



Jordmora

NR. 3-2016 • ÅRGANG 14

TIDSSKRIFT FOR JORDMORFORBUNDET NSF



Hjelp til å takle
dødfødsler

Sykepleien

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

ANSVARLIG REDAKTØR

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

REDAKSJONS RÅD

Linn Holberg, Raija Dahlø, Eli Aaby, Aaste Gjernes og Ellen Rebecca Andersen

ANNONSER OG ABONNEMENT

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

HJEMMESIDE

www.jordmorforbundet.no

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik

Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal

Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Sörmlands Grafiska

FRSIDEFOTO

Alexander Svanberg

INNSENDING AV ARTIKLER

Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkel-dokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor fotoet er tatt. Navn på fotograf skal også være med.

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



Innhold

NR. 3-2016 • ÅRGANG 14

- 3 Leder
- 4 Tre på gangen
- 5 Nyheter fra redaktøren
- 6 Smånytt
- 8 Øvde på akutt hjelp
- 10 Fødslene vi aldri glemmer
- 19 Bli medlem
- 20 Urovekkende lavt jodinntak
- 23 Inspirasjon og ny kunnskap
- 24 Verktøy kan redde liv
- 27 Grenselandet mellom elvene
- 32 På plakaten

«Å håndtere død kan være en livslang utdanning.» Side 10



LEDER:
Hanne Schjelderup - Eriksen



Sentraliseringen må reverseres

Vår fantastiske medlemsvekst når nye høyder. Nå har vi passert godt over 1000 medlemmer i Jordmorforbundet NSF, og totalt velger nær 1500 jordmødre å være medlem i NSF. Jordmorforbundet NSF er så STOLT av den jobben som vi gjør i fellesskap for å styrke den mest innflytelsesrike organisasjonen for jordmødre i landet! NSF fremmer jordmorfaget, fronter en tydelig helsepolitikk og ivaretar jordmødrenes interesser. Sammen står vi sterkt med våre 108 000 medlemmer. Størrelsen vår og profesjonell drift gjør at vi nyter stor respekt og blir lyttet til av beslutningstakere.

Fødselsomsorgen har utviklet seg til å bli en minimumstjeneste over hele landet. På 70-tallet fantes det rundt 150 fødeinstitusjoner i Norge, mot færre enn 50 i dag. Under 10 prosent av fødslene i Norge år skjer nå på mindre fødeinstitusjoner. Dette gir et betydelig press på landets største kvinneklinikker. Bemanningen er ikke økt tilstrekkelig for å møte denne utviklingen. Flere fødeavdelinger er nedleggingsstruet, og mange sykehus fratras muligheten til å utføre akutte keisersnitt og epiduralbedøvelse hvis akuttberedskapen fjernes. Sommerstenging av fødeavdelinger er regelen heller enn unntaket i distriktene. Konsekvensen er lengre reisevei og fulle avdelinger i landets storbyer. Dette fører til et høyt antall uplanlagte fødsler utenfor landets fødeavdelinger. Totalt skjedde det 412 uplanlagte fødsler utenfor fødeavdeling i løpet av fjoråret (Folkehelseinstituttet). Kortere liggetid på sykehusene etter fødsel krever en sterk satsing på den kommunale jordmørtjenesten. Dagens status viser at halvparten av landets kommuner mangler kommunal jordmor. Familiens krav på oppfølging i den sårbare tiden rett etter fødsel med hjemmebesøk av jordmor hindres av stor jordmormangel. Årlig må 60 000 kvinner som føder dele på færre enn 300 jordmorårsverk.

Jordmorforbundet NSF mener at sentraliseringen av fødetilbudet må reverseres. Det må satses på en desentralisert fødselsomsorg, samt tilbud om hjemmefødsel for kvinner som ønsker seg dette. Hjemmefødsler bør være et gratis tilbud for familier, slik fødsel på sykehus er. Etterspørselen fra fødekvinne øker, og flere privatpraktiserende jordmødre tilbyr i dag hjemmefødsel. Tidligere har HELFO tolket regelverket slik at det er utbetalt godtgjørelse til to jordmødre under en hjemmefødsel. Helse- og omsorgsdepartementet har nå konkludert med at dagens regelverk ikke åpner for å gi stønad for to jordmødre for samme fødsel. Jordmorforbundet NSF mener at tidligere praksis med betaling for to jordmødre sammenfaller med det som er nødvendig. En fødsel kan ta lang tid. Jordmødrene kan vekse på å være aktivt til stede under fødselen, for å ivareta jordmors mulighet til å gi fullgod tjeneste samt nødvendig hviletid under hele fødselsforløpet.

Jordmorforbundet NSF vil advare mot sentraliserte fødefabrikker der kvaliteten ikke lenger er førende for organisering og kompetansesammensettingen. I sommer rettet Jordmorforbundet NSF et sterkt søkelys mot konsekvensene av jordmormangelen. Politikerne har kommet på banen i løpet av sommeren og lovnader er gitt. Arbeiderpartiet vil sørge for at sykehusene har gode nok rammer til å gjennomføre kravene de blir stilt. De vil bevilge mer til sykehusene og sørge for at den lokale jordmørtjenesten blir mer tilgjengelig. Sp vil pålegge helseforetakene å gjennomføre og dokumentere kravet om en til en omsorg av jordmor. Venstre mener vi trenger minst 1000 nye jordmødre i kommunene. De var også enig med oss om at dagens finansieringsmodeller ikke virker etter hensikten. KrF ønsker seg en opptrappingsplan med øremerking til jordmorstillinger over en periode. En skulle tro at et noe slikt som jordmormangel ville være utenkelig i Norge. Jordmødre er nøkkelpersonell i ethvert samfunn. Vi har noe av den viktigste kunnskapen i verden – hvordan man legger til rette for, bevarer og redder liv. Høyt kunnskapsnivå, bred erfaring og faglig selvstendighet utgjør en enestående kompetanse. Den er det verdt å satse på. Den er det verdt å betale for.

Jordmorforbundet NSF lykkes med vår tydelige politikk. Vi har fått gjennomslag for utvidet rekvisisjonsrett for hormonell prevensjon for helsesøstre og jordmødre. Dette har betydning for å redusere aborttallene ytterligere. Vi har kjempet fram 128 millioner øremerket til styrking av kommunehelsetjenesten og skolehelsetjenesten. Vi har oppnådd politisk gehør for at finansieringsmodellen for jordmørtjenesten slår uheldig ut, og flere sentrale helsepolitikere tar nå til orde for en endret modell. Jordmorforbundet mener at det er på høy tid at vi ser på hvordan dagens finansieringssystem for fødselsomsorgen slår ut i forhold til faglig forsvarlighet og ønsket aktivitet.

Årets lønnsoppgjør er nå i havn. NSFs langsiktige strategi for å sikre at jordmødrene våre er lønnsledende lykkes vi med i stor grad. Et godt eksempel på dette har vi fra sykehuset Ahus, der NSF har fått en sikringsbestemmelse som sier at alle våre jordmødre skal ha minst 3,5 prosent i tillegg. Konkurrerende fagorganisasjoner for jordmødre fikk ikke mer enn 2,5 prosent tillegg ved det samme sykehuset.

Ønsker dere alle en riktig god høst!

Hanne Schjelderup-Eriksen
LEDER JORDMORFORBUNDET NSF

3 på gangen

Tekst Hanne Graarud Steien

1. Hvilke medier bruker du for å lese nyheter og oppdateringer innen jordmorfaget?
2. Hvordan synes du arbeidsbelastningen har vært i sommer?
3. Hva ønsker du at Jordmorforbundet NSF skal ha spesielt fokus på i tiden fremover?



Helene Norman Furnes

jordmor, Ahus

1. Jeg bruker jordmorforbundets facebooksider, tidsskriftet Jordmora og databaser med forskningsartikler. Jeg synes Jordmorforbundet NSF deler mye relevant på sosiale medier som jeg klikker meg videre for å lese om.
2. Jeg hadde ferie i første pulje og sitter med inntrykket av at det var den travleste perioden hos oss. Etter at jeg kom fra ferie har jeg opplevd travle vakter, men som oftest med tilstrekkelig bemanning og forsvarlig praksis. For meg har dette vært en sommer med tilfredsstillende arbeidsbelastning.
3. Jeg ønsker meg enda mer faglig påfyll i form av temakvelder, workshops og fagdager. Jeg synes Jordmora er et veldig godt tidsskrift, men kunne ønske meg enda mer forskning, og eventuelt lenker til ny forskning som er publisert.



Hanne Marit Smalås

jordmor, St. Olav i Trondheim

1. Jeg bruker internett generelt, nettaviser og forskningsnettsteder. Jordmorforbundet NSF deler også mange bra lenker til relevante nyheter via sin facebookgruppe.
2. Det har vært en spennende sommer som nyutdannet jordmor og jeg har opplevd arbeidsbelastningen på mine vakter som grei.
3. Jeg er veldig fornøyd med at Jordmorforbundet NSF hadde egen workshop for oss nyutdannede jordmødre om håndtering av akutsituasjoner. Det håper jeg de fortsetter med for de nye jordmorstudentene som kommer etter oss.



Tone Didriksen

jordmor, føde- og barsel UNN, Tromsø

1. I sommer har jeg i hovedsak oppdatert meg via Jordmorforbundet NSF på facebook. Det gir rask tilgang til både forskning og det interessante søkelyset som nå settes på jordmormangelen.
2. Det har helt klart tidvis vært høy arbeidsbelastning i sommer. Fra flotte kollegaer, i rolige perioder, er det tatt hensyn til at jeg er nyutdannet og det er lett å be om hjelp. Men når det har vært høyt trykk, har jeg absolutt kjent på det å stå alene med ansvaret i vanskelige og akutte situasjoner.
3. Jeg ønsker et fortsatt fokus på jordmormangelen. Jeg er en av flere som står uten jobb etter sommeren, samtidig som jeg ser at det er ledige vakter nesten daglig. Det er også interessant om man kan få jordmødre inn på andre arenaer enn svangerskap-, fødsel- og barselomsorg. Med blant annet rekvisisjonsretten, kan jordmødre gjøre mye mer for kvinnehelse enn hva vi blir gitt tid og anledning til i dag.

■ **LEDER:**
Hanne Graarud Steien



Faglig påfyll er alltid bra

For oss som jobber i Jordmorforbundet NSF er høsten en spennende tid. Nettverkssamlinger planlegges, workshoper settes opp og ulike prosjekter starter. Planleggingen av generalforsamling og fagdag i forbindelse med 50-årsjubileum høsten 2017 er også godt i gang, og allerede nå kan vi si at dette er noe du ikke bør gå glipp av! Høsten er også tiden for å møte nye jordmorstudenter og det er like spennende hver gang. Jeg gleder meg til å besøke alle studiestedene igjen!

I denne utgaven kan du lese om «Fødslene vi aldri glemmer». En del av vårt arbeid som jordmødre er at vi også må ta imot barn som har dødd i mors liv, eller dør under fødsel eller rett etterpå. Det er ikke mye forskning på dette temaet, om hvordan dødfødsler og kritiske hendelser påvirker jordmødre og helsepersonell, noe jordmorstudentene i denne oppgaven bemerker. Hva gjør det med oss, og hvordan kan vi som fagpersoner takle dette og gå videre? At noe som er det verst tenkelige for vordende foreldre skal være en del av vårt arbeid. For mange av oss setter det dype spor, men det kan også være med på å styrke oss som jordmødre, bare vi kan klare å bearbeide hendelsen og gå videre. Opplevelsene kan være med på å gjøre oss bedre i faget vårt, slik at vi står noe mer styrket neste gang vi kommer i en slik situasjon.

Leger uten grenser gjør en fantastisk jobb ute i felten, og vi har i denne utgaven med en artikkel skrevet av psykiatrisk sykepleier og jordmor Mali Ebrahimi. Hun har vært med Leger uten grenser til Irak, og det er sterkt å lese hennes historie. Jobben hennes inne-

bærer å hjelpe de ansatte på sykehus der med grunnleggende teori og praksis med henhold til pasientbehandling. Hun sier også at det var i felten hun lærte å leve i nuet. Det er nok noe vi alle kan bli bedre på!

Du kan også lese litt om Nordisk jordmorkongress, og jeg håper at det kan inspirere deg til å melde deg på fagdager og konferanser rundt om i landet og i utlandet. To jordmorstudenter fra Tromsø fikk støtte av Jordmorforbundet NSF, slik at de kunne være deltakere på Nordisk Jordmorkongress i Göteborg i mai. Og fra turen har de skrevet et reisebrev. Det er alltid bra med faglig påfyll, men også det sosiale er viktig. Å dele erfaringer med andre jordmødre er nyttig kunnskap, og det er også hyggelig å være sammen på en tur som dette.

Jordmorforbundet NSF har også nettopp arrangert en fagkonferanse på Gardermoen i forbindelse med Sykepleierkongressen. 130 jordmødre deltok på fagdagen! Dyktige foredragsholdere, interessante utstillere og også en workshop om bevegelse i fødsel fikk deltakerne med seg.

Jeg ønsker alle mine jordmorkolleger og andre lesere enn fin høst videre, med klare farger og nydelig høstluft!

Hanne Graarud Steien

JORDMOR OG REDAKTØR

Herpes bra for helsa?

Mus som er infisert med herpesvirus, tåler pestbakterier bedre. Med andre ord kan virus ha positive helseeffekter som vi tidligere ikke har sett. Gamma-herpesvirus i mus gjør dyra mer motstandsdyktige mot *Listeria* (kjent årsak til magetrøbbel), og mot *Yersinia pestis*, bedre kjent som Svartedauden. Men om herpesviruset kan ha positive effekter i mennesker, vites ennå ikke.



Kilde: Titan.no

Stresset hjerne

I hjernen finner man hippocampus – en pølseformet struktur i tinninglappen – som i utgangspunktet er ansvarlig for å danne nye minner. Størrelsen på hippocampusen har vist seg å være avgjørende for hvor sårbar man er for stress, og da også angst og depresjon. Forskere fra Norges arktiske universitet og Universitetet i Umeå fant at de som har høyt stressnivå, også har mindre hippocampus enn dem med lavt stressnivå.

Kilde: UIT

SMÅNYTT

Studerer babybæsj

Nyfødte har ingen bakterier i tarmen. Det er først når barna nærmer seg ett år, at bakteriemangfoldet er like stort som hos voksne. Hvordan bakteriesamfunnet i spedbarnstarmen utvikler seg, undersøkes nå av forskere ved Universitetet i Oslo. I løpet av et år skal forskerne samle inn 5000 DNA-prøver av spedbarnsavføring. For å sikre bred variasjon, får de prøver fra babyer som lever med og uten kjæledyr, tvillingpar, barn som er født vaginalt og med keisersnitt. Hensikten er å undersøke den normale utviklingen av bakteriemangfoldet i tarmen, og spesielt hvordan tarmfloraen endrer seg når barnet begynner med fast føde, får medisiner, vaksineres eller drar til utlandet. Kunnskapen om hvilke bakteriegrupper som påvirker hverandre er fortsatt lite forstått. Forskerne har store forhåpninger om å lære mer om den økologiske balansen i tarmen ved å studere hvordan bakteriesamfunnet i spebarnstarm utvikler seg.

