

Jordemodern



SVENSKA
BARNMORSKEFÖRBUNDETS
TIDSKRIFT

JORDEMODERN TIDSKRIFT SEDAN 1888 ÅRGÅNG 128



JÖNKÖPINGS LÄNS BARNMORSKESÄLLSKAP

MAJ NR 5 2015



9



24



28

LOKALFÖRENINGSNUMMER JÖNKÖPINGS LÄNS BARNMORSKESÄLLSKAP NR 5 2015

- 4 Ständiga förbättringar på kvinnokliniken
- 6 Graviditetsprocessen inom Värnamo sjukvårdsområde
- 8 1177 som arbetsredskap
- 9 Kvinnohälsovård under graviditet
- 10 Bra anknytning och trygga föräldrar
- 12 Vård och omsorg med barnets och familjens bästa i fokus
- 16 Preventivmedelsrådgivning – en utmaning inom abortvård
- 18 Min väg till att arbeta med barnmorskeledd abortmottagning
- 19 Vulvamottagningen är ett teamarbete
- 20 Jag får använda hela min kompetens
- 23 Candiss är Jönköpings språkresurs
- 24 Globala utblickar
- 26 Ny studie mäter effekten av olika typer av uppföljning
- 27 Sfinx
- 28 Lärcaféer – ett nytt sätt att erbjuda föräldrastöd
- 30 Barnmorskor lär av varandra
- 32 BUS utvecklar barnmorskor i Småland
- 34 Insändare: Föda hemma i Umeå
- 36 Till minne av
- 38 Ordförande har ordet
- 40 Förbundsnytt

Sofie Arvidsson
och Lotta Landing,
Jönköpings läns
Barnmorske-
sällskap



Jordemodern

JORDEMODERN SVENSKA BARNMORSKEFÖRBUNDET (UTGIVARE) ISSN 0021-7468

Ansvarig utgivare & Förbundsordförande

Ingela Wiklund

Chefredaktör

Margareta Rehn

margareta.rehn@barnmorskeforbundet.se

Jordemodern förbehåller sig rätten att korta och redigera insänt material.

Manusgranskning

Birgita Klepke

Grafisk formgivning

AB Huset Makalösa

Tryck

Åtta.45 Tryckeri AB

Jordemodern

utkommer 10 gånger per år

Prenumeration

förnyas årligen, 600 kronor

Annonsbokning

jordemodern@barnmorskeforbundet.se

Tfn 08-10 70 88

Sista bokningsdag för medlemsannonser

den 10:e i månaden före utgivningsdatum

Svenska Barnmorskeförbundet

Baldersgatan 1

114 27 Stockholm

Tfn 08-10 70 88

E-mail kansli@barnmorskeforbundet.se

Webb www.barnmorskeforbundet.se



Hej!

DET HÄR NUMRET av Jordemodern kommer på olika sätt att belysa barnmorskors arbete i Jönköpings län. Vi tycker att det är väldigt kul att få berätta lite om vad som händer i vår region. Jönköpings län ligger mitt i södra Sverige. Härifrån tar du dig till Stockholm eller Malmö på tre timmar och till Göteborg på två timmar.

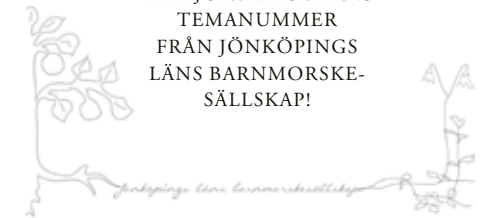
I länet finns tre sjukhus: Länssjukhuset Ryhov i Jönköping, Höglandssjukhuset i Eksjö och Värnamo sjukhus.

Jönköping är kanske mest känd för vackra vida Vättern, polkagrisarna från Gränna, John Bauer och att tändstickan uppfanns här. I ”trästaden” Eksjö kan du varje sommar gå på stadsfesten. Staden förknippas även med Albert Engström och har en lång historia som regementsstad. Värnamo kallas för designstaden men här finns också gott om cowboys på High-Chaparral. Naturparken Apladalen är ett populärt utflyktsmål.

År 1902 startades Jönköpings Läns Barnmorskesällskap i Eksjö. Vi är nu många medlemmar spridda över hela länet. Vi har medlemsmöten två gånger per år, då vi brukar samla cirka 30–40 kollegor till någon spännande föreläsning och för att äta magisk smörgåstårta tillagad av den lokala cateringfirman Kastrullhäxan.

Styrelsen består av barnmorskor från hela länet och vi försöker alternera platsen för våra styrelsemöten. Det är en positiv stämning i styrelsen där alla drar sitt strå till stacken.

VÄLKOMNA
TILL JORDEMODERN
TEMANUMMER
FRÅN JÖNKÖPINGS
LÄNS BARNMORSKE-
SÄLLSKAP!



STÄNDIGA FÖRBÄTTRINGAR PÅ KVINNOKLINIKEN

Processteam på Länssjukhuset Ryhov Jönköping

Som barnmorskor på en kvinnoklinik har vi ett fantastiskt jobb och träffar dagligen härliga människor. Vårt arbete består av två delar, att vårda patienter samt att utveckla och kvalitetssäkra vården. Båda delarna är lika stimulerande och viktiga.



Kristina Alm, verksamhetsutvecklare/
barnmorska och Agneta Svärd,
barnmorska/delprocessledare vid
Länssjukhuset Ryhov Jönköping.

VI ÄR EN medelstor kvinnoklinik med drygt 2 000 förlossningar per år. Kliniken består av kvinnohälsovård, ungdomsmottagning, gynekologisk och obstetrisk öppen- och slutenvård

Kundorientering, processorientering, allas delaktighet och ständiga förbättringar är prioriterade värderingar på vår klinik.

Vi har under många år arbetat med att utveckla våra processer på kliniken och det har varit en lång och lärorik resa som pågår ständigt. För oss betyder processutveckling aktiviteter som i förväg är uttänkta, dessa aktiviteter ska användas inom verksamheten och leda till ett visst resultat och ha ett mervärde för kunden.

Kliniken består av två huvudprocesser, gynekologi och obstetrik, som leds av två huvudprocessledare som också har ett medicinskt ansvar. I vårt fall är dessa erfarna överläkare med goda ledaregenskaper.

Huvudprocesserna består av delprocesser med olika inriktningar utifrån ett patientflöde där barnmorskor har en självklar roll som ledare.

” Kundorientering, processorientering, allas delaktighet och ständiga förbättringar är prioriterade värderingar på vår klinik.

Huvudprocess obstetrik består av följande delprocesser:

- Förebyggande av graviditetskomplikationer och förberedande för föräldraskap
- Handläggning av frågor rörande prenatal diagnostik
- Gravida kvinnor i behov av specialmödravård
- Stöd, övervakning och vård under förlossning och eftervård
- Omhändertagande av friska, nyfödda barn

Huvudprocess gynekologi består av följande delprocesser:

- Handläggning av benigna tillstånd som kan behöva uterus/adnexkirurgi
- Utredning och behandling av kvinnor med gynekologisk cancer
- Utredning och behandling av par med ofrivillig barnlöshet
- Handläggning av onormal eller oönskad tidig graviditet
- Utredning och behandling av urogynekologiska tillstånd
- Förebyggande av livmoderhalscancer
- Förebyggande av oönskad graviditet och STD

Medlemmarna i processteamet tillsätts efter annonsering på intranätet. Eftersom vi strävar efter dynamik begränsas uppdraget till tre år om inte specialkunskaper som till exempel ultraljudsbarnmorska föreligger. Alla professioner som patienten möter ska finnas med i processteamet, vilket innebär att även professioner från andra kliniker, som till exempel barnläkare och BVC-sjuksköterska, finns representerade.

Processorganisationen och klinikledningen har ett nära samarbete och huvudprocessledarna ingår i klinikledningen.

För att ha en gemensam grund går alla medarbetare på kliniken en intern kurs i förbättringsarbete. Dessutom går nya processmedlemmar 1,5 dags introduktion i processkunskap, en kurs som leds av huvudprocessledare och verksamhetsutvecklare.

Delprocesserna följer olika mål och mätetal vilka styr deras verksamhet. Resultat av kundenkäter och medicinskt utfall är väsentliga mätetal. Uppdatering av behandlingsrutiner och omvårdnadsprogram samt uppföljning av avvikelserapporter är processernas ansvar.

Två gånger per år presenterar varje huvudprocess aktuella frågeställningar för klinikens medarbetare.

Vi tror att processorientering är ett bra sätt att nå framgång med patientsäkerhetsarbete och det engagerar många medarbetare.



Kristina Alm

Verksamhetsutvecklare/
barnmorska
kristina.alm@rjl.se



Agneta Svärd

Barnmorska/
delprocessledare
agneta.svard@rjl.se

Graviditetsprocessen inom Värnamo sjukvårdsområde

Kvinnohälsovården inom Värnamo sjukvårdsområde ligger under Kvinnokliniken på Värnamo sjukhus. Mottagningar finns på fem olika ställen i fyra kommuner.

MÅLET MED VÅRT processarbete är att handlägga den gravida kvinnan och det väntade barnet, inklusive föräldrastöd optimalt.

