kan man få mye uttelling for det. Perspektivet med å unne andre noe er kjempeviktig for å lykkes. Det kommer fellesskapet til gode i neste omgang.

Drar nytte av hverandre

Aas opplever å ha stor påvirkningskraft som tillitsvalgt. Hun fremhever det positive med rundbordsforhandlingene de har i Indre Østfold kommune.

– Da har vi en åpen forhandlingsmodell med alle tillitsvalgte i de forskjellige forbundene til stede under hele forhandlingen. Jeg føler det styrker oss som fagforening. Ofte kan du føle deg litt alene når du går til forhandlingsbordet, kanskje er du maks to fra din yrkesgruppe mens det er fire, fem fra kommunen. Med rundbordsforhandlinger er maktbalansen snudd om på. Der er det arbeidsgiver som er i mindretall i antall mennesker, og man drar nytte av hverandre ved å høre på de andre fagforeningenes argumenter, sier Aas.

Hun forteller om et spesielt samhold blant Akademikerne i vårens forhandlinger.



Tallenes tale viser at lønnsnivået for jordmødre spriker med flere titalls tusen kroner innad i kommunene.

– Hvordan drar dere nytte av hverandre?

– Noen har lengre tid som tillitsvalgte eller kan mer om lovtekster og paragrafer enn andre. Man får hjelp til å sette opp lønnsberegninger, beregne glidninger og overganger, eller man hjelpe for eksempel hverandre med digitale regneark. Det handler om praktiske ting, men også den mentale støtten i at «Nå gir vi oss ikke!». Man lager et lite nettverk og samarbeider på tvers av forbundene.

Mot til å stille krav

Hun råder jordmødre/tillitsvalgte som skal kreve høyere lønn, i å skaffe seg en oversikt over lønnsnivået i kommunen.

– Sjekk hva øvrige arbeidstagere i kapittel 5 har. Man bør gjøre seg opp en mening i forhold til andre arbeidsgrupper med like lang utdanning. Kjønnforskjeller kan

være et argument. Se om noen av medlemmene har noe ekstra som kan løftes fram, og der resten kan komme etter i neste omgang. Ha yrkesstolthet og vis at vi ikke er på billigsalg, men vær samtidig blid og hyggelig. Kom litt ydmyk til forhandlingene, uten at du sitter med lua i hånda. Det er tungt å dra lasset alene, er man to stykker ved forhandlingsbordet er det alltid en styrke.

Aas påpeker at tallenes tale viser at lønnsnivået spriker med flere titalls tusen kroner innad i kommunene.

– Vær klar over at arbeidsgiver ikke kan ta fra deg noe. De kan ikke trekke deg i penger, men vil alltid prøve seg med lavest mulig lønn. Ikke vær redd for å stille krav!

Å balansere mellom liv og død

Hvordan opplever jordmødre i Norge å resuscitere nyfødte?

Vi jordmødre har en ansvarsfull jobb, og vi lærer tidlig hvor viktig det er å utstråle ro selv om hjertet vårt gjerne galopperer på innsiden. Heldigvis er det mye som er bra med norsk fødselsomsorg, og derfor er det også relativt sjelden vi står med et livløst barn mellom hendene. Men, det skjer, og da kan vi stille oss følgende spørsmål: hvordan opplever jordmødre i Norge situasjoner der de må resuscitere nyfødte barn.

Jordmor og PhD-stipendiat Linda Wike Ljungblad stilte seg nettopp dette spørsmålet. I september i år publiserte hun sammen med sine veiledere en artikkel der de har intervjuet jordmødre i Norge om nettopp temaet. Veilederne heter Bente Dahl, Kirsti Skovdahl og Brendan McCormack, og artikkelen er publisert i det internasjonale tidsskriftet *Journal of Multidisciplinary Healthcare*[1]. Jeg håper funnene i denne studien kan inspirere til diskusjoner på vaktrom og andre steder der jordmødre møtes.

Metode

Dette er en kvalitativ studie med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det var 16 jordmødre i Norge som deltok i studien. Jordmødrene ble rekruttert via Facebook og via snøball metoden, en metode der interesserte jordmødre rekrutterer videre innad i sitt eget nettverk. Det var en forutsetning at jordmødrene hadde erfaring med nyfødtresuscitering fra norsk setting. Flere hadde i tillegg erfaring med arbeid fra andre land. Deltakerne var kvinner i alderen 32 til 61 år, og de hadde i gjennomsnitt jobbet som jordmor i 14 år. Med unntak



Linda Wike Ljungblad

av to jordmødre hadde alle sin utdanning fra Norge. Jordmødrene ble intervjuet individuelt og de valgte selv hvor de ville bli intervjuet. Studien er godkjent av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) og NSD (Norsk senter for forskningsdata). Intervjuene varte i gjennomsnitt en halv time, og det første spørsmålet som ble stilt var følgende: *Fortell om en situasjon der du står med et nyfødt barn som ikke puster umiddelbart etter fødsel.*

Resultater

Jordmødrene beskrev følelser av stress i forbindelse med resuscitering av nyfødte. De beskrev ansvarsfølelsen de hadde for både mor og barn, og at resusciteringssituasjonen gjerne opplevdes som lengre enn den i virkeligheten var. Videre beskrev jordmødrene at de følte seg sårbare, og at de var redd for å gjøre feil. De var selvkritiske og stilte seg selv spørsmål om de jobbet raskt nok, og om dette var en situasjon de burde identifisert tidligere i forløpet. Jordmødrene uttrykte et behov for støtte fra kollegaer og egen leder, men det var ikke alle som opplevde at de fikk denne støtten. En jordmor beskrev hvordan støtten fra kollegaer ble avgjørende for at hun orket å bli værende i yrket:

Det var helt forferdelig... jeg var redd og gråt... jeg hadde gode kollegaer som støttet og trøstet meg, heldigvis, og de stod ved min side gjennom den neste fødselen... jeg trodde jeg hadde gjort en god jobb, men resultatet ble noe helt annet... Jeg hadde bare lyst til å slutte som jordmor... jobbe i en skobutikk eller matbutikk... Hvis jeg gjør en feil under en fødsel kan faktisk barnet dø...

Jordmødrene var også opptatt av å være forberedt, ha evnen til å handle raskt og verdien av å lære av



Hvordan jordmødre opplever situasjoner der de må resuscitere nyfødte barn, belyses i denne artikkelen.

hverandre og hverandres erfaringer. En jordmor beskrev hvordan hun ønsket å møte vanskelige situasjoner som resuscitering av nyfødte, og hun beskrev det på følgende måte:

Jeg prøver å oppføre meg som en and når jeg tar imot et uventet dårlig barn... ender svømmer raskt, men det ser ut som de bare glir bortover vannet mens bena deres slår som trommestikker under overflaten... foreldrene trenger at du er rolig, selv om hjertet ditt hamrer på innsiden...