Kilde: Apollon



«I det øyeblikk du får barn selv, tilgir du dine foreldre alt.» Susan Hill

Sykt barn

Barnehagebarn er mer utsatt for infeksjoner enn andre barn. Det er dobbelt så vanlig med forkjølelse, halsbetennelse og ørebetennelse, sammenliknet med barn som ikke går i barnehage. Det er strenge regler for å holde syke barn fra barnehagen, men erfaring viser at det har en begrenset effekt på spredning av smitte. Forklaringen er at sykdommene er smittsomme før tegnene på sykdom vises. Hovedregel, mener Folkehelseinstituttet (FHI), bør være at barnet er såpass friskt at hun/han kan delta i normale aktiviteter i barnehagen. Temperaturen hos barn kan variere. Mer enn 37,5 grader om morgenen og 38 grader på kvelder anses å være forhøyet temperatur. FHI anbefaler å holde barn hjemme til de er ferberfri.

Kilde: Fhi.no



Lavere beinmasse

Det er høyere risiko for osteoporose senere i livet, om man er født med lav fødselsvekt. Mot slutten av et svangerskap overføres nemlig økte mengder med kalsium til fosteret for at beinutviklingen skal optimaliseres. Dermed ser det ut til at for tidlig fødte barn får lavere beinmasse sammenliknet med dem som ble født til termin. Studien ble gjennomført av Endokrinologi og beingruppen ved NTNU, ledet av professor Unni Syversen.

Kilde: Gemini

Forebyggende amming

En svensk studie, publisert i Breastfeeding Medicine i våres, viste at kvinner med brystkreft hadde større sjanse for å overleve dersom de ammet i mer enn seks måneder. Tidligere studier har også konkludert med at amming kan ha en forebyggende effekt mot brystkreft, men det trengs mer forskning for å forstå sammenhenger mellom amming og dødelighet, påpeker en av forskerne.

Kilde: Dagens Medisin



Medisinsk begrunnet

Forestillingen om at kvinner stadig oftere ønsker seg keisersnitt uten medisinsk grunn, avlives av en europeisk studie publisert i Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Over 6500 gravide fra seks europeiske land, inkludert Norge, deltok i spørreundersøkelsen. I ni av ti tilfeller er keisersnittet medisinsk begrunnet, viser studien.

Kilde: Dagens Medisin

Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox

Forskjell i svangerskapsomsorg

Enkelte grupper innvandrerkvinner, spesielt afrikanske, er mer utsatt for komplikasjoner i forbindelse med fødsler, enn norske. Somaliske kvinner har dobbelt så stor risiko for akutt keisersnitt enn norske kvinner, viser en fersk doktoravhandling som jordmoren Kjersti S. Bakken står bak. Hun har studert innvandrerfødsler og disputerte nylig ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo. I et intervju med Gudbrandsdølen Dagningen, sier jordmoren at somaliske kvinner også har dobbelt så stor risiko for å føde barn på overtid og nesten fire ganger større risiko for å føde barn som veier mindre enn svangerskapsalderen skulle tilsi. En av Bakkens konklusjoner er at det må brukes mer tolk, både under svangerskapet og fødsel for at kvinnene skal føle seg trygge. Det bør også settes inn større insats allerede i svangerskapet.

– Vi må se bort fra at alle skal behandles likt, og heller ha som mål å gi et likeverdig tilbud, sier Bakken.

Kilde: Gudbrandsdølen Dagningen



10 globale framskritt

Millioner av liv er reddet, takket være framskritt i global helse de siste ti årene. Og det er særlig utviklingsland som har hatt størst framgang, skriver Bistandsaktuelt, som presenterer ti framskritt i global helse:

1. Barnefødselsheten er kraftig redusert. Den er mer enn halvert siden 1990.
2. Vi lever lenger.
3. 17 millioner får effektiv hiv-behandling.
4. Mange flere barn blir vaksinert.
5. Færre dør av malaria. Risikoen for å dø av sykdommen har blitt redusert med 58 prosent mellom 2000–2015.

6. Flere mennesker behandles for tuberkulose. Risikoen for å dø av sykdommen er nesten halvert på grunn av bedre behandling.
7. Færre dør under fødsel. Flere fødsler skjer med jordmor, lege eller sykepleier tilstede.
8. Parasitter kan bekjempes.
9. Det er gratis helsetjenester i flere land.
10. Flere land jobber med røykeslutt. Tiltak som røykelov, advarsler på pakningene, høye avgifter og annet blir innført.



Kilde: Bistandsaktuelt

Øvde på akutt hjelp

Jordmorstudenter fikk trene på akuttsituasjoner som fastsittende skuldre, postpartum-blødning og seteforløsning på workshop i Trondheim.

Tekst **Linn Holberg**, jordmor St. Olavs Hospital og landsstyremedlem i Jordmorforbundet NSF

Workshop for jordmorstudentene var et dagsprosjekt i regi av lokalgruppen av Jordmorforbundet NSF i Trøndelag. Et slikt prosjekt har aldri vært gjort før etter det vi kjenner til. Prosjektet hadde som mål å forberede nesten ferdig utdannede jordmødre (sisteårs jordmorstudenter) på det livet som venter dem som ferdig utdannede jordmødre på fødeavdelingen. Jobben som jordmor er allsidig, krevende og utfordrende. Oftest går det bra med kvinner og barn som føder i Norge, men det skjer jevnlig at kvinner og barn trenger akutt hjelp i forbindelse med fødsel.

Ved hjelp av en workshop ønsket vi å gi studentene en ekstra mulighet til å øve på akuttsituasjoner de kommer ut for på fødeavdelingen: fastsittende skuldre, postpartum-blødning og seteforløsning. I tillegg ønsket vi å gi dem en innføring i bruk av ultralyd på gravide. Det vil også være naturlig for studenter og jordmødre å reflektere og stille spørsmål omkring situasjoner eller opplevelser de har hatt etter to år på studiet og som ferdig utdannede jordmødre, og vi hadde derfor en egen refleksjonspost.

Bakgrunn for workshop

Jordmorutdanningen er toårig, og består av like deler praksis og teori. Teoridelen legger et viktig grunnlag for det praktiske i jordmorfaget, men

det er med hendene jordmødre må handle når akuttsituasjoner oppstår. Jordmødre kan aldri bli rutinerte i akutte situasjoner, da disse ikke oppstår hyppig nok til at man føler seg hundre prosent trygg når situasjoner oppstår. Men, det vil i mange tilfeller være avgjørende for utfallet, og i noen tilfeller livreddende, at jordmødre vet hva de skal gjøre når akuttsituasjoner oppstår. Ferske jordmødre mangler erfaring og har ekstra behov for trening i akuttsituasjoner.

Trøndelag er ett av fem utdanningssteder for jordmødre i Norge. Medlemmene i lokalgruppen i Jordmorforbundet NSF Trøndelag treffer jordmorstudentene jevnlig i løpet av deres to år med teori og praksis. Sammen med landsstyret i faggruppen ønsket vi å se om de nesten ferdige jordmorstudentene opplever en slik workshop som positiv, lærerik og nyttig.

Mål og målgruppe

Målet med prosjektet var å gi ferske jordmødre kunnskap og ferdighetstrening, slik at de lettere skal kunne stå i akuttsituasjoner på fødeavdelingen. Målgruppen var jordmorstudenter som snart var ferdig utdannede jordmødre.

Prosjektorganisering og forankring

Lokalgruppen i Jordmorforbundet NSF Trøndelag står sammen om prosjektet.

Linn Holberg har koordinert prosjektet på vegne av lokalgruppen.

Lokalgruppeleder Ingebjørg Laache hadde sammen med Eli Vatn ansvaret for en refleksjonspost. Linn Holberg, Sigrid Torblå og Ingunn Bastholm hadde ansvaret for hver sin post. Torblå og Bastholm er begge sertifiserte ALSO – instruktører (Advanced Life Support in Obstetrics, <http://www.also-scandinavia.com/>) og er med dette trente instruktører i akutt hjelp innen obstetrikk. Førsteamanuensis og ultralydjordmor Eva Tegnander var med i planleggingen av workshopen, mens ultralydjordmor Berit Langli var med under selve workshopen og ga studentene en kort innføring i ultralydmaskiner og bruk av ultralyd på gravide, samt bisto studentene under praktisk trening på gravide kvinner. Det sistnevnte er noe som jordmorstudenter i svært liten grad berører i studiet. Men, som ferdig utdannede jordmødre er det forventet at de som et minimum kan bruke en ultralydmaskin til å verifisere fosterets leie i livmoren.

Tiltak og gjennomføring

En e-post med invitasjon og informasjon gikk ut til alle jordmorstudentene på slutten av semesteret. Prosjektet ble godt mottatt og størsteparten av studentene møtte opp. Workshopen startet med felles mat og informasjon, og



TRENING: Jordmor Ingunn Bastholm (til høyre) gjennomgår håndgrepene og veileder studentene i håndtering av fastsittende skuldre. Foto Linn Holberg.

prosjektleder for jordmorprosjektet i NSF, Hanne Graarud Steien, kom for å representere forbundet. Deretter ble studentene delt i rullerende grupper så alle fikk øvd/vært med på alt. Vi avslut- tet med felles oppsummering.

Evaluering

Ved avslutning av workshop og felles oppsummering brøt studentene ut i en felles spontan applaus. Tilbakemeldingene vi fikk var udelt positive. Det kom reaksjoner som; «dette er det vi trenger aller mest», «jeg fikk noen nye tips

her» og «dette var veldig nyttig». Alle postene fikk gode tilbakemeldinger.

Alle representantene fra lokalgrup- pen bisto på fritiden uten noen form

oppfordres til å gjennomføre tilsva- rende workshops. Prosjektbeskrivelse med plan for gjennomføring kan fås ved henvendelse til undertegnede. ■

«Ferske jordmødre har ekstra behov for trening i akuttsituasjoner.»

for lønn eller honorar, og lokalgruppen i Trøndelag er svært fornøyd med en gjennomført workshop for jordmorstu- denter. Andre lokallag hvor det finnes utdanningsinstitusjoner for jordmødre

Mer om setefødsel:

Se Sykepleiens film om setefødsel, som har mer enn 26 millioner visninger på Face- book: [https://sykepleien.no/mediegalleri/ jordmorstudent-over-pa-setefodsel](https://sykepleien.no/mediegalleri/jordmorstudent-over-pa-setefodsel)

Føde



Ekspedisjon føde

ALENE: Jordmødre kan oppleve emosjonell smerte når et barn dør. Noen føler at de må skjule sine følelser på jobb. Foto: Alexander Svanberg.

Fødslene vi aldri glemmer

Dødfødsler kan være en stor påkjenning for jordmødre. Når det skjer, er støtte fra gode kollegaer en av flere faktorer som kan hjelpe en jordmor til å bearbeide følelsene. Hvordan ivaretar vi oss selv og hverandre?

Introduksjon

Vi er tre jordmorstudenter som har vært med på deler av et større forskningsprosjekt som et ledd i vår hovedoppgave. Vår forforståelse for oppgaven baserer seg på tidligere arbeidserfaring og den kunnskap vi har tillagt oss i løpet av studietiden. Vi har utført dybdeintervju av tre jordmødre og sammenfattet det vi ser er essensen i de tre intervjuene. Forskningsprosjektet ledes av førsteamanuensis Beate André, førstelektor Raija Dahlø og professor Gerd Inger Ringdal og deres problemstilling er: «Legers, jordmødres og barnepleieres opplevelser når barn dør omkring fødselen». I all vesentlighet vil denne fagartikkelen omhandle vår tolkning av informan-tenes svar i forhold til «jordmødres ivaretagelse av seg selv og hverandre i forbindelse med dødfødsler», samt relevant litteratur.

En dødfødsel er definert som fødsel av et barn som ikke viser livstegn – som hjerteaktivitet, pust- eller muskelaktivitet, fra og med svangerskapsuke 22 eller over 500 gram (1). I 2014 var det 265 dødføds-ler i Norge, noe som utgjør 4,4 per 1000 fødte barn. Antallet er noe høyere enn foregående år (2). Dette viser at sjansene for at en jordmor vil oppleve død-fødsler i løpet av sin yrkeskarriere er stor. Vi mener det er viktig å reflektere over dette før man står i situasjonen, slik at man er best rustet til å takle det på en god måte.

Forskning viser at foreldres sorg etter tapet av et barn er assosiert med økt dødelighet og svekkelser både fysisk og psykisk (3-6). Dødfødsler oppleves traumatisk for foreldre, men kan også oppleves slik for jordmødre. Allerede i 1966 konkluderte Johan Cullberg med at det oppstår en forsvarsmekanisme hos helsepersonell i denne type situasjoner og at det påvirker deres evne til å håndtere disse (7). Allikevel finnes det lite forskning på området per i dag og vi måtte ta et dypdykk i artikkelsøk for i det hele tatt å finne noe.

Det er forventet at jordmødre skal ivareta psy-kologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behov hos kvinnen og hennes familie. Det kreves mye av jordmor både som person og utøver av rollen når et barn dør i eller omkring fødselen. Jordmødrene sier selv at dette er fødselene de aldri glemmer, og som blir med dem videre i utøvelsen av yrket. For å kunne yte optimal omsorg for kvinnen og hennes familie, må også jordmor evne å ta vare på seg selv og føle seg ivaretatt av andre. I vår artikkel ønsker vi å belyse jordmødres erfaringer og behov i forbindelse med dødfødsel. Temaet er viktig og er med på å gjøre oss

bevisste jordmødres sårbarhet. Med økt fokus på utfordringer ved omsorgen for etterlatte ved dødfød-sel, anerkjenner vi jordmødres innsats på området, slik at de føler mestring og kommer styrket ut av disse opplevelsene både som jordmødre og privatpersoner.

Metode

Ved utvelgelsen av respondenter lå hovedprosjektets kriterium til grunn: de må ha opplevd minst to situ-asjoner hvor et barn dør i eller omkring fødselen, for å kunne delta.

Forskerne i forskningsprosjektet utarbeidet en intervjuguide som vi brukte ved gjennomføringen av intervjuene.

I tillegg til dybdeintervjuene, har vi gjort et lit-teraturstudium for å undersøke våre funn og styrke vår diskusjon.

Det viste seg å være utfordrende å finne litteratur som omhandlet vårt tema, da det finnes begrenset litteratur og forskning på området. Vi håper at vår fagartikkel kan belyse temaet og bidra til diskusjon på området.