Arbetet påbörjades i november 2011 och en grupp tillsattes där alla yrkeskategorier var representerade.

Det första vi gjorde var att definiera processens start- och slutpunkter. Därefter kartlade vi processen.

Under arbetets gång upptäckte vi att det fanns stora variationer mellan olika mödravårdscentraler, när det gällde hur arbetet utfördes och vilken information som gavs till de gravida kvinnorna och föräldraren.

Vi började därför med att lägga upp en beskrivning av vart och ett av barnmorske-

besöken på vårt intranät. Som grund för arbetet hade vi vårt Medicinska Basprogram som är gemensamt för hela regionen. Det länsgemensamma psykosociala basprogrammet beskriver handläggningen av psykisk sjukdom under graviditet och puerperium samt en rad olika vårdprogram för komplicerade graviditeter.

I beskrivningen av de olika barnmorskebesöken ser man tydligt vad som ska göras, vilka prover som ska tas, vilken information som ska lämnas. Alla nödvändiga länkar finns angivna så att barnmorskan lätt kan få fram den information som ska ges till kvinnan, snabbt få fram aktuella PM, blanketter, etcetera. Tanken är att process-sidorna ska användas som arbetsverktyg. Att all information som behövs för de olika besöken finns samlad på ett ställe underlättar det dagliga arbetet. Sidorna är speciellt värdefulla för ny personal och studenter som snabbt får en överblick över verksamheten och lätt kan få fram information.

De gravida kvinnorna och föräldraren hittar all information på 1177.se (se artikel sidan 8).

Grundarbetet med att beskriva handläggningen av en normal graviditet är färdigt och vi håller nu på att slutföra arbetet med komplicerad graviditet. Vårt arbete kommer att pågå kontinuerligt eftersom sidorna behöver uppdateras minst en gång per år.

” Under arbetets gång upptäckte vi att det fanns stora variationer mellan olika mödravårdscentraler, när det gällde hur arbetet utfördes och vilken information som gavs till de gravida kvinnorna och föräldraren.

Exempel på hur en sida på intranätet ser ut:

Inskrivning v 10-12 - 60 minuter

Anamnes/Bedömning/Planering av graviditet

	Aktiviteter	Länkar
ID kontroll		
Genomgång av hälsodeklaration		
Information om basprogram		Tidkort (Värnamo) Beställs på vaktmästeriet, Värnamo
Information om träff hos sjukgymnast	Lämna ut "Vad händer med min kropp" och inbjudan till gruppinformation hos sjukgymnast	Pat information Inbjudan
Fosterdiagnostik	Skriva remiss till NUPP v 11+0 - v 13+6 Organscreening v 18+4 - v 19+4	PM - Rutinultraljud vid 18 veckor 1177.se Pat information (Välkommen till ultraljudsmottagningen)
Planerad förlossningsklinik och BHV		
Provtagning	MVC block Ferritin Ev rubella Ev KUB Ev GCK Ev klamydia	PM - Serologisk screening under graviditet PM - Rubella och graviditet PM - Järnbristanemi under graviditet - riktlinjer angående järnsubstitution och graviditet
Rapportera till Mödravårdsregistret		MHV registret
Beställning av ev tidigare journaler		Görs via blankett i Cosmic
Information om biobankslagen		Info 1177.se



Birgitta Nystedt

Barnmorska Kvinnokliniken, Värnamo sjukhus
birgitta.nystedt@rjl.se



Catharina Bildt

KVH överläkare Kvinnokliniken, Värnamo sjukhus
catharina.bildt@rjl.se

1177.se som arbetsredskap

” Vi fick idén om att utforma en webbsida som täcker hela graviditeten – från positiv graviditetstest till efterkontroll – och inte bara frågor kring fosterdiagnostik.

I **BARNMORSKANS DAGLIGA** arbete på Kvinnohälsovården i Jönköping används webben som arbetsredskap. Tillsammans med det blivande föräldraparet tittar vi gemensamt på webben vid varje besök. Tidigare delade vi ut broschyren som innehöll den information som vi ville förmedla till de gravida. Nu finns all den informationen på 1177.se istället.

Innehållet på webbsidan utgår från vårt basprogram, det vill säga vilken information som ges i respektive graviditetsvecka. Detta hjälper de blivande föräldrarna att sälla bland all fakta som finns tillgänglig på nätet. Detta är också ett komplement till barnmorskans checklista.

Från pappersbroshyr till webbinformation

Det hela började med att vi under våren 2009 införde KUB i Jönköping. En kundundersökning bland gravida patienter visade att de önskade både personlig information från barnmorska samt via nätet. Därför skapades en informationssida om fosterdiagnostik på webben.

I och med detta såg vi möjligheterna att fortsätta jobba med denna typ av informations-spridning. Vi fick idén om att utforma en webbsida som täcker hela graviditeten – från positiv graviditetstest till efterkontroll – och inte bara frågor kring fosterdiagnostik.

Vi byggde sidan på landstingets hemsida men i samband med breddinförandet av 1177.se flyttades informationen över till 1177/gravid. I och med införandet av 1177.se samarbetar vi numera med en webbredaktör.

De blivande föräldrarna uppmanas att läsa informationen under respektive graviditetsvecka på webben inför besöket och förbereda eventuella frågor och funderingar. Är patienten förberedd optimeras samtalet i mötet med barnmorskan. Detta leder till trygga, välinformerade föräldrar.



Sofia Karlsson

Leg barnmorska
Kvinnohälsovården
Väster, Jönköping
sofia.karlsson@rjl.se



Maria Ingebritsen

Undersköterska/IT-ansvarig
Kvinnohälsovården
Väster, Jönköping
maria.ingebrigtzen@rjl.se

Gå gärna in och titta på: www.rjl.se/KontrollerUnderGraviditeten

Utfästelser om vad Kvinnohälsovården erbjuder under graviditeten

Hur får vi nöjdare kunder? Jo, genom att skapa realistiska förväntningar på vår verksamhet samt genom att tydliggöra vad vi förväntar oss av patienten. För att åstadkomma detta utformades våra utfästelser, ett uppdrag från process Prevention – Förebyggande av graviditetskomplikationer och förberedande för föräldraskap (Process P-M).

KVINNOKLINIKEN I JÖNKÖPINGS arbete är hälso- och sjukvård med utgångspunkt i kvinnans reproduktiva hälsa och att ständigt förbättra våra tjänster utifrån hennes upplevelse av tillgänglighet, involvering, skicklighet och effektivitet. Modellen som kliniken utgår från heter SIQ. I 2011 års plan för verksamhetsutveckling har man kommit fram till att det fanns bristfällig information om kunders framtida behov, krav, önskemål och förväntningar. Alla kunder upplever inte en tillräckligt bra tillgänglighet samt otillräckliga utfästelser gentemot kund. Därför behöver kliniken förtydliga sina utfästelser till kund i varje huvudprocess och ta fram planer på hur vi kommunicerar detta.



Sofia Karlsson

Barnmorska
KHV Jönköping
Sofia.karlsson@rjl.se



Målet är alltså att skapa realistiska förväntningar och ge en tydlig presentation av vad Kvinnohälsovården kan erbjuda. Dessa utfästelser får kunden och dess partner information om vid inskrivningsbesöket på Kvinnohälsovården.

Kunden kunde tidigare ta del av dessa utfästelser via vår gravidwebb lj.se/gravid. Inom kort kommer kunden att kunna ta del av denna information på den regiongemensamma sidan www.1177.se/Jönköpings_län Kontroller Under Graviditeten



Anna Runesson

Barnmorska,
KHV Jönköping
Anna.runesson@rjl.se



Bra anknytning och trygga föräldrar

AMNINGSSTRATEGI I REGION JÖNKÖPING

AMNINGSSTATISTIKEN SJUNKER OCH Region Jönköpings län är inget undantag. För att försöka vända trenden arbetar all personal som kommer i kontakt med blivande och nyblivna föräldrar enligt en utarbetad Amningsstrategi. Syftet är att förbereda för en positiv upplevelse av amning för mamma, barn och pappa/partner genom en lugn och trygg atmosfär, ett behovsanpassat stöd samt samstämmiga råd av välutbildad personal. Grundläggande ska vara att bekräfta föräldrarnas kompetens. Målet är att ha välinformerade föräldrar, en sammanhållen vårdkedja som möjliggör en god amningsstart samt att det finns en strategi för riskfamiljer.

Samverkan

Amningsstrategin har utvecklats i tvärprofessionell samverkan mellan Amningsombud från KHV, förlossning/BB, BHV, barnvårdsavdelning samt neonatalavdelning. Tanken är att alla enheter inom Region Jönköpings län ska ha minst ett Amningsombud. För närvarande träffas Amningsombuden varje termin för att driva arbetet framåt. Målsättningen är att alla ombud ska ha genomfört kursen Amning och bröstmjolk, 7,5 hp. Denna kurs har under de senaste två åren gått som uppdragsutbildning i Jönköping via Högskolan i Skövde. Barnmorskor inom KHV och slutenvård, samt barnsjuksköter-

skor inom barnhälsovård, barnvårdsavdelning samt neonatalavdelning i regionen erbjuds gå kursen. Personalen utbildas även i motiverande samtal.

