

# Grunde modur

Svenska  
Barnmorskeförbundets  
Tidskrift



REPRODUKTIV HÄLSA GÖTEBORG  
NR 7-8 • JULI-AUGUSTI • 2012  
ÅRGÅNG 125



05

NR 7-8 2012

## Reproduktiv Hälsa Göteborg

04 Konferens Reproaktiv Hälsa

12 Skitbra i Göteborg!

14 Det nyfödda barnets hud

15 Stipendier 2012

16 På spåret mot kvinnohälsa  
Keynote Marie Berg

11

22 Tea and cakes med Soo Downe

24 De frön vi sätt ska vattnas  
– Internationell kurs för barnmorskor, Thailand28 Intervju med Anna Nordfjell  
Barnmorskefrågor är kvinnofrågor  
– även om 30 år30 Intervju med Ulla Waldenström  
Brinna & brännas

32 Förbundsnytt

33 Nya Barnmorskor

34 Det var en gång...

38 Ordförande har ordet

40 Förbundsnytt



35

### Jordemodern

#### Ansvarig utgivare & Förbundsordförande

Ingela Wiklund

#### Chefredaktör

Margareta Rehn  
margareta.rehn@barnmorskeforbundet.se

#### Redaktion

Maria Ekstrand Karin Reimegård  
Maria Sahlin Pernilla Ny  
Eva TimerdalRedaktionen förbehåller sig rätten att korta  
och redigera insänt material.

#### Jordemodern

utkommer med 10 nummer per år

#### Prenumeration

förnyas årligen, 600 kronor

#### Annonsbokning

jordemodern@barnmorskeforbundet.se  
Tfn 08-10 70 88

#### Sista bokningdag för medlemsannonser

den 10:e i månaden före utgivningsdatum

## Fatta rodret och sätt ut kursen!



► **MED ORDEN FATTA** rodret och sätt ut kursen! avslutades konferensen Reproaktiv Hälsa i Göteborg den 25 maj. Nu ligger bollen hos oss.

Redskapet är evidens och det har vi så det räcker. Vi vet en hel del om vad som är bra för kvinnor och barn. Nu måste vi ta till oss och använda de forskningsresultat som finns. Att var och en och tillsammans, på arbetsplatser och som yrkesförbund, tar professionens ansvar.

Vi ger onödigt kostsam högriskvård till friska kvinnor under förlossningen. Vi fortsätter att använda CTG som screening trots att vi vet att det är ett trubbigt instrument. Vi avnavlar tidigt, ibland omedelbart, trots att vi vet att det påverkar barnet – ännu inte hur.

Vi inför rutiner som blodprovstagning av ph och syrabas-status på alla friska barn, trots att ingen egentligen efterfrågar det. Vi gör det för att ha ryggen fri och för att bli duktiga på att ta prover. Vi kallar det kvalitetssäkring, ett mått på bra och säker vård.

Detta är inte längre försvarbart.

Det finns andra sätt att vårda friska gravida och födande kvinnor och deras barn. Det har vi evidens för.

Barnmorskor måste konsumera forskning, vi måste läsa på. Vi har ett autonomt yrkesansvar,

nu handlar det om att ta det. Ingen tjänar på att polarisera professionerna. För att ge bra vård till kvinnor och barn behöver vi varandra.

Vi kan välja att använda de studier och den evidens som finns för att förändra och påverka den vård vi ger. Om vi inte använder forskningsresultat som finansieras via "skattemedel" blir slutnotan ännu dyrare. Visst kan vi ge lika bra vård med färre ingrepp, få nöjdare kvinnor och par – till lägre kostnad och med bättre kontinuitet. Politiker är inte sakkunniga. För att förstå behöver de informeras och involveras av oss.

Kanske säger någon att kvinnorna och paren kommer att protestera. De vill ha ultraljud och CTG och smärtlindring med EDA och kejsarsnitt, och de bryr sig inte om när barnet avnavlas. Men det är vi – inom professionerna – som har fostrat dem att vilja ha teknik, övervakning och medicinska ingrepp. Vi har bidragit eftersom det är vi – professionerna – som bedömer, föreslår och gör. Det är vi som använder tekniken nästan "rituellt", om-utifall-att-för-säkerhets-skull. Det är vi som har infört metoder som inte varit evidensbaserade. Kanske är det vi – barnmorskor och läkare – som kommer att protestera mest om det blir en ändring. Kanske är det vi som inte kan låta bli...

Förlossningsvården ska bedrivas med lämpligt bruk av medicinska ingrepp. Det finns evidens för att erbjuda alternativa vårdformer. Fatta rodret, sätt ut kursen och styr. Nu! ◀

#### Svenska Barnmorskeförbundet

Baldersgatan 1  
114 27 Stockholm  
Tfn 08-10 70 88

E-mail kansli@barnmorskeforbundet.se

Webb www.barnmorskeforbundet.se

#### Manusgranskning

Birgita Klepke

#### Grafisk formgivning

AB Huset Makalösa

#### Tryck

Åtta.45 Tryckeri AB

## En lyckad och annorlunda konferens



” Är det inte dags att inrätta högspecialiserade kliniker på några platser i landet och lägga kraven på vad övriga vårdgivare ska tillhandahålla på en mer rimlig nivå?