«... Så finner du ikke noe fosterlyd. Og du kjenner egentlig på magen at det er en sånn spesiell følelse, det er, det er stumt. Du får ingen respons og du begynner å kverne på at det her [...]. Det trenger jo ikke bety at det er noe galt, men innerst inne skjønner jeg egentlig det for det at jeg får ingen respons fra magen.»

Hovedfunn og diskusjon

Scott et.al. (8) bruker uttrykket «second victim» eller «det andre offeret», der helsepersonell er involvert i en uforutsett negativ pasienthendelse og pasienten blir utsatt for en alvorlig skade. I slike situasjoner

«Mange føler at de har sviktet pasienten.»

kan helsepersonell bli traumatisert. De kan ofte føle seg ansvarlig for hendelsen og mange føler at de har sviktet pasienten og setter spørsmålstegn ved sine egne kliniske ferdigheter og kunnskap. I studien brukes ulike stadier som de mener beskriver hva helsepersonell erfarer emosjonelt etter en kritisk hendelse; de opplever ofte en kaostilstand, der de gjentatte ganger går igjennom hendelsesforløpet og gradvis gjenoppretter sin egen integritet. Resultatet av denne prosessen kan få tre ulike utfall; å droppe ut, overleve, eller komme styrket ut av situasjonen.

Vi har også valgt å trekke inn Antonovskys begrep



Av Aina Kjellsand,
jordmorstudent

Ann Ingrid Klevstuen,
jordmorstudent

Hanne Kristin Øiaas,
jordmorstudent



om «opplevelse av sammenheng», heretter kalt OAS, som gir et innblikk i menneskers mestringsevner. Antonovsky fant at noen mennesker klarte seg veldig godt til tross for å ha opplevd vonde situasjoner. OAS karakteriseres som menneskers evne til å takle vanskeligheter på en god måte. Kjernekomponentene i OAS er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (9). Vi tar for oss de to siste komponentene, da de er mest relevante for vårt tema.

Håndterbarhet defineres etter hvordan en opplever å ha nok ressurser til å takle utfordringer man stilles ovenfor i løpet av livet. Personer som i stor grad opplever håndterbarhet i situasjoner, har tro på at de takler utfordringene livet byr på, for så å gå videre. Meningsfullhet går over i det kognitive aspektet og betydningen av å være involvert i eget

«Tapet vil til tider være vanskelig å akseptere.»

liv. Personer som opplever meningsfullhet i stor grad, viser til at de engasjerer seg og involverer seg følelsesmessig. De ser at det finnes enkelte områder som det er verdt å engasjere seg i til tross for at det byr på utfordringer og krav. Antonovsky snakker også om ulike mestningsressurser som kan være med på å fremme effektiv mestring av en situasjon. Disse ressursene blir kalt motstandsressurser, høye motstandsressurser fører til økt OAS og helse.

Våre informanter brukte ord som handlingslammet, utrygghet, uventet situasjon og maktesløshet for å beskrive sine følelser i forbindelse med dødfødsler. De opplevde også å tappes for energi i slike vanskelige situasjoner.

«Det er kjempeutfordrende. For du vet egentlig at her er det noe galt, men du kan ikke si det 100 %. Så prøver du litt sånn forsiktig ... dreie på at vi må ha håpet litt oppe. Og det er veldig vondt, veldig, det synes jeg er vanskelig å takle.»

Å ivareta omsorgen for en kvinne i dødfødsel oppleves for mange som en tung profesjonell byrde. Mange erfarer at de ikke blir spurt om hvordan de opplever å ta på seg denne emosjonelt krevende omsorgen (13). I omsorgen ved dødfødsel må jordmødre gi emosjonell støtte og beskytte kvinnen, samtidig som de konfronteres med sine egne følelser og emosjonelle smerte rundt dødsfallet. De må møte sin egen frykt og kanskje komme fram til en forståelse eller mening med det som skjer for å kunne yte omsorg og ikke distansere seg fra paret (10,11).

Ved å ikke trekke seg unna, men være deltakende i omsorgen for foreldrene, blir det lettere for jordmødre å håndtere egen sorg og følelse av tap. Videre er det viktig at jordmødre tenker over at de ikke kan ta bort foreldrenes sorg, men at det viktige i situasjonen er å være til stede (12).

«Da fikk jeg noen sånne reaksjoner som jeg ikke var klar over kunne komme, jeg kjente at ..., da begynte jeg å gråte. Og det er det sjelden at jeg gjør. For det, det var så sterkt å oppleve [...] Den sorgen de hadde over å miste den, de visste jo at de kom til å miste men, men det var jo sånn på kanten at de kom til å miste begge to.»

André (13) hevder i sitt studie med bakgrunn i Travelbee's teori (14), at når en åpner for å ta del i andres lidelse, vil en også konfronteres med smerten i seg selv. Over tid er det ikke mulig å stå i dette arbeidet uten å bli konfrontert med sine egne opplevelser, og kanskje også sin egen ubearbeidde sorg (13). I hovedsak var det vanskeligste for våre informanter å forholde seg til egne følelser, takle egne reaksjoner og det å opptre profesjonelt. I Leinwebers (15) studie opplevde jordmødrene omsorgen ved dødfødsel som meget emosjonell, og følte at dette aspektet ved omsorgen var lite verdsatt og ikke erkjent blant profesjonelle kolleger og ved helseforetaket hvor de var ansatt. I en engelsk studie (16) ga mange jordmødre uttrykk for at de hadde et stort behov for at deres omsorg skulle bli anerkjent og identifisert; mange opplevde ikke dette. De hadde også et behov for å bli sett som mennesker med følelser, som også hadde behov for tilrettelegging og støtte for å kunne gi en optimal omsorg ved dødfødsler. Jordmødres behov for støtte skal vi komme tilbake til senere i oppgaven.

«Å ikke bli revet med og begynne å gråte selv altså. For det er, du må opptre rolig og profesjonelt. Det er lov til å vise følelser, men en må ikke overta sorgen. Det er nesten det vanskeligste fordi det er så følt. Så det er det viktig å være bevisst på.»

Jordmødre føler seg ofte dratt mellom det å håndtere foreldrenes følelser og det å ivareta egne reaksjoner. Selv om det er foreldrene som har mistet sitt barn, opplever ofte jordmødre også et intenst personlig tap ved dødfødsler. De føler at de må skjule egne sanne følelser, og at disse bare får komme til kjenne i deres private verden ved selvrefleksjon (17). Våre informanter ga uttrykk for at det var vanskelig å takle egne følelser og reaksjoner ved en dødfødsel. Noen føler at tapet man erfarer ikke bare omhandler barnet. Tap kan også knyttes til kvinnen, egen opp-

fatning av normalitet og aller viktigst profesjonell integritet, selvtillit og egenverdi. Tapet var til tider svært vanskelig å akseptere (11, 13). Enkelte ganger kan også disse følelsene innebære skyld blandet med sinne. Får ikke jordmor utløp for disse følelsene kan de rettes innover og resultere i depresjon, skyldfølelse og dårlig selvtillit (18).

«Jeg tror nok at det elementet med skyld og ransakelse, har jeg gjort alt jeg skulle? Satte jeg på registrering tidlig nok? Altså fanga jeg opp signalene? Jeg tror nok det hadde vært vanskeligere å takle.»

Våre informanter mente at det var lettere å stå i situasjonene når årsaken til dødfødselen var kjent. En jordmor kom med et eksempel på at hun ikke hadde tvinnet barnet ut av navlesnoren som lå rundt barnets hals og kropp, men viste barnet til foreldrene først. Både for jordmor og foreldrene hjalp det å vite årsaken til barnets død i forhold til sorgprosessen. En annen jordmor fortalte om en situasjon der det var nære på at de mistet mor. Jordmor tenkte da at «[...] dette kan ikke skje, ikke i vår tid». Alle våre informanter mente at det er kjempefølelse når et barn dør i eller omkring fødsel. Debrifing og kollegastøtte blir derfor ekstra viktig, fordi mange sliter med skyldfølelse.

Under vil vi ta for oss meningsenhetene vi kom frem til i vår analyseprosess.

I vårt tilfelle fant vi flere begrep som samlet ga oss et svar på problemstillingen vår. De rådende begrepene var erfaring, formell debrifing og uformell debrifing/kollegastøtte. Av disse var det støtte fra kollega som pekte seg ut som den dominante meningsenheten.

Erfaring:

I vårt analysearbeid kom vi frem til at erfaring var en rød tråd i alle intervjuene og utgjør med det en av tre meningsenheter. Etter å ha utført en meningsfortetting om dette temaet er det deskriptive utsagnet at «Erfaring skaper mestring og gjør det lettere å sortere og sette på plass egne følelser og reaksjoner».

«[...] Jeg lette og lette og det skrapet og det skrapet. Og når man står der da, inne i en korridor og jeg klarte ikke å si noen ting husker jeg på. Jeg var ganske nyutdannet og. Jeg ble vel noe handlingslammet selv om jeg begynte å ane uroen.»

Mangel på erfaring gjør at mange forsøker å unngå omsorg ved dødfødsel, fordi de føler seg utilstrekkelige, og ikke i stand til å ivareta kvinnen og paret på en god måte (11,13). Mange jordmødre føler seg også usikre i forhold til å uttrykke sin egen sorg,

og synes også det er svært krevende å vite hvordan de skal respondere og håndtere foreldrenes sorg ved dødfødsel (19). Når vi vet at det var 265 dødfødsler i Norge i 2014 (2), så kan vi, med ganske stor sikkerhet anta, at jordmødre vil oppleve å stå i situasjonen før eller siden. Vi mener derfor at det er viktig at nyutdannede jordmødre går inn i situasjonen og ikke kvier seg for det. På den måten vil de danne seg et erfaringsgrunnlag.

Å håndtere død kan være en livslang utdanning, og det kan være vanskelig å være fullstendig forberedt og opplært i hvordan man bør omgås døden i ulike situasjoner. Behovet for opplæring kommer til uttrykk i flere studier (10, 13, 19, 20, 21). Utdanning/opplæring kan være med på å trygge helsepersonell i sin gjerning, slik at de kan få en større forståelse for foreldres opplevelser og behov når barnet deres dør (10). Utdanning hjelper helsepersonell til å lage strategier for å mestre intense følelser som oppstår ved dødsfall. Dette er viktig for å forebygge blant annet utbrenthet (20). Vi mener at det er viktig å fokusere på hvordan man kan takle vanskelige situasjoner allerede når man er under utdanning. Fokus på mestringsstrategier og seminarer innenfor tema dødfødsel kan være en idé til utdanningsinstitusjonene.

De fagpersonene som uttrykker størst sårbarhet, er de som har minst erfaring. Det bør derfor være større fokus på opplæring, tas større hensyn, og gis mer anerkjennelse til disse gruppene. Veiledning i situasjoner og simulering kan ha god effekt og gi fordeler. Slik normaliserer man emosjonelle reaksjoner, øker selvtilliten, gir gjensidig støtte, bedrer arbeidsmiljøet og øker kvaliteten i omsorgen (22). Informantene i et studie anbefalte deltakelse ved kurs og seminarer for å forberede seg selv i omsorgen for kvinner og par ved dødfødsler (21). Vi mener at utdanning og kursing kan bidra til å bedre mestringsstrategier, men at egen erfaring er den viktigste læringen i å takle alle elementene rundt en dødfødsel. Dette er også noe Gardner (19) påpeker i sitt studie. Hun sier blant annet at uavhengig av alder og utdanningsbakgrunn, er det helsepersonell som selv har erfart tap av noen av sine nærmeste, eller med mere erfaring med omsorg ved dødsfall, som best mestrer utfordringene i omsorgen ved dødfødsel.

«Det er jo sånne situasjoner hvor man føler seg helt utslitt etterpå. Altså, du føler deg helt tom for energi fordi du føler at du har gitt så mye støtte [...], så føler jeg at erfaringene er med på og gjør at jeg gjør ting stadig bedre.»



ERFARING: Utdanning og erfaring gjør det litt lettere å håndtere krevende situasjoner. Foto: Alexander Svanberg.

Scott et.al. (8) mener erfaring kan være en læringsfaktor, og at man da bruker erfaringene i sitt arbeid samt støtter andre som opplever det samme. Erfaring var en styrke som samtlige av jordmødrene la vekt på, og som førte til at de lettere kunne sette på plass egne følelser og reaksjoner. Vi vil anta at uerfarne jordmødre har lettere for å bli «second victim», da de i mindre grad har redskaper til å sortere egne tanker og følelser sammenliknet med en erfaren jordmor.

Jordmødrene i vår studie mente at det å føle mestring i denne type situasjoner, gjorde det lettere å takle lignende situasjoner i fremtiden. Selv om jordmødrene syntes at situasjonene var vanskeligst da de var uerfarne, mente de at dødfødsler aldri ville bli glemte da påkjenningen alltid vil være der. Vi mener det er viktig å påpeke at det å mestre en slik opplevelse ikke er det samme som å mangle empati.

«Så får man erfaring, det betyr ikke at man blir mere garvet eller avstumpet på noe måte, men man greier på en måte å sette på plass egne følelser og greier å gi av seg sjøl til den det gjelder.»

I våre intervjuer vektla informantene sin erfaring som en styrke i møte med dødfødsler. Funnet vårt sammenfaller med Wallbanks studie (22), som

viser at helsepersonells risiko for opplevd stress har en sammenheng med manglende erfaring i å håndtere tap og død. Jordmødre med erfaring opplevde i større grad å håndtere det emosjonelle stresset ved omsorgen for de etterlatte ved dødfødsel.

«Jeg tror med årene og erfaringen så har jeg laget meg teknikker som gjør at jeg forttere kommer ut av situasjonen.»

Formell debrifing

Deskriptivt utsagn: Det å lytte til hverandre og gi hverandre støtte, kan gi hjelp til å komme videre etter vanskelige hendelser. Debrifing er viktig for å bygge en tverrfaglig god plattform som igjen kan føre yrkesgruppene nærmere hverandre.

Debrifing har til hensikt å skape et følelsesmessig klima som tillater at hendelsen bearbeides fornuftsmessig. Målet er å forebygge en utvikling av negative, psykiske senfølger (29). Puia et.al. (24) viser at debrifing er mest effektivt når den gjennomføres innen 72 timer etter en hendelse. Det er også viktig at alle involverte er til stede. Videre skal debrifing tillate gjennomgang av hendelsen, diskusjon av tanker, følelser og refleksjon over hendelsens innflytelse. I tillegg skal lederne imøtekomme gruppens emosjonelle behov. Flere studier viser at

dødsfall under og etter fødsel, kan ha langsiktig effekt for de involverte. Det er da absolutt nødvendig med støtte for å hjelpe dem med å håndtere de fysiske og psykiske konsekvensene av et slikt traume (24, 25, 26).

«[...] De tok debrifing samme natten [...] leder tok tak i det og snakket med de og vurderte om de ville komme tilbake på neste nattevakt [...] tok det med en gang så jeg kan ikke si at det er slik bestandig, men målet er at det skal være sånn. At vi skal ta det tvert [...]»