Hva kan vi lære av denne studien?

Funnene i studien viser at det er verdifullt å dele erfaringer, og viktig å støtte kollegaer etter en resu-

scitering. Videre understreker funnene viktigheten av å være godt forberedt, og det kan man blant annet oppnå ved å gjennomføre simuleringstreninger med debrifing. Det er også behov for flere studier der en ser på problemstillingen fra andre perspektiver.

Stipendiat Ljungblad forteller at erfaringene fra denne og lignende studier er betydningsfulle når fremtidens utdanningsprogram for jordmorstudenter som skal trene på nyfødteresuscitering skal planlegges. I dag inviterer Ljungblad til workshops, der hun sammen med jordmødre og jordmorstudenter skal tenke kreativt rundt, og sammen utvikle, et skreddersydd program i nyfødt resuscitering for jordmorstudenter.

1. Ljungblad LW, Skovdahl K, McCormack B, Dahl B. Balancing Life and Death During the Golden Minute—Midwives' Experiences of Performing Newborn Resuscitation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2020;13:943.

Risikofaktorer ved covid-19 infeksjon hos gravide - forskningsomtale

Risikofaktorer for alvorlig covid-19 forløp hos gravide omfatter økt alder hos mor, høy kroppsmasseindeks eller at hun har andre kroniske sykdommer fra før. Samtidig har gravide i mindre grad symptomer som feber og muskelsmerter enn kvinner på samme alder som ikke er gravide. Det viser en systematisk oversikt.



Omtalt av: og Therese Kristine Dalsbø og Kristin Thuve Dahm, område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet

Hva sier forskningen?

Forfatterne av en systematisk oversikt som ble publisert i BMJ 1. september ønsket å vurdere kliniske funn, risikofaktorer samt forløp hos gravide og kvinner som nylig hadde født med mistenkt eller laboratorie-bekreftet koronavirussykdom 2019 (covid-19). De gravide kvinnene ble sammenliknet med kvinner i fertil alder som også hadde covid-19. Forfatterne søkte etter forskningslitteratur i flere databaser. I alt 77 artikler tilfredsstilte inklusjonskriteriene.

Forfatterne konkluderte at:

- Økt alder, høy kroppsmasseindeks, høyt blodtrykk og diabetes mellitus (ikke svangerskapsdiabetes) er assosiert med alvorlig forløp av covid-19 blant gravide
- Gravide med covid-19 opplever sjeldnere symptomer som feber og muskelsmerter enn kvinner som ikke er gravide
- Gravide med covid-19 har noe økt risiko for alvorlige sykdomsforløp, sykehusinnleggelse og behov for ventilasjonsstøtte enn kvinner som ikke er gravide
- Forekomst av premature fødsler er antakelig

høyere blant gravide med covid-19 (OR 3,01 95% KI 1,16 til 7,85), men kan være et resultat av at sykehus har etablert egne oppfølgingsrutiner for gravide med covid-19. Forekomsten av spontane prematurfødsler ble estimert til seks prosent, noe som ikke er høyere enn normal.

- En fjerdedel av nyfødte barn av mødre med påvist covid-19 ble innlagt på nyfødtintensivavdeling. Dette tallet er høyere enn for barn som fødes av mødre uten covid-19 (OR 3,13 95% KI 2,05 til 4,79), men kan være et resultat av at sykehus har etablert egne oppfølgingsrutiner for barn som er født av kvinner med covid-19.

Bakgrunn

Siden de første tilfellene av covid-19 ble rapportert i desember 2019 er det gjennomført studier for å utforske hvilke faktorer, sykdommer og tilstander som er assosiert med økt risiko for alvorlig sykdomsforløp. Alder og en del kroniske sykdommer ble raskt identifisert som risikofaktorer. Det er også stilt spørsmål ved om graviditet er forbundet med høyere risiko for alvorlig sykdom og uønskede utfall hos mor og barn. Det kommer stadig ny kunnskap på feltet. For å planlegge tilbudet til gravide, fødende og barselomsorgen og iverksette nødvendige tiltak, er det viktig å holde oversikt over den forskningen som finnes.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne av oversikten søkte etter studier i internasjonale databaser til og med 26. juni 2020. Oversiktsforfatterne inkluderte 77 observasjonsstudier, og de vurderte at de inkluderte studiene gjennomgående hadde lav risiko for systematiske skjevheter. De inkluderte studiene var fra USA, Kina, Italia, Spania, Storbritannia, Frankrike, Belgia, Danmark, Israel, Japan, Mexico, Nederland og Portugal. Studiene omfattet 13 118 gravide/nylig gravide med covid-19 og 83 486 kvinner i fruktbar alder med covid-19.

Studiene handlet om forekomst, symptomer, risikofaktorer, komplikasjoner og svangerskapsrelaterte utfall hos mor og barn. Forfatterne samarbeidet med en brukergruppe (Katie's Team) som kommenterte på utførelse, tolkning og rapportering i denne systematiske oversikten via virtuelle møter.

Vi har vurdert den systematiske oversikten til å være av høy kvalitet. Oversikten er en «levende systematisk oversikt» som betyr at nye studier vil bli inkludert og at analysene vil bli oppdatert regelmessig.

17 GRAVIDE MED COVID-19

I alt 17 gravide kvinner med positiv test for covid-19 var innlagt i sykehus i perioden fra mars til juni 2020. Av disse hadde 13 født innen utgangen av juni. Foreløpige resultater viser at det gikk bra med både kvinnene og barna deres, skriver Folkehelseinstituttet (FHI) på sine nettsider.

Oppfølgingen av de gravide med covid-19 viser foreløpig at:

- De fleste fødte vaginalt til termin, men det var noen få planlagte keisersnitt av andre årsaker enn covid-19.
- Det var ingen tilfeller av fosterdød eller dødsfall hos nyfødte etter fødsel.
- Alle de nyfødte hadde normal vekt i forhold til svangerskapslengden.
- Ingen barn hadde behov for overvåkning i nyfødtintensiv avdeling.
- Alle barna ble ammet.
- Ingen gravide med covid-19 hadde behov for behandling i intensivavdeling, med respirator eller med hjertelungemaskin.

- 7 av kvinnene var født utenfor Norge, dette gjenspeiler fordelingen av fødeland for alle gravide i Norge.
- De fleste kvinnene hadde ikke kjent kronisk sykdom, de var normalvektige og ingen hadde alvorlig overvekt med kroppsmasseindeks over 35.

Oppfølgingen så langt viser det samme som man har sett i andre land.

– Det har gått bra med de gravide som ble smittet med covid-19 og med barna deres, men det er likevel viktig å nå alle gravide med informasjon om personlig beskyttelse og smitteverntiltak, sier overlege Hilde Engjom i Medisinsk fødselsregister på Folkehelseinstituttets nettartikkel.