Amningsplan

Dokumentet Amningsplan är en del av Amningsstrategin och fungerar som ett arbetsverktyg för amningsinformation och stöd till föräldrarna. Amningsplanen är i pappersformat och följer föräldrarna genom hela vårdkedjan. Det är också föräldrarna själva som bär den med sig. Detta skapar en obruten enhetlig informationsöverföring genom hela vårdkedjan. Optimalt vore om Amningsplanen var en del av datajournalen, eftersom detta ytterligare skulle säkra informationsöverföringen.

Under graviditeten ligger Amningsplanen som grund för den förberedande, individuella amningsinformationen. Mamman får VAS-skatta sin kommande amning, ta reda på om hon själv blev ammad samt beskriva

tidigare erfarenheter och funderingar kring kommande amning. Vid VAS >6 erbjuds remiss till Amningsaurora för vidare samtal.

På förlossning/BB tar personalen genom Amningsplanen del av kvinnans tidigare erfarenheter och tankar kring amning. Amningsobservation görs och givna råd och åtgärder dokumenteras i planen. Till slut följer BHV upp Amningsplanen inför den fortsatta amningen. Hur var tankarna innan barnet kom, hur var amningsstarten, vilka råd gavs och vilka åtgärder gjordes? Då barnet vårdas på neonatalavdelning eller barnvårdsenhet används planen på samma sätt.

I Amningsstrategin ingår att stödja föräldrarna oavsett vilket uppfödningalternativ de väljer. För de föräldrar som inte kan eller väljer att inte amma sitt barn erbjuds stöd och råd angående flaskmatning.

Vi tror att vår Amningsstrategi ger goda förutsättningar för en bra anknytning och trygga föräldrar. Målet är att vi, genom ökad tilltro till förmågan att amma, ska ha högst amningsfrekvens i Sverige.

Hela Amningsstrategin finns att läsa på <http://plus.rjl.se/amningsstrategi>. Webbsidan uppdateras kontinuerligt och innehåller även Amningsplan, flödesschema samt en broschyr till de som väljer att mata med flaska.



Sofie Arvidsson

Barnmorska,
KHV Väster
sofie.arvidsson@rjl.se



Erica Solheim

Barnmorska,
Förlossning/BB Jönköping
erica.solheim@rjl.se

” Målet är att ha välinformerade föräldrar, en sammanhållen vårdkedja som möjliggör en god amningsstart samt att det finns en strategi för riskfamiljer.

Vård och omsorg med barnets och familjens bästa i fokus

PSYKOSOCIALT BASPROGRAM



I Jönköpings län samarbetar olika yrkeskategorier för att förhindra psykisk ohälsa och planera inför föräldraskapet med hjälp av ett tvärprofessionellt samverkansteam samt lokala vårdplaneringsmöten. Syftet är att samverka utifrån den enskilda familjens behov för att erbjuda optimal vård och omsorg med fostrets, barnets och familjens bästa i fokus.

MÅLGRUPP ÄR FÖRÄLDRAR i behov av särskilt stöd i samband med barnafödande:

- Tidigare psykiatrisk anamnes och/eller psykisk ohälsa,
- drog- och/eller alkoholmissbruk och
- funktionsnedsättningar som påverkar föräldraförmågan exempelvis vid utvecklingsstörning, vissa neuropsykiatriska problem.

Det är väl känt att psykisk sjukdom under graviditet och spädbarnstid kan påverka anknytningen och barnets kognitiva och emotionella utveckling. Spädbarnsforskningen har också visat att depression hos mamman kan ha långvariga negativa effekter för barnets utveckling. Det är en ökad risk att barn kan fara illa på grund av föräldrarnas svårigheter att tillgodose det lilla barnets grundläggande behov.

Familjens utsatthet kan vara komplex och variera med andra faktorer som ökar sårbarheten, såsom arbetslöshet, våld i nära relationer inkluderat barnmisshandel eller bristande socialt nätverk. I familjer där det finns flera barn är det viktigt att deras situation uppmärksammas och att de får råd och stöd och information om föräldrarnas tillstånd. Spädbarnsforskningen har visat behovet av tvärprofessionell kompetens för att möta familjens behov.

Vi barnmorskor har en viktig uppgift att hitta dem som mår psykiskt dåligt eller tillhör en riskgrupp för psykisk ohälsa. Viktigt är hur vi frågar och att vi vågar prata om psykisk ohälsa. I Jönköping frågar vi utifrån en punkt i journalen där det står "Psykisk vård" och tränger djupare genom att exempelvis fråga:

- Har du mått/mår dåligt psykiskt?
- Har du haft/har ätstörning?
- Har du haft/har självskadebeteende?

Att en kvinna inte har vårdats för psykisk ohälsa behöver inte betyda att hon inte mått/mår psykiskt dåligt. Därför råder vi att:

- Fråga utifrån behov och problem, om pågående/tidigare kontakter med psykiatri, beroende-/missbruksvård, habilitering, socialtjänst etcetera.
- Våga prata om svårigheter som kan uppstå beroende på problemområdet.
- Ge dig tid att lyssna aktivt och visa förståelse.
- Framhåll möjligheten till att få stöd och hjälp.
- Våga prata om hur det blir när barnet har fötts.
- Fråga om aktuella samarbetspartners är kontaktade; Socialtjänst, Kvinno-barnhälsovård, psykiatri, habilitering, beroende-/missbruksvård etcetera.
- Ta ställning till medicinering och kontakt med behandlande läkare

Vårdplaneringsmöte:

Efter bedömning inom kvinnohälsovården om patienten har eller riskerar psykisk ohälsa bör planering göras i samverkan med barnhälsovård, mödra-barnhälsovårds psykolog samt socionom på familjecentral/enskild kvinnohälsovård. Behov av samverkan finns då kvinnan har en behandlingskrävande psykisk sjukdom. Undantag kan vara lätt depression och ångesttillstånd där kvinnans situation är stabil. Initiativ till samverkan ska tas av den som först, oavsett verksamhet, träffar den psykiskt sköra gravida kvinnan/föräldern.

Vårdplaneringsmötet syftar till att planera för vården under graviditet, förlossning, eftervård och spädbarnstid. Vid behov kan representanter från andra verksamheter behöva kallas in till ett vårdplaneringsmöte med till exempel socialtjänsten, spädbarnsverksamheten, psykiatrien eller primärvårdens allmänläkare och psykosociala team som eventuellt redan har en kontakt med föräldrarna.

Hur fungerar då vårdplanering i praktiken?

När vi träffar en patient som lider av psykisk ohälsa, och oftast redan har en etablerad kontakt med exempelvis psykiatrien, presenterar barnmorskan att vi arbetar med samverkan och lokal vårdplanering. Vidare informeras paret om att syftet med detta är att upprätta en vårdplan gemensamt med deras övriga vårdkontakter, för att på så vis planera under graviditeten, förlossningen, BB-tiden och tiden efter med fortsatt stöd under nyföddhetsperioden, BVC-tiden och familjecentralen.

Det lokala vårdplaneringsmötet hålls tillsammans med paret och inblandade aktörer runt graviditetsvecka 25. Planen skrivs in i journalen och både paret och övriga aktörer får en kopia.

Tvärprofessionella samverkansteam

Regelbundna träffar i tvärprofessionella samverkansteam har visat sig vara en framgångsrik metod. Teamet träffas en gång i månaden för konsultation och falldiskussioner.

Det övergripande teamet kan ge stöd och vägledning inför lokala vårdplaneringsmöten. En företrädare från familjecentral eller MVC/BVC kan anmäla behov av konsultation med det övergripande teamet i ett specifikt ärende. Företrädaren kommer då till det

övergripande teamets möte för att dra sitt ärende. Ärendet anmäls till verksamhetsutvecklare för Barnhälsovården. Föräldrarnas identitet ska inte röjas i det övergripande teamet utan att de har samtyckt till det.

Teamet består av:

- Barnmorska från Kvinnohälsovård
- Barnmorska från BB och förlossningen
- BVC-sköterska
- Socialtjänsten
- Psykiatrien (både öppenvård samt slutenvård)
- Socionom från spädbarnsverksamhet
- Mödra- barnhälsovårdspsykolog
- Vuxenhabiliteringen

Viktigt att tänka på innan ett fall tas upp:

- Vad är syftet med att ärendet tas upp?
- Önskar du bolla ärendet med andra professioner?
- Få hjälp att ta ett beslut?

Personen som önskar ta upp ett ärende följer nedanstående frågor för att få en strukturerad presentation av ärendet:

- Vad är problemet/anledningen till kontakt?
- Kortfattad och relevant bakgrundshistoria för att skapa en gemensam helhetsbild.
- Information om aktuella problem och tidigare behandlingar och kontakter.
- Rapportera aktuellt status kopplad till situationen.
- Finns det en upprättad vårdplan?
- Vad fungerar bra?
- Hur bedömer du gå vidare med fallet?
- Vi (övergripande teamet) föreslår...

” Samverkansteamet träffas en gång i månaden. Dit får man anmäla sitt ärende för att kunna bolla det anonymt för att på så vis förhoppningsvis kunna fatta ett beslut med olika personalkategorier.

