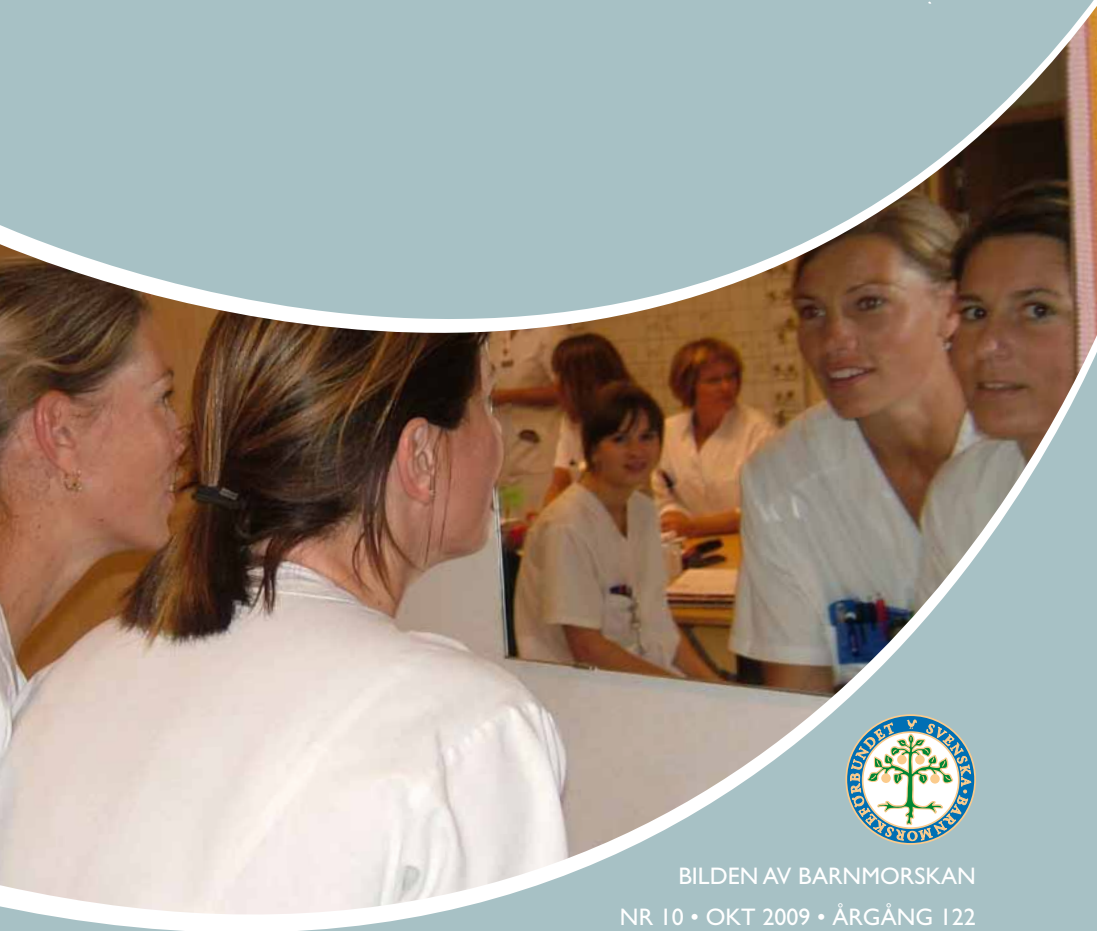


BardeMODER

Svenska
Barnmorskeförbundets
Tidskrift



BILDEN AV BARNMORSKAN
NR 10 • OKT 2009 • ÅRGÅNG 122

Ansvarig utgivare
Förbundsordförande
Ingela Wiklund

Chefredaktör
Margareta Rehn

margareta.rehn@barnmorskeforbundet.se

Redaktion
Monica Christianson
Helena Lindgren
Pernilla Ny
Karin Reimegård
Eva Timerdal
Maria Sahlin

Redaktionen förbehåller sig rätten att korta
och redigera insänt material.

Jordemodern
utkommer med 10 nummer per år.

Prenumeration
förnyas årligen, 500 kronor per år

Annonser
bokas på kansliet
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
Fax 08-24 49 46

kansli@barnmorskeforbundet.se
www.barnmorskeforbundet.se

Manusgranskning
Birgita Klepke

Grafisk formgivning
AB Huset Makalösa

Tryck
Åtta.45 Tryckeri AB



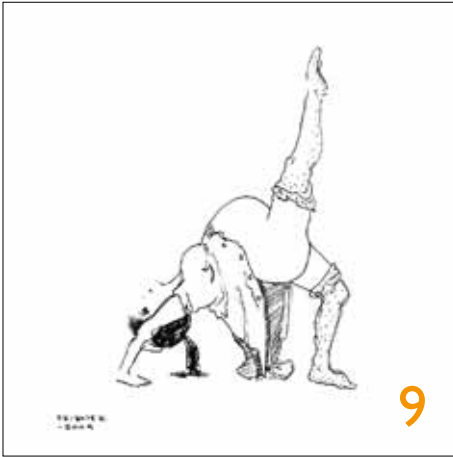
Karin Reimegård

BARNMORSKEROLLEN VÄCKER KÄNSLOR. Jag har haft nära kontakt med flera barnmorskor – hon som förläste mig och som jag fick den där nästan förälskade relationen till, hon som tog hand om mina graviditeter och som blev en pålitlig kompis på kuppen, dem som jag vände mig till när jag behövde råd och stöd.

Barnmorskerollen upplevs ibland som fast knuten till personen. Jag har själv känt skillnaden mellan mig som privatperson och mig som professionell yrkesutövare. Jag har mött kvinnor (och män också för den delen) för vilka jag blev en viktig och underbar person. Men jag har också mött dem som inte kände igen mig när vi tre dagar senare möttes i entrén.