«[...] Også har vi definert det i en prosedyre, at på hver en vakt så har vi en jordmor som har en sånn jordmorfaglig ansvar. Og hun skal da bringe til leder hvis noen har stått i en situasjon hvor det må ha opplevdes traumatisk for de. Sånn at da skal lederen ta tak i det og sørge for at vi får til debrifing. Så kanskje drar de hjem fordi lederen ikke kom på jobb klokken sju, men da er det noen som skal ta tak i det ganske fort [...]»

En av våre informanter fortalte som en spesiell hendelse, der hun og assistentlegen krevde å få en debrifing med alle involverte etter hendelsen. Vår informant hadde fått kritikk fra flere på operasjonsstua fordi hun hadde tatt over styringa, bedt både overlege og operasjonspersonell om å avbryte vasking og sette i gang med et sectio.

«[...] En operasjonssykepleier mente at jeg måtte dempe meg [...]»

Som jordmor hadde hun stått i situasjonen og visste at dette barnet, som hadde en patologisk CTG og truende asfyksi, ikke hadde overlevd hvis man skulle bruke tid på vasking. Vår informant hadde et stort behov for å forsvare seg selv til de involverte og begrunne hvorfor hun opptrådte som hun gjorde. Hun fortalte at denne debrifingen gjorde henne godt, og hun satt igjen med en følelse av at hun hadde gjort en god og viktig jobb, som hun fikk anerkjennelse for i ettertid.

Våre informanter opplevde å være godt ivarettat, men en rekke andre studier viser motsatte tilfeller. Behov for støtte i forbindelse med opplevelser rundt dødfødsel og kritiske situasjoner, vil også være avhengig av kulturell bakgrunn og det samfunnet man lever i (27).

I vår del av verden er det en tankevekker at det kan synes tilfeldig om jordmødre får den støtte og oppfølging de har behov for. Samtidig stilles det fortsatt krav til at jordmødre skal utføre empatisk og medfølelse omsorg, som er grunnleggende prinsipper for de fleste pleie- og omsorgsykker. Kravene

kan komme i konflikt med jordmors behov for å beskytte seg selv mentalt og utøve egenomsorg.

Vi jordmorstudenter har vært i praksis ved flere sykehus og vår erfaring er at det er forskjellige rutiner for debrifing. Vi ser også at det er forskjellig oppfatning blant jordmødre hvordan rutinene blir fulgt. Blant våre informanter fant vi også ulik oppfatning av både bruken av debrifing og effekten av den. Samtidig pekte de på viktigheten av debrifing for egen bearbeiding av hendelser. Informantene våre mente at det var viktig å ha en leder, som la til rette for at debrifingen fant sted så raskt som mulig etter vanskelige situasjoner.

Flere jordmødre vi har snakket med i praksisstudier, finner mer hjelp i samtaler med kolleger framfor en formell debrifing. Vi undrer oss om en tverrfaglig debrifing oppleves for stor, slik at den enkeltes tanker og behov for bearbeidelse ikke alltid kommer til uttrykk. Kan det ha noe med at jordmødre jobber autonomt, er de som er nærmest og står lengst i situasjonene? Jordmor har ofte en nær relasjon til foreldrene, og kan derfor ha en større emosjonell tilknytning til situasjonen. Kanskje er hovedårsaken til at jordmødre foretrekker den uformelle samtalen, at det ikke finnes alternativer da flere sykehus ikke har rutiner for gjennomføring av debrifing?

Det er helt klart at debrifing både er med på å forebygge at jordmødre blir et «second victim» og at de ivaretar sitt eget OAS. Vi håper at fokuset på formell debrifing i større grad vil komme frem i dagen, og bli en naturlig del av fødeavdelingens prosedyrer i fremtiden.

«Kollegaene er våre viktigste støttespillere.»

Uformell debrifing/kollegastøtte

Deskriptivt utsagn: Å ha en uformell samtale med nære kollegaer etter en alvorlig hendelse, er viktig for å få satt ord på følelser og bearbeide opplevelsen, for så å komme til en «avslutning» og gå videre.

Studier viser at jordmødre har et sterkt behov for å snakke om vonde hendelser med noen de har tilknytning til og som fremstår som empatisk. Å få støtte fra kollegaer med forståelse for hva jordmorrollen innebærer, gjør at jordmødre har en bedre forutsetning til å mestre og komme styrket ut av krevende emosjonelle hendelser. Over tid fremmer dette også jordmødres mentale og fysiske helse, og fører til at de blir i yrket (13, 16, 18, 21).



ICM's etiske retningslinjer sier også følgende om relasjoner; jordmødre støtter og hjelper hverandre i sine profesjonelle roller, og gir slik aktiv mening til sine egen og andres følelse av egenverd (34).

Manglende tillit til kollegaer kan føre til at jordmødre holder tanker og følelser for seg selv. Noen unngår også å snakke med venner og familie for å beskytte dem, da de mener de ikke har samme forutsetninger til å forstå situasjonen på lik linje med kollegaer. Andre er bekymret for å bryte taushetsplikten om de åpner seg og snakker med venner og familie (13, 21). Et annet problem er at jordmødre også opplever at kollegaer unnviker å tilby støtte, for selv å slippe å bli konfrontert med smerten og de negative følelsene knyttet til dødfødsel og liknende kritiske hendelser (13, 19). Manglende støtte fra kollegaer ble i stor grad knyttet opp mot opplevd stress, og var svært avgjørende i forhold til om jordmødrene ble værende i yrket eller ikke (29, 30). Ufulsome kommentarer fra kollegaer under stress kan ha stor betydning for både jordmødre og foreldre.

«Det tar lang tid å føle seg trygg i jobben igjen.»

For jordmødre kan det få innvirkning på hvordan man i fremtiden takler belastende situasjoner som dødfødsler (19, 20, 29).

Vi ser at jordmødre kan ha vanskeligheter med å uttrykke sine følelser etter en dødfødsel, eller at de skjuler sine følelser og er opptatt av å framstå som «profesjonelle». I sin forskning hevder André (13) at å opp tre «profesjonelt», også kan bli en hindring som fag- og privatperson. Å stenge av for følelser og ikke snakke om disse med noen, mener vi kan være med på å hindre en opplevelse av OAS i situasjonen. Uformell debriefing og kollegastøtte er en viktig motstandsressurs, som igjen vil føre til mestring og empowerment ved slike krevende hendelser.

Noen jordmødre tar på seg rollen som katalysator; de snakker om hvordan de mestrer en dødfødsel, som igjen oppmuntrer andre jordmødre til å gjøre det samme. Sammen relaterer de seg til hverandres opplevelser. Yngre kolleger ble foretrukket fremfor eldre kolleger, på tross av deres erfaringer. Dette fordi enkelte eldre kolleger avviste ens følelser og ble dermed ikke sett på som støttende. Jordmødrene syntes også at det var enklere å finne gode kollegaer å snakke med ved små enheter sammenliknet med større sykehus.

«[...] I spesielle akutte situasjoner så har vi ofte en debriefing etterpå [...] det kan være veldig sånn avklarende og godt, men jeg tror den samtalen rundt kaffebordet med en eller to kollegaer, jeg tror det er kanskje det som har hjulpet meg mest [...]»

Forskning (13, 21) viser at det er viktig for jordmødre å forstå og kjenne igjen følelsene til sine kollegaer. Aksept, i tillegg til å snakke om hendelser og følelser, er koplet opp imot jordmødres opplevelse av å bli støttet. Denne støtten er viktig og muliggjør at jordmødrene finner styrke til å komme gjennom sorgen og legge hendelsen bak seg. Våre informanter sa at det var viktig å få høre fra kollegaer at de var «ok», både som personer og som kompetente utøvere i jordmorrollen. Jordmødre som opplever å få god støtte, har det bedre psykisk og mestrer hendelsen på en bedre måte (12,13). Støtten oppleves nødvendig for å finne veien gjennom sorgen (21). Gardner (19) hevder i sitt studie at psykisk og emosjonell støtte av jordmor er en absolutt nødvendighet, slik kan jordmor bedre støtte og ivareta omsorgen for de etterlatte.

«Det er jo den verste situasjonen. Men kollegaene vil aldri anklage dere for noen ting. Det er min erfaring altså, gjennom alle de årene. Kollegaene støtter dere uansett. Det må vi huske på. Vi står aldri alene. Det er ingen som er alene på jobb noen gang.»

«Ja det er kanskje de uformelle som er de viktigste. For de får du tatt der og da og de får du gjen tatt.»

Jordmødrene i vårt studie hadde et ønske om mer teamarbeid. Alle tre jordmødrene hadde god erfaring med at det var en jordmorkollega til stede ved kritiske hendelser og dødfødsler. Jordmødrene hadde også ønske om at barnepleier kunne være mere til stede hos paret ved dødfødsler. Det å dele opplevelsene med en kollega opplevdes for jordmødrene som den viktigste faktoren for å ivareta seg selv i vanskelige situasjoner. Worden (18) beskriver også viktigheten av å dele den emosjonelle byrden, slik ivaretar man kollegers mentale helse på beste måte.

«Snakk og snakk. Snakk med kollega. Om igjen og om igjen. Og det ligger jo der, det går jo aldri over. Det er jo bilder, og det kjenner jeg nå bare jeg sitter her så kommer det, ja det var hun vet du som lå bak skjerm-brettet. Det er jo kjempe lenge siden. Jeg har nesten glemt det, men det ligger der allikevel. Så da ser jeg jo hele situasjonen.»

Vi mener at bruk av kollegastøtte under vanskelige situasjoner, gjør det lettere å snakke, evaluere og trekke lærdom av hendelsene. Det vil også være en del av mestringsressursene som gjør det lettere å gå videre.

Kritiske hendelser tidlig i yrkeskarrieren former jordmødrenes atferd i mange år etterpå. Uten støtte internt, kan veien være kort til sykemelding eller at jordmor forlater yrket. Det tar lang tid å føle seg trygg i jobben igjen etter en kritisk hendelse (8, 12), samtidig er det også mulig å komme styrket ut av hendelser. Dette er også avhengig av en god balanse mellom jobb og privatliv, at man lærer av hendelsen og bruker erfaringene i sin yrkesutøvelse, og støtter andre som er i samme situasjon (8).

For våre informanter føltes det helt naturlig å få utløp for tanker og følelser i samtale med gode kollegaer, og det kollegiale samholdet framsto som velfungerende i avdelingen. Det fantes også prosedyrer for mere formell oppfølging etter hendelser, dette etter initiativ fra ledelsen ved den respektive avdeling. Jordmødrene ga uttrykk for å være godt ivarett og hadde gode mestringsressurser jamfør både Antonovsky og Scotts teorier. Slik er det dessverre ikke overalt. Manglende rutiner for oppfølging internt, som ofte skyldes svikt med hensyn til ledelsen ved foretakene, fører til at jordmødre i enda større grad blir avhengige av eget nettverk med familie, venner og kollegaer for å håndtere kritiske hendelser som dødfødsler (12).

André (13) konkluderer med at de fleste jordmødre i hennes studie, ønsker veiledningsgrupper i tillegg til uformelle samtaler for bearbeiding av hendelser. Når det ikke finnes noe organisert tilbud om grupper eller samtaler for jordmødre, er man avhengig av de uformelle samtalene. Disse samtalene blir dermed lettest tilgjengelig for de med tettest sosialt nettverk i jobbsammenheng. Vi finner det derfor naturlig å stille spørsmål om deltidsansatte og nytilsatte, som kanskje ikke har opparbeidet seg et slikt sosialt nettverk, kan være særlig utsatt for å oppleve manglende ivaretagelse og støtte når alvorlige hendelser oppstår.

Det er viktig at både jordmødre og helseforetak er selvbevisst de utfordringene omsorgen ved dødfødsel og kritiske hendelser innebærer (10). Stadtlander (12) hevder at god egenomsorg som for eksempel å leve et privatliv som tilfører energi og balanserer kravene i yrkeslivet, hjelper fagfolk til å mestre situasjoner. Slik får jordmødre overskudd til bedre å støtte og hjelpe sørgende foreldre. Å komme til en avslutning er nevnt i et studie (13), og ble også vektlagt av en av våre informanter. Å legge hendelser bak seg er absolutt nødvendig for å ha krefter til å gå inn i neste situasjon.

Avslutning

Som jordmor opplever man store kontraster; alt fra

den største glede til den dypeste sorg. Det er ikke vanskelig å forestille seg at det å stå som ansvarlig jordmor under en dødfødsel er tøft på mange måter. For å kunne utøve jordmoryrket på en god måte, er det viktig at vi ivaretar oss selv og kollegaer i vanskelige situasjoner. Nyutdannede jordmødre kan lære av erfarne jordmorkollegaer. Vi ser at det er viktig å ikke stå alene første gang man opplever en dødfødsel, men at man bruker hverandre og ber om hjelp og støtte. Å jobbe tverrfaglig med barnepleier og lege oppleves som positivt. Gode prosedyrer/retningslinjer i forhold til debrifing er med på å fremme mestring og skape mestringsstrategier. Vårt hovedfunn er at det er viktig å ha gode kollegaer som en kan snakke med og som kan hjelpe en gjennom vanskelige situasjoner. Kollegaene er våre viktigste støttespillere. Vi mener å se at erfaring i yrket vårt fremmer evnen til å reflektere, mestre og lære både underveis og i etterkant av dødfødsler.