Sammanfattning

Vårdplaneringsmötena hålls runt vecka 25 tillsammans med paret och redan etablerade vårdkontakter som psyk, primärvård, socionom på Familjecentralen samt BVC-sköterska. Vårdplanen journalförs och paret samt övriga som deltog i vårdplaneringsmötet får kopia.

Det är lätt att överblicka hur planeringen är tänkt under graviditeten, förlossningen och efter det att paret går hem från BB samt fortsatta kontakter. Detta medför trygghet både för patienten och genom hela vårdkedjan då etablerad kontakt med exempelvis BVC redan är gjord under graviditeten.

Samverkansteamet träffas en gång i månaden. Dit får man anmäla sitt ärende för att kunna bolla det anonymt för att på så vis förhoppningsvis kunna fatta ett beslut med olika personalkategorier.



Camilla Öhman

Barnmorska
KHV Jönköping
camilla.ohman@rjl.se

CAMILLA ÖHMANS REFLEKTION

Jag har haft cirka tio vårdplaneringsmöten och enbart fått positiv respons från mina föräldrapar. De har upplevt att det varit skönt att veta "vilka som gör vad" och vart de ska vända sig om det inte blev som de tänkt sig eller om de skulle börja må sämre.

Första gångerna jag kallade till ett vårdplaneringsmöte kändes det som ett stort arbete, vilket det faktiskt inte har blivit. Tvärtom har det hjälpt mig då planeringen blir väl genomlyst av olika personkategorier och paret själva får tänka igenom vad som fungerar bra och vari problematiken består och vilka stödsatser som kan behövas. Alla vet helt enkelt vem som gör vad.

Feedback från förlossning/BB är att de känner trygghet eftersom planering visar om patienten kan amma på sin medicin för på så vis slippa väcka juren mitt i natten för att ta ställning till det då. Likaså finns planering om tidig kontakt med BVC ska göras samt när patienten har uppföljning hos exempelvis psykiatriker eller sin samtalskontakt.

De som har kommit med fall till vårt samverkansteam har också gett positiv respons då de fått hjälp med att bolla idéer och fatta beslut.

För mer information och vårdplaneringsmall se:

<http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=15157&nodeId=39571>

Preventivmedelsrådgivning – en utmaning inom abortvård

Mina erfarenheter av att möta abortsökande kvinnor och att ge preventivmedelsrådgivning väckte frågor hos mig. En sådan var att det borde gå att skapa bättre förutsättningar när det gäller att förebygga oönskade graviditeter. Denna och andra frågor mynnade ut i ett forskningsprojekt.

I **SVERIGE UTFÖRS** varje år cirka 37 000 aborter. Av alla som genomgår abort i Sverige har över 40 procent genomgått minst en tidigare abort. Denna andel har ökat under senare år (1). Det är en utmaning att förbättra preventivmedelsrådgivning i allmänhet och vid abort i synnerhet. Vad preventivmedelsrådgivning egentligen innebär (2), ska innehålla (3) och hur den bör struktureras för att optimalt resultat ska uppnås är endast vagt definierat och studerat (4).

Många oönskade graviditeter uppstår trots att paret har använt preventivmedel. Det beror troligen på felaktig och inkonsekvent användning av preventivmedel (5–7). Studier i USA, Nya Zeeland och Finland visar att långtidsverkande preventivmedel (spiral och p-stav) är associerat med lägre risk för upprepad abort (8–10).

Dessa studier var under täta kontrollerade former och det är oklart om denna minskning gäller även i den kliniska vardagen.

Syftet med vårt projekt är att utvärdera användning av långtidsverkande preventivmedel i en svensk kohort, inom ramen för barnmorskors och gynekologers handläggning av preventivmedelsförskrivning i mötet med abortsökande kvinnor. Inom projektet använder vi kvantitativa och kvalitativa metoder för att ge en bredd och djup av forskningsområdet.

Vår första studie sträckte sig över 3–4 år och baserades på 987 kvinnors journaler. Det visade sig att en fjärdedel av kvinnorna genomgick upprepad abort under uppföljningstiden.



” Det visade sig att en fjärdedel av kvinnorna genomgick upprepad abort under uppföljningstiden.

P-piller och mellan-piller var det vanligaste valet av preventivmedel efter abort. Val av långtidsverkande preventivmedel efter abort var associerat med färre upprepade aborter jämfört med val av kombinerade p-piller och mellan-piller.

Syftet med vår andra studie är att identifiera och beskriva barnmorskors och läkares erfarenheter av preventivmedelsrådgivning i mötet med abortsökande kvinnor. Vi har intervjuat barnmorskor och läkare vid tre kvinnokliniker och intervjuerna kommer att analyseras med innehållsanalys. Studien förväntas ge kunskap om preventivmedelsrådgivning samt hur barnmorskor och läkare handlägger preventivmedelsförskrivning i samband med abort.

Vår tredje studie har som syfte att beskriva den abortsökande kvinnans erfarenheter av preventivmedelsval i samband med abort. Sammantaget är projektets studier tänkta att utgöra grunden för utformning av struktur och innehåll i preventivmedelsrådgivning inom abortvård i en framtida interventionsstudie.

Det finns planer på att implementera förväntade resultat i abortvården. Vi tror att projektet har ett kliniskt värde då dess resultat i förlängningen kan bidra till att förbättra preventivmedelsrådgivningen för kvinnor i samband med abort och förebygga upprepade aborter.

Forskargruppen består av:
Helena Kilander, barnmorska, doktorand.
Siw Alehagen, barnmorska, docent.
Jan Brynhildsen, gynekolog, professor.
Johan Thor, socialmedicinare, med Dr.

Frågor? Kontakta oss gärna!



Helena Kilander

Barnmorska,
Kvinnokliniken i Eksjö
Doktorand, Institutionen
för medicin och hälsa,
Linköpings universitet
helena.kilander@rjl.se

Referenser

1. Socialstyrelsen. Aborter 2011 [cited 2015 Jan 16]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18877/2012-11-6.pdf>. [16]
2. Nobili MP, Piergrossi S, Brusati V, Moja EA. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. *Patient Educ Couns* 2007;65(3):361-8.
3. French RS. The experience of young people with contraceptive consultations and health care workers. *Int J Adolesc Med Health* 2002;14(2):131-8.
4. Sannisto T, Saaristo V, Stah T, Mattila K, Kosunen E. Quality of the contraceptive service structure: a pilot study in Finnish health centre organisations. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010;15(4):243-54.
5. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011;83(5):397-404.
6. Eisenberg DL, Secura GM, Madden TE, Allsworth JE, Zhao Q, Peipert JF. Knowledge of contraceptive effectiveness. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206(6):479 e1-9.
7. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception* 2010;82(4):337-44.
8. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception* 2008;78(2):149-54.
9. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206(1):37 e1-6.
10. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012;366(21):1998-2007.

Min väg till att arbeta med barnmorskeledd abortmottagning

” För mig har kvinnans rätt till abort alltid varit självklar, det är hennes kropp och hennes eget beslut. Jag ser möjligheten till abort som en viktig hälsofråga och som en förutsättning för att barn ska vara välkomna.



FÖR CIRKA NIO år sedan var jag färdig barnmorska. Sedan dess har jag arbetat på förlossningen, BB, gynekologisk vårdavdelning och på senare år på förlossningen och gynmottagningen i rotation.

För snart ett år sedan började jag utbilda mig inför att arbeta med barnmorskeledd abortmottagning på Ryhov. Orsaken till att jag kände att det kunde vara något för mig, var att jag under några år arbetat med att informera kvinnor efter att de hade träffat läkaren. Eftersom jag ville lära mig mer om patienters upplevelser kring abort, skrev jag min kandidatuppsats om kvinnors upplevelser av inducerad abort för cirka ett år sedan.

För mig har kvinnans rätt till abort alltid varit självklar, det är hennes kropp och hennes eget beslut. Jag ser möjligheten till abort som en viktig hälsofråga och som en förutsättning för att barn ska vara välkomna.

Idag träffar jag patienter som förväntas vara friska, i tidig graviditet två halvdagar i veckan,

för anamnes, undersökning med bland annat ultraljud och preventivmedelsrådgivning. Jag har en delegering för uppgiften och tydliga riktlinjer att följa. Kvinnan genomför aborten, oftast som medicinsk hemabort och har uppföljning antingen per telefonen eller vid ett återbesök.

Min utbildning pågick under cirka sju månader. Jag gjorde över femtio ultraljud tillsammans med handledande läkare, läste böcker om abort, preventivmedelsrådgivning, ultraljudsdiagnostik och abortlagen. Sedan oktober 2014 möter jag patienter utan handledare men har alltid möjlighet och skyldighet att konsultera en läkare vid avvikelser.

Utöver denna interna kurs, kommer jag i vår att gå SFOG:s kurs i ultraljudsdiagnostik inom abortvård. Att själv handha hela besöket känns väldigt utvecklande för mig i min profession, och det måste också kännas bra för patienten att träffa så få personer som möjligt.

Min nya funktion innebär ett ökat ansvar, men också ökad självständighet. Det är väldigt spännande att få utveckla nya kunskaper och en av utmaningen är att bli bättre och bättre både vid preventivmedelsrådgivningen och i bemötandet av kvinnan.

