



SVENSKA  
BARNMORSKEFÖRBUNDETS  
TIDSKRIFT

Svenska Barnmorskeförbundet är  
den professionella sammanslutningen  
för legitimerade barnmorskor och  
barnmorskestuderande

**Barnmorska**  
= Medlem i Barnmorskeförbundet

NOVEMBER NR 11 2015



- 4** Ungdomsmottagningen – en självklar plats för ensamkommande flyktingungdomar
- 6** Barnmorskor arrangerar internationell kongress om hälsa och vård inför graviditet – Intervju med professor Tanja Tydén
- 8** Smärtlindring i samband med kejsarsnitt
- 14** PKU 50 år
- 15** Dags att avliva juridiska myter om samvetsfrihet
- 18** Temadag abort
- 20** En annan verklighet – Svensk barnmorske-studerande i Bangladesh
- 28** Marie Lundqvist-Andersson om Marie Lundqvist-Andersson
- 29** Förbundsnytt
- 30** Rapport från EMA konferensen i Bukarest, Rumänien 2015
- 32** Ordförande har ordet –Tack för åtta fantastiska år
- 52** Insänt
- 54** Kårandan bland barnmorskor – finns den?
- 55** Förbundsnytt
- 56** Medlemsmöten

## Jordemodern

JORDEMODERN SVENSKA BARNMORSKEFÖRBUNDET (UTGIVARE) ISSN 0021-7468

### Ansvärlig 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

## Planer för förlossningsvården samt tillgången på barnmorskor

”Principen för samhällets åtgärder beträffande förlossningsvården bör enligt utredningens åsikt vara att ge denna en sådan organisation och sådana vårdmöjligheter, att barnaföderskan själv i görligaste mån kan välja vårdform.”

**RUBRIK OCH CITAT ÄR HÄMTAT** från Betänkande om Förlossningsvården avgiven av 1941 års befolkningsutredning, Statens offentliga utredningar 1945:50 Socialdepartementet.

De dåliga förhållandena på landets förlossningsanstalter ledde till att befolkningsutredningen några år senare ansåg att ”de olika med förlossningsvården sammanhängande problemen borde bli föremål för ingående undersökningar och överväganden”. Uppdraget gick till en särskild expertdelegation som tillsattes den 27 november 1943.

Utredarna ville skapa en grund för en saklig bedömning av förlossningsvårdens situation och deras stora genomgång av läget i landet kom att påverka den framtida förlossningsvården i Sverige.

**Redan då handlade det** om rekrytering till barnmorskeyrket, anställningsförhållanden, arbetstid och lön. Utredningen tittade på samtliga ”förlossningsanstalter” i hela landet, på deras verksamhet, antal barnaföderskor och vårdtidens längd. De sammanställde statistik och gjorde en omvärldsanalys. I betänkandet finns uppgifter om födselar inom slutet och i öppen vård, tillgång till för- och eftervård, missfall, dödföddhet och komplikationer. Det finns också en genomgång av bestämmelser och regelverk gällande barnmorskewäsendet och förebyggande mödra- och barnavård samt skyldighet att ombesörja anstaltsvård vid barnbörd och kostnadsberäkningar.

**Efter denna stora statliga** genomlysning har det kommit flera utredningar som har handlat om mödrahälsovård, smärtlindring, föräldrautbildning, abort och preventivmedelsförskrivning eller vården av nyfödda barn. På senare tid har de allt mer handlat om centralisering och effektivisering, evidens och patientsäkerhet.

Det underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som togs fram av Socialstyrelsen 2014 lyfter fram att bristen på nationell helhetssyn leder till splittrade insatser och en svagare kunskapsstyrning. Men i dokumentet finns nästan ingenting om vård i samband med graviditet och barnafödande. Kanske tas det för givet i Sverige? Vet alla hur det är och hänger ihop, vem som gör vad och vad som är bra?

Nyss fick jag höra att landstingspolitiker och högre tjänstemän i en del av landet blev förvånade när de insåg att mödrahälsovården sköts av barnmorskor – och inte av läkare och sjuksköterskor.

**Vård i samband med** graviditet och barnafödande, kvinnors hälsa, upplevelser, önskemål och rättigheter är ibland en icke-fråga. Vi tar inte heller alltid till oss det forskningen visat.

I dag, när det mesta verkar handla om de ekonomiska förutsättningarna och landstingens och klinikernas självstyre, undrar jag om det inte är dags för en ny statlig genomlysning av vård i samband med graviditet och barnafödande, barnmorskans kompetens, arbete och villkor och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

**Vad har Sverige för** plan när det gäller förlossningsvården samt tillgången på barnmorskor i framtiden?





# TACK

## för åtta fantastiska år

Efter åtta år som ordförande för Svenska Barnmorskeförbundet lämnar jag nu i november mitt uppdrag. Detta bidrag av "ordföranden har ordet" är därför det sista jag skriver i Jordmodern i egenskap av förbundsordförande. Mina åtta år som ordförande har för mig varit en tid fylld av fantastiska möten med kollegor i vårt land, med företrädare för andra yrkesorganisationer och ideella organisationer samt politiker och andra intressanta människor.

**SVENSKA BARNMORSKEFÖRBUDETS INTERNATIONELLA PROJEKT** och mitt uppdrag som styrelsemedlem i ICM (International Confederation of Midwives) och nu sedan en tid även som representant i civilsamhällets expertgrupp för hälsa, nutrition och befolkningsfrågor på Världsbanken, har gett mig ett stort nätverk med kollegor och andra kunniga yrkesmänniskor världen över.

Jag har givits många möjligheter att fundera över barnmorskeyrket, över essensen i och betydelsen av det vi gör i vår yrkesroll som barnmorskor. Jag kan konstatera att vi barnmorskor i mycket är olika, och långt ifrån överens om allt. Precis som människor i allmänhet är vi inte helt överens om alla de frågor som berör vårt yrke. Det kan handla om forskningsanvändning, samvetsklausul, aborter, hormoner, preventivmedel, hemförlossningar, kejsarsnitt, interventioner och mycket annat. Men jag har upptäckt att oavsett inom vilken kultur och i vilket land vi är verksamma, finns det något vi har gemensamt – nämligen ett genuint engagemang för vårt arbete och dem vi möter.