Jag har också mött undersköterskor som klagat på nedvärderande barnmorskor, läkare som provocerats av barnmorskors uppträdande, sjuksköterskor som talar om barnmorskor som märkvärdiga och lite överlägsna. Mera sällan möter vi öppen kritik och aggressivitet från allmänheten. Därför är det med en obehagskänsla i magen jag burit ett urklipp från SvD i min filofax i snart ett år. Artikeln finns på nätet och ni kan läsa om den i tidningen.

Bilden av barnmorskan är komplex! Jag hoppas att detta nummer väcker debatt, både på arbetsplatser och i Jordemodern.



Bilden av barnmorskan som barnmorskeutbildningen förmedlar	s. 4
Spiegelbilder och kärleksbrev	s. 6
Vrångbild eller sanning?	s. 8
Betraktelser från ett barnmorskeliv	s. 12
Barnmorskans roll och professionella kompetens	s. 16
Vem gynnas av sjukhusserier i TV?	s. 18
Cirkeln är sluten – från barnmorska till psykoterapeut och tillbaka.	s. 22
Privat resa på yrkets vägnar	s. 24



Ingela Wiklund
Förbundsordförande

Teknik och humanism – en utmaning i vården

Samtidigt som förlossningsvården tekniskt sett blir allt mer framgångsrik saknas ibland ett humanistiskt perspektiv och i en ännu opublicerad vetenskaplig studie konstaterar en engelsk forskare att svenska barnmorskor är mer risktänkande än kollegor från Norge, Danmark, Belgien och Storbritannien. Det är kanske dags för en kritisk reflektion över hur vi bedriver vård under graviditet och förlossning.

För att kunna möta och förstå de människor vi vårdar måste vi ta reda på hur de tänker och vad de önskar. Medicinens naturvetenskapliga tradition har sedan 1800-talets mitt medfört att alternativa synsätt haft svårigheter att få gehör i utbildningar och i praxis, alltså i metoder att betrakta, beskriva och förstå människor

ur en existentiell synvinkel. Inom barnmorskornas kunskapsområde var Cederskiöld en lärofader. Trots att även han var naturvetenskapligt skolad framskymtar ett holistiskt tänkande i läroböcker och skrifter han lämnat efter sig. Han skriver i barnmorskornas lärobok från 1873 om kvinnan i förlossningsrummet; *”Quinnan bör tröstas och uppmuntras samt fredas från oro och buller. Hon må hafva sin man, mor, syster eller annan förtrogen hos sig till tröst, och vid sjelfva förlossningen bör barnmorskan hafva nödvändig handräckning. Men för öfrigt böra inga öfverflödiga personer få vara tillstädes, och framförallt ingen som qvinnan ser med obehag”*. (F.A Cederschiöld 1873).

Ju mer kunskap vi får inom vården

desto svårare bli valen. Detta gäller inte endast etiska val i samband med fosterdiagnostik, såsom vilka denna diagnostik ska omfatta och vilka barn man kan välja bort. Den gäller också vårt behandling och omvårdande arbete. Ett välkänt dilemma för de som arbetar med vård under förlossning och efteråt är att verksamheten bygger på hypoteser. Vi kan anta med ganska stor sannolikhet att en förlossning som leds enligt beprövad erfarenhet och vetenskap kommer att resultera i en frisk mamma och ett friskt barn. Men problemet är att det finns fler än ett sätt som leder dit. Att avsluta en förlossning kan ske på flera sätt beroende på vilka val barnmorska och förlossningsläkare gör. Ibland kanske vi gör det vi kan bäst och inte det som är mest rätt – därför att vi helt naturligt fruktar utgången om vår egen insats misslyckas. Visst utförs ibland ”onödiga” kejsarsnitt på grund av detta, visst forcerar vi ibland ett utdrivningsskede med värkstimulerande läkemedel och utgångsextraktion fast det kunde ha gått att vänta. Det är rimligt att vi gör det vi är bäst på men hur kan vi skydda patienten från så många onödiga ingrepp som möjligt?

När barnmorskor och läkare för 100 år sedan stod inför en svår situation gjorde man vad man kunde för att rädda kvinnans liv. Förlossningskomplikationerna var många: primär och sekundär värk-svaghet och disproportion kan nämnas som två komplikationer vilka skapat ett

stort kvinnolidande i vår historia. Trånga bäcken och fellägen kunde försätta barnaföderskan, barnmorskor och läkare i mardrömsliknande situationer. Hur hanterade kvinnorna på den tiden smärtan mentalt kan man fråga sig?

I dag är valen fler och det finns en risk att vi väljer att göra fel saker. I vår dagliga gärning ska vi inte bara göra rätt vi ska också göra gott. Teknik och möjlighet att göra ”underverk” har försatt oss i en situation där vi själva och våra patienter förväntar sig att ingen felbedömning får göras. Att utföra kejsarsnitt så elegant så att vårdtiden efter detta ingrepp endast är obetydligt längre än vid en normal vaginal förlossning kan påverka både oss själva och våra patienter till att tycka att detta inte är det stora och invasiva ingrepp som det faktiskt är.

Utvecklingen inom vårt verksamhetsfält påverkas av många faktorer. En av de tydligaste är vårt naturvetenskapliga förhållningssätt till vårt yrke men en mycket viktig faktor är vår förmåga att förstå de humanvetenskapliga aspekterna. En avgörande framgångsfaktor i modern vård är vår förmåga att kommunicera med varandra och våra patienter. Det är oerhört viktigt att dessa faktorer respekteras och att vår rädsla för att göra fel inte leder till en övertro på teknik och interventioner.