«Men jeg har aldri tenkt, at det her vil jeg ikke tilbake til. For det er så mye aspekt ved jobben som er så fantastisk.» ■

Mer om dødfødsel:

På sykepleien.no kan du lese om hvordan Helene Tennefoss-Tørnqvist opplevde å miste et barn: <https://sykepleien.no/2016/06/ikke-en-dag-uten-jeg-tenker-pa-morgan>

Referanser:

1. Folkehelseinstituttet (2012) Perinatal dødelighet – fakta ark med statistikk om dødsfall ved fødselen. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/tema/dodsarsaker-og-levealder/perinatal-dodelighet> [15.01.2016]
2. Folkehelseinstituttet (2015) Fødselsstatistikk 2014. [online] Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/70f939a478.pdf> [15.01.16]
3. Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. (2007) Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370, 1960–1973. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
4. Stroebe, M.S., Folkman, S., Hansson, R.O. & Schut, H. (2006) The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine* 63, 2440–2451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
5. Van der Houven, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Van Den Bout, J. & Wijngaards-De Meij, L. (2010) Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach. *Death Studies*, 34, 195–220. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07481180903559196>
6. Harper, M., O'connor, R.E., O'Carroll, R.C. (2011) Increased mortality in parents bereaved in the first year of their child's life. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1, 306–309. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000025>
7. Cullberg, J. (1966) Reactions on perinatal mortality. I: Psychic sequelae in women. *Lakartidningen*, 63, 3980–6.
8. Scott, S.D., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCoig, M., Brandt, J., Hall, L.W. (2009): The natural history of recovery for the healthcare provider («second victim») after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. Vol. 18 pp: 325–330. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
9. Antonovski, A. (2012): *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk

10. Mitchell, M. (2005): Preparing student midwives to care for bereaved parents. *Nurse Education in Practice*. Vol. 5, pp: 78–83 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2004.03.005>
11. Fenwick, J.B., Downie, J., Butt, J., Okanaga, M. (2007): Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*. Vol. 20 (4), pp: 153–160. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2007.09.002>
12. Stadtlander, L. M. (2012): The Grief of Caring: Self Care in the Helping Grieving Parents of Stillbirth. *International Journal of Childbirth Education*. Vol. 27, issue 2, pp: 10–13. [online] Tilgjengelig fra: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/82258093/grief-caring-self-care-helping-grieving-parents-stillbirth> [03.02.16]
13. André, B. (2000): Når møtet med livet blir møtet med døden. *Vård i Norden*, 2/2000 no. 56 Vol 20 pp: 39–44. DOI: <http://olx.doi.org/10.1177/010740830002000209>
14. Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
15. Leinweber, J., Rowe, H. J. (2010): The costs of «being» with the women: secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. Vol. 26, pp: 76–87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>
16. Kirkham, M., Stapleton, H. (2000): Midwives' support needs as childbirth changes. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 32 pp: 465–472. DOI: <http://olx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01497.x>
17. Jones, K., Smith, L. (2005): The impact on Midwives of their first stillbirth. *New Zealand Collage of Midwives Journal*. Issue 51. DOI: <http://olx.doi.org/10.12784/nzcomjnl51.2015.3.17-22>
18. Worden, J. W. (2008): *Grief Counseling and Grief therapy: A Handbook for the Mental Health*. 4. utgave. New York: Springer Publishing Company, LLC
19. Gardner, J. (1999): Perinatal Death: Uncovering the Needs of Midwives and Nurses and Exploring Helpful Interventions in the United States, England & Japan. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 10, no. 2, pp: 120–130. DOI: <http://olx.doi.org/10.1177/104365969901000205>
20. Payne, N. (2001): Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33, issue 3, pp: 396–405. DOI: <http://olx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x>
21. Jonas-Simpson, C., Pilkinton, F. B., MacDonald, C., McMahon, E. (2013): Nurses' Experiences of Grieving When There is a Perinatal Death. *Stage open*, pp: 1–11. DOI: <http://olx.doi.org/10.1177/2158244013486116>
22. Wallbank, S., Robertson, M. (2012): Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing and Studys*. Vol. 50, issue: 8, pp: 1090–1097. DOI: <http://olx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022>
23. Store Medisinske Leksikon [online] Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/debriefing> [01.02.16]
24. Puia, D.M., Lewis, L., Beck, C. T. (2013): Experiences of Obstetric Nurses Who Are Present for a Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Vol. 42, issue 3, pp: 321–331. DOI: <http://olx.doi.org/10.1111/1552-6909.12040>
25. McCool, W., Guidera, M., Stanson, M. Dauphinee, L. (2009): The pain that binds us: Midwives' Experiences of Loss and Adverse Outcomes Around the World. *Health Care for Women International*. Vol. 30, issue 11, pp: 1003–1013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07399330903134455>
26. McVicar, A. (2003): Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 44, issue 6, pp: 633–642. DOI: <http://olx.doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x>
27. Ball, L., Curtis, P., Kirkham, M. (2003): Why do midwives leave? *Midwifery Matters*, issue 96, pp: 8–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7363.541>
28. Fylkesnes, A.M. (2010) *Internasjonale føringer for jordmorvirksomheten*. I: Brunstad, A. og Tegnander E. (red.) (2010) *Jordmorboka*. Oslo: Akribe AS
29. Sheen, K., Spiby, H., Slade, P. (2014): Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies* vol. 52, issue 2, pp: 578–587. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006>
30. Pezaro, S., Clyne, W., Turner, A., Fultun, E.A., Gerada, C. (2015): Midwives Overboard! Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.006>



Alle kan bruke aminoJern!

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

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

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

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

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

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

www.aminojern.no





BLI MEDLEM

JORDMORFORBUNDET NSF

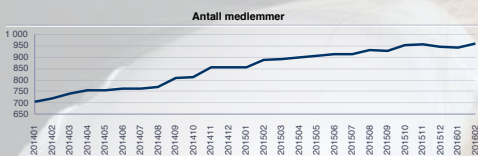
FORDI STØRRELSEN TELLER

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

MEDLEMSFORDELER:

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

Medlemsutvikling siste 3 år
År: 2016 Måned: 3



FLOTTE VERVEPREMIER:

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

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



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



www.jordmorforbundet.no

Hanne Charlotte Schjelderup-Eriksen,
leder av Jordmorforbundet NSF

Urovekkende lavt jodinntak

Jod er viktig for stoffskiftet, og for normal vekst og utvikling av hjernen hos foster og små barn. Undersøkelser viser at jodmangel igjen er på fremmarsj i Norge og at gravide, ammende og små barn er mest utsatt.

Tekst **Guro Waage** og **Kaja Helland-Kigen**, kliniske ernæringsfysiologer, Opplysningskontoret for Meieriprodukter (Melk.no)

Norge har det i lang tid vært antatt at befolkningen har et tilstrekkelig inntak av jod, og sporstoffet har fått lite oppmerksomhet siden alvorlig jodmangel ble utryddet i Norge på 1950-tallet. En ny rapport fra Nasjonalt råd for ernæring viser imidlertid at deler av befolkningen får såpass lite jod at det er behov for akutte tiltak. Særlig gjelder dette unge kvinner i fertil alder, gravide, ammende og dem som bruker lite melk, meieriprodukter og fisk.

Hva er jod?

Jod er et essensielt sporstoff som finnes i skjoldbruskkjertelen (tyreoidea). Kroppen trenger jod hver dag, og vi må få det fra mat og drikke. Jod inngår i

dannelsen av hormonene tyroksin (T4) og trijodtyronin (T3). Disse hormonene regulerer stoffskiftet vårt, og er viktig for normal vekst og utvikling av sentralnervesystemet og hjernen hos foster og små barn.

Før og under svangerskapet

Helsedirektoratet anbefaler et daglig inntak av jod på 150 mikrogram (µg) for voksne og barn over 10 år. Gravide og ammende har et økt behov for jod, og trenger henholdsvis 175 og 200 µg om dagen. Dette for å sikre at fosteret og babyen som ammes får nok jod, slik at vekst og utvikling går som det skal. Jodmangel både før og under svangerskapet kan ha negative konsekvenser for blant annet hjernens utvikling hos fosteret. Nye norske studier indikerer at selv mild og moderat jodmangel kan knyttes til lavere kognitiv funksjon, forsinket utvikling og enkelte former for atferdsproblemer hos barn. I tillegg kan jodmangel gi stoffskiftetforstyrrelser hos mor.

Høyere risiko

Gravide og ammende har et økt behov

for jod, og er derfor spesielt sårbare for en mangeltilstand. Tall fra Den norske mor- og barnundersøkelsen viser at over halvparten av gravide (54 prosent) har et jodinntak som er lavere enn anbefalingene, og 16 prosent har et svært lavt inntak. Man kan ikke utelukke at dette kan være negativt for fosterets utvikling. På bakgrunn av disse tallene er Norge nå satt på WHO sitt kart over land med jodmangel blant gravide. Det er stor spredning i jodinntaket blant gravide, og derfor er det viktig å kartlegge om den enkelte gravide får nok. Tall fra Den norske mor- og barnundersøkelsen viser at jodinntaket har sterk sammenheng med inntaket av melk, meieriprodukter og fisk. De som drikker lite melk, spiser lite fisk og ikke bruker kosttilskudd er i større risiko for å få i seg for lite jod.

Få gode kilder til jod

Det er få gode kilder til jod i det norske kostholdet. Mesteparten får vi fra melk og meieriprodukter, sammen med fisk og sjømat. Egg inneholder

Hvor mye jod trenger vi?

- Voksne og barn over 10 år: 150 mikrogram (µg) jod om dagen
- Gravide: 175 µg
- Ammende: 200 µg
- Barn under 10 år: 70–120 µg



NOK JOD: Gravide og ammende trenger 8 desiliter melk eller yoghurt om dagen for å få nok jod. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

også en del jod. Særlig mager, hvit fisk inneholder mye jod. Blant meieriproduktene varierer også innholdet en del. For eksempel inneholder brunost over 150 µg jod per 100 gram. Til sammenlikning inneholder gulost 31 µg per 100 gram og melk og yoghurt cirka 20 µg per desiliter. Salt bidrar med svært lite jod i norsk kosthold, fordi kun enkelte salttyper er tilsatt jod, og da kun i små mengder. Til sammenlikning er alt salt i Sverige tilsatt jod, og i ti ganger så store mengder som her til lands. Tang og tare er også naturlige kilder til jod, men kan inneholde store mengder. For mye jod er heller ikke heldig. Mel laget av tang og tare bør derfor brukes med forsiktighet, spesielt av gravide, ammende og små barn.

Hvordan kan gravide få nok jod?

Jodstatus kan ikke måles ved å ta en blodprøve. Urinprøve kan si noe om jodstatus, men dette tas kun i spesielle tilfeller. Den enkleste måten å finne ut om man får nok jod, er ved å se på hvor mye melk, meieriprodukter og fisk man spiser. 5 desiliter melk, syrnet melk eller yoghurt hver dag, fisk til middag 2–3 dager i uken (husk hvit fisk), og et ellers sunt og variert kosthold, er med på å sikre jodinntaket. Gravide og ammende trenger 8 desiliter melk eller yoghurt om dagen for å få nok jod. Der-

«Det er få gode kilder til jod i det norske kostholdet.»

som ikke inntaket av jod antas å være tilstrekkelig, kan gravide anbefales et kosttilskudd som inneholder jod. Gravide bør være forsiktige med å bruke kosttilskudd basert på tang og tare fra helsekost, og heller kjøpe tilskuddet på apotek for å kunne kontrollere hvor mye jod de får.

Kan man få for mye jod?

For høyt inntak av jod kan også føre til forstyrrelser i stoffskiftet. Et litt høyt inntak vil imidlertid gjøre mindre skade enn et utilstrekkelig inntak, og det skal ganske store mengder til før jod kan være skadelig (> 600 µg per dag). Akutt jodforgiftning er ikke vanlig, men kan forekomme ved bruk av store doser kosttilskudd eller ved uforsiktig bruk av tang- og taremel. Norske studier viser at det er svært sjeldent med for høyt jodinntak blant gravide i Norge. ■

Referanser:

Nasjonalt råd for ernæring (2016) Risiko for jodmangel i Norge: Identifisering av et akutt behov for tiltak. IS-0591.

Abel MH. Iodine intake in pregnancy is associated with neurodevelopment at age 3: results from The Norwegian Birth Cohort Study (MoBa). Presentasjon av abstract, Nordic Nutrition Conference 2016.

Abuerto NJ, et al (2014) Effect and safety of salt iodization to prevent iodine deficiency disorder: A systematic review with metaanalyses. Geneva: World Health Organization.

Brantsaeter AL et al (2013) Risk of suboptimal iodine intake in pregnant norwegian women. *Nutrients* 4: 424–440.

Brantsaeter AL et al (2009) Evaluation of urinary iodine

■ Jodinnholdet i noen matvarer

- Ett glass melk: 40 mikrogram
- En brødskiye med gulost: 8 mikrogram
- En brødskiye med brunost: 22 mikrogram
- En yoghurt: 21 mikrogram
- En porsjon ovnsstekt laks: 20 mikrogram
- En porsjon kokt torsk: 372 mikrogram
- Ett egg: 27 mikrogram

Kilde: Matvaretabellen.no

excretion as a biomarker for intake of milk and dairy products in pregnant women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *European Journal of Clinical Nutrition* 63, 347–354.

Norkost 3. En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant men og kvinner i Norge i alderen 18–70 år, 2010–2011. Helsedirektoratet.

Seldal CF (2012) Seafood intake and iodine status in pregnant and post-partum Norwegian women. Master thesis. Bergen: Faculty of Medicine, University of Bergen.

Trumpff C, et al (2013) Mild iodine deficiency in pregnancy in Europe and its consequences for cognitive and psychomotor development of children: A review. *Journal of trace Elements in Medicine and Biology* 27, 174–183.



VOKSNE OG BARN: Helsedirektoratet anbefaler et daglig inntak av jod på 150 mikrogram (µg) for voksne og barn over 10 år. Illustrasjon: Colourbox.

Inspirasjon og ny kunnskap

Re-suturering av rifter var en av mange interessante temaer som ble tatt opp på Den nordiske jordmorkongressen i Göteborg. Tekst Maja Aalstad Andersen og Elise Lilleberre



Den 11. mai i år reiste vi fra en kald vårdag i nord. Programmet for de tre dagene på kongressen fortalte oss at vi kunne vente fullspekkete dager med mange interessante temaer. Vi er begge jordmorstudenter midt i 2. praksis. Vi var heldige som hadde fått dekket reise og opphold av Jordmorforbundet NSF, og var spent på hvordan kongressen ville bli.

Stor opplevelse

Under kongressens åpning forsto vi at vi hadde fått anledning til å være med på noe som var større enn vi hadde sett for oss. Presidenten i International Confederation of Midwives (ICM) Frances Day-Stirk åpnet med å gi oss et innblikk i dagens utfordringer blant jordmødre verden over. Siste økt før lunsj ble avsluttet med at alle jordmødrene i den store salen reiste seg fra stolene og danset til afropop-musikk av Aurelia Dey. Det var en herlig stemning og en fin start.

Hver dag var delt opp med ulike temaer i forskjellige saler. Temaer som «faser i fødsel», «brysternæring og postnatal omsorg», og «seksuell og reproduktiv helse» var noen av disse. Det var ikke alltid like lett å bestemme seg for hva man ønsket mest å få med seg. I tillegg var det workshops hvor vi kunne melde oss på gruppeundervisning med tips, triks og diskusjon.

Re-suturering av rifter

I en av workshopene ble det presentert

et prosjekt av to danske jordmødre med fokus på re-suturering av rifter. Denne workshopen gjorde inntrykk. Suturering er noe vi opplever utfordrende som studenter. Her fortalte Sara Kindberg (jordmor, spesialist i perineal care) fremgangsmåte og hvordan prosjektet ble møtt med positiv innstilling av jordmødrene og kvinnene som ble suturert. Prosjektet avdekket at fem prosent av de suturerte riftene hadde behov for re-suturering. Årsakene til ufullstendig og feil suturering var sammensatte; dårlig tid på fødestua, problemer med å få god oversikt og hevelser i vevet ble nevnt av jordmødrene i prosjektet. Bilder viste før og etter re-sutureringen. De anbefalte sterkt å bruke transcutan pudendusblokkade som smertelindring på de litt større riftene. Dette mente de ga adekvat lindring og lite hevelse, slik at suturerings situasjonen kunne foregå på en god måte for både mor og jordmor.