Barnmorskor är inte vilka kvinnor/män som helst utan en yrkeskår med ett mycket stort engagemang för sitt yrkesmässiga uppdrag.

#### En barnmorskas värld

Vårt yrke är för det mesta fyllt av lyckliga stunder och det stora förtroende vi ges då vi deltar i vården vid graviditet och födande är få yrkesgrupper förunnat. Den adrenalinkick som jag många gånger känt när ett barn föds, är lätt att bli beroende av och vi barnmorskor berättar gärna historier vi upplevt i vårt yrke som på olika sätt berört oss. Jag tillhör de lyckliga som valt ett yrke jag aldrig har ång-

” Barnmorskor är inte vilka kvinnor/män som helst utan en yrkeskår med ett mycket stort engagemang för sitt yrkesmässiga uppdrag.

rat. Alla dagar innehåller dock varken adrenalinkickar eller glädje. När väntan på ett barn inte blir det lyckliga slut som alla förväntat sig är yrkesrollen svår och det är omöjligt att inte bli berörd av olycka och stor sorg.

Vårt yrke kan också bestå av sömnlösa nätter, rannsakan, skuld känslor och anklagelser gentemot oss själva och mot livets orättvisor, även om det som inträffar vanligen är något vi inte kunnat påverka.



Snorklande barnmorskor i Australien, ICM Congress 2005.

Vårt yrke innebär potentiellt en hälsorisk, att bli utsatt för blodsmitta, infektioner och stressrelaterade åkommor. I vissa länder är barnmorskor dessutom en måltavla i krig.

Vårt yrke kan vara fysiskt krävande med långa arbetspass, där vi masserar ryggar, axlar och ben på kvinnor i förlossningsarbete. Vi lyfter, krystar och lyssnar på fosterhjärtats tickande under långa nätter. Vi använder våra händer och vår röst för att skapa lugn och trygghet, för att trösta och övertala. Vi vet mer om kvinnokroppen än de flesta, vi känner dess hemligheter på ett djupare plan än

andra människor. Kvinnoryggens och bäckens form med Michaela ruta, bäckenbottens muskler och elasticitet, vaginas och livmodertappens färg och konsistens. Lukten av fostervatten och andra kroppsvätskor liksom moderkakans blåskimrande färg med kärll och navelsträngens geléliknande konsistens är detaljer i en förlossningsbarnmorskas vardag som de flesta människor aldrig kommer i kontakt med. En värld som är hemlig för den oinvidge. I mitt yrke som barnmorska har jag upplevt såväl tvivel, smärta, ousäglig sorg som obeskrivlig glädje, lycka och stolthet.

” Vårt yrke innebär potentiellt en hälsorisk, att bli utsatt för blodsmitta, infektioner och stressrelaterade åkommor. I vissa länder är barnmorskor dessutom en måltavla i krig.

” För min egen del var det dock inte de nyfödda barnen som lockade mig till yrket utan den kontakt jag som barnmorska har möjlighet att etablera med kvinnor, var i världen jag än arbetar, oavsett om kvinnor är gravida eller inte.



#### Barnmorskans stödande funktion

Jag har alltid uppskattat känslan av att befinna mig mitt i det pulserande livet vid sidan av en födande kvinna. Ljudet av barnets hjärtslag är som en ständigt närvarande musik. Att lyckas möta förväntningar och stödja den födande kvinnan på ett sätt som gör henne stolt över sin styrka gör mig glad. Var och en av de mer än tusen kvinnor jag hjälpt då de fött barn, har varit unika i hur de fött sina barn. Det har varit ett privilegium att få vara med, på var och en av dessa födslar.

De allra flesta födslar är helt normala men vi måste i framtiden anstränga oss än mer för att agera klokt för att inte i onödan medikalisera barnafödandet. Mycket kan göras för att förbättra vården under graviditet och förlossning i vårt land. Inte minst tänker jag på att skapa kontinuitet i vården av gravida och födande kvinnor. Vanligen brukar kvinnor och deras partner bonda snabbt med sin barnmorska under förlossningen även om de aldrig tidigare haft någon relation, men alla har vi varit med om att vara barnmorska till en kvinna vi känner, en kollega, vän eller en kvinna vi mött under graviditet eller vid tidigare förlossning. Vi vet alla hur fantastiskt ett sådant möte är för kvinnan, hennes partner och för mig som barnmorska.

Det våra engelska kollegor kallar för ”fysiologisk födelse”, en födelse helt utan interventioner och farmakologiska smärtlindringsformer, är ganska ovanlig i vårt land i

dag. Vi vågar inte riktigt lita på att kvinnans kropp vet vad den ska göra och inte heller att den födande kvinnan ”klarar av” att föda utan våra interventioner. Hur mycket studier som än publicerats kring hur viktigt kontinuerligt stöd är i samband med barnafödande, rörelse under öppningsskedet och upprätta förlossningar, lyckas vi inte organisera vården utifrån dessa principer. På många sjukhus fortsätter man att bygga förlossningsavdelningar separerade från eftervårdsavdelningar och antenatala avdelningar. Varför delas vården upp på detta sätt då vi vet att kontinuitet är en av de viktigaste faktorerna då det gäller såväl upplevelse av barnafödande som medicinskt utfall? Trots att vi känner till hur viktigt patientcenterad vård är fortsätter vi att organisera vården utifrån en uppgiftsorienterad modell. Varför?