På sikt är tanken att två barnmorskor på kliniken ska dela på uppgiften och det kan tänkas att funktionen kommer att utökas till att även träffa kvinnor i tidig graviditet.

Katarina Böwing

Barnmorska,
Kvinnokliniken i Jönköping
katarina.bowling@rjl.se

Vulvamottagningen är ett teamarbete

Vulvamottagningen i Jönköping har snart varit igång i fyra år. Vi vänder oss till kvinnor med besvär från vulva, som klåda, sveda, smärta, eksem, hudsjukdomar, men även samlagssmärter och vaginism. Vi tar också emot kvinnor som är opererade för gynekologisk cancer.

DET VAR EN lång process innan mottagningen startade, men till slut kom beslutet att vi kunde börja strax innan sommaren 2011. Fördelningen på tjänster blev och är fortfarande: 10 procent gynekolog, 5 procent hudläkare, venereolog (också är distriktsläkare), 15 procent kurator (med 30 poängs utbildning i sexologi, steg 1 utbildning i KPT och MI-instruktör), två barnmorskor sammanlagt 40 procent (båda med 90 poängs utbildning i sexologi). Vi jobbar en dag i veckan på mottagningen, som ligger på Kvinnokliniken på Ryhov i Jönköping. Vi har ingen verksamhet under juni, juli och augusti.

Mottagningen har remissväg och vi vill att patienten ska ha varit på undersökning hos gynekolog och eventuellt börjat någon behandling. Sedan cirka ett år tar vi även emot kvinnor som är strålade mot bäckenet samt kvinnor med rectumcancer och analcancer. Dessa kommer på remiss från kirurgen eller strålbehandlingen.

Vårt arbetssätt grundar sig på teamarbete. I stort sett träffar alla patienter vår gynekolog under en timme, vilket är en stor fördel för både läkaren och patienten. Grundlig anamnes är av stor betydelse. När patienten kommer till mottagningen fyller hon i en enkät innan läkarbesöket. Vissa patienter träffar även hudläkaren tillsammans med gynekologen vid första besöket. Efter detta besök kommer många att träffa en barnmorska eller kurator. Vissa kommer att träffa både och.

Antalet besök hos oss barnmorskor varierar, några patienter träffar vi bara några enstaka

gångar, medan andra har en betydligt längre kontakt med oss.

Väntetiden till läkarbesöket är två till fem månader. Till barnmorska och kurator är det något kortare väntetid. Vi jobbar mycket med att informera om kroppen, fysiologi och anatomi, och om sambandet mellan kropp och själ.

Anamnes. Helhet. Erfarenheter – bra/dåliga. Dagsläge. Familj, arbete, fritid, barn, partner? Sexuell erfarenhet – bra/dålig. Vi jobbar naturligtvis också mycket med information om att smörja, att känna efter, massera, stretcha och bäckenbottenträning.

Vi skickar även en enkät till alla patienter som vi har avslutat. Svarsfrekvensen är 30-40 procent och många tycker att de fått bra hjälp, kanske inte helt blivit hjälpta men fått förståelse och verktyg att jobba med. Att bli tagen på allvar och att bli lyssnad på betyder väldigt mycket för patienten.

Vi trivs bra med vårt arbete och får bra feedback av de kvinnor vi träffar.



Karin Blixö

Barnmorska,
Vulvamottagningen Ryhov
karin.blixo@rjl.se

Marie Persson

Barnmorska,
Vulvamottagningen Ryhov
marie.y.persson@rjl.se

Jag får använda hela min kompetens

PRIVATPRAKTISERANDE BARNMORSKEMOTTAGNING
INOM PRIMÄRVÅRDEN

Nässjö, den lilla staden på det småländska höglandet, är orten där jag bor med min familj och har min verksamhet. I november 2013 startade jag via egna företaget Tranbärspraktiken HB min mottagning på Bräcke Diakonisk vårdcentral Nyhälsan. Namnet på vårt samarbete blev Nyhälsans Intim-mottagning.

TIDIGARE ARBETADE JAG på kvinnoklinikens mottagning i östra delen av Jönköpings län. I mitt arbete noterade jag att kvinnor på Höglandet hade svårt att komma till mottagningen för enklare gynekologiska åkommor som till exempel klåda, flytningar, framfallsbesvär, urininkontinens och klimakteriebesvär. Detta ska förvisso handläggas på primärvårdsnivå men i denna del av sjukvårdsområdet finns ingen eller mycket liten tradition att handlägga dessa patienter. Många kvinnor känner sig därför inte bekväma med att gå till sin distriktsläkare. Jag har även tjänstgjort som sjuksköterska ett par år inom primärvården på Höglandet och känner därför till att primärvårdens läkare inte sällan saknar både

vilja, kunskap och erfarenhet av att möta kvinnor med underlivsrelaterade åkommor.

Efter några år som barnmorska inom slutenvården kände jag mig begränsad i mitt yrkesutövande. Vem hade bestämt vad jag som barnmorska på en mottagning ska arbeta med? Varför finns det så få karriärvägar utanför förlossningen? Varför får gynekologisk vård och hälsa så liten uppmärksamhet inom barnmorskeutbildningen? Dessa frågor har jag inget svar på, men jag vill visa att arbetet med gynekologisk vård och förebyggande hälsa både kan vara utmanande, stimulerande – och framför allt att det kan vara en karriärväg.

Tiden inom slutenvården blev lärorik men jag kände att mitt entreprenörstänk och mina tidigare medicinska erfarenheter från åren på VC inte riktigt fick gehör inom den organisation jag befann mig i. Våren 2013 bestämde mig för att begära tjänstledigt och pröva att arbeta som egen företagare inom vården. Bräcke Diakoni är en stiftelse som arbetar med idéburet företagande och därför valde jag att vända mig till dem med frågan om de kunde vara intresserade av att starta ett samarbete med mig som barnmorska och då göra det via mitt eget företag. Svaret blev ja!

” Jag har även tjänstgjort som sjuksköterska ett par år inom primärvården på Höglandet och känner därför till att primärvårdens läkare inte sällan saknar både vilja, kunskap och erfarenhet av att möta kvinnor med underlivsrelaterade åkommor.



Utifrån FAKTA-dokument Kvinnohälsa som finns inom regionen bestämde vi verksamhet och målgrupper;

- Klimakteriella besvär och okomplicerade hormonbehandling.
- Okomplicerade underlivsflytningar och klåda.
- Urinvägsinfektion.
- Inkontinens.
- Nedre buksmärta och opåverkat allmäntillstånd.
- Preventivmedelsrådgivning.
- STI.
- Rådgivning kring sexuell hälsa.
- Följa upp och utvärdera prolapsbehandling hos besvärslös patient.

” Några privata gynekologer har inte heller funnits på hela höglandet. Men inte minst, kvinnorna har inte vågat ta upp frågor kring sitt underliv: Varför kliar det och svider? Varför är det svårt att hålla tätt? Finns det hjälp att få?

Nu har min verksamhet varit igång i drygt ett år och fler och fler hittar till min mottagning. Den största patientgruppen är äldre kvinnor, 65 år och uppåt. Många av dem har aldrig varit på undersökning sedan de slutade att gå på cellprovskontroll. Inte för att behovet inte har funnits, utan för att de inte har velat gå till en manlig läkare eller för att de har haft svårt att komma till kvinnoklinikens mottagning. Några privata gynekologer har inte heller funnits på hela höglandet. Men inte minst, kvinnorna har inte vågat ta upp frågor kring sitt underliv: Varför kliar det och svider? Varför är det svårt att hålla tätt? Finns det hjälp att få? Kanske är det lättare att ställa dessa frågor till en barnmorska? Jag anade tidigt när jag statade att inkontinens skulle vara ett stort område så därför gick jag 2013 en kurs i just inkontinens och inkontinensvård på avancerad nivå. En kurs som borde vara självklar inom barnmorskeutbildningen.

Mitt nuvarande arbete är i hög grad byggt utifrån problembaserat lärande, hälsoperspektiv och helhetssyn. Vad innebär det i den dagliga verksamheten? Jo, jag får genom mitt möte med patienter ständigt söka ny kunskap, vilket jag vågar både på grund av min problembaserade utbildning och tack

vare ett stort stöd från läkarkollegiet på vårdcentralen. Jag ges möjlighet att vara en kompetent barnmorska som fattar egna välgrundade beslut. Läkarna remitterar patienter till mig och jag handlägger många utredningar självständigt. Praktiskt kunnande och klokhet utvecklas enligt min mening i mötet med patienten.

Hälsoperspektiv är enligt min mening att jag ges möjlighet att arbeta med förebyggande verksamhet. På ett naturligt sätt kan jag fånga upp kvinnor som kommer till vårdcentralen och har dåligt fungerande preventivmedel, riskerar oönskad graviditet eller STI. Att testa sig för klamydia har blivit naturligt på mottagningen när någon söker för urinvägssymtom. Unga kvinnor med utländsk härkomst är också en vanlig patientgrupp. Ibland dyker de upp för att de inte vet vart de kan vända sig och då primärvården är första anhalten. Ibland är det också så att de inte vill gå till kvinnohälsovården på orten då de riskerar att möta någon som kan se att de varit hos en barnmorska. På en vårdcentral är det mer anonymt vem man besöker då det finns flera yrkeskategorier inom verksamheten.