Interessant studie

Temaene og de studiene som ble lagt frem ga oss mye å diskutere under lunsj og i pauser. Studiene gjort på hvordan kvinner opplever det at fødslene ble indusert var et av dem som ga oss mange tanker. Her presenterte flere jordmødre fra Sverige og Danmark sine studier. Jordmor Rikke D. Maimburg fra Århus presenterte i sin studie at kvinner som går over tiden opplever de siste dagene av sitt svangerskap som en nedtelling

mot induksjon. Hun viste til tre hovedpunkter i kvinnens opplevelse; som var at tiden gikk sakte, at de følte seg kategorisert som et resultat av medisinsk statistikk og stigmatisert fra å være en gravid kvinne til å bli pasient.

Hjemmefødsel

Siste dag på kongressen gikk vi på temasalene for hjemmefødsel. Der presenterte blant andre Ellen Blix, som er professor i jordmorfag, sin studie gjort på overflyttinger til sykehus i hjemmefødsler. De fant at 1/3 av alle førstegangsfødsende og åtte prosent av alle flergangsfødsende ble transportert i løpet av fødselen eller innen 72 timer etter fødselen. Den mest vanlige årsaken til overflytting var langsom fremgang i fødsel, og postpartumblødning eller respiratoriske problemer hos barnet etter fødsel. Av 3068 kvinner var 116 av de klassifisert som akutt behov for overflytting.

Kongressen ga oss masse og vi vil sterkt anbefale alle å reise til Island i 2019. For oss var det stort bare det å få dele de tre dagene med så mange inspirerende og flotte jordmødre. Ikke bare fikk vi faglig påfyll, men det sosiale var også viktig. Det å møte jordmødre fra rundt om i Norden er spennende og lærerikt. Vi håper å kunne danse til åpningen i flotte Reykjavik om tre år.

Takk til Jordmorforbundet NSF, som gjorde det mulig for oss å gjennomføre reisen. ■



FRISKE MØDRE OG BARN: Målet med skåringsverktøy er å unngå alvorlige sykdom. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Verktøy kan redde liv

Gravide og barselpasienter kan bli alvorlig syke og tilstanden kan forverre seg raskt. Derfor har jordmødre og leger bruk for gode verktøy til å oppdage tilstanden og kommunisere med hverandre for å unngå alvorlig sykdom og redde liv.

Bakgrunn

Kritisk sykdom er uvanlig i svangerskap og barseltid, men kan gi alvorlige komplikasjoner. Komplikasjoner som kan bli ødeleggende, ikke bare for kvinnen og familien hennes, men også for helsepersonellet som er ansvarlige for behandlingen og pleien av henne. I de alvorligste tilfellene kan kritisk sykdom føre til død i løpet av svangerskapet, eller kort tid etter fødsel. Rapporter om mødredødsfall fra Norge, Irland og Storbritannia viser at det er lave tall for mødredødelighet i våre land, men de viser også at for hvert dødsfall er det om lag ni alvorlige tilfeller av sykdom (1, 2). Det er ingen grunn til at vi skal slå oss til ro med den lave dødsraten. Det er god grunn til kontinuerlig arbeide for å øke kvaliteten på kliniske observasjoner i svangerskaps- og barselomsorgen.

Livstruende sykdom i svangerskapet kan komme av tilstander som skyldes graviditeten og bare oppstår under graviditet. Det kan skyldes tilstander

som blir forverret av svangerskapet eller det kan være tilfeldige sammenfall. Dette finner vi igjen i inndelingen av mødredødsfall i direkte, indirekte og tilfeldige mødredødsfall (1, 2). Tilstander som bare oppstår i graviditeten er obstetrisk blødning, preeklampsi og eklampsi, fostervannsemboli, chorionamnionitt, endometritt, uterus ruptur, placenta akreta/perkreta og akutt fettlever.

Mange skåringsverktøy

NEWS for voksne

Det finnes flere skåringsystemer for å registrere svikt i vitale funksjoner sånn at vi tidlig kan oppdage når akutte og livstruende situasjoner er under utvikling. National Early Warning Score (NEWS) ble lansert i 2012 som en nasjonal anbefaling for hele Storbritannia (3). Slike verktøy er innført på flere sykehus i Norge, blant annet som et ledd i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24–7» (4).

■
Av **Eli Aaby**, fagutviklingsjordmor, Akershus universitetssykehus/medlem i redaksjonsutvalget i Jordmora

Skåringsverktøyene er hjelpemidler til å gjøre en rask og systematisk vurdering av kliniske parametere som respirasjon, puls, blodtrykk, temperatur og bevissthetstilstand. Det er utviklet ulike tabeller for å føre inn verdiene og gi poeng. Til skåringsverktøyet hører klare retningslinjer for hvordan man følger opp pasienten avhengig av poeng, som for eksempel hvor ofte observasjonene skal gjentas eller hvem som skal kontaktes. Her er det verdt å merke seg at det i de fleste retningslinjene er erfarne sykepleiere eller leger som skal tilkalles først, ikke yngste vikar. Flere sykehus har opprettet mobile team med erfarne intensivsykepleiere og anestesileger som kan komme til sengepostene og vurdere pasienten sammen med sykepleier og lege på post når de er usikre (5).

Helse Sør-Øst har vedtatt å ta i bruk et konsept med NEWS og «ProAct». Universitetssykehuset i Nord-Norge bruker «TILT» – forkortelse for «Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander». OUS Rikshospitalet og Lovisenberg Diagonale Sykehus bruker «MEWS» – Modified Early Warning Score.

IMEWS/MEOWS for gravide og barselkvinner

Ingen av verktøyene som er i bruk i Norge er validert for gravide og barselkvinner. Et kjent eksempel på at det er nødvendig å lage egne tabeller for gravide og barselkvinner, er verdiene for blodtrykk. I Irland har helsemyndighetene gjort et solid arbeid for å validere et skåringsverktøy for gravide og barselkvinner: «IMEWS» står for Irish Maternity Early Warning Score» (6). De irske helsemyndighetene anbefaler at skåringsverktøyet brukes til alle kvinner som er innlagt i sykehus når de er klinisk gravide og inntil 42 dager etter fødsel, uavhengig av alder, sykehusavdeling eller hvorfor hun er innlagt. IMEWS skal brukes som et tillegg til jordmorsomsorg eller sykepleie og er ikke ment å erstatte klinisk skjønn. Bekymring for en kvinnes tilstand, basert på klinisk skjønn og vurdering, skal føre til at medisinsk personell blir kontaktet, uavhengig av IMEWS-skår. Kommunikasjonsverktøyet «ISBAR» er en del av IMEWS. I Irland har de også lagd en brosjyre med pasientinformasjon om IMEWS som blant annet oppfordrer kvinnene til å si ifra til jordmor hvis hun føler seg i dårlig form.

Det er også flere skåringsverktøy for svangerskap og barsel i Storbritannia. Der brukes forkortelsen «MEOWS» – Modified Early Obstetric Warning Score. Skåringskjemaene har ulik design og ikke alle virker like oversiktlige.

Utfordringer for jordmødre

Vi må – som alle andre – lære oss å bruke verktøyene for skåring og kommunikasjon. Det er ressurskrevende. Da Ahus innførte ProAct på medisinsk og kirurgisk avdeling, holdt kompetanseavdelinga heldagskurs med

«Skåringskjemaene har ulik design og ikke alle virker like oversiktlige.»

faglige innlegg og casescenario-treninger for samtlige sykepleiere og leger på alle sengepostene. Et avgjørende suksesskriterium er at de som skal vurdere pasientene sammen, også trener sammen. Det er særlig viktig når vi trener på kommunikasjon. Det har vist seg at det ikke har så stor verdi at jordmødre er trent i ISBAR om ikke legene de samarbeider med er ukjente med denne måten å kommunisere på.

Det er ikke utarbeidet et eget skåringsverktøy for gravide og barselkvinner tilpasset norske forhold. Det er for eksempel forskjeller mellom skåringsverktøyene i hva som er normal respirasjonsfrekvens for gravide og barselkvinner i Irland, Storbritannia og Norge. Det er store variasjoner. Vi er heller ikke vant til å telle respirasjonen og trenger opplæring i det. Skåringsverktøyene for voksne og barn er ment og brukes på pasienter som er innlagt på sykehus. De er i utgangspunktet syke, de fleste av våre pasienter på føde og barsel er i utgangspunktet friske. Det betyr at når vi skal skåre alle, så må vi skåre veldig mange før vi fanger opp dem som er i ferd med å bli kritisk syke. Hvis skåringene blir oppfattet som enda en ny og tungvint rutine, kan det føre til dårligere trening og mindre oppslutning om skåringene. Det er også beskrevet i artikler om MEWS at jordmødre mener det er unødvendig med skåringer fordi vi følger kvinnene så tett over lang tid.

En grunnleggende oppgave i jordmorfaget er å støtte opp under det normale i svangerskapet – fødsel og barseltid. Det er også vår jobb å legge vekt på det friske hos dem som er syke. Det er utfordrende, særlig fordi de sykeste gravide og barselpasientene er på de største fødeavdelingene med de travleste jordmødrene. Jeg mener at det er behov for en grunnleggende diskusjon om hva som er nødvendige observasjoner av de friske fødekvinne. Kan det hende at vi som har fokus på det normale, overser forverring i tilstanden? Målet er å fange opp dem som begynner å bli syke og behandle dem for tilstanden blir alvorlig eller uopprettelig.

En annen utfordring for oss jordmødre er at vi har to pasienter og to legegrupper vi samarbeider med.

PEVS for barn

For oss på Ahus er det en fordel at barnelegene er godt trent i PEVS og ISBAR – skåringsverktøy for barn. Barne- og ungdomsklinikken på Universitetssykehuset i Akershus har utviklet et skåringsverktøy for barn, tilpasset norske forhold: «Ped SAFE» (7). Sentralt i PedSAFE står pediatrik tidlig varslings-skår. Dette systemet er basert på alder og kliniske parametere som respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, puls, blodtrykk, temperatur og bevissthetsnivå. Rekkefølgen i parameterne er tilpasset ABCDE – algoritmen. Dersom de målte parameterne i økende grad avviker fra normalverdiene for alderen, øker skåren. I 2015 var PEVS i bruk ved barneavdelingene på Akershus universitetssykehus, Sørlandet sykehus og Vestre Viken helseforetak i Drammen. Seinere har barneavdelingene i Helse Vest tatt i bruk skåringsverktøyet.

TVS for nyfødte

Våren 2016 har vi, i samarbeid med barnelegene, prøvd ut et skåringsverktøy for nyfødte på føde B på Ahus. «TVS» – Tidlig varslings-skår for nyfødte er utarbeidet og tilpasset norske forhold av barneleger

«Det er også vår jobb å legge vekt på det friske hos dem som er syke.»

ved Akershus universitetssykehus og Sørlandet sykehus. Det bygger grunnleggende på den samme pedagogikken som PedSAFE, men de fysiske parameterne er tilpasset nyfødte.

I prøveperioden opplevde vi to utfordringer som jeg tror vi kan dra lærdom av når vi vil bruke liknende metode for gravide og barselpasienter: De aller fleste av pasientene våre er friske. Det betyr at vi må skåre veldig mange før vi fanger opp noen som er kritisk syke og dermed ser nytten av det vi gjør. Det andre er at vi må utvide forståelsen av seleksjon. Vi er vant til å selektere gravide til grønn eller rød, men etter at barnet er født og har fått en fin Apgar er vi ikke så vant til å forfølge risikovurderingene i observasjonene av den nyfødte. Det gikk et lys opp for meg da jeg leste «Newborn Early Warning Trigger And Track (NEWTT) – A framework for

Practice» fra den britiske foreninga for perinatalmedisin 2015 (8). «Trigger and track» er et begrep for faktorer som bør motivere (trigge) oss til å forfølge tilstanden. Skårings-skjemat for de nyfødte har to sider – forside for skåringer og baksider for å markere risikofaktorer.

Kommunikasjon

Både i konseptene «Pro Act», «PedSAFE» og «TILT» inngår kommunikasjonsverktøyet ISBAR. Det er en modell for sikker og strukturert muntlig kommunikasjon.

Avslutning

I skrivende stund er vi i startgropa på Akershus universitetssykehus med å lage et skåringsverktøy for gravide og barselkvinner som er validert for norske forhold og som vi håper kan få oppslutning i det norske fagmiljøet. Det er et samarbeid mellom kvinneklinikken, anestesiseksjonen og kompetanseavdelinga. Vi har gode erfaringer med, og oppslutning om, tverrfaglig trening fra akutt obstettrikk kurs. Målet vårt nå er å lage skåringsverktøy, casescenarioer, utdanne instruktører/kursledere og gjennomføre trening for alle jordmødre og leger før årsskiftet. Vi ønsker også å lage en kort pasientinformasjon.

Skåringsverktøyene skal brukes sammen med det kliniske blikket og «magefølelsen». Det understrekes at lav skår ikke utelukker vurderinger av kollega, lege eller mobil innsatssteam hvis den som gjør observasjonene fortsatt er bekymret for kvinnens tilstand. Målet er å unngå alvorlige sykdom. Dette kjenner vi igjen fra fosterovervåkning. Målet med all fosterovervåkning er jo å få friske barn. Målet med skåring av vitale tegn hos gravide og barselkvinner er å ha friske mødre! ■

Referanser:

1. «Hvorfor dør kvinner av graviditet i dag» Rapport maternelle dødsfall i Norge 1996 – 2011, Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, 2014.
2. «Saving Lives, Improving Mothers' Care» Surveillance of maternal deaths in the UK 2011–13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–13. MBRACE-UK 2015.
3. National Early Warning Score (NEWS) Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report 2012.
4. <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
5. «Tryggere med mobil intensivsykepleier» Johnsen, Grønbeck, Stafseth, Randen, Lien og Lerdal. Sykepleien 2/16 (s 44–48).
6. <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2015/01/National-Clinical-Guideline-No.-4-IMEWS-Nov2014.pdf>
7. <http://www.pedsafe.no/>
8. <http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/NEWTT%20framework%20final%20for%20website.pdf>



PÅ OPPDRAG: Mali Ebrahimi er psykiatrisk sykepleier og jordmor. Hun har vært på ti oppdrag for Leger Uten Grenser. Bildet er tatt i Sør-Sudan.

I grenselandet mellom elvene

«Det var først i felten at jeg lærte å leve i nuet. Her har vi et annet forhold til liv og død,» skriver jordmor i Leger Uten Grenser, Mali Ebrahimi. I denne artikkelen forteller hun om hvordan det er å være jordmor på oppdrag i Irak.

Tekst **Mali Ebrahimi**, jordmor, Leger Uten Grenser. Foto **Privat**.