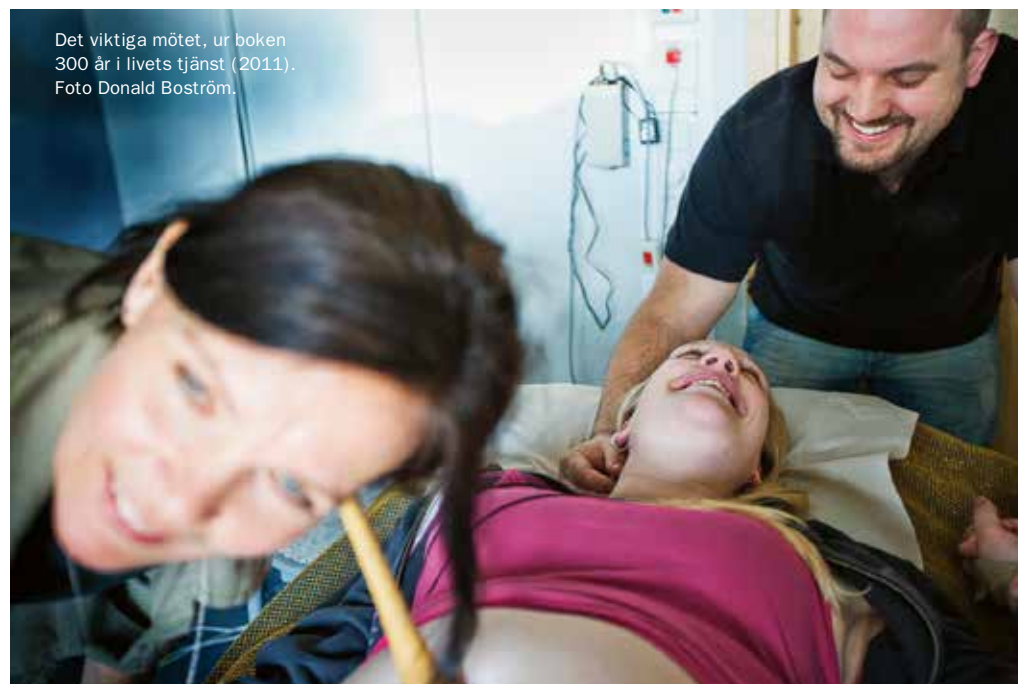
En graviditet kan vara en tid fylld av oändliga möjligheter. En kvinna som väntar barn kan vara beredd att göra vad som helst för sitt barn, saker hon inte kunnat göra för

sig själv tidigare i livet, som att bryta dåliga vanor och ändra skadliga mönster. När ett barn föds, föds också en förälder. Till graviditet eller när barnet är fött hör ofta en ambivalens. Att som nybliven förälder fråga sig om beslutet att bli förälder var riktigt och fundera över om det var detta jag verkligen ville, att tvivla på sig själv som nybliven mamma eller pappa hör till en normal process i att bli förälder.

#### Ur ett genusperspektiv

Under min yrkesverksamma tid som barnmorska har framförallt två stora viktiga händelser ur ett genusperspektiv inträffat.

Den ena är männens engagemang och uppriktiga vilja att vara delaktiga i det som händer dem och deras partner under en graviditet och förlossning. Detta engagemang är otroligt viktigt för relationen mellan dem och deras barn. Vad som än händer i livet med en partner är man, när ens barn är fött, för alltid förälder.



Det viktiga mötet, ur boken 300 år i livets tjänst (2011). Foto Donald Boström.



Förbundsstyrelsen på Junibacken, Reproaktiv Hälsa 2009.

Den andra stora händelsen är att samkönade par i dag öppet kan bli föräldrar. Att en familj inte måste vara en kvinna plus en man utan kan se ut hur som helst, det är fantastiskt. Jag tror att vi alla kämpar med outtalande fördomar mot allt som är främmande. Först när vi är medvetna om denna sida hos oss själva, kan vi på allvar förändra ett invariant mönster och inkludera dem som lever på ett annat sätt. Under år 2014 träffade jag för första gången en man som födde barn. Debatten om alternativa vägar till föräldraskap och surrogatmödraskap (värdmödraskap) är för många en svår fråga ur ett etiskt, ekonomiskt och juridiskt perspektiv. Min filosofi som barnmorska är att ge alla som kommer i min väg, den bästa vård de kan få oavsett hur de löst sin barnlängtan. Mitt uppdrag är alltid att stötta och vårda den gravida kvinnan/mannen under graviditet och barnafödande.

En svensk lagstiftning kring värdmödraskap kanske kan förhindra den handel som uppstått där fattiga kvinnor säljer sin livmoder och kropp till västerlänningar för att betala för sina egna barns skolgång. Hur lagstiftningen bör utformas behöver diskuteras noggrant, inte endast av jurister utan av etiker, politiker och oss medborgare.

#### Teamarbete med andra

Inom den moderna medicinen är det mycket sällan en ensam barnmorska eller läkare som vårdar "sin patient". När jag läser böcker och historiska beskrivningar av barnmorskors ensamma arbete i torpstugor och avlägsna gårdar i vårt land, är jag tacksam över att jag under min yrkesverksamma tid varit omgiven av kunniga kollegor, kunniga förlossningsläkare, barnläkare och erfarna undersköterskor. Jag tillhör dem som följt BBC:s serie "Call the Midwife" med stor fascination. Denna serie speglar barnmorskors arbete i en fattig del av London under 1950- och 1960-talen och har ökat intresset för barnmorskeyrket enormt i Storbritannien. De flesta födslar skedde vid denna tid



Jordmodern nr 1-2 år 2008 presenterar nya ordföranden Ingela Wiklund samt nya förbundsstyrelsen.

” Spetskompetens utvecklas allt mer inom alla yrken i vården och ingen ensam yrkesutövare kan besitta all den kunskap som krävs.



i hemmen, men de kvinnor som levde under mycket fattiga omständigheter eller som var sjuka födde barn på sjukhus även på denna tid. Förutom dessa barnmorskors skicklighet, i allt från ren laboratorieverksamhet som att koka urin för att se om äggvita löses ut till att hantera barnafödande i hemmen, är imponerande. Det som intresserar mig är också att se att barnmorskorna var två vid