Enligt min mening blir vården holistisk då jag får använda hela min kompetens – både som sjuksköterska med lång erfarenhet av primärvård och min spetskompetens som barnmorska. Jag kan på ett naturligt sätt även göra uppföljningar av till exempel blodtryck, ta bort stygn eller se till att en deprimerad kvinna får kontakt med mottagningens psykolog.

Det som jag tycker har varit mest roligt under den tid som mottagningen har varit igång, är att jag har fått tydliggöra för kvinnor, men även för män, att man kan vända sig till en barnmorska i olika sammanhang och inte bara vid graviditet. Många roliga ”gubbar” har skrattat åt sin rondör när de sökt för urinvägsproblem och sagt med ett leende att”... när jag kommer hem till frunska jag säga att jag varit hos barnmorskan”. De tillfällen då en man söker för inkontinensproblematik eller miktionsvärigheter ger även möjlighet att på ett naturligt sätt även fråga om erektil dysfunktion. Något som i allra högsta grad berör många kvinnors sexuella hälsa.

Jag hoppas att barnmorskans roll i framtiden även ska vara tydlig inom primärvården oavsett om den sker i offentlig eller privat regi. Jag vill mena att min mottagning visar att det finns behov av barnmorskor inom primärvården. Inte minst på de orter som inte har tillgång till gynekolog. Vill någon veta mer om hur man kan arbeta som barnmorska inom primärvården eller via eget företag är ni självfallet välkomna att kontakta mig.

FAKTA-dokumentet (Allmänt kliniskt kunskapsstöd) finns att läsa på <http://plus.rjl.se/fakta>

Jennie Arvidsson

Legitimerad Barnmorska och Fil. Mag. i reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Nyhälsans Intim-mottagning
jenniearvidsson.bm@gmail.com

Candiss är Jönköpings språkresurs

Candiss Noya Dadisho lämnade Libanon som trettonåring. Hon och hennes tre syskon flyttade tillsammans med föräldrarna till Tyskland där hon bodde i sex år. Där utbildade Candiss sig till läkarsekreterare med inriktning laboratorium. Det var under arbetet hos en privat gynekolog i Stuttgart som hennes intresse för barnmorskeyrket väcktes, en utbildning hon senare har gått här i Sverige. Nu har hon jobbat som barnmorska i nio år och stortrivs med det.

CANDISS JOBBAR SOM barnmorska på kvinnohälsovården i Jönköping. På mottagningen tar hon emot kvinnor som behöver hjälp med allt som rör kvinnohälsovård, med gravida som dominerande patientgrupp. Hennes modersmål är östassyrisk men hon behärskar även arabiska fullt ut. Hon talar också svenska, tyska och engelska. Det har gjort att många kvinnor inom dessa språkgrupper har sökt sig till henne. Kvinnorna som kontaktar henne kommer företrädesvis från Syrien, Irak, Iran, Libanon och andra arabländer.

Att föreslå provtagning för exempelvis könssjukdom kan kräva ett speciellt bemötande, där det är en fördel att känna kulturerna.

Många nyanlända unga tjejer är blyga och vågar inte gå till någon som inte kan deras språk.

De har möjlighet att få med sig tolk, men Candiss förstår att kvinnorna hellre söker till henne eftersom hon kan kommunicera direkt och förstår vad de menar. Hon ser även att kvinnor som numera pratar bra svenska gärna vänder sig till henne för att få möjlighet att diskutera vårdfrågor på sitt modersmål. Det kan handla om graviditet, preventivmedel eller gynekologiska besvär.

”Många invandrartjejer klarar inte av att ringa via TeleQ och behöver prata direkt med en person.

Många invandrartjejer klarar inte av att ringa via TeleQ (telefonsystemet inom vården), och behöver prata direkt med en person. Sedan två år tillbaka har hon därför fått ett direktnummer för telefonrådgivning på arabiska och öst-assyriska en timme i veckan. Rådgivningen är tillgänglig för hela länet. Kvinnorna är jättegglade att de kan ringa direkt till henne och tack samma för att kunna uttrycka sig på sitt eget språk.

Underlivet känsligt ämne

Candiss Noya Dadisho vet att underlivet är ett mycket känsligt ämne att prata om för en del invandrarkvinnor. Det är många som inte vet vad de olika underlivsorganer heter på deras språk. När det till exempel saknas ord på Östassyrisk för vissa av kroppens organ, får hon blanda in arabiska, vilket är två vitt skilda språk. En del kvinnor har också dålig generell kunskap om kroppen.



Candiss Noya Dadisho tycker att det är bra att landstinget använder hennes språkkunskaper som resurs, och telefontiden gör att hon numera slipper samtal på fritiden.

Har ni frågor till Candiss Noya Dadisho?
candiss.noya.dadisho@rjl.se

Globala utblickar

Kvinnokliniken på länssjukhuset Ryhov har under många år varit engagerad globalt på olika sätt. Ett sådant exempel är det utbytesprojekt mellan Nkinga sjukhus i norra Tanzania och vår kvinnoklinik på länssjukhuset Ryhov i Jönköping åren 2004–2005. Sammanlagt fick tio barnmorskor och läkare från vardera sjukhuset möjligheten att få inblick i varandras arbeten, vilket upplevdes positivt och har gett ringar på vattnet i form av fortsatt globalt intresse.



SEMINARIER MED NAMNET ”combat the five big killers” har arrangerats för läkare, barnmorskor och medical assistants i Tanzania och Sydsudan från år 2007 fram till nu för att minska mödradödligheten. Ett team bestående av mig och en barnmorska/vårdlärare samt en obstetriker från vår klinik har varit engagerade i detta.

I januari 2015 hölls ett sådant seminarium på Nkinga sjukhus i Tanzania. Dessa seminarier fokuserar på de fem vanligaste orsakerna till mödradödlighet och kursen varvas med teori, case-metodik och praktiska workshops. Dessutom distribuerades guidelines för dessa områden till involverade hälsoinrättningar.



” Vidare har en kollega ett uppdrag i Thailand som innebär att stödja och hjälpa utsatta barn som finns i riskzonen att bli sålda till prostitution.

Vidare har utbildning i ultraljudsdiagnostik ägt rum under år 2013 på Mchukwi sjukhus i södra Tanzania då ultraljudskunskap är eftersatt i låginkomstländer där även utrustning ofta saknas. Ansvarig var en av klinikens ultraljudsspecialiserade barnmorskor och utbildningen hölls för tre barnmorskor med uppföljning året efter. Syftet var i första hand att lära barnmorskor att diagnostisera flerbörd, bjudning, IUFD, placenta praevia med mera. Den mobila ultraljudsapparat som användes överlämnades sedan till sjukhuset för att i första hand användas i förlossningsverksamheten.

I januari 2015 hade vi också utbildningsinsatser för att påverka den neonatala dödligheten på samma sjukhus. Teoretisk undervisning varvades med workshops angående omhändertagande av asfyktiska och prematura barn med andningsstörningar, tillmatningsbehov med mera. Dessutom gav vi praktisk handledning ute på kliniken, ett arbete där en nyutbildad barnsjuksköterska var med som trainee och gjorde ett väldigt gott arbete på plats.

En av klinikens barnmorskor var under december 2014 i Kenya med Läkarbanken för att ge support med hälsoinsatser och undervisning till en hälsocentral.

Kvinnokliniken har också under flera år tillbaka haft ett nära samarbete med Litauen där utbyte av erfarenheter varit positiva och uppskattade. Kollegor har besökt Litauen och bland annat introducerat akupunktur under förlossning, vilket de efterfrågat.

I Thailand fick två kollegor genom ett samarbete med Mälardalens Högskola i Västerås studera och göra praktik under fyra månader med utbyte av erfarenheter.

Vidare har en kollega ett uppdrag i Thailand som innebär att stödja och hjälpa utsatta barn som finns i riskzonen att bli sålda till prostitution. Barnen kommer till ett barnhem där de får gå i skola innan de slussas ut till fortsatta studier eller arbeten

Landstinget i Jönköping har också under flera år haft kurser för all sjukvårdspersonal i länet vilket varit uppskattat och gett en god inblick hur förhållanden är i låginkomstländer när det gäller sjukvård och hälsoinsatser.



Carin Boij

Barnmorska & klinisk adjunkt
Kvinnokliniken i Jönköping
carin.boij@rjl.se

Ny studie mäter effekten av olika typer av uppföljning

Jag vill berätta om forskningsprojektet "KBT inspirerad behandlingsmodell för förbättring av postoperativ återhämtning efter hysterectomi. En randomiserad multicenter interventionsstudie." Det pågår på Kvinnokliniken Ryhov Jönköping sedan några år och jag hjälper till att samla in data och träffa patienterna. Andra sjukhus som deltar finns i Norrköping, Eksjö, Värnamo samt Linköping som är huvudansvarig.

ETT SYFTE MED studien är att se om olika uppföljningsstrategier kan förbättra återhämtningen och reducera sjukskrivningstiden. Ett annat syfte är att se om personer med hög ångestbenägenhet och/eller låg stresshanteringsförmåga får en bättre och snabbare postoperativ återhämtning vid KBT-inspirerad uppföljning.