Jeg titter ut av flyvinduet idet kapteinen ber oss om å gjøre klar for landing. Jeg lurar på om jeg kan se millionbyen Bagdad her oppe fra, men vi er nok fortsatt for langt unna. Under meg er det kun en enorm ørken, og sand og støv henger tungt i luften. De 39 gradene som Yr.no hadde forberedt meg på, var det ingen grunn til å betvile, og den stekende sola gjør at jeg nesten angrer på at jeg insisterte på vindusplass. Men dette er ingen ferietur, så været får bare være som det er. Jeg blir oppmerksom på noen svarte søyler som strekker seg opp

fra sanden ytterst på horisonten. Milevis over bakken blir de til mørke skyer. Jeg husker tilbake til nyhetsbilder fra den første golfkrigen hvor oljebrønner ble satt i fyr av irakiske soldater under tilbaketrekkingen fra Kuwait. Slik ser de altså ut i virkeligheten. Jeg teller to svarte søyler, og prøver å plassere dem på et kart jeg har over Irak. Kartet jeg bruker viser de oppdaterte frontlinjene mellom IS og den irakiske hæren, og en kjapp beregning forteller meg at de to røyksøylerne ligger i et område hvor kampene pågår for fullt. Jeg tenker på kollegaene

mine som jobber her. Leger Uten Grenser driver mobile klinikker langs nettopp denne frontlinjen, og jeg tør ikke tenke på hvor tung og giftig luften må være å jobbe i. For ikke å snakke om alle andre utfordringer. Men det er ikke dit jeg skal. Ikke denne gangen.

Mitt navn er Mali Ebrahimi. Jeg jobber som jordmor både på Rikshospitalet i Oslo, og for Leger Uten Grenser. Jeg kom selv som flyktning til Norge i 1986 da jeg måtte rømme fra Iran. Straks muligheten bød seg, begynte jeg på medisintutdannelsen i Norge, ettersom



FLYKTNINGLEIR: Mali Ebrahim (i midten) snakker med lokalbefolkning og hjelpearbeidere i en flyktningleir i Etiopia, for å kartlegge behovene til dem som bor i leiren.

samfunnsengasjementet mitt ga meg en sterk trang til å hjelpe dem som trenger det mest. Ironisk nok var det samme engasjementet som hadde fått meg til å flykte fra Iran.

Dette er mitt tolvte feltoppdrag for Leger Uten Grenser, og jeg har vært på flere oppdrag i Somalia, Etiopia, Sør-Sudan og Syria de siste åtte årene. Selv om dette gjør meg til en nokså erfaren feltarbeider, så kjenner jeg at pulsen stiger når jeg endelig ser Bagdad under meg.

En enorm og støvete by, med elven Tigris som slanger seg ikonisk gjennom byen. Skal jeg virkelig ut på nok et oppdrag? Er ikke Irak blitt enda mer utrygt de siste årene? Orker jeg å se mer lidelse og død? Jeg tenker at det kan ikke være mye verre enn det jeg allerede har opplevd på tidligere oppdrag. Innerst inne vet jeg at dette er noe jeg må gjøre.

Idet jeg kommer ut av terminalen, treffer varmen meg som et tungt teppe. Den minner meg på at her er det ingen vits i å haste eller bevege seg for fort. Får man hetslag her, er man ikke til

hjelp for noen. Jeg finner frem til bilen som skal ta meg til kontoret. Den blide irakiske sjåføren beklager at bilens klimaanlegg ikke virker, så det kan bli varmt. Av sikkerhetsmessige årsaker kan

«Pulsen er nå helt borte, og blødningen har stoppet.»

vi heller ikke rulle ned vinduene. Men han forsikrer meg om at trafikken ikke er så ille i dag. Vi bør være på kontoret til Leger Uten Grenser innen en time.

Landet mellom elvene

Straks vi forlater flyplassen blir jeg nesten umiddelbart skuffet. Jeg hadde selvfølgelig ikke forventet en eventyrby à la Tusen og én natt, men hadde kanskje håpet på noe mer enn bare synet av utallige militærkonvoier, sikkerhets-

kontroller og enorme betongmurer som omringer alt. Søppelet langs veien er heller ikke innbydende. Heldigvis får jeg et lite glimt av det mer eventyrlige Bagdad når vi krysser Al-Jadriyah-broen over Tigris. I det snau minuttet trafikken bruker på å manøvrere seg over, ser jeg palmer som stikker opp fra storslåtte palass. Jeg ser båter som søvning driver opp og ned på elven. Slik de har gjort gjennom århundrer.

For tusen år siden var Bagdad utvilsomt den viktigste, rikeste og mest moderne byen i Midtøsten, og kanskje til og med hele verden. Det var hit vitenskapsmenn, forfattere og lærde flokket til mens Europa slet seg gjennom en fattig og undertrykkende middelalder. De første sultanene i Mesopotamia bygget storslåtte moskeer, markeder, palasser, biblioteker, veier og ikke minst irrigasjons- og vanningsystem som muliggjorde fruktbare marker rundt byen. Her bodde jøder, kristne og muslimer side om side, og alle slags mennesker var velkomne til den sagnomsuste byen.



Om forfatteren

Mali Ebrahimi er psykiatrisk sykepleier og jordmor, og har vært på ti oppdrag for Leger Uten Grenser. Hun er opprinnelig fra Iran, og bodde der før hun bosatte seg i Norge i voksen alder. Hun jobber i dag på Rikshospitalet i Oslo, i tillegg til å sitte i Leger Uten Grensers sitt styre. Hennes første oppdrag for Leger Uten Grenser var i Somali-regionen i Etiopia hvor hun jobbet i ni måneder med kvinne- og barnehelse, samt i en flyktningleir nord i landet for å jobbe med voldsofre. I 2013 dro hun på to oppdrag i Syria som jordmor på et Leger Uten Grenser-sykehus hvor hun også fikk brukt sin bakgrunn som sykepleier siden sykehuset mottok mange alvorlig skadde fra borgerkrigen. I 2015 hjalp hun gravide kvinner under ebolautbruddet i Sierra Leone, og samme år dro hun til Sør-Sudan for å jobbe som jordmor i Pibor. Hennes siste oppdrag var igjen som jordmor – denne gangen i Irak. Hovedfokuset var fødsler, men prosjektet fikk god hjelp av hennes kulturelle kjennskap til regionen.

Ifølge krønikene ble byen oversvømt av gull og juveler, krydder, tekstiler og klær. Jeg tror ingen av dagens irakere kjenner seg igjen i dette. Går vi enda lenger tilbake i tid, var landet mellom Tigris og Eufrat området hvor de første sivilisasjonene oppsto. Det var her landbruk og hjul ble utviklet, samt de første byene som mennesket noensinne bygget.

Vi kjører over broen, og det korte glimtet jeg får av fordums storhet forsvinner når vi igjen omringes av betong og militærkjøretøy.

Et fragmentert land

På kontoret i Bagdad skal jeg bli over natten for briefing, før jeg reiser til sykehuset jeg skal jobbe på. Jeg får en hyggelig overraskelse når jeg møter to gamle kollegaer fra oppdragene mine i Somalia og Sør-Sudan. Beni og Jonathan har begge jobbet i Leger Uten Grenser i mange år. Vi mimrer om gamle oppdrag, og snakker om hvordan både verden og livene våre utvikler seg. Det er slike kvelder med gamle venner som gjør det

lettere å jobbe i krigssoner. Beni forteller oss om oppdragene han hadde her i Irak på 1990-tallet. Han er det vi kaller en dinosaur innenfor nødhjelp, fordi han har godt over 30 års erfaring med oppdrag i vanskelige konflikter. Den gang drev Leger Uten Grenser medisinsk nødhjelp i de kurdiske områdene som ble bombet av Saddam Husseins regjering.

Vi snakker om at Irak aldri ble et ordentlig definert land før etter første verdenskrig da utallige stammer og etniske grupperinger relativt plutselig en dag ble kalt irakere. En rekke diktatorer klarte noenlunde å holde lokk på den underliggende stammetilhørigheten som truet med å splitte samfunnet, men da helst med maktbruk fremfor en overbyggende nasjonal identitet.

Det var først på 1990-tallet at Irak for alvor begynte å gå i oppløsning. Dette gikk i hovedsak ut over de kurdiske områdene. På tross av bombing og kjemiske gassangrep mot sivilbefolkningen, klarte den kurdiske delen av Nord-Irak, med hjelp fra det internasjonale samfunnet, å vinne en stor grad av selvstyre. Selv om trusselen fra Bagdad fortsatt hang i luften, tok det ikke lang tid før kurderne begynte å skyte på hverandre. Kurdistan-regionen ble delt mellom de to største politiske partiene, og havnet på randen av borgerkrig. Samarbeid mot den stadige trusselen fra Bagdad gikk på bekostning av å vinne intern makt.

Mye av det samme skjer i dagens Irak. Etter Saddam Husseins fall i 2003, ble det kamp om makten ut fra sektariske grenser, hvor stammer, religion, og etnisitet fikk en sterkere tilhørighet enn et demokratisk og forent Irak. Den store splittelsen i Irak ligger mellom kurdere, sjiamuslimer og sunnimuslimer, men vi må heller ikke glemme at turkmenere, assyrere, jesidiere, zoroastere, kristne og jøder – samt alle de syriske flyktningene som har kommet fra nabolandet – også er godt blandet inn i de ulike regionene.

Landet er i dag preget av utallige politiske, militære og økonomiske problemer, og er mer splittet enn noensinne.

Selv i møte med interne stridigheter, korrupsjon og den fortsatte krigen mot IS, er kanskje den viktigste og vanskeligste utfordringen for landet at selve befolkningen ikke har en bindende, irakisk identitet som kan forene folket på tvers av sektariske grenser. Dette forverrer situasjonen i landet, og den sterke mistroen som flourer mellom de ulike gruppene fører til fremmedfrykt overfor egne medborgere, systematisk diskriminering mot minoriteter og mangel på hjelp til dem som trenger det mest. Selv uten våpen er en slik holdning livsfarlig.

Et møte med gamle venner

Slike kvelder med gamle kollegaer er heldigvis overraskende vanlig her ute i felten. Hver gang jeg reiser på nye oppdrag, møter jeg en gammel kollega fra et tidligere oppdrag, og hver gang er det like spennende å møtes igjen. Her går praten aldri om helgens strabaser, hytteturer eller hvor man skal på ferie neste gang. Hjemme i Norge føler jeg at man hele tiden planlegger livet, og alltid skal drive med noe. Det var først i felten at jeg lærte å leve i nuet. Her har vi et annet forhold til tid og penger. Og liv og død. Feltarbeidere forstår hverandre på en helt annen måte, og et bånd dannes når man står sammen overfor det beste og det verste menneskeheten har å tilby. Sammen er vi sterke. Uten hverandre hadde ingen av oss taklet de utfordringene vi møter hver dag.

Militærkontroller

Neste morgen er vi på vei til kvinnesykehuset Sheray Naqib i Kalar, en by som ligger i det selvstyrte Kurdistan, helt på grensen til den delen av Irak som styres fra Bagdad. Selv om det kurdiske og irakiske militæret på hver sin side har etablert en de facto fungerende grense mellom de to regionene, så har ikke sivilbefolkningen mulighet til å velge hvor de vil bo. Her er skillene mellom religion og etnisitet enda tydeligere enn ellers i landet; friksjonen mellom kurdere og sjiaarabere er så enorm at enhver

omstendighet som krever samarbeid eller koordinering raskt kan utvikles til en farlig situasjon.

Vi har kjørt i mange timer og kommet oss gjennom utallige militærkontroller. Når man jobber og reiser i Irak, krysser man flere grenser enn bare de internasjonale grensene vi ser på verdenskartet. Som nødhjelpsarbeider går det som oftest bra å komme seg gjennom, men vi er alltid forberedt på det verste. Selv om alle papirer er i orden, er det ikke gitt at det går feilfritt.

Vi ankommer nå den siste grensen vi skal krysse, nemlig den mellom Kurdistan og Irak. Er vi heldige, kan soldaten som sjekker oss både lese og skrive, og dermed forstå hvem vi er. Er vi uheldige, kan vi bli sittende fast i mange timer mens de sjekker at vi ikke er terrorister. Det er ikke utenlandske feltarbeidere som blir herset med, men våre irakiske sjåfører det går verst ut over. De blir ofte avhørt, kjeftet på, og i verste fall anholdt, bare fordi de er av «feil» etnisitet.

Denne gangen går det heldigvis bra. Soldaten som sjekker oss gransker ID-kortene våre møysommelig. Om han forstår hva som står på dem, vet jeg ikke, men han virker ikke ute etter å starte en krangel. Ikke denne gangen. Han vinker oss videre, og vi puster lettet ut.

Folk mangler helsehjelp

Etter at vi ankommer sykehuset, bruker jeg de første ukene på å bli kjent med bygningen og systemet rundt. Jeg introduseres til personalet, pasientene, hierarkiet og byråkratiet. Til og med sikkerhetspolitiet, som følger nøye med på alt som skjer, er det viktig å respektere og kommunisere med.

Sykehuset er ikke drevet direkte av Leger Uten Grenser, men er det vi kaller et vertikalstøttet oppdrag. Det betyr at sykehuset er drevet av de kurdiske helsemyndighetene, med avtale om støtte, opplæring og oppfølging av Leger Uten Grenser.

Mennesker som trenger medisinsk hjelp i Irak, er i dag ikke garantert

den hjelpen de har krav på. De stadig sterkere sekteriske grupperingene gjør det ekstremt vanskelig for et områdes minoriteter å få den medisinske hjelpen de trenger.

Hver region bygger sitt eget selvbelegstignende system som i økende grad diskriminerer egen befolkning basert på vilkårlige grenser. Dette er ikke bare et resultat av sekterisk tankegang; dessverre er også utdannelsen til helsepersonellet i Irak langt ifra optimal. Mangel på oversikt over et korrumpert og forsømt system gjør at mange ansatte, spesielt sykepleiere og hjelpepleiere, ikke har de nødvendige kvalifikasjonene til å utføre jobben skikkelig. Ofte har de mye mer ansvar enn utdannelsen tilsier, og må altfor ofte ta beslutninger de ikke burde.

Jobben min innebærer å hjelpe de ansatte med grunnleggende teori og praksis, med henhold til pasientbehandling. Alt fra medisinsk etikk, legemiddelbruk, infeksjonskontroll, og samarbeid må jeg sørge for å forbedre, og i mange tilfeller iverksette helt fra bunnen av.

Frykt og forløsning

Området jeg jobber i er ikke en aktiv krigssone, så pasientene på sykehuset er for det meste kvinner og barn fra de omkringliggende flyktningleirene. I Irak er det sterk kultur og tradisjon for å føde hjemme i stedet for på sykehus. Dette betyr at de fleste kommer til sykehuset som følge av fødselskomplikasjoner etter hjemmefødsel. Selv om de første ukene

«Jeg tenker på hvor heldige vi er i Norge.»

er hektiske, husker jeg fortsatt én pasient spesielt godt.