många förlossningar i hemmen på denna tid i England. De tycks också ha ett mycket gott samarbete med en familjeläkare. Även i Sverige var den tidiga utvecklingen mot förlossning på institution driven av att många familjer var fattiga och trångbodda. Kvinnorna önskade och fick mer vila och mat på förlossningshem och sjukstugor än hemma. Det var med andra ord inte medicinsk säkerhet som var skälet till att andelen hemförlossningar minskade före 1950-talet. Förlossningarna sköttes på samma sätt av barnmorskor på förlossningsanstalter, sjukstugor och sjukhus som i hemmen. I takt med den moderna medicinens utveckling har allmänhetens förväntningar och krav på säkerhet i vården ökat. Det finns med all rätt en "noll-tolerans" när det gäller undvikbara vårdskador. Spetskompetens utvecklas allt mer inom alla yrken i vården och ingen ensam yrkesutövare kan besitta all den kunskap som krävs. De utmaningar vi har att tampas med är i allmänhet inte teamarbetet "på golvet", utan en kamp mellan olika yrkesgrupper om att ha "tolkningsföreträdare" när det gäller planering av sjukvård, riktlinjer och förfrågningsunderlag och regler som styr sjukvården. Historiskt har läkarna genom sin ställning haft ett stort inflytande på vården. Allt oftare kommer andra yrkesgruppers professionella kunskap till nytta i vårdplanering och det gäller inte endast läkare, barnmorskor och sjuksköterskor utan även annan sakkunskap till exempel inom ekonomi, juridik och samhällsplanering. Gamla hierarkier och maktstrukturer kan ställa till problem i detta teamarbete eftersom ett bra samarbete endast utvecklas ur respekt för den specifika kunskap var och en i teamet har.



Ingela Wiklund och Bridget Lynch under jubileumskonferensen i Stockholms stadshus, 2011.

### Patientsäkerhet

Arbetet för att förbättra patientsäkerheten inom förlossningsvården har fått ett stort fokus i barnmorskeförbundet de senaste åtta åren. Det patientsäkerhetsarbete som initierats av Patientsäkerhetsförsäkringen (tidigare Landstingens ömsesidiga Försäkringsbolag) och som drivs av Barnmorskeförbundet, SFOG och Barnläkarförningens neonatalsektion har varit en stor framgång. Landets samtliga kliniker har engagerats i detta arbete. Till en början var fokus i huvudsak det ofödda barnet. Projektet har i fas två inkluderat säkerhet för mamman med fokus på bäckenbottensskador. Inte minst teamarbete i vården mellan barnmorskor, förlossningsläkare och barnläkare har fått en arena i och med detta arbete. Det kan dock finnas

en risk att rädsla för oönskade händelser i sig skapar rädsla och därmed leder till en ökad medikalisering av förlossningsvården. Frågan har lyfts inom projektet och här behövs en balanserad diskussion. När vi informerar gravida kvinnor om de val hon kan göra presenterar vi ibland alternativen på ett sätt som gör att de endast kan välja ett alternativ, det vi tycker att de bör välja. Till exempel säger vi: ”detta läkemedel ger vi för att minska blödningen efter förlossningen”. Istället borde vi kanske informera så här: ”man kan ge ett läkemedel för att minska blödningen efter förlossningen något. Det är ett hormonlikt preparat, oxytocin. Vill du att jag ger dig detta eller vill du avstå från detta läkemedel?”

I en nyligen publicerad rapport från Storbritannien: ”The Report of the Morecambe Bay Investigation” (rapporten om Morecambe Bay) beskrivs en gravt dysfunktionell förlossningsenhet där ett flertal kvinnor och barn avlidit i samband med förlossningen på grund av bristande samarbete, svag ledning ”vi och dem” kultur, avsaknad av riktlinjer, riskvärdering och uppföljning. Barnmorskorna på enheten beskrivs som en stark grupp som drivit den ”normala förlossningen” alldeles för långt och genom detta betedde utsatt kvinnor och barn för ofattbar risk. Flera faktorer i svensk förlossningsvård gör det mindre sannolikt att samma situation kan uppstå här. Inom svensk förlossningsvård arbetar vi tvärprofessionellt strategiskt och gemensamt med patientsäkerhet inom förlossningsvården. Vi har i Sverige en sund tradition där vi strävar efter ett icke hierarkiskt system där olika yrkesgrupper samarbetar i vården av den gravida och födande kvinnan. För Svenska Barnmorskeförbundet är

” Här har vi det senaste året varit med om en debatt ledd framförallt av anestesiologer som anser att förlossningsvård inte kan bedrivas utanför akutsjukhus. Jag håller inte med.

det en självklarhet att alla förlossningskliniker i Sverige bör arbeta utifrån ett teamarbete där all kompetens finns representerad.

Det är ingen tvekan om att vi gemensamt måste arbeta för att förhindra undvikbara skador. För att inte medikalisera och organisera all vård med utgångspunkt ifrån att alla gravida kvinnor löper en hög risk måste vi bli bättre på att riskbedöma under graviditet och förlossning. Här har vi det senaste året varit med om en debatt ledd framförallt av anestesiologer som anser att förlossningsvård inte kan bedrivas utanför akutsjukhus. Jag håller inte med. Så länge man antingen har vården riggad med operationsresurser, anestesiresurser, IVA-vård och neonatalvård kan man, anser jag, driva förlossningsvård utanför akutsjukhus. Man bör också kunna organisera selekterad vård för gravida med låg risk utanför akutsjukhus som man gör i Storbritannien.

I England sker varje år mer än 600 000 förlossningar. Av dessa föder 15 000 kvinnor barn hemma, 12 000 kvinnor föder barn på fristående barnmorskeledda enheter utanför sjukhuset och 61 000 föder barn på separata enheter för normalförlossningar på sjukhus liknande den verksamhet som finns på Södra BB i Stockholm. Den stora ”Birth place” studien som presenterades 2011 visade att det var lika säkert för friska kvinnor att välja dessa alternativ som att föda på traditionella förlossningsavdelningar på sjukhus. Undantaget var hemförlossning för förstföderskor vars barn hade en ökad risk då det gäller det oföd-

da barnet. Men jag är inte naiv, jag vet att vi är mycket långt ifrån att kunna skapa fristående barnmorskeledda enheter i Sverige.

När det gäller hemförlossningar lyckades vi i Stockholm för mer än tio år sedan skapa regler för de friska kvinnor som önskar föda barn hemma. Friska omföderskor, med spontan start av förlossningen i fullgången tid och ett barn i huvudläge ersätts sedan dess med en förlossningspeng för att kunna ersätta de barnmorskor som assisterar hemma under barnets födsel. Det fanns farhågor när denna modell infördes att det skulle öka antalet hemförlossningar dramatiskt men dessa farhågor har inte besannats. När man talar om jämlik och rättvis vård så skulle jag önska att alla landsting i Sverige skulle kunna erbjuda samma sak. För närvarande är det endast Stockholm och Västerbotten som ersätter hemförlossning. I Skåne och Västra Götaland har man aktivt arbetat för att införa en liknande modell. Här har många landsting istället valt att ”stoppa huvudet i sanden” och tro att det man inte ser, det finns inte. Bejaka istället att det finns kvinnor som önskar föda barn hemma och se till att ha en organisation som har till syfte att stödja säkerhet för dem som väljer att föda hemma.