Hun understreker at datainnsamlingen kun dekker gravide som har hatt behov for sykehusinnleggelse, enten på grunn av koronavirusinfeksjon eller av andre årsaker.

Når fødselsdepresjon smitter

Det er ikke bare mor som rammes av fødselsdepresjoner. Par som har problemer i forholdet, er ekstra utsatt for at det kan smitte over på far.



Tekst: Kjersti Juul
Foto: Tron Trondal

Det er psykolog Eivor Fredriksen som kommer med de oppsiktsvekkende funnene, etter at hun har sett nærmere på fødselsdepresjoner i sitt doktorgrads-arbeid. Med tittelen «Depressive symptoms in the transition to parenthood: Patterns, processes and child outcomes», vant hun prisen «Årets doktorgrad» under Psykologikongressen som nylig gikk av stabelen.

– Doktorgradsarbeidet mitt er en del av studien «Liten i Norge», der vi i bred forstand undersøker tidlige faktorer for sped- og småbarnsutvikling. Vi rekrutterte cirka 1 000 kvinner fra tidlig i svangerskapet, og fulgte hele familien til barna var 18 måneder gamle, forteller Fredriksen.

Fokuset hennes har vært på depressive plager.

– Fødselsdepresjoner er et begrep vi kjenner godt til, mange har hørt om det, og fagfolk har vært opptatt av det lenge. Men som mye kvinneproblematikk er det litt understudert, det er fortsatt mye man ikke vet. Det jeg først ble interessert i var mangfoldet

innenfor fødselsdepresjoner. Er det for eksempel det samme som depresjoner i andre faser av livet eller er det noe særegent rundt fødsel?, undret Fredriksen.

Tre grupper fødselsdeprimerte

Kvinnene som ble undersøkt var en normalbefolkning og ikke et klinisk utvalg. Her fant hun tre ulike grupper som kunne oppleve slike plager:

1. En liten gruppe hadde stigende kurve av plager i svangerskapet, som gradvis gikk over etter fødsel.
2. En veldig liten gruppe, hadde ikke plager i svangerskapet, men en rask stigning av plager like etter fødsel.
3. Den største gruppen på cirka ti prosent, hadde moderate plager i svangerskapet, som var svakt stigende i tiden etterpå.

– Når vi prøvde å se nærmere på hva som karakteriserer disse kvinnene, så vi at de som bare hadde plager i svangerskapet, rapporterte om mye angst og uro knyttet til det å være gravid, bekymring for å føde, om barnet skulle være friskt, hvordan de kom til å klare seg som foreldre og lignende.

– I den minste gruppen som hadde raskt stigende depressive plager etter fødsel, så det også ut som det var noe som skjedde rett rundt fødsel som utløste depresjonen.

– Gruppe tre hadde derimot flere risikofaktorer som man typisk ser ved depresjon; Flere stressende livshendelser, lav sosioøkonomisk status, utrygghet i forholdet og lignende. Det var altså ikke noe med fødselen i seg selv som var utløsende, men det hang sammen med en generell sårbarhet for depresjon.

Trenger ofte mindre intervensjoner

Det har vært lite fokus på menn i overgangen til å bli pappa i forskningssammenheng. Fredriksen har sett nærmere på hvordan depresjon hos en part har påvirket parforholdet.

– Vi fant at fedre helt uavhengig av risiko, var sårbare for å utvikle egne plager hvis den gravide hadde depressive plager rundt fødsel.



Det har vært lite fokus på menn i overgangen til å bli pappa i forskningssammenheng. Eivor Fredriksen som er førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, UiO, har blant annet sett nærmere på hvordan depresjon hos en part påvirker den andre i parforholdet.

Fredriksen påpeker at det er viktig å være oppmerksomme på fedrene. Hvis det er snakk om alvorlige plager hos kvinnene er det jo nettopp fedrene som må ta seg av barnet.

– At jordmor støtter opp om fedrene, som kanskje ikke har like omfattende problemer og trenger mindre intervensjoner, kan ha mye å si. Mens toppen på depresjonen kommer noen uker og måneder etter fødsel for kvinner, kommer det ofte cirka ett år etter fødsel for menn, forteller hun.

Ta tak i forkant

Internasjonale studier viser at depresjoner knyttet til det å få barn ligger på 5–10 prosent for menn, og 10–15 prosent for kvinner. Fredriksen tror det kan være en underrapportering av depressive plager for menn, som ikke kommer med her.

– *Hva tenker du denne kunnskapen kan brukes til?*

– For jordmødre som er tilstede i forkant, er det viktig å være oppmerksom på det. Hvis man har den minste mistanke om at depresjon kan være en problemstilling, trenger man ikke vente til barnet er født, men ta tak i det så fort som mulig. For veldig mange av de som strever med fødselsdepresjon, har plagene oppstått allerede under graviditet. En risikofaktor for de som har mer langvarige plager, er parene som strever med trygghet og tillit i forholdet. Man ser sterkere smitteeffekter her, påpeker Fredriksen.

Hun trekker frem viktigheten av å ha et familieperspektiv i jobben som jordmor. Ikke minst med tanke på barnets behov. Fra forskningen ser man at fødselsdepresjon hos mødre kan gi økt risiko for uro, problemer med oppmerksomhet og regulering av følelser hos barna ved 18 måneders alder. Fødselsdeprimerte mødre fortsetter likevel ofte å gjøre foreldreoppgaver, mens deprimerte fedre trekker seg unna og slutter for eksempel å lese for barna. Slik kan fedrenes plager få følger for barnas språkutvikling.

Ekstra billig
mobil-
abonnement
for alle med strøm
fra Fjordkraft

Medlemsfordel på strøm

Fjordkraft og Den norske jordmorforening har et samarbeid som gjør at du som er medlem kan bes-
tille vår spesialavtale på strøm. Du får strømmen
din til innkjøpspris pluss et lavt månedsbeløp.

Dette får du:

- ✓ Strøm til innkjøpspris
- ✓ 3 mnd gratis Trippelgaranti
- ✓ Prismatch
- ✓ Fornøydgaranti
- ✓ Full oversikt i Fjordkraft-appen

Les mer om strømavtalen og se alle fordelene med
å være kunde på fjordkraft.no/jordmorforening
eller ring **230 06100**.

 **Fjordkraft**
Mer for pengene



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.

Kvadivalent 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, IIVR-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 revaksinerings 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 deltamuskel. Barn ≥6-35 måneder: Foretrukket i.m. injeksjonssted er den anterolaterale delen av låret, eller deltamuskel tilstrekkelig muskelmasse.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene, egg (ovalbumin, hønseserproteiner), 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. Neurologiske: 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: Lymfadenopati¹. Gastrointestinale: Diaré, kvalme³. Generelle: Ekkymose på injeksjonsstedet, fatigue, kløe på injeksjonsstedet, varmekølelse på injeksjonsstedet. Kar: Hørselstørrelse⁴. Neurologiske: 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, overfølsomhet⁷. Luftveier: Dyspné⁸. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi⁹. Neurologiske: Parestesi, sømnløshet.