När patienten tackat ja att delta i studien inkluderas de av läkare. Jag informerar patienterna om hur studien är uppbyggd, lämnar ut enkäter, samtalar och svarar på frågor samt gör smärtröskelmätningar vad gäller kyla, värme och tryck på fyra punkter på kroppen. Denna mätning upprepas efter ett år, då det är sista återbesöket och studien avslutas.

Alla patienter fyller i dagbok och enkäter i sex veckor, den första veckan postoperativt görs det varje dag, därefter en gång per vecka.

Efter operation, men innan hemgång, placeras de slumpmässigt i en av fyra uppföljningsgrupper. Grupp 1 och 2 har endast SMS- eller mailkontakt efter operation angående sjukskrivning, medan grupp 3 och 4 har telefonkontakt varje vecka.

” Det är intressant och lärorikt att hålla i detta, träffa patienter i olika skeden i processen och efter ett år.

Efter sex veckor kommer alla på återbesök, då de lämnar dagboken samt enkäterna. Då har vi också ett kort samtal om hur patienten mår.

Vid återbesöket efter ett år, som också är avslutning i studien, lämnar patienten enkäter som hon fått hemskickade och vi gör ny smärtröskelmätning.

Det är intressant och lärorikt att hålla i detta, träffa patienter i olika skeden i processen och efter ett år. Jag arbetar cirka en dag per vecka med detta, men det växlar beroende på hur många patienter som inkluderas och vilken grupp de hamnar i.



Ewa Hermansson

Barnmorska
KK Jönköping
ewa.hermansson@rjl.se

SFINX – ETT PROJEKT FÖR ATT MINSKA ANDELEN SFINKTERS KADOR

Sfinkterskador och perineotomier minskade på kvinnokliniken Ryhov genom ett tvärprofessionellt förbättringsarbete under en femårsperiod så att uppsatta mål kunde uppnås: 2 procent för sfinkterskador och <5 procent för perineotomier.

DÅ ANDELEN TOTALA sfinkterskador är fortsatt låga talar detta mot att det skulle ha skett en glidning i diagnostiken. Perinealskyddets betydelse återinfördes och det betonades att alltid beakta det vid vaginal förlossning, även vid instrumentell förlossning. Nya rutiner infördes. Det skedde genom återkommande teoretisk och praktisk träning för barnmorskor och läkare samt månadsvis redovisning av måluppfyllelse. Denna träning upprätthålls fortfarande årligen och inkluderar även vikarier och ny personal.

Frekvensen sfinkterskador har fortsatt vara låg och dessutom har även kroniska skador för dem som fått en skada minskat från 40 till cirka 20 procent. Sannolikt beror det på ett bättre och säkrare omhändertagande där också nya rutiner infördes för att handlägga en skada när den uppstått. Gyn-Zone är ett digitalt sutureringsprogram som vi använder där det bland annat finns instruktioner för hur en sfinkterskada ska sys. För att få ett så bra slutresultat som möjligt, är det viktigt att en kompetent läkare utför operationen. Det kan därför vara bra att vänta tills en sådan är tillgänglig när skada uppstår. Det är också positivt ur en annan synvinkel att vänta en stund med att suturera skadan, då kvinnan kan få ha barnet hos sig för att få en så bra anknytning som möjligt såvida inte sfinkterskadan måste tas om hand omgående.

Resultatet påverkar drabbade kvinnor då risken för kroniska skador med avföringsinkontinens med mera kan få konsekvenser för framtiden avseende önskade eller fördröjda graviditeter och förlossningar. Vidare kan relationen till partnern påverkas negativt då studier visar på att återupptagande av samlivet är fördröjt jämfört med för kvinnor utan skada.

” Det rör sig alltså om ett stort folkhälsoproblem för unga kvinnor i fertil ålder. Det är därför angeläget att fortsätta förbättra handläggningen.

Om frekvensen sfinkterskador vid förlossning skulle halveras i Sverige på samma sätt som hos oss, skulle det innebära en årlig minskning med ca 2000 sfinkterskador. Om en tredjedel av dessa får kroniska besvär innebär det cirka 650 färre kvinnor årligen med dessa besvär. Det rör sig alltså om ett stort folkhälsoproblem för unga kvinnor i fertil ålder. Det är därför angeläget att fortsätta förbättra handläggningen. Kostnader för en operation och eventuell reoperation och kanske kejsarsnitt vid nästföljande förlossning är också viktigt att nämna, men framförallt vad det innebär av lidande för den enskilda kvinnan.

Engagerade medarbetare som tar till sig fakta och arbetar efter klinikens uppsatta mål har varit viktigast för att uppnå och behålla vårt mål.



Carin Boij

Barnmorska & klinisk adjunkt
Kvinnokliniken i Jönköping
carin.boij@rjl.se

Lärcaféer

– ETT NYTT SÄTT ATT ERBJUDA FÖRÄLDRASTÖD

Bakgrunden till att vi startade vårt förbättringsarbete 2011 var att föräldrastödet i Jönköping bedrevs på olika sätt vid våra olika kvinnohälsovårds-mottagningar. Vissa mottagningar erbjöd föreläsning kring förlossning i storgrupp, medan andra inte gjorde det. Antalet tillfällen varierade också stort mellan de olika mottagningarna. Dessutom saknades ett gemensamt utbildningsmaterial.

MÅLSÄTTNINGEN MED ARBETET var således att skapa ett enhetligt utbildningsmaterial och att standardisera formerna för information. Detta för att alla gravida och ska erbjudas samma information och på likartat sätt oavsett vilken mottagning de går till. Arbetsgruppen har bestått av barnmorskor och läkare från kvinnohälsovården och kvinno-kliniken i Jönköping/Länssjukhuset Ryhov.

Hur gjorde vi?

Kunskapsläget avseende effekterna av föräldrautbildning, -stöd och -träffar kartlades genom artikelgranskning samt via jämförelse med en benchmarkklinik för "kundnöjdhet" enligt resultat från Quick-search (enkät som nyblivna föräldrar får fylla i via webben). Kliniken som vi jämförde oss med var Kvinno-kliniken i Värnamo. Vi tog kontakt med lokal mödrhälsovårdsöverläkare och samordnings-barnmorska för att få insyn i hur de arbetade med föräldrastöd. Vi jämförde också våra olika kvinnohälsovårdsmottagningar.

Hur blev det?

Vi beslutade att vi skulle testa lärcaféer, en för oss ny pedagogisk modell. Lärandemodellen kommer ursprungligen från Norge och är tillämpad på diagnosgrupper.

I Jönköping har vi tidigare haft exempelvis postpoliogrupper och psoriasisgrupper. Syftet är att personer med samma diagnos ska träffas och utbyta erfarenheter med varandra. Tanken med lärandemodellen är att de blivande föräldrarnas frågor styr, det vill säga att det inte är barnmorskan som "föreläser" om olika

teman. Vad det gäller blivande föräldrar känns det dock viktigt att de får information om till exempel amning, förlossningens förlopp och smärtlindring. Därför innehåller konceptet föreläsningar i kombination med lärcaféer.

Vinster med det nya konceptet föräldracafé

Vi erbjuder ett gemensamt koncept för alla gravida i Jönköping, oavsett mottagning. Alla får samma information vid aulaföreläsningarna om amning och förlossning. Då vår tid är dyrbar sparar denna modell tid, då det krävs mindre förberedelsestid för barnmorskan.

Upplägget av föräldrastöd i Jönköping sedan september 2013:

1. Graviditetsvecka 20–25: aulaföreläsning om amning.
2. Två veckor senare: uppföljning med Föräldracafé på Familjecentralen där barnmorska och BVC-sköterska deltar.
3. Graviditetsvecka 27–31: aulaföreläsning om förlossning och smärtlindring.
4. Två veckor senare: uppföljning med Föräldracafé på Familjecentralen där barnmorska och socionom deltar. Förskollärare presenterar sig.

Deltagarna anmäler sig till föräldracafé via webben på 1177. Respektive mottagning planerar och lägger upp sina föräldracaféer med antal grupper per termin beroende på efterfrågan.

www.rjl.se/foraldracafe



Föräldracafé – ett nytt sätt att lära tillsammans

- Innehållet styrs av deltagarnas frågor
- Samverkan mellan barnmorska, BVC-ssk, socionom och förskollärare
- Två timmar per gång inklusive fika



Hur jobbar vi vidare?

Vi har nu varit igång med våra föräldracaféer i knappt ett och ett halvt år. Efter ett år utförde vi en anonym e-enkät, där all personal fick utvärdera vad man tyckte om konceptet. Resultatet visade att man sammantaget är nöjd med det nya sättet att hålla i föräldraträffar. Nu jobbar vi vidare på hur vi ska få med blivande föräldrar som inte talar svenska. Vi önskar också att på sikt kunna erbjuda profylax till dem som önskar. Patienternas

synpunkter hämtas kontinuerligt från Quick search. Vi planerar mindre justeringar som till exempel att senarelägga starten för att tidskomprimera grupperna.

Slutsatsen är att det viktigt att vi som barnmorskor säljer in konceptet på ett bra och tilltalande sätt för att få våra blivande föräldrar att gå i föräldraträffar, och att vi ser träffarna som en naturlig del av basprogrammet.



