

# Forde mod a

Svenska  
Barnmorskeförbundets  
Tidskrift



SAMBA

NR 3 • MARS • 2011

ÅRGÅNG 124

**TEMA** SamBa

- 03** Redaktören
- 04** Pensionerad SamBas funderingar
- 07** Bättre förutsättningar i glesbygden
- 10** Engagerade SamBor med höga ambitioner
- 12** Med mandat att förändra

- 16** Nya barnmorskor i Nicaragua minskar mödradödligheten
- 24** Viktuppgång under graviditet
- 30** Symfys-funduskurvans förmåga att finna intrauterin tillväxthämning
- 34** Projekt RÄDDA LIV-modern
- 36** Vård för papperslösa
- 38** Vad vill jag bli när jag blir stor?
- 42** Ordförande har ordet
- 44** Förbundsnytt
- 46** Insändare
- 48** Till minne av
- 49** Nya barnmorskor
- 50** Medlemsmöten



## Att vara SamBa är en utmaning!

Sveriges samordningsbarnmorskors uppdrag ser olika ut i vårt avlånga land och bra är det eftersom våra förutsättningar skiljer sig åt. Det viktiga är att vi erbjuder kvinnorna och deras familjer likvärdig vård både före, under och efter förlossningen.

Vissa delar av landet är bättre än andra på att säkerställa vårdkedjan och det måste vi arbeta vidare med. Speciellt viktigt är detta i områden med socialt utsatta familjer eftersom vi vet att dessa kvinnor ofta går hem tidigare från BB. Vi vet också att amningsstatistiken skiljer sig åt inom olika grupper av kvinnor.

Men hur ska vi säkerställa att vi verkligen erbjuder lika professionell vård till alla kvinnor och deras familjer?

- Hur kan det vara så att kvinnor från vissa områden har kontakt med samma barnmorska under graviditeten och att denna sedan gör hembesök (inte bara ett utan fler om det be-

hövs!) när familjen kommit hem från BB? Samtidigt som barnmorskor i andra områden aldrig ser den gravida kvinnan igen eftersom hon inte kommer till efterkontrollen och har tvingats gå hem efter ett dygn på BB och har flera andra barn att ta hand om?

- Hur kan det vara att barnmorskorna inom MVC i ett område slussar den nya familjen vidare till sin kollega på BVC som ligger vägg i vägg? Samtidigt som barnmorskorna i ett annat område varken vet om det blev en flicka eller pojke eller om förlossningen ens gick bra?

Vi har en fantastisk mödra- och barnhälsovård i Sverige, men vi får aldrig vara så nöjda att vi slutar arbeta vidare och vidare och vidare. I detta perspektiv har SamBorna en oerhört viktig funktion, ibland som ledare men också som en viktig länk mellan den kliniskt verksamma barnmorskan och ledningen. Om detta kan vi bland annat läsa i månadens Jordemodern.

## Jordemodern

**Ansvarig utgivare & Förbundsordförande**  
Ingela Wiklund

**Chefredaktör:** Margareta Rehn  
margareta.rehn@barnmorskeforbundet.se

**Redaktion**  
Maria Ekstrand Karin Reimegård  
Helena Lindgren Maria Sahlin  
Pernilla Ny Eva Timerdal

Redaktionen förbehåller sig rätten att korta och redigera insänt material.

**Jordemodern**  
utkommer med 10 nummer per år.

**Prenumeration**  
förnyas årligen, 500 kronor per år

**Annonsbokning**  
maria.sahlin@barnmorskeforbundet.se  
Tfn 08-10 70 88

**Sista bokningdag 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

**Manusgranskning**  
Birgita Klepke

**Grafisk formgivning**  
AB Huset Makalösa

**Tryck**  
Åtta.45 Tryckeri AB



**Ingela Wiklund**

Förbundsordförande

”

Trots att allt är normalt ställer jag mig frågan när vattnet går om jag ska sätta en skalpelektrod och övervaka barnet med hjälp av denna.

## Farligt risktänkande inom förlossningsvården

Härom veckan hade jag nöjet att arbeta kliniskt som barnmorska vid en förstföderskas förlossning. Både i min roll som forskare och ordförande för Barnmorskeförbundet har jag under de sista åren funderat mycket över balansgången mellan hög patientsäkerhet och undvikande av onödiga interventioner.