Jag tror att vi över huvud taget måste börja tänka utanför ”boxen” inom sjukvården. BB-vård i hemmet borde kunna byggas ut i större skala. Varför ska föräldrar med friska nyfödda barn ligga kvar på sjukhus? Rädsla för sjukhusburna infektioner borde vara ett skäl för

” Jag hör ibland kollegor säga att fler barnmorskor ”ska in” i beslutsfattande rum. På ett stort och övergripande plan är detta endast möjligt om man väljer att arbeta politiskt via något politiskt parti.

att lämna sjukhusmiljön snarast möjligt. Givetvis måste en organisation med barnmorskor som gör hembesök byggas upp. Denna organisation har man med stor framgång haft i Uppsala under många år. Att ha en barnmorska i tjänst på klinikerna som kan åka hem till kvinnor i latensfas är en annan värdidé som skulle förbättra vården och skapa ökad trygghet för blivande föräldrar. Trenden mot allt längre vårdtider för friska barn måste brytas. Sjukhusvård är inte alltid det bästa alternativet.

#### Barnmorskor som ledare och chefer

Jag vågar påstå att det blivit vanligare att barnmorskor tar plats högt upp i organisationer på högskolor/universitet, i kommuner, på sjukhus och på landstingsnivå. Roller som prefekt, rektor, sjukhusdirektör, verksamhetschef, verkställande direktör, etcetera innehåller allt oftare av barnmorskor. Dessa uppdrag har de alla fått i konkurrens med andra kunniga yrkesföreträdare. De har ett genuint intresse för ledarskap och organisation och en förmåga att få med sig andra. Jag vet inte om det finns människor som är ”födda ledare”, kanske finns det en viss personlighetstyp bland chefer och ledare men man ska komma ihåg att ledning kräver kunskap, ständig utveckling, ett enormt engagemang och långa arbetsdagar. Det är inte något man sköter med ena handen.

Jag hör ibland kollegor säga att fler barnmorskor ”ska in” i beslutsfattande rum. På ett stort och övergripande plan är detta endast möjligt om man väljer att arbeta politiskt via något politiskt parti. Stora beslut tas av regering, riksdag, landstings- och kommunpolitiker, inte av chefer i vården, kliniskt verkamma läkare, sjuksköterskor och barnmorskor. Däremot kan man som sakkunnig barnmorska ha ett visst inflytande över vilka frågor som diskuteras i medicinska råd, bland landstingens chefläkare, på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen. På sjukhusledningsnivå eller



Ingela Wiklund och Anna Nordfjell (tidigare förbundsordförande).

på klinisknivå kan man påverka vissa beslut, men mycket av vårdens verksamhet är starkt begränsat av ekonomiska förutsättningar och styrs givetvis av politiska beslut. Man kan som ”Nu är det nog”-rörelsen gjorde, väcka politikernas uppmärksamhet på problemen i vården och man ska inte underskatta icke parlamentariska metoder då det gäller att få saker att hända. När tidningen Dagens Medicin i april 2015 sammanfattade vad som hänt efter barnmorskeupproret var man ganska försiktig med att peka på framgångar för denna rörelse. Jag tror dock att vi tack vare barnmorskor som fick nog, fick klart för oss att många eniga barnmorskor kan få politikernas öra och kraft att påverka till hjälp för att förbättra vårdens villkor. Något som var helt nytt när barnmorskorna fick nog, var att man inte längre valde att vara lojala mot sin arbetsgivare och en hälso- och sjukvård på bristningsgränsen då det gällde vård under förlossning. Utmaningen med utomparlamentariskt arbete är att få ”kampen” att överleva och gå vidare, men för att detta ska ske måste dessa frågor drivas framåt av yrkesorganisationer och fackliga organisationer.

#### Barnmorskans verksamhetsområden och ansvar

Barnmorskans verksamhetsområde har ständigt utökats vilket påverkat barnmorskeutbildningens innehåll och struktur men inte dess omfattning på samma sätt.

För att svara upp mot de krav som ”Kompetensbeskrivning för barnmorskor” ställer ska utbildningen till barnmorska omfatta följande områden: mödrahälsovård inklusive graviditetsövervakning, stöd i föräldraskapet, antikonceptions- och preventivmedelsrådgivning med forskrivningsrätt samt sex och samlevnad, förlossnings- och eftervård, gynekologisk vård inklusive gynekologisk hälsoundersökning med cytologprovtagning samt vetenskaplig metodskolning.

Under senare år har barnmorskan också fått en allt viktigare roll i att identifiera behov av psykosociala insatser.

Hälsouppläsning och rådgivning för att förebygga sexuellt överförda sjukdomar bland ungdomar ingår också och i samhället påtalas att det finns ett ökat behov av sex- och samlevnadsundervisning.

Inom vissa av dessa områden har barnmorskan ett självständigt yrkesansvar. Barnmorskan möter kvinnor och familjer under alla livsfaser och har därför stora möjligheter att arbeta preventivt genom att identifiera och åtgärda levnadsvanor, vilket är något som påtalats i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder från 2011.

I och med att barnmorskans arbetsfält har fått en allt större spännvidd behövs en utbildning som kan möta dagens och det framtida samhällets krav på god hälsovård och förbättrad folkhälsa.

Nu är det nog-demonstrationen utanför landstingshuset i Stockholm, 2013.





### Barnmorskeutbildningen i Sverige

Det är hög tid att förändra och förlänga utbildningen till barnmorska i Sverige. Under åren som gått har allt mer arbetsuppgifter lagts inom barnmorskans yrkesområde utan att utbildningen tillförlitligt återspeglar den bredd som finns inom yrket.