¹Sett hos voksne. ²Sett med frekvens mindre vanlige hos eldre. ³Sett med frekvens sjeldne hos voksne. ⁴Sett hos eldre. ⁵Sett med frekvens sjeldne hos eldre. ⁶Sett med frekvens vanlige hos eldre. ⁷Urticaria, generalisert pruritus, allergisk dermatitt og angioødem er sett hos voksne. ⁸Pruritus er sett med frekvens mindre vanlige hos eldre.

Barn og ungdom 3-17 år: Svært vanlige (≥1/10): Generelle: Erytem på injeksjonsstedet³, hevelse på injeksjonsstedet⁴, indurasjon på injeksjonsstedet⁵, kuldeskjelving⁶, malaise⁷, smerte på injeksjonsstedet, sømnløshet⁸. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi⁹. Neurologiske: 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 abdominalsmerter³. Generelle: Fatigue⁴, kløe på injeksjonsstedet⁵, varmekølelse på injeksjonsstedet⁶. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi⁷. Neurologiske: Svimmelhet⁸. Psykiske: Rastløshet⁹, stønning¹⁰. **Ukjent frekvens:** Immunsystemet: Allergisk reaksjon (inkl. anafylaktisk reaksjon).

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

Barn ≥6-35 måneder: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Oppkast². Generelle: Erytem på injeksjonsstedet, feber, irritabilitet³, malaise⁴, smerte/ømhøhet på injeksjonsstedet, sømnløshet⁵, unormal gråt⁶. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi⁷. Neurologiske: Hodepine⁸. Stoffskifte/ernæring: Appetittløshet⁹. 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.

¹Sett hos barn ≥24 måneder. ²Sett med frekvens mindre vanlige hos barn ≥24 måneder. ³Sett med frekvens sjeldne hos barn <24 måneder. ⁴Sett med frekvens sjeldne hos barn ≥24 måneder. ⁵Sett 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. Neurologiske: Encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, krampeanfoll, nevralgi, nevritt, parestesi.

Egenskaper: **Klassifisering:** Inaktivert influensavaksine, inneholdende antigener fra splittet influensavirus dyrket i befruktete hønsesegg. Vaksinsens 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



SAVNER MIDLER FOR Å LØSE BEMANNINGSKRISEN

Den norske jordmorforening er fornøyd med at regjeringen foreslår å øke øremerkede midler til jordmørårsverk i helsetjeneste- og skolehelsetjenesten fra 40 til 60 millioner kroner i 2021, men mener at det trengs en ytterligere opptrappingsplan på opprustingen av jordmørtjenesten, for at helsestasjonene skal være i stand til å utføre alle lovpålagte oppgaver. Dnjs leder Kari Aarø er samtidig skuffet over at det ikke er fulgt opp med midler til å styrke jordmorbemanningen på de store fødeavdelingene. Hun etterlyser også midler til å følge opp Stortingets vedtak om tidlig ultralyd.

– Helsedirektoratet fikk i september 2019 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomgå sammensetning av og kompleksitet i dagens fødepopulasjon og hvilke konsekvenser dette kan ha for kompetansebehov og bemanning på kvinneklinikkene. Dette munnet ut i rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansierings-system». Konklusjonene i rapporten er ikke fulgt opp med øremerkede midler. Alt som omhandler fødselsomsorgen i spesialisthelsetjenesten, er lagt under rammen til de regionale helseforetakene. Det frykter vi ikke medfører noen endringer eller økte midler til fødeavdelinger, sier hun.

Synspunktene la hun frem på en digital høring som Stortingets Helse- og omsorgskomite arrangerte i forbindelse med forslaget til statsbudsjett for neste år.

– Over flere år har Jordmorforeningen varslet om en bemanningskrise på de store fødeavdelingene. Nå får vi tilbakemeldinger fra hele landet at det er umulig å få tak i nok jordmødre, dette gjelder både små og store fødeavdelinger. Vi vil si at situasjonen nå er alvorlig. Det må tilføres midler til en satsning på rekruttering og for å beholde jordmødre. Riksrevisjonen peker på at det er vanskelig å rekruttere og beholde jordmødre og at det de neste årene vil være en stor andel jordmødre som går av med pensjon. Utdanningskapasiteten må økes, men det hjelper ikke hvis det ikke følges opp med flere praksisplasser. Her kreves det en formidabel innsats i løpet av kort tid, påpeker Kari Aarø.

Se meg – ikke diagnosen!

– Budskapet er egentlig ganske enkelt: Jeg har hiv, men jeg er ikke farlig, sier Cathrine Muri. For to år siden fødte hun et friskt barn. Nå håper hun datterens generasjon vil kunne kjenne på mindre stigma.



Tekst og foto: Kjersti Juul

HUMANT IMMUNSVIKTVIRUS (HIV)

- medfører svekkelse av immunforsvaret slik at kroppen blir mer mottakelig for infeksjoner og sykdom. Uten behandling utvikles immunsvikt (aids) som man kan dø av.
- Med vellykket behandling er viruset ikke målbart, og man kan i praksis ikke overføre smitte til andre. Da kan man leve et langt og godt liv med redusert risiko for alvorlige sykdomsimpplikasjoner.
- Risikoen for å overføre smitte fra en ubehandlet mor til barn ved svangerskap, fødsel og amming er cirka 30 prosent. Denne risikoen kan reduseres til under en prosent ved antiviral behandling av den gravide og barnet de første ukene etter fødselen, samt ved at barnet ikke ammes.
- I Norge lever cirka 4 100 personer med hiv. Dette er en mangfoldig gruppe når det gjelder kjønn, alder, seksuell orientering, sosial og kulturell bakgrunn.

KILDE: FOLKEHELSEINSTITUTTET

Cathrine Muri tok hiv-test hos fastlegen i forbindelse med en livmorhalsprøve i 2011. At testen var positiv, kom som et sjokk. Manglende kunnskap hos helsepersonellet hun møtte, forverret situasjonen ytterligere.

– Jeg husker så godt ordene legen brukte: «Dessverre, det er hiv». Og jeg merket med en gang at det var noe hun kunne lite om. Selv bar jeg med meg masse fordommer og visste lite, forteller Cathrine.

Uhyggelige bilder av AIDS-syke fra sykdommens spede start på 80-tallet, dukket umiddelbart opp på netthinnen. Cathrine gikk inn i en sjokktilstand. I ettertid tenker hun på hvor mye mangelen på informasjon spilte inn i dette.

– Jeg husker jeg fikk beskjed om å ikke dele håndkle med noen. Hva betyr det? Kan jeg klemme? Hvor går grensene? Jeg hadde så mange spørsmål, jeg ikke turte stille. Det ble veldig vanskelig å være meg og vite hva jeg kunne gjøre.

