

Grunde modera

Svenska
Barnmorskeförbundets
Tidskrift



SVENSKA BARNMORSKOR I VÄRLDEN

NR 1-2 • JAN-FEB • 2012

ÅRGÅNG 125



10

TEMA Svenska barnmorskor i världen

- 04 Den utbildade barnmorskan är ingen självklarhet
- 10 Världen behöver fler barnmorskor BANGLADESH
- 16 Utbildning och svenskt stöd vänder trenden i BANGLADESH
- 20 På rätt väg NEPAL
- 26 Mitt livs äventyr KAMBODJA
- 32 En ny nation med världens högsta mödradödlighet SÖDRA SUDAN
- 40 Seniorbarnmorskor hjälper kvinnor till ett bättre liv SÖDRA SUDAN
- 44 Global gemenskap
- 47 UNFPA/ICM:s Barnmorskeprogram
- 48 FN kraftsamlar för minskad mödradödlighet
- 50 När vinden vänder



16

- 54 Europeiskt nätverk för bättre mödra- och förlossningsvård
- 56 Ordförande har ordet
- 58 Förbundsnytt



32

Jordemodern

Ansvarig utgivare & Förbundsordförande
Ingela Wiklund

Chefredaktör
Margareta Rehn
margareta.rehn@barnmorskeforbundet.se

Redaktion
Maria Ekstrand Karin Reimegård
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, 600 kronor

Annonsbokning
jordemodern@barnmorskeforbundet.se
Tfn 08-10 70 88

Sista bokningdag för medlemsannonser
den 10:e i månaden före utgivningsdatum



”

Hur lång tid ska det ta? Utveckling och förändring tar tid!

► **I DETTA NUMMER** berättar svenska barnmorskor om sin FN-tjänstgöring. Vi ger också en inblick i Sidas arbete för att minska mödradödligheten med fokus på barnmorskeutveckling.

Det är lätt att bli ”hemmablind” och ta för givet att det vi gör i Sverige sker överallt i världen. Barnmorskans självständiga yrkesutövande är inte ens självklart i Europa. Svenska barnmorskor har en nyckelroll inom det breda området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och bidrar med sin kunskap och erfarenhet i olika samarbeten med länder som vill skapa en positiv utveckling.

Att nära en halv miljon kvinnor årligen dör i barnsäng är en tragedi. Dessvärre innebär moderns död också att det nyfödda barnet ofta dör under det första året. Det gäller även deras syskon, i synnerhet de som är yngre än fem år. Pappor i utvecklingsländer har inte heller den aktiva föräldraroll som vi börjar se i Sverige.

Rätten till hälsa under graviditet, förlossning och eftervård innebär för många skillnaden mellan liv, livslångt handikapp eller död. Ändå är det i flera utvecklingsländer politiskt

sprängstoff att diskutera barnmorskeyrket som en autonom profession.

I resurssvaga länder råder bristande jämlikhet och jämställdhet, otidsenliga sedvänjor som sonpreferens, barnäktenskap, krav på hemgift, synen på kvinnan som ”oren” under menstruation och förlossning etcetera. Seder som biter sig fast trots ekonomisk tillväxt och ökande andel medelklass. Utveckling och förändring tar tid! På 1840-talet var kvinnohälsan i Sverige på samma nivå som i många utvecklingsländer i dag. Efter 50 års lagstiftning och reformarbete ökade antalet utbildade barnmorskor och mödradödligheten minskade.

Hur lång tid ska det ta för länder som Indien, Nepal och Bangladesh att acceptera professionella barnmorskor och utbilda tillräckligt många? Texterna i detta nummer visar att många länder är på god väg och att svenska barnmorskor medverkar i ett livsviktigt arbete för världens kvinnor!

**HOPPAS FLER KÄNNER SIG MANADE
ATT FÖLJA I DERAS SPÅR. ◀**

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



Foto Södra Sudan Rosa Freriks/UNFPA South Sudan och Ulrika Rehnström.

Den utbildade barnmorskan är ingen självklarhet

I Sverige tas barnmorskans självständiga yrkesutövning inom SRHR-området för given och kvinnors/flickors (liksom mäns/pojkars) rätt till sexuell och reproduktiv hälsa (SRHR) värderas högt. Många länder, framför allt låginkomstländer, har inte tillräcklig tillgång till utbildade barnmorskor (eller annan utbildad hälsopersonal med likvärdig kompetens) för behövande kvinnor/flickor.

> **KVINNORS/FLICKORS RÄTT** till sexuell och reproduktiv hälsa respekteras inte i tillräcklig grad, vilket också syns i enskilda länders hälsopolitik. Barnmorskeutveckling, som syftar till att flytta fram positionerna för barnmorskan som nyckelperson för SRHR-tjänster på framför allt primärvårdsnivå, har varit och är än i dag en motvindsfråga i ett internationellt perspektiv. Jag upplevde starkt motstånd både inom

organisationer och enskilda länder när jag på allvar under mitten av 1990-talet försökte starta insatser för barnmorskeutveckling. Däremot upplevde jag stort gensvar och stöd från barnmorskerelaterade institutioner i såväl Sverige som i de länder jag arbetade för. Det som fick mig att fortsätta driva frågan var framför allt de enskilda kvinnornas utsatthet.