Ingela Wiklund Förbundsordförande

► **ÅRETS KONFERENS** I sexuell och reproduktiv hälsa är just avslutad. Konferensen blev på många sätt både lyckad och annorlunda. Många viktiga frågor diskuterades och de inbjudna föreläsarna bjöd på mycket bra föreläsningar. Vi kom också till konsensus. Vid seminariet om fosterövervakning kunde vi alla konstatera att rutinmässig CTG-test vid ankomst till förlossningsklinik inte förbättrar utfallet av förlossningen enligt den evidens som finns i dag. Man kan därför fråga sig om vi ska fortsätta med denna rutin inom svensk förlossningsvård. I Storbritannien och Norge har man upphört med rutinmässig CTG-screening på friska kvinnor. Jag hoppas att landets förlossningsbarnmorskor är beredda att delta i det arbete som krävs för att ändra denna rutin. Jag vill gärna tro att vi använder den forskning som bedrivs för att utveckla vården. I detta fall handlar det om att vi måste anstränga oss för att arbeta annorlunda. Vi måste komma närmare den födande kvinnan, stanna i förlossningsrummet och använda all den kunskap vi har för att övervaka, stödja och uppmuntra den födande kvinnan och hennes partner.

På konferensen genomfördes också ett seminarium om alternativa förlossningsmodeller. Frågan var om det finns några alternativa modeller för kvinnor som föder barn i Sverige. Tyvärr är svaret; nej det gör det inte. Det finns bara några få undantag, som offentligt finansierade hemförlossningar i Stockholm och Södra BB i Stockholm som ligger under

en sjukhusklinik. I övrigt finns inga alternativa vårdmodeller utan svensk förlossningsvård sköts på fullskaliga kliniker där vården är riggad för att klara allt från normala spontana födselar till att vårda mycket svårt sjuka gravida kvinnor och prematura barn.

En stor majoritet av alla som föder barn är dock friska och kommer att få en helt normal förlossning. Om vi ska rigga alla kliniker på den högsta möjliga säkerhetsnivån kommer vi att få en mycket dyr förlossningsvård. Är det inte dags att inrätta högspecialiserade kliniker på några platser i landet och lägga kraven på vad övriga vårdgivare ska tillhandahålla på en mer rimlig nivå?

Barnmorskan och professor Soo Downe, som var huvudtalare på konferensens första dag, redovisade bland annat beräknade sjukvårdskostnader för övervård i Storbritannien (2005). I denna sammanställning räknade man med att medikaliseringen av förlossningsvården årligen kostade Storbritannien 18,290.5 miljoner dollar. Det är den högsta kostnaden inom de specialiteter som redovisas, dyrare än kosmetisk kirurgi som kostar landet 12,376.0 miljoner dollar per år (Bureau of Labor Statistics). Detta är särskilt intressant med tanke på att Storbritannien har alternativa vårdmodeller och fler hemförlossningar än vad vi har i Sverige. Det skulle vara intressant att genomföra en liknande undersökning av svensk vård.

Ett ämne som hettade till under konferensen var navelsträngsblodbanker och tidig avnavling av nyfödda barn. Det blod som finns i navelsträngen och i moderkakan efter att ett barn har fötts innehåller en stor mängd stamceller. Föräldrar ombeds därför donera sitt nyfödda barns navelsträngsblod för behandling av människor med olika blodsjukdomar,

som leukemi och vissa ärftliga blodsjukdomar. Med hjälp av en stamcellstransplantation kan dessa människor bli botade från sin sjukdom. Men att få tag i stamceller för transplantation är ofta svårt.

Ur en etisk aspekt är frågan om donation mycket viktig. Det blod som finns i navelsträng och moderkaka är avsett för det nyfödda barnet, men samtidigt anser jag att vi måste delta i kampen för att hjälpa sjuka människor att få en botande behandling. Det viktiga i sammanhanget är att föräldrar som ska ta ställning i frågan, får en korrekt information om vilka eventuella konsekvenser detta kan ha för det nyfödda barnet. I Göteborg avnavlas barnen omedelbart efter förlossningen för att man ska få ett så bra utbyte som möjligt. På Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge väntar man en minut innan man avnavlar barnet och tar tillvara blodet. På Huddinge pågår också en studie där man tittar på hur denna rutin påverkar anknytning mellan mor och barn, barnets hälsa vid sex månader samt amningen. En studie som kommer att ge oss viktig information. Kanske visar det sig att det går att vänta en minut innan man tar till vara donerat navelsträngsblod. I övrigt gäller de gamla riktlinjerna att vi bör praktisera sen avnavling om det inte ska doneras stamceller eller finns annan indikation för tidig avnavling.

Barnmorskor har en nyckelroll inom alla dessa områden. Därför är det mycket viktigt att vi har kunskap om den vetenskap som finns inom det område där vi arbetar och att vi med det som bas diskuterar och agerar med patientens bästa för ögonen.

Jag önskar alla kollegor en fin sommar. För min del ska den delas mellan torpet i Uppland och förlossningsvården. <