Förändringar i den svenska barnmorskeutbildningen har alltid varit ett resultat av olika samhälls- och utbildningspolitiska reformer. Barnmorskeyrket har varit reglerat sedan år 1711 och år 1977 blev barnmorskeutbildningen en professionell högskoleutbildning, men först två decennier senare en statlig och fullvärdig akademisk utbildning. Högskolereformen 1993 tillsammans med beslutet att följa sektorsdirektiven enligt EES-avtalet bidrog till dels en tydligare akademisering av utbildningarna med inriktning mot ett huvudämne, dels en förlängning av barnmorskeutbildningen med ytterligare tio veckor till ett och ett halvt år (60 poäng) efter en treårig sjuksköterskeutbildning (120 poäng). Den senaste Högskolereformen (2007), som är en anpassning till Bolognaprocessen direktiv, har bland annat inneburit en ny struktur inom det högre utbildningssystemet med tre utbildningsnivåer, grund-, avancerad och forskarnivå. Barnmorskeprogrammet ligger på avancerad nivå med krav på en ännu tydligare akademise-



ring där ett examensarbete för yrkesexamen samt ett examensarbete för generell examen inom huvudområdet. Den senaste förändringen av barnmorskeutbildningen har emellertid genomförts utan att utbildningen förlängts eller på annat sätt förändrats.

”Aktuell forskning visar att utbildningen i dag ställer mycket stora krav på studenternas förmåga att genomföra denna och att det finns svårigheter att integrera de professionella och vetenskapliga kraven. Det finns också en spänning mellan dessa båda fält.

Aktuell forskning visar att utbildningen i dag ställer mycket stora krav på studenternas förmåga att genomföra denna och att det finns svårigheter att integrera de professionella och vetenskapliga kraven. Det finns också en spänning mellan dessa båda fält. För studenterna kan kraven på fördjupade ämneskunskaper genom självständigt arbete på magisternivå och generiska kompetenser såsom problemlösning, kritisk granskning och reflektion i teori och praktik tillsammans med de för barnmorskeprofessionen nödvändiga professionella kompetenserna för en evidensbaserad vård vara svårt att tillägna sig under så kort tid som 60 veckor (90 hp). Den svenska barnmorskans roll som utvecklats i modern tid, med en central roll när det gäller prevention för att förebygga ohälsa och oönskade graviditeter, men också för vård under graviditet, förlossning och eftervård, har kommit att utgöra en förebild för hur många länder i världen önskar organisera vården i kampen för att minska mödra- och barnadödlighet. Världshälsoorganisationen WHO framhåller barnmorskans betydelse för en säker mödra- och förlossningsvård. Många svenska barnmorskor arbetar globalt såväl direkt involverade i vård som med utbildning och planering av hälsoinsatser i utvecklingsländer. Om Sverige även i fortsättningen ska kunna ligga i framkant då det gäller en välutbildad barnmorskekår krävs en förändring och anpassning till de nya krav som ställs på yrkesrollen och därmed också en förändring av utbildningen.

Söktrycket till barnmorskeutbildningen är högt och de flesta har arbetat upp till fem år innan de blir antagna till barnmorskeutbildningen. Detta innebär att det tar cirka sex till tio år från start av utbildning till att en barn-

morskeexamen erhållits. Därmed är nuvarande system mer kostsamt än det behöver vara både ur en samhällelig aspekt och för individen. Min personliga uppfattning är att en direktutbildning till barnmorska om fem år är en bättre modell än den nuvarande, för att få fram fler barnmorskor under en sammanlagt kortare tid och som medför yrkesverksamhet som barnmorska under en längre tid. Dessutom leder en sådan förändring till en yrkesutövare som bättre motsvarar de krav som ställs i dag och i framtiden.

En sammanhållen femårig direktutbildning på avancerad nivå (300 hp) med huvudområdet Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa tillsammans med övriga ämnesområden och verksamhetsförlagd utbildning med såväl bredd som djup är sannolikt den utbildningsmodell som bäst kan utbilda framtidens svenska barnmorska. Detta skulle kunna ge en utbildning som svarar mot såväl dagens som morgondagens krav på hög professionell och vetenskaplig kompetens med tydligare inslag av teamarbete, ledarskap samt globalt och nationellt hälsoarbete. En ny femårig direktutbildning kan förutom en yrkesexamen till barnmorska också leda till en generell examen på masternivå. Det finns givetvis konsekvenser av en sådan förändring som måste undersökas både ur medikolegala aspekter och rent utbildningsmässigt. Hur gör man till exempel om man redan är sjuksköterska och vill utbilda sig till barnmorska eller tvärtom? Vilka kurser är specifika för barnmorskor respektive för sjuksköterskor? En förändring av längd och innehåll i den svenska barnmorskeutbildningen är helt nödvändig om svenska barnmorskor även fortsättningsvis ska anses vara en av världens mest välutbildade yrkeskår.



Projekt Midwives in Bangladesh – Midwives in the service of life, boksläppet i Bangladesh, 2013.

### Mitt forskningsintresse

Mitt forskningsintresse kom sig av att jag trodde mig se ett samband mellan hur vi organiserar vården runt födande kvinnor och utfallet. Jag började ta del av forskningsrapporter som redan i mitten av 1990-talet tydde på att det fanns ett samband mellan stress hos födande kvinnor och komplikationer under förlossningen. I Storbritannien gjordes en genomgripande översyn av förlossningsvården och år 1994 började man tala om tre viktiga C; nämligen Choice, Control och Continuity. Man ansåg att vården skulle organiseras så att kvinnan kunde välja var hon ville föda sitt barn, att hon själv skulle ha kontroll över planering av graviditet och barnafödande samt att man skulle sträva efter kontinuitet i vården under graviditet och födande. Vården skulle bli kvinnocentrerad.

Detta ledde till en stor förändring för vården av gravida kvinnor i Storbritannien. Jag arbetade under denna period på en av Stockholms stora förlossningskliniker där vi ofta hänvisade kvinnor i förlossningsarbete till andra kliniker när det var hög belastning.