Ann-Sofie Brändström

Leg. Barnmorska
KHV Väster, Jönköping
ann-sofie.brandstrom@rjl.se



Sofia Karlsson

Leg. Barnmorska
KHV Väster, Jönköping
sofia.karlsson@rjl.se

Barnmorskor lär av varandra

Lära av varandra är ett koncept som använts på kvinnokliniken på länssjukhuset Ryhov i Jönköping sedan cirka sex år tillbaka. Upprinnelsen var ett barnmorskesymposium på en SFOG-vecka där vi förde samtal om hur man bäst skulle kunna ta tillvara den tysta kunskap och erfarenhet som finns hos barnmorskor som arbetat länge, och hur detta skulle kunna överföras till nya kollegor.

DEN ÖVERFÖRING FRÅN erfarna till nya barnmorskor som av tradition fungerat tidigare upplevdes inte fungera på samma sätt längre. En förklaring som nämndes var att det delvis kunde bero på att en oerfaren barnmorska kanske alltför lätt kallar på primärjour, vid en situation som istället skulle kunna handläggas av en mer erfaren barnmorska. Därmed går man också miste om ett tillfälle att utveckla sin egen profession. Detta kan kanske kännas igen på flera kliniker där vi idag har en annan läkartäthet på förlossningsavdelningarna.

Väl hemkomna från SFOG-veckan började tankeverksamheten ta fart. Hur vi skulle kunna ta tillvara detta på ett bättre sätt på vår klinik? En idé föddes om att börja med träffar för oss kollegor, vilka kom att kallas Lära av varandra (LAV). Jag blev tillfrågad av vårdenhetschefen för förlossningsavdelningen att ta ansvar för träffarna. Tillsammans bestämde vi att starta med träffar mellan 15.00–16.30 flera gånger per ter-

min. Vi beslöt att ha samma tema tre gånger för att så många som möjligt skulle kunna delta. Vid varje träff skulle olika kollegor involveras i att medverka och ta lite mer ansvar. Vi kom också fram till att inte ha någon föranmälan, utan de som kunde stanna efter sitt arbetspass eller komma hemifrån var välkomna.

Innehållet i träffarna skulle utgå från vårt eget behov av att uppdatera teoretisk kunskap som fallit i glömska eller handläggning som inte fungerade tillfredställande på grund av kunskapsluckor eller avsaknad av praktisk erfarenhet. Målet var att oavsett vem som arbetade, erfaren/oerfaren, skulle vi kunna erbjuda mammorna likvärdig vård och omsorg. Innehållet skulle även utgå från processen Obstetrik-Förlossning (se artikeln sidan 4), som ville ha hjälp med att uppmärksamma något ämne. Varje träff involverade olika kollegor.

Exempel på ämnen som vi har berört under åren är suturering, amning, IUP-in-

” Lära av varandra är ett uppskattat forum där vi numera avslappnat och chosofritt delar erfarenheter, synsätt, olika arbetssätt och kunskaper för att barnmorskehantverket ska leva vidare inom vår profession.

sättning, antikonception post partum och dokumentation. Vi har också tränat på att lägga pudendusblockad. Det visade sig att det ibland fanns tillfällen där mammor uttryckligen önskat sig denna bedövning, men det inte fanns någon som kunde lägga den. Vi har gått igenom behandlingsrutiner, som vi sedan har behövt skriva om för att öka förståelsen. Kollegor har inspirerat och hållit kunskapen levande inom akupunktur. Vi har samtalat utifrån etiska perspektiv angående olika patientfall. Vi har jämfört hur vi bedömer Apgar Score och det resulterade i att vi bland annat införde en klocka på alla förlossningsrum som indikerar när det har gått 1, 5 och 10 minuter. Under åren har cirka 20 olika teman berörts och flera har repeterats på begäran.



Lära av varandra är ett uppskattat forum där vi numera avslappnat och chosofritt delar erfarenheter, synsätt, olika arbetssätt och kunskaper för att barnmorskehantverket ska leva vidare inom vår profession. På senare år har även barnmorskestudenter varit med ibland, vilket är väldigt roligt. Kollegor på gyn-sektionen har numera också egna träffar och kvinnohälsovården startade upp förra året.

Jag vill med detta passa på att säga tack till alla fantastiska kollegor som alltid uppmuntrar och bidrar på olika sätt för att överföra erfarenheter till oss alla för att ge en så säker, personcentrerad och professionell vård som möjligt.



Carin Boij

Barnmorska & klinisk adjunkt
Kvinnokliniken i Jönköping
carin.boij@rjl.se

” Innehållet i träffarna skulle utgå från vårt eget behov av att uppdatera teoretisk kunskap som fallit i glömska eller handläggning som inte fungerade tillfredställande på grund av kunskapsluckor eller avsaknad av praktisk erfarenhet.



Anna och Cajsa ansvarade för anmälan och utdelning av goodiebags. Under dagen lottades boken "300 år i livets tjänst" ut. Boken var ett bidrag från Svenska Barnmorskeförbundet.



Busmusen fortsatte sin resa till Kalmar.

BUS utvecklar barnmorskor i Småland

BUS står för barnmorskors utveckling i Småland och är ett samarbete mellan Jönköpings Barnmorskesällskap, Kalmars Barnmorskeförening och Kronobergs läns Barnmorskeförening. BUS har funnits under många år och när initiativet togs bestämdes att utvecklingsdagarna ska hållas vart tredje år och att värdskapet ska rotera mellan de tre föreningarna. Dagen ska vara gratis och bjuda på spännande föredrag och tillfälle till att knyta kontakter och utbyta erfarenheter med kollegor från hela Småland.

DEN 10 SEPTEMBER 2014 var det dags för Jönköpings läns Barnmorskesällskap att anordna BUS-dagen. En dag som lockade 140 barnmorskor. Våra två huvudföreläsare var Nora Sandholt från Mammappappan, om att vara förälder och ryggmärgsskadad, och Helena Cewers om "lust att ha lust". Fyra "lokala förmågor" höll kortare föredrag: Jennie Arvidsson berättade om att starta privat barnmorskemottagning, Marie Blomstrand om sin forskning kring urinretention post partum, Anna-Frida Kånåhols och Hanna Magnusson om sexualundervisning på högstadiet och Helena Kilander om att börja forska. Under dagen var det också "reklaminslag" som presenterades av Busmusen.

Mellan föredragen fanns möjlighet att mingla runt bland utställare och sponsorer. Deltagarna bjöds på lunch och fika och alla fick en goodiebag. Dagen avslutades med att vår ordförande lämnade över stafettpinnen till Kalmar som står som arrangör nästa gång – år 2017.

Styrelsen Jönköpings läns Barnmorskesällskap

www.barnmorskeforbundet.se



Styrelsen för Jönköpings läns Barnmorskesällskap.



NJF 2016 MIDWIVES4ALL**20TH CONGRESS OF THE NORDIC FEDERATION OF MIDWIVES****Dear Colleague**

On behalf of The Swedish Association of Midwives, it is my pleasure to welcome you to Gothenburg and the 20th Congress of the Nordic Federation of Midwives. The theme "Midwives4all" reflects not only midwives role in the Nordic countries and globally but also midwives work for all women, men and children. Ensuring that sexual and reproductive health and rights are prioritized in the post-2015 agenda is crucial for achieving progress on the overall health and development agenda. Nordic midwives take an interest in and are active professionals both at home and internationally.

The NJF Congress will be held at the Swedish Exhibition & Congress Centre in the heart of Gothenburg May 12–14, 2016.

We expect to host up to 800 midwives in Gothenburg from the Nordic Region; Denmark, Finland, Greenland, Island, the Faroe Islands, Sweden and Norway. During three days, interesting keynote lectures, symposiums and workshops will enlighten new perspectives on midwifery, focusing on research and new developments within the field of practice.

The congress creates huge opportunities for midwives to develop networks and friendships with new colleagues. Besides the scientific

program there is an exciting social program. You are also invited to the Citys reception on May 12th and to the formal congress dinner in Kajskjöl 8 on May 13th.

The board of the Swedish Association of Midwives would like to welcome each of you to Gothenburg in May 2016.

Ingela Wiklund

PRESIDENT
The Swedish Association
of Midwives



www.barnmorskeforbundet.se

FIRST CALL FOR ABSTRACT 20TH NORDIC MIDWIFERY CONGRESS MIDWIVES4ALL! 12–14 MAY 2016 IN GOTHENBURG, SWEDEN



NJF congress
Gothenburg May 12-14, 2016
Nordiskt Jordemorderförbund (NJF)

NJF Congress welcomes abstracts on subjects within sexual and reproductive health and the theme Midwives4all

- Abstracts should be original work.
- Abstracts must not exceed a maximum of 300 words and include the headings: background, aim, methods, results and conclusion.
- Abstracts must be submitted by October 31st for consideration by Nordic midwife researchers and the Scientific Program Committee.
- Authors will be notified of provisional acceptance of abstracts by January 15th 2016 and will also be notified if the abstract has been selected for an oral, workshop or poster presentation.
- Congress language will be English. Only abstracts submitted in English will be reviewed.
- Submit your abstract at

www.barnmorskeforbundet.se