Det är just med stöd till barnmorskerelaterade institutioner i Sverige och motsvarande institutioner i de enskilda länderna som gemensamma utvecklingsaktiviteter kan komma igång. Ett institutionellt samarbete länder emellan (antingen mellan en institution i vardera land eller mellan flera involverade institutioner i olika länder) tror jag ger de långsiktigt bästa resultaten. Samtidigt är min erfarenhet att många olika insatser genom olika fora såsom FN/NGO:s/universitet/ministerier i olika länder och regioner ger en kritisk massa av personer med insikt om värdet av barnmorskeutveckling. Inom Sida finns en mängd olika former av stöd, metoder, redskap och instrument för svenskt utvecklingssamarbete. När de riktas till stöd för en specifik fråga (som barnmorskeutveckling) kan det få stor genomslagskraft. Sida har till exempel under sin globala programverksamhet Internationella utbildningsprogram (International Training Program ITP). Jag var med och initierade en sådan ITP kallad "Förstärkning av Barnmorskefunktionen". Den startade 2006 och pågår fortfarande.



”

Här har AMRN:s institutionella samarbete med Karolinska Institutet (KI) spelat en avgörande roll i att stödja nätverket genom att KI självt tagit emot doktorander i Sverige och hållit metodseminarier och föreläsningar och andra kompetenshöjande insatser i Afrika.

African Midwives Research Network (AMRN) blev den första barnmorskeutvecklingsinsatsen, som jag var med om att sätta igång år 1999. Den gick ut på att stödja barnmorskor i Afrika som var intresserade av forskning och ville få tillgång till studier samt forskningsrapporter inom SRHR-området som var relevanta för barnmorskans arbetsutövning och som kunde omsättas i vården på barnmorskans arbetsplats. På detta sätt skapades en kritisk massa av utvecklingsintresserade barnmorskor. Det fanns även möjlighet till stöd för barnmorskor

som ville doktorera. Ursprungligen accepterade få fakulteter i de enskilda länderna barnmorskor som doktorander, så ny mark måste brytas. Här har AMRN:s institutionella samarbete med *Karolinska Institutet* (KI) spelat en avgörande roll i att stödja nätverket genom att KI självt tagit emot doktorander i Sverige och hållit metodseminarier och föreläsningar och andra kompetenshöjande insatser i Afrika. Denna insats har flyttat fram positionerna åtskilligt för SRHR och respekten/statusen för barnmorskors yrkesutövning i länder som Tanzania, Zambia, Uganda, Kenya och Eritrea.

Jag initierade barnmorskeutvecklingen i Nicaragua där barnmorskeutbildning kom igång på nytt 2004, efter att ha upphört 1992. Svenska barnmorskor hade innan 1992 deltagit i utbildningen genom Sida-stödda frivilligorganisationer och fortsatte därefter upprätthålla viss institutionell kontakt. De kontaktade mig 1999 och påtalade hur angeläget det var att återuppta barnmorskeutbildningen och jag började en bearbetningsprocess inom Sida och med ambassaden i Nicaragua, som i sin tur diskuterade frågan med hälsoministeriet, universitetet etcetera. Oftast tar det flera år innan ett stöd kan komma igång, i detta fall tog det cirka fem år. Även i denna insats kom KI att spela en avgörande roll som kompetenshöjande med fokus på SRHR och jämställdhet i samarbetet med det universitet i Nicaragua som stod för barnmorskeutbildningen. År 2007 beslutade svenska politiker att Nicaragua inte längre skulle få

svenskt bistånd och då upphörde det svenska stödet. Insatsen visade sig dock vara så hållbar att en annan biståndsorganisation tillsammans med den nicaraguanska staten finansierar fortsatt barnmorskeutbildning.

Under min tjänstgöring i Indien (1992–1995) blev jag varse den förödande brist på SRHR, jämställdhet och utbildade barnmorskor som rådde. Kvinnor/flickor var de som sist fick mat, utbildning och hälsoservice i fattiga familjer på landsbygden. Sönspreferens medförde att flickor ytterligare missgynnades och med ökad teknikutvinning av mobila ultraljudsapparater ökade aborteringen av flickfoster på grund av hemgiftproblematiken. Jag reste mycket i olika delstater i arbetet med att följa upp de Sida-stödda hälso- och utbildningsinsatserna och slogs av den närmast totala bristen på utbildad graviditets- och förlossningspersonal för de fattiga på landsbygden. 80 procent av





kvinnorna på landsbygden födde hemma på jordgolvet med eller utan någon släkting eller "klok gumma" som assisterade eller ensamma över latriner. Många viktiga jämställdhets- och SRHR-insatser blev möjliga, men barnmorskeutbildning syntes nästan ouppnåelig. Det gick ganska snabbt att få acceptans för "kontroversiella" SRHR-insatser för ungdomar genom institutionellt samarbete mellan MAMTA (Indiens motsvarighet till RFSU) och RFSU och senare även med Lunds universitet. Även stöd till mödra- och barnprogram genom samarbete mellan lokala frivilligorganisationer i en delstat och Uppsala universitet. Och stöd till förbättrade aborter, ett samarbete mellan Ipas i Indien och Uppsala universitet. MEN barnmorskeutveckling verkade under ett tag närmast intill omöjlig att få igång. Det fanns så många knepiga knutar att lösa i det komplexa indiska samhället innan ett stöd till barnmor-

skelärare kom igång 2005. Till att börja med hade en delstat en driftig indisk doktorerad barnmorska (hon var vid den tiden en av mycket få doktorerade barnmorskor i hela Indien). Det blev ett institutionellt samarbete mellan ett barnmorskeläarinstitut och ett managementinstitut i Indien och KI och Svenska Barnmorskeförbundet – senare även med Uppsala universitet. Denna insats har flyttat fram den utbildade barnmorskans positioner i betydande grad. Utbildning av barnmorskelärare fortgår för närvarande i fem delstater inom ramen för detta svensk-indiska institutionella samarbete och har även haft genomslag på centralregeringens hälsoministerium genom att det nu vill förstärka barnmorskeutbildningen i hela landet.