Cathrine måtte opp i en viss virus-verdi, før hun begynte på medisiner. Hun har tatt medisiner siden 2011 og har ikke høye virustall, men ble gående lenge alene med tunge tanker og ble stadig mer deprimert.

– Det inderlige ønske jeg hadde om å få barn, slo jeg fra meg. Jeg trodde det å bli gravid som hiv-positiv var umulig, og det tok lang tid før jeg fikk noen kontra-beskjed på det. Det føltes som at livet var over.

Et fantastisk stykke informasjon

Cathrine tror møtet med helsepersonell, alt fra informasjon til kroppsspråk, hadde vært annerledes, hvis det i stedet var kreft hun hadde fått.

– Da ser jeg for meg at legen lener seg mot deg, forklarer hva diagnosen betyr og hvordan behandlingsopplegget videre er. Men med hiv er det så lite kunnskap.

I dag er tallenes tale klare: Når du går på vellykket behandling og ikke har målbart virus, kan du heller ikke utsette andre for smitte. Det er et fantastisk stykke informasjon som er veldig viktig å få ut, ifølge Gro Kjær Aunaas.



Hun er utdannet spesialsykepleier og jobber som sosialkonsulent hos Aksept – et ressursenter for alle som er berørt av hiv.

– For 30 år siden ble alle kvinner som var hiv-positive anbefalt å ta abort. Det var en sykdom man døde av, og man så på sjansen for smitte som stor. I dag vet vi at det er cirka 15–35 prosent sjanse for at mor smitter barnet, hvis hun ikke går på medisiner. Mens det er under én prosent risiko, hvis hun tar medisiner regelmessig og ikke har målbare verdier, forteller Aunaas.

Hun fremhever viktigheten av å ta vare på det psykiske aspektet hos den gravide. Å kalle inn til ny samtale og forsikre seg om at kvinnen har fått med seg informasjonen hun trenger. Er man i sjokk over å ha testet positivt, er det ikke mye man klarer å ta inn.

– Samtidig er ordbruken viktig. Ubetenksomme kommentarer eller ting som sies av ren nysgjerrighet, kan gjøre mye skade, påpeker Aunaas.

Kontroll over situasjonen

I møte med helsepersonell er Cathrine rask med å fortelle at hun har hiv. Ønske om å skape minst mulig belastning for de hun møter, så vel som å skjerme seg

Virksomhetsleder Elisabeth Mustorp (t.v), Cathrine Muri og sosialkonsulent Gro Kjær Aunaas i lokalene til Aksept, der de også tilbyr hospitering for jordmødre.

selv, har blitt en del av ryggmargsrefleksen. En slags innarbeidet informasjonsmonolog om diagnosen, hun fremfører i et forsøk på å ta kontroll over situasjonen.

– Jeg har opplevd så mange ganger at helsepersonell trekker seg bort, og er redd for meg. Man ser det på kroppsspråket med en gang. Det går nok på primalhjernen, der varsellampene for «smitt-somt» og «fare» settes på med en gang det er snakk om hiv, forteller Cathrine.

Men da hun ble gravid for tre år siden, hadde hun ikke lenger lyst til å være den som roer ned andre. Hun trengte noen som roet henne.

– Man er ekstra sårbar når man bærer frem et barn, og med ett har ansvar for noe mer enn seg selv og sin egen kropp. Da føles også enkelte kommentarer ekstra ille. Som da jeg var hos gynekologen som tydelig trodde at det ikke var trygt for barnet i magen. Min datter er født frisk og er frisk. Hadde

flere hatt korrekt informasjon, ville de tedd seg annerledes, tror Cathrine.

Få bukt med stigma

Formålet med «å stå frem» med sin historie, er nettopp ønsket om å få bukt med stigma. I bunn ligger frykten for at det skal gå ut over datteren.

– En gang jeg var hos tannlegen, påpekte personalet i skranken at jeg har hiv med så høy stemme at hele venteværelset kunne høre det. Tanken på at det kunne ha vært noen der, som har barn i samme barnehage som datteren min, slo meg med det samme. Frykten for at de ikke vil la barna komme i bursdag eller leke med henne. Folk tenker seg ofte ikke om, og plumper uti med ting de ikke skjønner ringvirkningene av.

Tidligere ignorerte samfunnet de hiv-positive, fordi man tenkte at det tilhørte homsene, de prostituerte, de narkomane og de fattige. Men tanken henger fortsatt igjen i dagens samfunn.

– Mye helsepersonell vet ikke hva de skal gjøre når det kommer til hiv, men de tør ikke å si det. Men noe av det viktigste vi gjør, er å være ærlige på hva vi ikke kan i stedet for å late som. En pasient vil merke i brøkdelen av et sekund om du jurer. Det skaper stor utrygghet, påpeker Gro Kjær Aunaas.

Hun tror mye av mangelen på kunnskap handler om at det er snakk om så få.

– Samtidig handler det om holdninger, som vi trenger å jobbe med. Hiv rammer alle skamområdene våre. Det skjulte livet – sexen, rusen og forbudte lengsler. Det handler om utstøtelse fra samfunnet, om «de» og «vi» og alle historiene om hvordan det var. Det er så mye rundt hiv, og så mange som aldri trenger å forholde seg til det, sier Aunaas.

Tilbyr hospitering

Å normalisere hiv, og være bevisst på at alle kan få hiv er essensielt, ifølge Elisabeth Mustorp som jobber som virksomhetsleder ved Aksept.

Ved siden av å være et åpent hus for alle berørt av hiv, tilbyr de hospitering for helsepersonell.

– Mange som kommer hit tror at de ikke har fordommer, men møter seg selv i døra. Jeg tror mye av bevisstgjøringen skjer i møte med mennesker som lever med hiv. Du kan google deg frem til mye kunnskap, og lese side opp og ned på nettet. Men det endrer ikke nødvendigvis holdningene dine, før du

AKSEPT

- senter for alle berørt av hiv

- Kirkens Bymisjon, Aksept (www.kirkens-bymisjon.no/aksept) er et landsdekkende tilbud og ressurscenter for alle berørt av hiv.
- Aksept tilbyr også veiledning, undervisning, også digitalt, og hospitering til helsepersonell.
- Hospitering på Aksept tilsvarende klinisk veiledning hvor en dag gis uttelling tilsvarende fire timers veiledning i Norsk Sykepleierforbunds godkjenning som klinisk spesialist.

er i en eller annen form for berøring med det. Etisk refleksjon er noe vi bruker mye tid på. Å se personen og ikke diagnosen, forteller Mustorp.

Tryggende samtaler

Cathrine Muri ble på sin side gledelig overrasket i møte med jordmor. Hun var heldig og møtte en som hadde kunnskap, og diagnosen ble aldri noe tema før det nærmet seg fødsel.