”

Bidrar detta till ett bättre utfall för friska kvinnor med normal graviditet?

I Sverige anser vi knappast att det är en intervention att låta den födande kvinnan genomgå ett CTG-test vid ankomst till en förlossningsavdelning. Våra kollegor från Norge, Danmark och Storbritannien

har dock en annan uppfattning, nämligen den att CTG på en frisk kvinna med normal graviditet är en intervention som inte leder till ett förbättrat förlossningsutfall. I Sverige går vi åt det andra hållet, på många håll rekommenderas regelbundet återkommande CTG-kontroller även på friska kvinnor. Central övervakning av fosterljud så att barnmorskan kan lämna patienten och CTG-kurvan kan ses på skärmar ute på avdelningen blir ett allt vanligare fenomen. Men bidrar detta till ett bättre utfall för friska kvinnor med normal graviditet?

Även om vi blir allt duktigare i CTG-tolkning får vi en hel del information via kontinuerligt CTG som vi har svårt att förhålla oss till. Ta exemplet från den förlossning jag nämnde inledningsvis, en frisk förstföderska, men spontan förloss-

ningsstart, normalt CTG vid ankomst till förlossningsavdelningen, spontan vattenavgång med klart fostervatten och normal progress. Patienten hade heller ingen ryggbedövning. En barnmorskestudent är på födelserummet hela tiden från det att kvinnan kommer in till avdelningen medan jag går ut och in med täta intervaller. Mamman är med andra ord aldrig ensam. Fosterljuden avlyssnas intermittent var 10–15 minut un-

”

Balansgången mellan hög patientsäkerhet och undvikande av onödiga interventioner.

der öppningsskedet och i utdrivningsskedet under och direkt efter varje värk. Trots att allt är normalt ställer jag mig frågan när vattnet går om jag ska sätta en skalpelektrod och övervaka barnet med hjälp av denna. Det fanns ingen som helst indikation för detta och tillsammans med studenten beslöt jag att vi skulle fortsätta lyssna på fosterljud som tidigare. Förlossningen blev helt normal, en pigg gosse föddes med en lång navelsträng virad runt kroppen och halsen efter 45-minuters utdrivningsskede. Hade en uppkoppling mot vår centrala övervakning lett till andra interventioner under förlossningen? Kanske, kanske inte.

En annan intervention som kommit att bli rutin på de flesta kliniker i Sverige är rutinmässig provtagning av blodgaser från na-

velsträngsblod. Varför undrar jag, tas prover från pigga barn födda under helt normala förlossningar? Blir följsamheten att ta provet bättre när medtagna barn föds bara för att vi tar på alla? Jag får intrycket av att denna rutin medfört att nyfödda barn avnavlas allt för tidigt, på vissa kliniker i landet inom 10 sekunder.

Trots att vi känner till att upp till 35 ml/kg av fosterblodet i placenta överförs till barnet efter födelsen, vilket motsvarar totalt cirka 100 ml blod till ett barn som väger 3 kg (omräknat till en vuxen person cirka 1,5–2 liter blod) så anses denna rutin så viktig att mått på syra-bas status ska rapporteras på *alla* nyfödda. Större delen av transfusionen sker första minuten efter födelsen och efter 3 minuter har huvuddelen av blodet överförs. Sen avnavling och placenta-transfusionen anses underlätta cirkulationsomställningen vid födelsen genom att tillföra volym för fyllnad av lungkretsloppet vilket öppnar sig vid första andetaget. Placentatransfusionen erbjuder också en reserv för akut blodförlust och är rik på stamceller. Stamcellerna kan ha skyddande, preventiva och reparativa funktioner, inte bara i nyföddhetsperioden, utan även senare i livet. Varför ifrågasätter inte vi barnmorskor denna rutin!

Desto mer vi lär oss, desto svårare och mer avancerat blir det att fatta kloka beslut. Vi har ett mycket bra utfall i samband med graviditet och förlossning i vårt land. Kan vi inte ha det även utan överanvändning av vissa interventioner i förlossningsvården?