Med Sveriges officiella SRHR-policy som bas togs många kontakter mellan Sida, UD och FN i syfte att förbättra människors rätt

Nya UNFPA barnmorskor Eva Morssing åker till Juba, Södra Sudan i januari 2012 och Kerstin Erlandsson till Nepal under våren 2012.

till sexuell- och reproduktiv hälsa både i enskilda länder och på ett övergripande plan. Inom FN pågår detta arbete särskilt inom UNFPA, UNICEF och WHO. Jag deltog under några år först i UNICEF:s och därefter UNFPA:s styrelsemöten från slutet av 1990-talet till början av 2000-talet och drev SRHR, jämställdhet och barnmorskeutvecklingsfrågorna. UNFPA var den FN-organisation som visade störst intresse för att stödja barnmorskeutveckling. 2006–2007 var jag med om att möjliggöra det första avtalet som Sida skrev med UNFPA om stöd till det Globala Barnmorskeprogrammet, vilket 2009 kom att ingå i det mer omfattande Maternal Health Trust Fund.

Junior Program Officer (JPO) barnmorska

Det började med att UNFPA var den första FN-organisationen som accepterade barnmorskor som JPO:s. Jag initierade och deltog i den första rekryteringen av tre svenska barnmorskor till UNFPA i Bolivia, Bangladesh och Mocambique år 2005. Sedan dess har barnmorskerekryteringen fortsatt till Kambodja och Genève genom WHO och genom UNFPA till Nepal och Bangladesh (för närvarande är den tredje svenska JPO-barnmorskan i tjänst för

UNFPA i Bangladesh). Under 2011 har en JPO-barnmorska rekryterats till Södra Sudan och ytterligare en till Nepal.

Jämställdhet och SRHR

Jag upplever att man kontinuerligt måste kämpa för att upprätthålla positionerna för jämställdhet och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) med fokus på barnmorskeutveckling. Även om vi i dag tycker att positionerna flyttats fram avsevärt de senaste 10–15 åren, vilket de verkligen har, så hörs än i dag röster som ifrågasätter såväl jämställdhet som SRHR men framförallt barnmorskeutveckling, särskilt i låg- och mellaninkomstländer. <

Gunilla Essner

Sjuksköterska, vårdlärare, psykolog
gunilla.essner@yahoo.se



GUNILLA ESSNER arbetade för Sida med Hälsa och Utbildning i 30 år. Hon är nu pensionär sedan 1,5 år.

www.sida.se | www.un.org | www.unfpa.org | www.fn.se | www.who.int | www.lu.se | www.ki.se | www.uu.se | www.ipas.org | www.rfsu.se | www.unicef.se | www.unicef.org | www.barnmorskeforbundet.se | www.internationalmidwives.org |

Världen behöver fler barnmorskor

BANGLADESH Runt om i världen arbetar barnmorskor för att, utifrån varje lands egna förutsättningar, ge kvinnor en säker och värdig vård, före, under och efter förlossning. Trots detta dör årligen cirka 350 000 kvinnor i barnsäng!

► I **AUGUSTI 2007** startade jag mitt tre år långa uppdrag som barnmorska för FN:s befolkningsfond (UNFPA) i Dhaka, Bangladesh. Jag var då den andra svenska barnmorskan på UNFPA-kontoret som finansierades av SIDA. Vid denna tidpunkt förlöstes cirka 90 procent av alla gravida kvinnor hemma i sina byar utan stöd från en utbildad barnmorska. Professionell vård uppsöktes endast när komplikationer var ett faktum. Först efter att ha fått mannens och svärmors tillåtelse kunde kvinnan ta sig till sjukhus. Dessutom skulle ett lämpligt transportmedel för att transportera den födande kvinnan finnas till hands. Då kunde förlossningsarbetet ha pågått i flera dagar. Det kunde ta flera dagar att ta sig fram till sjukhuset och då kunde det vara för sent. Till följd av detta dog två kvinnor varje timme! Vi vet att en investering i utbildade barnmorskor är en avgörande faktor mellan liv och död under graviditet, förlossning och tiden post partum.



”

På grund av en traditionell syn på kvinnor och kulturella normer, är barnmorskeyrket ofta förknippat med avsaknad av status och låg kunskapsnivå.

När jag anlände till Bangladesh med mina svenska normer och erfarenheter om vad en barnmorska är och kan, insåg jag snabbt att det jag berättade om barnmorskan som en autonom profession var långt ifrån hur man diskuterade barnmorskans yrkesutövning i Bangladesh. Det fanns en viss förvirring

i innebörden av begreppet ”barnmorska”, oenigheter om vad en barnmorska är och vilka arbetsuppgifter som hon var i stånd att utföra. På grund av en traditionell syn på kvinnor och kulturella normer, är barnmorskeyrket ofta förknippat med avsaknad av status och låg kunskapsnivå.