Dagen starter som alle andre med altfor mange pasienter og altfor få ansatte. Det er meg, to sykepleiere og én ufaglært fødselshjelper som skal betjene fødeavdelingen. Rett etter middagsbønnen

blir en 24 år gammel kvinnelig pasient trillet raskt inn på fødestuen. Hun har komplikasjoner etter hjemmefødselen. Jeg ser med en gang at hun er ille ute. Pasienten er blek, kald og har farlig lav puls. Hun gisper etter luft og responderer ikke på tiltale. Jeg spør familien som brakte henne inn om hva som har hendt. De forteller meg med fortvilet stemme at hun hadde blødd veldig mye, og at verken fødselshjelpen eller sykebilen hadde greid å finne ut hva som var galt. Hun hadde skreket og vært helt hysterisk for bare noen timer siden. Jeg tenker at det ikke er et godt tegn at hun nå er så stille og rolig. Men jeg sier ingenting.

Jeg løfter teppet fra pasienten for å undersøke hva som kan ha hendt. Da ser jeg med en gang at hele livmoren er forvridd og revet ut av underlivet. Dette er mer alvorlig enn jeg hadde fryktet. Fødselshjelperen har tydeligvis prøvd å forløse morkaken, noe som i seg selv ikke er uvanlig. Men det hun ikke skjønnte, var at morkaken hadde vokst sammen med livmorveggen, og brukte altfor mye makt da hun dro den ut.

Da pasienten begynte å blø, dro fødselshjelpen bare enda hardere for å stoppe blødningen. I stedet brukte hun så mye kraft at et helt organ ble revet ut av kroppen. Skrikene fra pasienten var så intense nå at de bestemte seg for å ta henne til legevakten. Men der forsto de heller ikke hva som var galt, og aner ikke hva de skal gjøre. De sendte henne videre med ambulanse til sykehuset. Fire timer etter fødselen ankom hun oss. Fire timer med ekstrem smerte, forblødning og regelrett tortur.

Her er det bare én ting å gjøre. Jeg begynner straks med gjenoppliving og setter oksygenmaske på pasienten. Ingen som står rundt skjønner hva som foregår og stirrer måpende på det som utfolder seg. «Du ringer til vakthavende lege, og du ringer til anestesilege og sykepleier. Be dem ta med defibrillator!» roper jeg til mine hjelpeløse kollegaer, mens jeg fortsetter med kompresjoner.

Jeg fortsetter i nesten ti minutter til,



før gynekologen ankommer. Sammen jobber vi med å stabilisere pasienten. Pulsen er nå helt borte, og blødningen har stoppet. Når anestesilegen og sykepleieren også kommer, tar de over og prøver gjenoppliving med elektrosjokk. De forsøker forgjeves i ytterligere ti minutter, før det blir tydelig at pasientens liv ikke kan reddes. Heldigvis går det bra med barnet, som nå blir tatt vare på av søsteren og bestemoren.

Sviket i flere ledd

Jeg tenker fortsatt på hvor mange ledd som svikter langs veien for denne unge jenta. En ufaglært fødselshjelper gjorde vondt verre, og en legevakt som ikke engang hadde klart å administrere væsketilførsel eller førstehjelp, dømt jenta til døden. Sykebilen hadde heller ikke tatt ansvar, utover å frakte henne til oss.

Hadde ikke Leger Uten Grenser vært her, hadde ingen forstått hva som var galt. Selv om det ikke var noe jeg kunne gjøre for å redde henne, hadde hun sannsynligvis ikke dødd dersom elementær førstehjelp var blitt utført fra begynnelsen av. Det skal så lite til for å utgjøre forskjellen mellom liv og død, og mye avhenger av grunnleggende kompetanse og utdanning.

Slike fødselskomplikasjoner er den vanligste årsaken til mødredødelighet i verden. Det er til og med blant FNs tusenårsmaal å redusere denne typen mødredødelighet. Nettopp derfor er det viktig at alle ledd langs veien i et nasjonalt helsesystem har riktig utdanning og kompetanse, og ikke minst den korrekte holdningen overfor medisinsk etikk.

Selv om fødselskomplikasjoner er vanlige, er det ikke ensbetydende med døden. Får man hjelp tidsnok av kompetente mennesker, skal det ikke mye til for at det går bra.

Flere komplikasjoner

Ikke mange dager etter at den unge jenta døde, kommer det inn en pasient med lignende komplikasjoner. Barnet er forløst, men moren blør forferdelig. Nå skjer

det samme igjen, tenker jeg. Men denne gangen forstår hjemmefødselshjelpen heldigvis at kompetansen ikke strekker til komplikasjonene som oppstår. Hun sender moren rett til sykehuset vårt, hvor vi raskt kan ta henne imot.

Når pasienten ankommer, er det tydelig hva som er galt: Morkaken sitter fast etter fødselen. Et relativt enkelt problem, men det må behandles raskt og ordentlig for å unngå videre komplikasjoner. Pasienten har mistet mye blod, ligger i pre-sjokk og er veldig svak. Men sykepleierne er flinke til å adlyde mine instruksjoner, og pasienten blir raskt stabilisert og behandlet med blodtilførsel. Kvinnen er nå utenfor fare, men allmenntilstanden er kraftig redusert. Vi tilkaller vaktthavende lege som skal komme og undersøke pasienten for videre behandling. Legen ankommer, men til min store forskrekkelse begynner hun å kjeft på pasienten – i stedet for å stille de sedvanlige, kliniske spørsmålene.

I et sykehus uten private rom, med sykepleiere, pårørende og andre pasienter til stede, blir den stakkars pasienten utskjelt. Moren til pasienten, som hele tiden hadde sittet musestille i skrekkslagen tilstand ved sin datters side, blir forsøkt dyttet ut av døren av legen som virker fly forbanna. Ingen i rommet reagerer på det som utfolder seg. En lege av hennes status blir aldri stanset i en slik situasjon.

Jeg lurte selv på om jeg har lov til å gripe inn, eller om dette er en vanlig lokal praksis som vi utenlandske feltarbeidere ofte bare må akseptere. Men jeg skjønner fort hva problemet er når jeg hører det legen sier:

«Dere arabere lager bare trøbbel! Dere får haugevis av barn, mens mennene deres kriger, dreper og ødelegger dette landet. Dere har ingenting her å gjøre!»

Det er da jeg skjønner at dette ikke er en lokal praksis jeg kan overse. Jeg må gripe inn.

Jeg går bort til legen, tar henne rolig i hånden og spør stille og rolig hva som er problemet. Jeg later som om jeg ikke vet hva årsaken er, for å gi henne en mulig-

het til å forklare seg. Hun roer seg noe ned, men svarer kontant:

«Hver gang jeg er på vakt, kommer disse menneskene hit med problemene sine!»

Jeg spør videre, uanfektet:

«Vi har nå stabilisert pasienten og er i gang med behandling. Hva er videre prosedyre?»

Fortsatt opphisset, svarer hun:

«Det er greit, gi henne to poser til med blodtilførsel. Egentlig skulle familien hennes ha vært her for å gi blod, men det er de selvfølgelig ikke!»

Så går hun mot døra før hun snur seg og sier til sykepleierne:

«Ring meg hvis det er noe viktig»

Så forsvinner hun.

Grunnleggende medisinsk etikk som i teorien skal sikre pasientens rettigheter og behandling, blir like tilsidesatt som en nasjonal identitet. I dette tilfellet går det bra, og pasienten og barnet overlever.

Neste uke skal jeg hjem til Norge. Da har jeg vært her i tre måneder og hjulpet utallige pasienter, men det er fortsatt de to jentene jeg husker best. To veldig like situasjoner med ulikt utfall. Jeg tenker på de to nyfødte barna som vokser opp midt i en krig, og en av dem uten en mor. Jeg tenker på hvor heldige vi er i Norge, hvor sykebiler ikke må gjennom militærkontroller og mødre ikke trenger å føde uten profesjonell hjelp. Jeg tenker på privilegiet ved å ha så kompetente kollegaer.

I en konflikt som Irak virker det ofte håpløst for oss feltarbeidere å kunne forandre det store bildet. Men det er nettopp da vi må innse at det er på det individuelle nivået vi kan gjøre en forskjell. Vår jobb er å sørge for at medisinsk etikk overstyrer alle vilkårlige grenser som vi mennesker setter opp. Fordi først da kan vi redde flere liv.

Det er derfor vi er Leger Uten Grenser. ■

En lengre versjon av saken er tidligere publisert på nettsidene til Leger Uten Grenser.

Spre informasjonen!

Kontaktperson: Hanne Graarud Steien

Mobil: 970 83 868

E-post: hanne@hannegs.no

Oslo, Villa Sult, 4. november 2016

Minding the baby – foreldreskap og spiseforstyrrelser

Villa Sult ønsker å formidle kunnskap og diskusjon om gravide og nybakte foreldre som samtidig har et anstrengt forhold til mat og kropp. Eksempelvis: En del leger, jordmødre og helsesøstre bekymrer seg over at det i visse kretser har blitt trendy å få små barn. Konferansen vil presentere, illustrere og diskutere:

- Sammenhenger mellom graviditet, foreldreskap og spiseforstyrrelser.
- Hvordan møte «risikomammaer» både under og etter svangerskapet?
- Hvordan hjelpe helsearbeidere til å hjelpe mødre med alvorlige problemer med mat, kropp og vekt?

Fredrikstad, Quality hotel, 9.–11. november 2016

De 29. norske perinataldager

Dette blir tre flotte dager med mye aktuelt fagstoff også for jordmødre. Pre-eklampsi, ultralyd og fremgang i fødsel er blant temaene du kan få mer innsikt i.

London, 2.–3. desember 2016

European Midwives Association conference

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

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

Oslo, Thon conference Vika Atrium, 20.–21 februar 2017

Ammeveiledningskurs Trinn III og IV

Nasjonal kompetansetjeneste for amming tilbyr jevnlig ammeveiledningskurs for helsepersonell. Målgruppen er helsepersonell ved sykehus og i primærhelsetjenesten som gir ammeveiledning.

Det åpner for påmelding i slutten av oktober.

Oslo, Gamle Logen, 30.–31. mars 2017

Den 7. nordiske ammekonferansen 2017

For andre gang er Norge og dermed Nasjonal kompetansetjeneste for amming verter for Nordisk ammekonferanse.

Stockholm, Karolinska institutt, 25.–27. mai 2017

3. european congress on intrapartum care

Dette er en meget spennende kongress, som absolutt er verdt med å få med seg. Program finner du på <http://www.mcascientificevents.eu>

Melder du deg på innen 28 februar koster det 200 euro for jordmødre, etter dette stiger prisene til 270 euro for jordmødre.

Canada, Toronto, 18.–22. juni 2017

Den 31. internasjonale jordmorkongress ICM

Kongressen tilbyr et pedagogisk vitenskapelig program, samt en mulighet til å treffe kolleger fra ulike deler av verden. Ifølge arrangøren vil konferansen gi ny inspirasjon og kunnskap som kan være nyttig i hverdagen som jordmor. Gå inn på ICMs nettsider for mer informasjon.

Følg oss på sosiale medier!

Jordmorforbundet NSF er meget aktive på sosiale medier som Facebook, Twitter og Instagram. Det er på vår Facebook side du finner nyheter, og denne siden oppdateres hyppig. På Twitter er Jordmorforbundet i direkte kontakt med politikere og andre interesserte, så det er en arena hvor det saker og meninger kommer frem og diskuteres.

Jordmora i ny drakt

Til neste år vil Jordmora komme ut med ny layout. Vi i redaksjonen gleder oss til å vise dere det nye bladet.

ANNONSE

Hun har ingen.

HAR HUN DEG?

Kan du avse fire uker til å redde liv?

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

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

Til regulære prosjekter kan oppdraget planlegges langt frem i tid.

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

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



MEDECINS SANS FRONTIERES
LEGER UTEN GRENSER

Foto: Sofie Stevens



13,5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM
LEVONORGESTREL

Jaydess minispiral - kan være et alternativ for unge kvinner

Egenskaper:

- Lav hormondose
- Lokal effekt i livmoren
- Inneholder kun gestagen - ingen økt tromboserisiko har blitt påvist³
- Hormonspiral endrer ikke fremtidig fertilitet
- Liten risiko for brukerfeil
- Tynt innføringsrør
- **Varighet i 3 år**

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

Indikasjon: Antikonsepsjon.

Bivirkninger:

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

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

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

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

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

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

C Jaydess ▼ «Bayer AB»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

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

Indikasjoner: Antikonsepsjon i opp til 3 år.

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

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

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

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

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

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

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

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg med levonorgestrel. Virkningsmekanisme: Frigjør levonorgestrel lokalt i livmoren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progesteronreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen under spermene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermieomlibet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% etter 3 år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3 år. Absorpsjon: Tmax innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 100 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmapclearance ca. 1 ml/minutt/kg. Metabolisme: Metaboliseres i stor grad, primært via CYP3A4. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 1100,40

Sist endret: 07.09.2015

Refusjon: Jaydess har ikke generell refusjon

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

Drammensveien 288,
0283 OSS,
Tlf 24 11 18 00



Bayer HealthCare



INNMELDING I NSF OG I JORDMORFORBUNDET

INNMELDING NSF ORDINÆRT MEDLEMSKAP

PERSONOPPLYSNINGER

Etternavn: _____ Fornavn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ Poststed: _____

E-mail: _____

Fødselsnummer: (11 siffer) _____

Telefon privat: _____ Mobiltelefon: _____

UTDANNING

Eksamensdato: _____ Sykepleierhøgskole/sted: _____

ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsgiver: _____ Ansettelsesdato: _____

Arbeidssted: _____ Avdeling: _____

Stillingsbetegnelse: _____

KONTIGENT

 I arbeid Ikke i arbeid, spesifisert: _____ Trekk kontigent vi lønn Innbetaling vi giro Antall avdrag (1, 2, 4, 12):

TIDLIGERE MEDLEMSKAP I NSF

 Ja Nei Tidligere medlemsnr: Tidsrom:

EKSTRAORDINÆRT MEDLEMSKAP

 Ekstraord. medl. § 4D Dato, søkn. norsk autorisasjon:

FYLLES UT AV NSF

Medlemsnr.: _____ HPR-nr.: _____

INNMELDING TIL JORDMORFORBUNDET NSF

Medlemsnummer (for de som allerede er medlem i NSF): _____

Utdanningssted for jordmorutdanning: _____

Eksamensdato for jordmorutdanning: _____

Vervet av: _____ Medlemsnr.: _____

- Skjemmet sendes: Medlemstjenesten@sykepleierforbundet.no eller: NSF Medlemstjenester, Postboks 456 Sentrum, 0104 Oslo.
- Du må være medlem av NSF for å kunne være medlem i Jordmorforbundet NSF.