Kvinnorna och deras partner var många gånger upprörda i telefon och protesterade när vi försökte skicka dem till andra kliniker i länet. Vi uppmanade dem under graviditeten att välja klinik och när det var dags att föda var detta val inte mycket värt om det var fullt på den klinik de hade valt. Ofta hade paren till och med besökt kliniken innan det blev dags att föda, och kanske också vårdats där under graviditeten.

Jag började fundera över om de kvinnor vi skickade iväg hade en mer komplicerad förlossning än de som fick föda där de planerat. Min första vetenskapliga studie designade jag själv med hjälp av en forskande kollega och lärare på barnmorskeprogrammet. Vi gjorde en jämförande studie där 133 friska kvinnor med normal graviditet som vi hänvisat till andra kliniker, matchades med lika många kvinnor med liknande bakgrund som fött på den klinik hon önskat. Denna studie var en enkel så kallad ”fall-kontroll-studie. I studien fann vi att de kvinnor som hänvisats i större utsträckning än kontrollgruppen fått

epidural och morfin/petidin under förlossningen. De hade också en större andel klipp.

De hade dessutom ett sämre förtroende för sjukvården än kontrollgruppen som fött där de önskat och planerat. Femton år senare finns en hel del att säga om denna studies design men för mig var det steget in i forskningen och studien blev uppmärksammad i media och bland Stockholms landstingspolitiker. De senaste åtta åren har forskningen varit en stor del av min vardag vid sidan av mitt ordförandeskap. En av många viktiga milstolpar i Svenska Barnmorskeförbundet i modern tid är skapandet av förbundets vetenskapliga tidskrift, *Sexual & Reproductive Healthcare*. Denna tidskrift är nu fem år gammal och vi har haft en remarkabel succé när det gäller tidskriftens spridning och acceptans i forskarvärlden.



Sexual & Reproductive Healthcare – Svenska Barnmorskeförbundets vetenskapliga tidskrift – blev en succé när det gäller tidskriftens spridning och acceptans i forskarvärlden.

” Varför forskar vi om vi inte tänker använda oss av den kunskap som växer fram?

### Använder vi den kunskap vi har?

När vård planeras tas det ofta mycket liten hänsyn till den vetenskapliga kunskap som finns när det gäller hur vården bör organiseras, utvärdering av olika interventioner och annan ny kunskap. Varför forskar vi om vi inte tänker använda oss av den kunskap som växer fram? Man – vi – kan inte i all oändlighet hävda att det inte gäller just ”min verksamhet” eller ”mitt sjukhus” eller ”vårt landsting”. Behövs det kanske en innovationsgrupp på kliniknivå som har till uppgift att bevaka ny vetenskaplig kunskap och stödja vårdutveckling? Jag vet att vetenskapliga studier ibland är motsägelsefulla och att man måste kunna granska dessa ur ett kritiskt perspektiv, men inom ett flertal områden finns relativt ofta så kallade översiktsstudier där flera studier lagts samman. Dessa är ett utmärkt underlag för införande av nya metoder och ny kunskap eller för att understryka gammal kunskap.

” Man – vi – kan inte i all oändlighet hävda att det inte gäller just ”min verksamhet” eller ”mitt sjukhus” eller ”vårt landsting”.



Blivande barnmorskor.  
Projekt Midwives in Bangladesh  
– Midwives in the service of life.  
Foto Donald Boström.

” I Bangladesh har vi arbetat med ett projekt som syftade till att lyfta barnmorskans viktiga roll i arbetet mot mödra- och barnadödlighet, och har på nära håll kunnat följa starten av en ny treårig barnmorskeutbildning.

**Internationellt arbete**

Genom mitt arbete som styrelsemedlem och ordförande i Barnmorskeförbundet har jag fått tillfälle att delta i olika internationella projekt. Vi har med stöd från SIDA drivit projekt i Indien med syfte att stärka Indiens yrkesorganisation för barnmorskor samt förbättra lä-

rarnas kompetens i barnmorskeutbildningen. I Bangladesh har vi arbetat med ett projekt som syftade till att lyfta barnmorskans viktiga roll i arbetet mot mödra- och barnadödlighet, och har på nära håll kunnat följa starten av en ny treårig barnmorskeutbildning. Tillsammans med Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) genomförde vi ett flerårigt projekt i Pakistan som syftade till att förbättra vården för gravida kvinnor. Situationen i Pakistan för kvinnor är nog bland den värsta i världen just nu. Militärkupper, inbördeskrig och talibaner gör livet extra svårt för kvinnor och barn. Det är också ett land där det av dessa skäl är svårt att vistas som västerlänning. Mina besök i Pakistan har begränsats till Karachi med omnejd i södra delen av landet. Det

finns ett paradigm i Pakistan och flera andra låginkomstländer där det hör till vardagen att kvinnor dör under förlossningen, och många anser att det inte är något ”man kan påverka”. Att de flesta kvinnor som dör gör det på grund av tillstånd som går att behandla, är svårt för en svensk barnmorska att se. De kvinnor som kommer till sjukhus, kommer ofta för sent, i ett kritiskt tillstånd efter många dagars förlossningsförlopp. På många offentliga sjukhus i fattiga länder finns ändå möjlighet att genomföra kejsarsnitt och det finns läkemedel och medicinska resurser – men ingen omvårdnad. Det är smutsigt och många gånger sköts vården på till exempel BB av anhöriga. Många fäder i Pakistan anser att det är bättre för deras döttrar att giftas bort hellre än att utbildas. I Pakistan är endast 40 procent av kvinnorna läs- och skrivkunniga. Alla barn har rätt till utbildning men där det inte finns lärare kan barnen inte gå till skolan och får därför ingen utbildning. Bristen på läs- och skrivkunniga flickor bidrar också till att det är svårt att rekrytera elever till barnmorskeutbildning och flickorna blir kvar i fattigdom med allt vad det innebär för deras liv och hälsa.

Man behöver dock inte åka så långt för att mötas av svåra levnadsomständigheter. Flera länder i Europa behöver stöd för att utveckla vården under graviditet och förlossning samt, inte minst, hjälp med preventivmedel. Genom vårt samarbete inom European Midwifery Association (EMA) försöker barnmorskeorganisationer bilda nätverk och utbyta erfarenheter mellan länder i Europa. Den ekonomiska krisen som drabbat Spanien, Grekland och Irland har i stor utsträckning drabbat de allra fattigaste och i dessa länder har krisen i mycket stor utsträckning också påverkat hälso- och sjukvården negativt.