”



Efter 1,5 års hårt arbete tillsammans med WHO, statliga myndigheter och flera yrkesorganisationer, godkände hälsoministeriet Bangladeshs första barnmorskepolicy! Detta var en milstolpe! Äntligen, år 2009, hade regeringen godkänt barnmorskeprofessionen som ett led i att uppfylla FN:s millenniemål 4 och 5.

I **Bangladesh** hade regeringen tillsammans med medel och teknisk support från WHO och UNFPA utbildat befintliga primärvårdshälsoarbetare och därmed tagit fram en ny yrkesgrupp av *Community Skilled Birth Attendants* (CSBA:s). Utbildningen var mellan 6 och 18 månader och efter ett halvår utfärdades en certifiering och titeln CSBA. Denna grupp av CSBA:s var avsedda att bedriva mödra-, förlossnings- och eftervård på landsbygden. Dessa primärvårdshälsoarbetare var så nära barnmorskeyrket de kunde komma under åren 2003–2010. Utbildningen var ett kompetens- och kunskapsbaserat program, som utvecklats med fokus på att ge vård under den normala graviditeten, förlossningen och puerperiet samt att identifiera eventuella riskfaktorer för att i rätt tid kunna remittera den födande kvinnan. Det är dock viktigt att betona att deltagarna i utbildningsprogrammet inte var professionella barnmorskor.

Efter **1,5 års** hårt arbete tillsammans med WHO, statliga myndigheter och flera yrkesorganisationer, godkände hälsoministeriet Bangladeshs första barnmorskepolicy! Detta var en milstolpe! Äntligen, år 2009, hade regeringen godkänt barnmorskeprofessionen som ett led i att uppfylla FN:s millenniemål 4 och 5. Tiden var förbi då man pratade om barnmorskor som en grupp som fått en snabbkurs i förlossningsvård. Nu diskuterades professionella barnmorskor med ett självständigt yrke. I och med detta behövdes en erkänd och ackrediterad barnmorskeutbildning. Det första steget var att vidareutbilda sjuksköterskor med ett års barnmorskekunskap inkluderat i sin fyraåriga utbildning, med en sex månader lång påbyggnadsutbildning i reproduktiv hälsa och förlossningskonst baserad på *International Confederations of Midwives* (ICM) grundläggande kompetenskrav. Det långsiktiga målet var att ta fram en utbildning till barnmorska på kandidatnivå.



”

Med landets politiska välvilja, ekonomiska resurser och teknisk assistans från UNFPA och WHO, fokuserades insatserna på att ta fram en vidareutbildning av sjuksköterskor.

Med landets politiska välvilja, ekonomiska resurser och teknisk assistans från UNFPA och WHO, fokuserades insatserna på att ta fram en vidareutbildning av sjuksköterskor. Likaså satsades det på att utforska potentiella fakulteter och institutioner där de blivande barnmorskorna skulle utbildas. I detta skede insåg myndigheterna att de behövde satsa på formellt



utbildade barnmorskelärare. Ett utbildningsprogram på fyra veckor utformades för att utbilda landets lärare (*Master trainer of trainers/ToT*), så att dessa skulle kunna föra kunskapen vidare i utbildningen av barnmorskor.

I augusti 2010 lämnade jag över barnmorskefrågorna till min nyanlända svenska efterträdare *Anna af Ugglas Nygren* (läs hennes berättelse på sid 16–19). Då hade UNFPA tillsammans med regeringen och WHO uppgraderat fyra sjuksköterskeinstitutioner och den första gruppen av

barnmorskelärare var utbildade. Likaså hade 60 blivande barnmorskor påbörjat sin ”specialistutbildning”. Under utbildningsprogrammet av dessa barnmorskelärare formades även Bangladesh första barnmorskeförbund. År 2011 blev förbundet medlem i ICM.

Som svenska barnmorskor har vi mycket att bidra med men också väldigt mycket att lära. Det vi tar för givet i Sverige är inte självklart i andra delar av världen. Jag känner mig oerhört privilegierad över att ha fått möjlighet att vara med och påverka

regering och andra makthavare för kvinnors rättighet till en säker mödra- och förlossningsvård i Bangladesh! Dessa år i Bangladesh, som är ett land med enorma behov, var en utmanande och mycket givande tid i mitt liv. Det jag har lärt mig känns ovärderligt och har skapat ett fortsatt intresse att jobba med barnmorskefrågor internationellt. <

Malin Bogren

Barnmorska
malinbogren@spray.se
bogren@unfpa.org



Midwife education

The Global Standards for Midwifery Education, Midwifery Regulation, and the Essential Competencies for Basic Midwifery Practice.

ICM Global standards for midwifery education are one of the essential pillars of ICM:s efforts to strengthen midwifery worldwide by preparing fully qualified midwives to provide high quality, evidence-based health services for women, newborns, and childbearing families.

The education standards were developed in tandem with the update of essential competencies for basic midwifery practice, which define the core content of any midwifery education programme.

www.internationalmidwives.org

THURSDAY NOVEMBER 10 2011

The International Confederation of Midwives

The cataloguing of the records of the International Confederation of Midwives (ICM) is now completed and the catalogue is available on-line at the Wellcome Library, reference SA/ICM.

<http://wellcomelibrary.blogspot.com>

Utbildning och svenskt stöd vänder trenden i Bangladesh

BANGLADESH Att arbeta som barnmorska är inte alltid så självklart som vi tror. Genom åren har vi fått höra att svenska barnmorskor är speciella; vi är starka, vi förlöser själva, vi har förskrivningsrätt och rätt att fatta egna beslut kring våra patienter. Trots mina nästan 20 år som barnmorska i Sverige var det inte förrän jag började arbeta i Bangladesh som jag förstod vidden av den kompetens, den autonomi och den gedigna utbildning vi har i Sverige. Svenska barnmorskor är något unikt.