– Fordi jeg hadde hiv ble jeg kalt inn til en ekstra avtale på Ullevål sykehus, som er vanlig prosedyre der. Det var en god og tryggende samtale der jeg fikk riktig informasjon og kunne spørre om alt jeg lurte på. Det var aldri noe spørsmål om jeg skulle føde naturlig eller ikke.

Det har tatt henne lang tid å tørre og være åpen. Da datteren kom til verden, fant Cathrine også motivasjonen og motet som måtte til.

– Jeg vil forsøke å bekjempe stigma, for at det skal bli lettere for hennes generasjon. Budskapet er egentlig ganske enkelt: Jeg har hiv, men jeg er ikke farlig.

HIV RESSURSGRUPPE FOR GRAVIDE

– Det er viktig å se kvinnen som en blivende mor, og ikke som en hiv-positiv pasient når hun kommer til fødeavdelingen, sier Kristin Næss-Andresen som er jordmor i hiv-ressursgruppen ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.



Tekst: Kjersti Juul

Foto: Privat

– Prosedyrene ved Oslo universitetssykehus er gode for hvordan man skal håndtere svangerskap, fødsel og barseltid for hiv-positive. Det er derimot bevisstheten rundt ordbruk og holdninger man må jobbe med, forteller jordmor Kristin Næss-Andresen.

Som del av den tverrfaglige ressursgruppen for gravide kvinner som lever med hiv, jobber hun med å sikre god oppfølging av kvinnene i svangerskapet, fødsel og barseltid, etter nasjonale og internasjonale retningslinjer.

– Mange hiv-positive kvinner opplever smittefrykt og stigmatisering. Dette må helsepersonell bli mer bevisst på. Man bør for eksempel ikke stå og diskutere inne på fødestuen hva man skal ha på av smittevernustyr. Eller spørre kvinnen om tidspunktet for avreise, fordi man skal «smittevaske rommet». I stedet kan man si at man skal «klargjøre rommet», påpeker Næss-Andresen.

Hiv-positive kvinner i Oslo forløses i hovedsak ved Ullevål sykehus der de også følges opp ved infeksjonsmedisinsk avdeling.

– Vi ser nå en trend der stadig flere hiv-positive kvinner blir vaginal forløst, fordi kvinnene er velbehandlet, forteller Næss-Andresen.

Av 13 forløsninger i fjor, ble syv keisersnitt forløst, mens seks hadde vaginale fødsler. Året før var det bare fire keisersnitt, mens åtte fødte vaginalt.

Anbefalt å ikke amme

Hvordan kan jordmor best ivareta kvinnene? Kristin Næss-Andresen

mener det handler om å se kvinnen som en blivende mor, og ikke som hiv-positiv pasient i fødeavdelingen.

– Samtidig kan vi ikke med 100 prosent sikkerhet si at fosteret ikke blir smittet, selv om sjansen for smitteoverføring er svært liten. Det en del forholdsregler vi må overholde, forteller Næss-Andresen, og nevner noe:

– Hvis babyen viser tegn til fosterstress, setter vi for eksempel ikke på en skalpelektrode på hodet fordi det kan øke smitterisikoen. Jordmor bruker smittevernustyr og barnet skal vaskes rett etter fødsel. Barnet skal ikke ha K-vitamininjeksjon, men i dråpeform. Barnet behandles med hiv-medikamenter i fire uker etter fødsel. Mor skal ikke amme barnet.

– **Hva skjer hvis mor likevel velger å amme?**

– Tidligere var det lovstridig å amme. Nå er derimot smittevernloven endret, men det er sterkt anbefalt å ikke amme barnet på grunn av smitterisikoen som er til stede. I en Afrikakontekst vil man derimot anbefale mor å amme, fordi man ser at risikoen for å dø av andre infeksjoner er en større risiko for barnet. Faren for at morsmelk-erstatningspulveret blir tynnet ut for mye og fører til underernæring, er også en faktor som spiller inn her.

Paradoksal smittefrykt

Næss-Andresen har bakgrunn fra infeksjonsmedisinsk avdeling og har tidligere jobbet i et hiv-prosjekt for Leger uten grenser. Hennes masteroppgave omhandler hiv og familieplanlegging i Afrika sør for Sahara. I 2007 startet hun hiv-ressursgruppen for gravide. Det er et tverrfaglig samarbeid som består

av to jordmødre, en gynekolog, en infeksjonsmedisiner og en infeksjonssykepleier, ofte er også barnelege til stede på møtene i ressursgruppen.

– I møtene diskuterer vi både pasientene som på nåværende tidspunkt er gravide, men også andre relevante hivfaglige tema. I tillegg underviser vi ved de ulike enhetene i fødeavdelingen. Tanken her er først og fremst å forebygge stigmatisering, vi må jobbe mot uvitenhet og fordommer.

Jordmoren påpeker at dagens hivbehandling er en medisinsk suksesshistorie, der levealder, livskvalitet og muligheten til å få barn er tilnærmet lik de som ikke har diagnosen.

– En levekårsundersøkelse fra FAFO viser likevel det paradoksale i at smittefrykten fortsatt er sterkt tilstede til tross for at behandlingen er blitt så god.

– **Synes du jordmorutdanningen kan fokusere mer på dette?**

– Jeg vet at de har brukt en fagperson fra Folkehelseinstituttet til undervisning om hiv. Da får studentene vite tallmaterialet, men man snakker ikke nok om smittefrykt og diskriminering. Vi som jobber klinisk kjenner best til «hvor skoen trykker». Jordmorutdanningen bør fokusere mer på dette, og ikke bare harde data, påpeker Næss-Andresen.



Jordmor Kristin Næss-Andresen jobber i hiv-ressursgruppen ved Ullevål.

Snart kan farskapserklæring signeres digitalt

En digital løsning for signering av farskapserklæring er underveis, men dagens praksis med krav til personlig oppmøte byr på utfordringer som følge av Covid-19.



Tekst: Veronica Rinde Halvorsen

For fedre som ikke er gift med barnets mor, må det i dag signeres farskapserklæring ved fysisk oppmøte. Dette gjøres enten på kontroll hos jordmor eller lege i svangerskapet, på skattekontoret, hos NAV eller hos dommer. Dersom far oppholder seg i utlandet skal dokumentene kunne signeres hos en norsk diplomatisk eller konsulær tjenestemann. Smittevernstiltakene som følge av Covid-19 har derimot lagt sine begrensninger for personlig oppmøte ved de ulike etatene, og far kan nå heller ikke være med på svangerskapskontroller sammen med mor. At signering må skje med personlig oppmøte, kan være utfordrende dersom far blir forhindret eller må utsette signering som følge av smitteverntiltak eller egen sykdom.