Via mitt styrelseuppdrag i International Confederation of Midwives (ICM) har jag lärt känna många kollegor från Afrika, Asien, Europa, Nord- och Sydamerika, Australien och Nya Zeeland. Jag är otroligt imponerad över den kompetens och det engagemang som finns i kåren globalt. Via ICM har jag också vid ett par tillfällen deltagit i arbete med att ta fram globala kvalitetsindikatorer och riktlinjer på uppdrag av WHO. Ibland har det känts befriande med detta arbete därför att alla har ett gemensamt mål, nämligen



Styrelsen för ICM på ICM 30th Triennial Congress i Prag, 2014.

” Det ibland besvärliga protektionistiska förhållningssättet, som kan uppstå när olika professionella yrkesutövare ska utforma riktlinjer här hemma i Sverige, saknas oftast i det internationella arbetet.

att åstadkomma en bättre och säkrare vård globalt. Sällan är det någon som kräver ett ”tolkningsföreträdare”. Det ibland besvärliga protektionistiska förhållningssättet, som kan uppstå när olika professionella yrkesutövare ska utforma riktlinjer här hemma i Sverige, saknas oftast i det internationella arbetet. Mitt internationella uppdrag i ICM har också tagit mig till FN och år 2014 fick jag för första gången möjlighet att delta i FN:s generalförsamlings årliga septembermöte. I april 2015 påbörjade jag också ett treårigt uppdrag på Världsbanken som är världens största och viktigaste biståndsorganisation. Den ägs av 186 medlemsländer och har som syfte att bekämpa fattigdomen i världen. Sverige stödjer verksamheten med omkring 3,7 miljarder kronor per år. Världsbankens verksamhet är mycket bred och innefattar stöd till ekonomisk tillväxt som kan skapa sysselsättning och möjlighet för människor att ta sig ur fattigdom. Stödet sker genom lån och gåvor till låg- och medelinkomstländer. Banken finansierar också investeringar i infrastruktur, som vägar, energi och vatten, liksom uppbyggnad av sociala strukturer inom till exempel rättsväsende, utbildning och hälsa. Världsbankens projekt handlar oftast om att bygga övergripande samhällsstrukturer som exempelvis utbildningsväsende och hälsovårdssystem, snarare än att bygga skolor och sjukhus.

Det är lätt att tycka att de verkliga hjältarna i det globala arbetet mot mödradödlighet är de som arbetar i fält, många gånger under mycket besvärliga förhållanden. Men alla – politiker, rådgivare, stadsplanerare, ekonomer, barnmorskor, läkare, sjuksköterskor, forskare, med flera – är viktiga i arbetet för att minska mödra- och barnadödlighet.

#### Barnmorskeförbundet för alla

Jag inledde med att konstatera att barnmorskor inte är en ”homogen” grupp lika lite som någon annan yrkeskår är homogen. För att betraktas som en profession, per definition, måste yrket dels ha ett eget kompetensområde, en etisk kod, egna forskare och en yrkesorganisation. Utan dessa fyra ben kan yrket inte utvecklas. Förbundets politik utformas av våra medlemmar via den förbundsstämma som vartannat år väljer en styrelse och en ordförande samt fastställer en verksamhetsplan vilken styrelsen ska arbeta efter. Det är givetvis så att styrelsemedlem-

” Det är mycket viktigt för en profession att ha en stabil och respekterad yrkesorganisation som arbetar med att utveckla yrket och som kan påverka barnmorskans ställning inom hälso- och sjukvården.



Drottning Silvia, barnmorskan Gudrun Abascal, Ingela Wiklund och Raisa Gorbatjova (president Gorbatjovs hustru). Bilden är tagen i slutet på 1990-talet på Danderyds sjukhus. Foto Rolf Andersson.

marna har ett stort inflytande på förbundets politik. Det är därför mycket viktigt att via lokalföreningar och direkt till valberedningen nominera de kollegor man vill ha i styrelsen. Kollegor man har ett förtroende för och som driver de frågor man anser vara viktiga för yrkeskåren. Det är mycket viktigt för en profession att ha en stabil och respekterad yrkesorganisation som arbetar med att utveckla yrket och som kan påverka barnmorskans ställning inom hälso- och sjukvården. Barnmorskeförbundet är till för alla barnmorskor och barnmorskestudenter. Om man inte stöder förbundets politik till exempel då det gäller frågan om samvetsklausul-

eller förbundets internationella engagemang ska man vara kvar i förbundet och bidra till en bra debatt och utveckling av den politik förbundet driver. Att välja att ställa sig utanför sin yrkesorganisation kommer att försägra professionens ställning generellt och vara negativt både för barnmorskan som individ och för yrkeskåren.

#### Min roll som barnmorska

Under mina 25 år som barnmorska har jag i huvudsak arbetat inom förlossningsvård och därför präglas mina minnen, erfarenhet och känslor för yrket väldigt mycket av mitt arbete med barnafödande. Jag om någon vet att den svenska barnmorskan arbetar med mycket mer än barnafödande. I min roll som sakkunnig i olika projekt på WHO och som styrelseledamot i ICM är jag alltid den som påpekar hur mycket barnmorskor kan bidra med då det gäller BB-vård, amning, vård under graviditet, antikonception och abortvård.

Jag hoppas att de kvinnor jag möter i mitt yrke som barnmorska känner sig stärkta i sin uppfattning om sig själva och sin kropp. Att de känner sin styrka och sina möjligheter till eget inflytande över det som sker och i deras liv. Om jag var ung i dag och stod inför att välja ett yrke, skulle jag alla dagar i veckan välja barnmorskeyrket. Tack för dessa år, det stöd jag upplevt mig få från många av er. Tack för alla fantastiska möten. Som sagt; Barnmorskor är inte vilka kvinnor/män som helst utan en yrkeskår med ett mycket stort engagemang för sitt yrkesmässiga uppdrag.

Ingela Wiklund valdes som ledamot i Svenska Barnmorskeförbundet förbundsstyrelse 2001, förbundsordförande 2007–2015.