► **I BANGLADESH HAR** det fram till 2011 inte funnits barnmorskor enligt internationell standard, det vill säga i enlighet med WHO:s och ICM:s kompetenser för utbildade barnmorskor. Tre av fyra förlossningar sker i hemmen med hjälp av familj eller grannar, bykvinnor eller bästa fall en person med kurs i barnmorskeri. Varje år dör 7 300 kvinnor i Bangladesh i samband med graviditet, under eller efter förloss-

ning. De största orsakerna är postpartumblödningar, preeclampsia och infektioner. Alla lika möjliga att förhindra med utbildade barnmorskor som tidigt kan uppträcka och sätta in adekvat behandling. Dessutom plågas ett okänt antal av landets kvinnor av obstetisk fistula, ett handikappande och socialt utsatt tillstånd som kommer efter långdragen förlossning med vävnadsskador som följd. Kvinnan läcker urin och/eller feces och blir utesluten från social tillvaro. Oftast förlorar hon barnet vid förlossningen. En barnmorska kan lätt identifiera dessa gömda kvinnor och hade troligen kunnat förhindra deras lidande om hon varit med vid förlossningen.

Det har dock skett en positiv förändring i Bangladesh. Mödradödligheten har sjunkit med 40 procent de senaste tio åren och den abortrelaterade dödligheten har minskat med 85 procent. Men fortfarande dör för många kvinnor till följd av graviditets- och förlossningskomplikationer och utbildade

barnmorskor är nu helt avgörande för att få ned mödradödligheten ännu mer. Tillgång till barnmorskor tillsammans med förbättrade samhällsstrukturer, ökad jämställdhet, bättre ekonomi, ökad tillgång till preventivmedel och utbildning utgör grunden till en bättre situation för allt fler kvinnor, barn och familjer.

När jag kom till Bangladesh som tredje svenska barnmorska, hösten 2010, startade samtidigt landets första egentliga barnmorskeutbildning – en sex månader lång vidareutbildning för sjuksköterskor. I sjuksköterskeutbildningen ingår visserligen ett år inriktat enbart på obstetrik och gynekologi där de får lära sig att förlösa. Men tjänsterna innebär mest sjuksköterskearbete och mindre arbete med reproduktiv hälsa.

Bangladesh lider svår brist på sjuksköterskor, så det är en kortsiktig lösning att vidareutbilda dessa. Parallellt utvecklas därför en treårig direktutbildning till barnmorska, med ett ”lärlingsår” därefter. Den är tänkt som en långsiktig lösning med start 2012.



”

Mödradödligheten har sjunkit med 40 procent de senaste tio åren och den abortrelaterade dödligheten har minskat med 85 procent. Men fortfarande dör för många kvinnor till följd av graviditets- och förlossningskomplikationer och utbildade barnmorskor är nu helt avgörande för att få ned mödradödligheten ännu mer.



Dessa två barnmorskeutbildningar kommer tillsammans att förse landet med de 3 000 barnmorskor som premiärminister *Sheikh Hashina* åtagit sig att utbilda och anställa inom den statliga sektorn före år 2015. Ett åtagande från regeringens sida som betytt mycket för att driva utvecklingen av den

nya professionen framåt. UNFPA samarbetar med regeringen genom att tillföra sakkunnighet och finansiellt stöd. För att det ska bli en långsiktig och hållbar utveckling av barnmorskor, är det en förutsättning att landet själv "äger" och driver frågan. Vilket sker i Bangladesh.

”

Som svensk barnmorska med svenska perspektiv på allt inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, ställs mycket på sin spets i ett land som Bangladesh med dess kultur, religion, social struktur och historia.



Att arbeta som sakkunnig barnmorska inom UNFPA är så långt från en klinisk vardag man kan komma, men ändå så nära. Varje dag diskuteras barnmorskans arbete, vid varje möte kommer frågan upp vad en barnmorska egentligen är, vilket ansvar hon har, hur hennes arbetsbeskrivning ser ut, vilket ramverk som omger hennes arbete, vem som ska utbilda henne och mycket, mycket mera. Som svensk barnmorska med svenska perspektiv på allt inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, ställs mycket på sin spets i ett land som Bangladesh med dess kultur, religion, social struktur och historia. Det är otroligt givande och roligt men också utmanade, det kräver en stor portion tålamod, flexibilitet och diplomati.

I maj 2011, på Internationella Barnmorskedagen, examinerades de första 60 barnmorskorna i Bangladesh. Det var en historisk milstolpe med många stolta medarbetare inom regering, statliga organ, partners och framförallt – de nya barnmorskorna själva. Sedan dess har utbildningsplatserna ökat markant och fler barnmorskelärare har utbildats. Det ett år gamla Bangladesh Midwifery Society har fått allt mer att göra och

behöver både stöd och kapacitetsutveckling kring hur ett förbund kan bistå sina medlemmar på bästa möjliga sätt och driva frågor kring barnmorskans arbete och roll inom vård och samhälle. Det saknas kunskap och erfarenhet!