Utfordrende byråkrati under korona

Dnj-jordmor Birthe Ariansen synes det er en utfordring at jordmor nå ikke treffer på far under svangerskapet slik at dokumentene kan signeres på svangerskapskontroll.

– Det har vært en stor frustrasjon nå under korona. Dette har vært en jordmorpågave siden jeg ble jordmor for over 30 år siden, da skulle erkjennelse av farskap skrives under rett etter fødselen. Nå har det blitt slik at dokumentene egentlig skal signeres under svangerskapet så tidlig som mulig, for å sikre barnets rettigheter hvis far skulle dø, sier Ariansen.



For jordmor Birthe Ariansen er det et stort hjertesukk at det må være så mye byråkrati rundt signering av farskaps-erklæringer, spesielt i disse koronatider.

Far må være fysisk til stede og fremlegge ID, enten i form av pass, førerkort eller bankkort med bilde slik at de kan se at det er rette mann som skriver under, forteller Ariansen.

– Det skal skrives under i tre eksemplarer med blått blekk. Dette er en jobb som i hovedsak er delegert til enten den jordmor eller lege du går til i svangerskapet. Man skal egentlig kunne få gjort det hos NAV, men når parene henvender seg til NAV så henviser de ofte til oss, det samme gjør fastlegene. Så det er ofte jordmødrene i svangerskapskontrollene som har måttet ta ansvaret for dette før pandemien, sier hun.

Ønske om endring

Ariansen viser til at jordmødre ofte har mer enn nok å gjøre under fødsel, enn å måtte ha denne oppgaven på toppen av alt annet, spesielt nå under pandemien. Hun mener også at det egentlig er for sent å skrive under etter fødsel, da erkjennelse av farskap bør være klart i svangerskapet. Hun har derfor et sterkt ønske om en digital løsning for signering.

– Jeg tenker også på hvilke konsekvenser dette kan få for far og barn. For oss jordmødre blir det i tillegg en ekstra oppgave å måtte springe etter fedre for å få en signatur. Det er et ansvar vi har fått, når andre etater ikke vil gjøre noe med det. Nå under korona treffer vi først pappaen i fødsel og ikke før, sier hun.

Arbeides med digital løsning

Når Tidsskrift for jordmødre kontakter NAV, er det gledelig å høre at denne problemstillingen har vært tatt opp politisk. I følge Avdelingsdirektør i NAV, Liv Tove Espedal, må farskap erklæres ved personlig fremmøte etter barne-loven § 4. Med dagens lovbestemmelse er det altså ikke anledning til å erklære farskap digitalt.

ERKLÆRING OM FARSKAP
(Barneloven § 4)
Forklaring til blanketten – se baksiden

Barn

Fødselsdato	Vertes født den	Bokommune
-------------	-----------------	-----------

Mor

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)	
Boligadresse	Postnummer og poststed	Bokommune

Far

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)	
Boligadresse	Postnummer og poststed	Bokommune

Erklæring om farskap

Jeg erklærer å være far til dette barnet

..... Sted og dato Fars underskrift

Jeg bor sammen med barnets mor: ☐ Ja ☐ Nei

Se informasjon om rettigheter og plikter som følger av farskap på www.regjeringen.no/bld/farskap

Underskrift av fars foreldre med foreldreansvar hvis far er under 18 år

..... Sted og dato Underskrifter

Mors underskrift (se baksiden)

Jeg godtar denne erklæringen

..... Sted og dato Mors underskrift

Attestasjon

Jeg bekrefter at far har vist legitimasjon og at erklæringen er underskrevet mens jeg var til stede	Type legitimasjon	Dato for utstedelse
Skal underskrives og stemples av den som kan ta imot erklæring om farskap etter barneloven § 4 (se baksiden).	Ustedt av	
Navnet gjentas med blokkbokstaver ->	Dato, stempel og underskrift	

*Slik ser skjemaet ut:
I dag må erklæring av
farskap fylles ut og
signeres av far ved
personlig oppmøte,
dersom barnets foreldre
ikke er gift.*

– Det er imidlertid foreslått og vedtatt en lovendring for å legge til rette for digital erklæring av farskap. Lovendringen forventes å tre i kraft fra 1. januar 2021 og Arbeids- og velferdsdirektoratet er i gang med å utvikle en digital løsning for erklæring av farskap. Både Helse- direktoratet og Skattedirektoratet er involvert i arbeidet med løsningen, uttaler Espedal i e-post til Tidsskriftet.

Når barnets mor er ugift, fastsettes farskap som hovedregel ved at oppgitt far erklærer farskap. Det beste for både barn og foreldre er at farskap fastsettes så tidlig som mulig, opplyser NAV videre.

– Det er derfor viktig at det legges til rette for at farskap enkelt kan erklæres før fødsel og NAV er svært positive til den kommende lovendringen. Når farskap ikke er fastsatt ved fødsel, har NAV en plikt etter barneloven § 10 til å ta opp sak og få fastsatt farskap. Dette gjelder selv om oppgitt far er død. Hvis mannen som er oppgitt som far, er død, må saken oversendes retten for videre behandling. Som hovedregel vil farskap kunne fastsettes ved dom i slike saker og barnet vil følgelig ikke miste rettigheter til arv med mer, kommenterer Espedal.

I påvente av digitaliseringen

Det er viktig at foreldre fremdeles gis anledning til å erklære farskap på sykehuset i forbindelse med fødsel, der dette ikke er gjort før fødsel, mener NAV.

– På grunn av koronapandemien holdt NAV kontorene stengt i en periode. Kontorene er nå åpne igjen og foreldre kan igjen avtale tid for å erklære farskap. NAV forventer å ha sin del av den elektroniske løsningen på plass tidlig i 2021. Før løsningen kan tas i bruk, må imidlertid Skatte- etaten også utvikle en løsning for digitalt mottak og arkivering av erklæringene. Dette for å sikre at erklæringene arkiveres og oppbevares på en forsvarlig og sikker måte over tid, avslutter Espedal.

Jordmor Birthe Ariansen er glad for å høre at den kommende lovendringen åpner for digitalisering av farskaperklæringene.

– Denne nyheten vil glede oss alle. Da blir det kanskje ikke lenge til man må vente på en digital løsning. I Covid-19 sin tid, bør ikke dette være en legs eller jordmors oppgave. I påvente av en digital løsning så synes jeg at NAV kan ta seg av signeringen av farskaperklæringene. Der er det tilrettelagt for å kunne ta imot folk, sier hun.

aminoJern
Ferrochel®



Trenger du Jern?

aminoJern er et lavdose jerntilskudd som er snill mot magen og samtidig gir et svært godt opptak. Du kan ta det når du vil og gjerne sammen med mat uten at effekten reduseres. aminoJern inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser.

Les mer på aminojern.no



aminoJern er tilgjengelig hos

vitusapotek+

life

sunkost



FARMASIET

Alle skal med



– I jobben som tillitsvalgt står rettferdighet høyt. Jeg vil jobbe for at medlemmene skal oppleve en bedre hverdag der alle skal bli hørt, sier Camilla Vatn.