Det är en utmaning att leva med familjen (i mitt fall tonåringar) i ett land som Bangladesh, men också en otrolig positiv erfarenhet som vi aldrig någonsin skulle velat vara utan. Bangladesh är ett oerhört komplext land, med allt från (många!) fantastiska människor till en fattigdom som aldrig går att blunda för. När jag blev anställd fick jag frågan om jag någonsin varit med om att förlora en mamma i barnsäng, mitt svar blev nekande. Bangladesh förlorar alldeles för många mödrar när de ger liv, vilket är oacceptabelt när vi vet att barnmorskor är den bästa och mest kostnadseffektiva investeringen ett land kan göra för sina kvinnor, barn och ungdomar. ◀

Anna af Ugglas Nygren

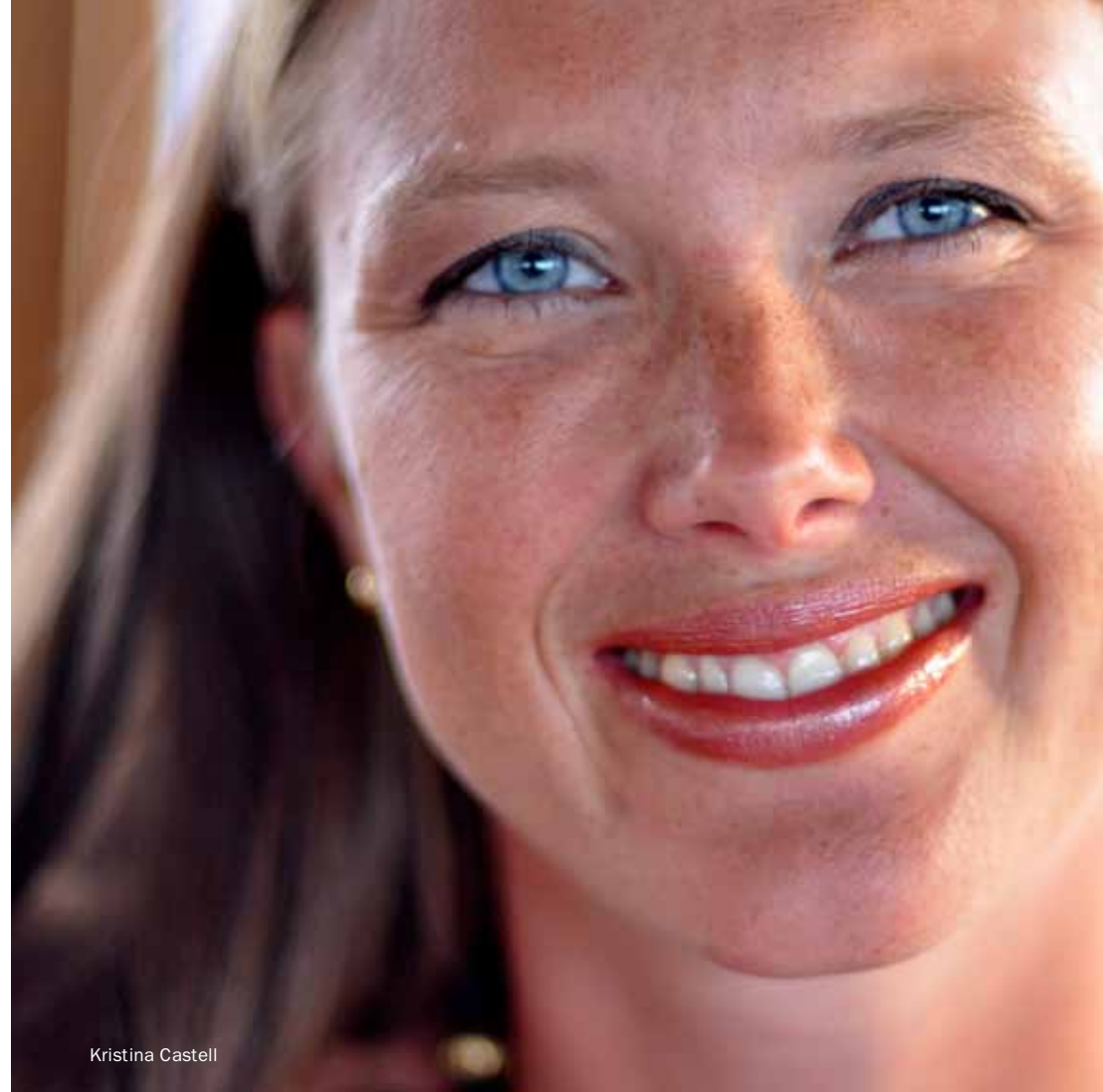
Barnmorska
UNFPA Bangladesh
afugglas@unfpa.org

På rätt väg

NEPAL Det är sen kväll i början av mars 2010. Vi har precis landat i Kathmandu, Nepal och äventyret kan starta för vår lilla familj. Vägen som tar oss till hotellet är skumpig och vid väggkanten brinner eldar. Jag sitter med min sju månader gamla son i famnen och min make har en sovande tvåårig dotter i sitt knä. Om tre dagar ska jag börja arbeta för UNFPA med att förstärka landets barnmorskeri. Det känns lite nervöst.



► **NEPAL ÄR ETT** land i Sydasiens region med världens högsta bergstoppar och bland den högsta mödradödligheten i världen. Det är ett land med enorma kontraster, såväl geografiskt som socialt. Från djungel i söder till snöklädda berg i norr och gigantiska skillnader mellan kön, klass, och kast. Varje år dör nästan 2000 kvinnor i graviditetsrelaterade komplikationer och de flesta dödsfall inträffar på landsbygden utan tillgång till barnmorskor eller annan kvalificerad hjälp. Många bor i byar från vilka det kan ta flera dagsmarscher att nå en hälsopost, där det eventuellt finns någon som arbetar. Att nå ett sjukhus med tillgång till kejsarsnitt och blodbank vid en eventuell förlossningskomplikation kan ta ännu längre tid, och ibland är helikopter den enda utvägen. Något som självklart är mycket dyrt och endast förunnat ett fåtal kvinnor. I vissa delar av Nepal är det så kallade "chaupadisystemet" utbrett: Menstruationsblod och förlossningsvätskor anses vara orena och därför får en kvinna som menstruerar eller föder inte vara tillsammans med sin familj under denna tid.



Kristina Castell

”

I vissa delar av Nepal är det så kallade "chaupadisystemet" utbrett: Menstruationsblod och förlossningsvätskor anses vara orena och därför får en kvinna som menstruerar eller föder inte vara tillsammans med sin familj under denna tid.

”

Väl på kontoret den 8 mars 2010 (jag tyckte det var en så bra dag att börja arbeta på, Internationella Kvinnodagen!) fick jag veta att mitt arbete även skulle innefatta att initiera den globala ”End Fistula-kampanjen” i Nepal. Jag kom hem lite svettig och stressad och hoppades att jag skulle klara av uppgiften.

barn inte vara tillsammans med sin familj under denna tid. Hon tvingas bo ensam i kohuset, som ofta bara är ett utrymme med bastak och halm på golvet.

Nepal har gjort mycket för att försöka vända den negativa trenden och nå det femte millenniemålet; att minska mödradödligheten



Transport-system för gravida kvinnor (även i förlossningsarbete).

med 75 procent till 2015. År 2010 fick landet ta emot FN:s globala ”MDG 5 pris” som en uppskattning för sina ansträngningar. Mödrarmortaliteteten har förvisso minskat, och det debatteras om varför och hur den kan ha minskat, när bara 20 procent av förlossningarna sker med utbildad förlossningspersonal. Troligtvis är det en kombination av minskad fattigdom, förbättrad hälsa hos kvinnor (framförallt bättre järnvärden), legaliserad abort och minskat antal graviditeter per kvinna.

Som en del i UNFPA/ICM:s investering i Midwives-program kom jag således till Nepal för att arbeta med barnmorskeutbildning och lagstiftning. Min uppgift var också att stödja uppbyggnaden av ett barnmorskeförbund, i syfte att förbättra kompetensen hos den personal som arbetar med kvinnor och barn.

Väl på kontoret den 8 mars 2010 (jag tyckte det var en så bra dag att börja arbeta på, Internationella Kvinnodagen!) fick jag veta att mitt arbete även skulle innefatta att initiera den globala ”End Fistula-kampanjen” i Nepal. Jag kom hem lite svettig och stressad och hoppades att jag skulle klara av uppgiften.



Med barnmorskeförbundet

Mitt arbete vad gäller barnmorskeri har utgått från den nationella SBA-policyn (Skilled Birth Attendant), för att se hur vi kan förbättra kvaliteten hos dem som redan är utbildade SBA:s och samtidigt starta en barnmorskeutbildning. Att prata om utbildade barnmorskor som en egen profession är dock politiskt laddat och det har krävts mycket diplomati och arbete för att påverka. Det har varit en lång uppförsbacke, då såväl hälsoministeriet som givarorganisationer har satsat mycket pengar och expertis i påbyggnadsutbildningen av sjuksköterskor och undersköterskor.

Nu verkar vi emellertid vara på väg i rätt riktning! Vi har startat en teknisk arbetsgrupp som ska arbeta med barnmorskeri, och utvecklat en kursplan för en barn-

morskekandidatexamen enligt internationella standards. Det är en treårig specialistutbildning för sjuksköterskor som även ska innefatta forskning, pedagogik och ledarskapsmoduler. Dessa barnmorskor kommer framförallt att kunna arbeta som handledare för SBA:s och erbjuda support vid komplikationer och remittering av patienter. Dock kommer de inte arbeta ute i byarna. UNFPA stödjer ministeriet med en studie som ska identifiera vilken sorts barnmorskor som är mest lämplig ute i byarna, om en ny utbildning bör startas eller om vi kan bygga på den personal som redan är utbildad genom att erbjuda dem fortbildning. Ett troligt scenario är att erbjuda en mer gedigen kompetensbaserad barnmorskeutbildning genom att öka SBA-träningen med ett antal månader.



Med Nepal-teamet.

Jag har även arbetat mycket med det lokala barnmorskeförbundet (Midwifery Society in Nepal, MIDSON), som etablerades i februari 2010, alltså i samband med att jag kom till Nepal. Barnmorskeförbunden är otroligt viktiga i länder som Nepal, då de kan sprida kunskap om professionen till såväl beslutsfattare som till barnmorskan ute i byn. MIDSON har under 2011 bland annat erbjudit träning till undersköterskor i byarna i förlossningsvård, firat Internationella Barnmorskedagen med pompa och ståt och bidragit till en kort dokumentär om SBA:s arbete i Nepal.

”

Barnmorskeförbunden är otroligt viktiga i länder som Nepal, då de kan sprida kunskap om professionen till såväl beslutsfattare som till barnmorskan ute i byn.