Tekst: Kjersti Juul
Foto: Privat

Hun drømte om å bli jordmor siden hun var lita jente. I dag jobber Camilla Vatn på en liten kombinert føde- og barselavdeling ved Sykehuset Namsos, der de har cirka 350 fødsler i året.

– Hva «brenner du for i jobben som jordmor?

– Det som jeg synes er flott ved å være jordmor ved min avdeling er kontinuiteten jeg opplever i møte med den fødende. Jeg opplever mange ganger å treffe kvinnene før fødsel, i fødsel og ikke minst det å møte de etter fødsel er for meg noe jeg opplever som helhetlig. Se forandringen til den fødende og den blivende familien, fra å ha så mye smerter, til å se hvor glad de er etterpå. Samt viktigheten ved å gjennomgå fødselen, og oppklare eventuelle misforståelser i etterkant. Jeg tror dette kan forebygge mye av bekymringene og usikkerheten familien kan fundere på i etterkant av en fødsel. Det er mye nytt og ta innover seg for det nybakte paret, påpeker Vatn.

– Hva synes du det er spesielt viktig å jobbe for som tillitsvalgt?

– Som tillitsvalgt har jeg en viktig funksjon både for kollegaene mine og for arbeidsplassen. Jeg fungerer som et bindeledd mellom de ansatte og arbeidsgiver. Jeg synes det å bli trukket inn i ulike beslutningsprosesser som angår meg og min arbeidsplass er spennende. Jeg opplever å få innblikk i ulike prosesser fra «innsiden» og har mye jeg kan bidra med av egne og medlemmers meninger inn i de forskjellige prosesser.

– I jobben som tillitsvalgt står rettferdighet høyt. Jeg vil jobbe for at medlemmene skal oppleve en bedre hverdag der alle skal bli hørt. Saker medlemmene vil ta opp med meg, eller som jeg skal bringe videre til mine ledere er for meg viktig. Ikke saken, men at alle skal bli hørt. Jeg liker å holde meg oppdatert, og det er en viktig egenskap til den tillitsvalgte. I starten var det å tørre å snakke høyt foran andre litt skummelt, men dette kom seg etter som tiden gikk, sier Vatn.

– Hvorfor falt valget på Den norske jordmorforening?

– Da jeg som ferdig utdannet jordmor startet ved min avdeling var de fleste medlemmer av Den norske jordmorforening. Så det ble automatisk slik at jeg også ble medlem der. Men jeg var ikke helt ukritisk til hvorfor jeg skulle bli medlem akkurat hos Dnj, jeg undersøkte litt i forkant. Jeg synes Dnj gjør en god jobb ved å tale jordmødrenes sak. Når de snakker vår sak, er det saklig, de snakker om vår gruppe og vår hverdag som jordmødre.

I disse lønnsforhandlingsstider kan det være fornøytelig å se tilbake på dette oppslaget i Tidsskrift for jordmødre for 100 år siden. Daværende formand i understøttelsesforeningen oppfordrer jordmødre til å betale inn ekstra for støtte dårlig økonomisk stillede jordmødre. Men han etterlyser mangel på evne og vilje til å bidra fra jordmødrene....

Understøttelsesforeningen for Norske jordmødre og deres barn

som blev stiftet 1896 med det formaal at samle landets jordmødre til arbeide for selvhjælp, tæller efter 24 aars bestaaen 12 — tolv — medlemmer! Av landets ca. 1500 a 2000 jordmødre er det kun disse 12 som har evnet at se litt ut over nuet, og hvis aarlige kontingent har øket den lille kapital, som kunde blit stor og til gagn for de daarligst stillede jordmødre, hvis bare alle hadde villet være med. Institutionen synes trods gjentagende paamindelse ganske at være glemt av landets jordmødre. Tidsskriftets læsere er hvert aar blit mindet om dens eksistens, men like lite blir den paaagtet. Dette tyder jo paa at jordmødrene mangler evne og vilje til at understøtte de mindre heldig stillede kolleger og heller ikke selv ønsker at bli understøttet. Vi har desværre grund til at tro, at navnet »understøttelsesforening« virker støtende paa den norske jordmor. Ved tanken herpaa kom der paa sidste generalforsamling 26/10 frem et forslag til en foreløbig ordning, som, hvis det blir vedtatt vil gi hvert medlem uten hensyn til trang en aarlig liten rente av sin kontingent. Jeg tillater mig her at gjøre Tidsskriftets læsere kjendt med forslaget, som gaar ut paa følgende:

3% av kontingenten samt kr. 100 av renterne legges hvert aar til kapitalen. Den resterende del av kontingenten og renterne utdeles ved aarets utgang til de medlemmer som har gjort indskud i fulde 15 aar og fortsætter som betalende medlem.

De som har været medlem, men uttraadt av foreningen, har adgang til atter at bli medlem, og blir da berettiget til andel i utdelingen, naar de har betalt indskuddene i tilsammen 15 aar og fortsætter at betale sin kontingent.

Nye medlemmer maa være betalende medlem i 15 aar, før de faar andel i utbytte.

Idet jeg gjør Tidsskriftets læsere bekjendt med dette forslag, der maa betragtes som et løst utkast, anmoder jeg Dem om en uttalelse saa man kan faa bragt paa det rene, om der er stemning for at gaa til en saadan forandring, som jo vil gi foreningen en helt ny karakter. Personlig er jeg i tvil om det er ret at gjøre dette skridt, men antyder forslaget for om mulig at faa interessen for foreningen op.

18. november 1920.

Lul Klem,
formand i understøttelsesf.



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

UTVIKLET I NORGE

LIFELINE CARE®



VITAMINER + MINERALER + OMEGA-3 TIL GRAVIDE OG AMMENDE

LIFELINE CARE GRAVID og **LIFELINE CARE AMMENDE** er kombinerte Omega-3, multi-vitamin og mineraltilskudd. Ferdige dagsdosene sørger for enkel og trygg daglig inntak av de anbefalte næringsstoffene under svangerskapet og i ammeperioden.

- **VED Å TA LIFELINE CARE** under svangerskapet og i ammeperioden får mor og barn de anbefalte mengder næringsstoffer. Dagsdosen tilfører folat, jod og øvrige vitaminer og mineraler, samt Omega-3 på en enkel og trygg måte.
- **LIFELINE CARE®** er utviklet av legger og farmasøyter med basis i forskning. Produktene er satt sammen for å tilfredsstille norske og nordiske helsemyndigheters anbefalinger og de spesielle behovene barnet og kvinnen har.

APOTEK1

vitusapotek+

ditt apotek

Boots

FARMASIET

MER INFORMASJON & GRATIS VAREPRØVE: WWW.LIFELINECARE.NO