Mitt arbete med End Fistula-kampanjen är ett kapitel för sig, men nog så viktigt. Vi har ingen nationell statistik över andelen kvinnor som lider av obstetrisk fistula, men vi vet att för varje kvinna som dör i barnsäng överlever 25 kvinnor med någon form av förlossningskomplikation. End Fistula-kampanjen innefattar förebyggande arbete, behandling av patienter och rehabilitering och social återanpassning. Då prevalensen är okänd har beslutsfattarna blundat för att det faktiskt existerar kvinnor med fistula i Nepal, och mycket av mitt arbete har inneburit att informera om att dessa kvinnor faktiskt finns ute i byarna, ofta stigmatiserade och lämnade av sina makar och familjer. Vad det gäller förebyggande arbete så är utbildad förlossningpersonal det viktigaste för att undvika att skadan inträffar. Alltså en kvalificerad barnmorska som kan hantera ett partogram och remittera i rätt tid. Tills vidare arbetar vi med att träna den befintliga personalen i hur man kan förebygga mödrarmorbiditeter som fistula. UNFPA har till dags dato utbildat läkare och sjuksköterskor i fistulakirurgi och pre- och postoperativ vård, samt bekostat behandling och rehabilitering av 75 patienter.

Arbetet är fortfarande i sin linda och det krävs mycket mer påverkansarbete, för att ett nationellt fistulaprogram ska bli accepterat av beslutsfattarna. Men förhoppningsvis har vi sätt ett frö till förändring. En teknisk arbetsgrupp, som ska titta på mödrarmorbiditeter, har precis initierats på uppdrag av hälsoministeriet.



Med delar av barnmorskeförbundet och direktören på hälsodepartementet i Nepal på ICM-konferensen i Durban.

Att leva och arbeta med små barn i en miljö som denna, har inte varit helt smärtfritt. Kathmandu är en smutsig stad med sopberg längs trottoarkanterna och en ständig risk för jordbävning. Jag har ofta varit orolig när jag lämnat barnen på dagis och hoppats att jordbävningen med stort J inte ska drabba oss i dag heller.

Min man Olle försökte komma på någon mat att ge till lille August, sju månader, då utbudet av barnmatsburkar var minst sagt magert och han spottade ut den lokala ”dalbahten” av ris och linser. Till sist blandade vi barngröt och lade till lite jordnötssmör och

hoppades att han med min bröstmjolk skulle få i sig alla näringsämnen han behövde.

Nu går mitt uppdrag mot sitt slut. Om ett par månader sitter vi på planet hem till Sverige. Barnen har hunnit bli 2,5 och 4 år och jag hoppas att de kommer att bära med sig erfarenheter från Nepal genom hela livet. Jag hoppas att det har gett dem en ökad förståelse för att alla inte är lika och att alla inte har mat för dagen och ett Barbieslott.

Själv kommer jag hem med en önskan om att kunna fortsätta arbeta inom detta område. För trots att det är tuftt ibland, är det otroligt spännande och berikande! <

Kristina Castell

Barnmorska
castell@unfpa.org



Mitt livs äventyr

KAMBODJA ”Hettan ligger dallrande över vårdcentralens gård. En liten vindpust rör upp dammet men det lägger sig snabbt igen. Det är eftermiddag och vårdcentralen är till synes öde. När vi närmar oss byggnaden kan vi höra en fläkt snurra. Korridoren vi tittar in i är tom men vi fortsätter framåt och snart möter vi en liten flicka på två år. Hennes lillasyster föddes för några timmar sedan och hennes mamma och lillasyster vilar upp sig i ett av rummen. Vi fortsätter leta efter barnmorskan som vet att vi ska komma hälsa på i dag. Det visar sig att barnmorskan har fått in ytterligare en kvinna som precis ska föda. Det pågår alltså en förlossning i rummet bredvid och vi blir inbjudna att följa med in, officiellt med kvinnans medgivande. Den födande kvinnan ligger på rygg på

en brits. Fosterljudsövervakning praktiseras inte och smärtlindring existerar inte. Kvinnan har krystvärkar men säger inte ett ljud. Man hör bara fläkten som ihärdigt snurrar tills barnmorskans barska röst skär genom luften. Hon förebrår kvinnan för att hon är ensamstående och undrar högljutt varför den här kvinnan blir gravid gång på gång då hon inte är gift. Huvudet står i genomskärning och kvinnan gnyr men avbryts snabbt av barnmorskan som fräser att kvinnan har minsann gjort detta fyra gånger innan, hon borde vara van. Kvinnan biter sig i läppen och tittar upp i taket. Efter ännu en krystvärk föds den lilla flickan.”

VÅRD-CENTRAL I PHNOM PENH, OKTOBER 2011



► **PÅ SENHÖSTEN 2009** stod det klart att jag hade fått jobbet som JPO barnmorska på WHO-kontoret i Kambodja. Jag tog fram min gamla atlas och stirrade på kartan som föreställde Kambodja. Min kunskap om Kambodja sträckte sig till folkmorden som ägde rum under Pol Pot regimen (Khmer Rouge). Jag plöjde genom internet för att hitta så mycket information som möjligt om Kambodja innan vår avfärd, men inget kunde förbereda mig på den värld som mötte oss. Jag och min man lämnade Sverige mitt i den smällkalla vintern i januari 2010 och efter 13 timmars flygresa landade vi på kambodjansk mark där temperaturen tangerade 40 grader. Spända av förväntan och omtumlade av trötthet letade vi oss ut till den vita FN-bilen som väntade

”

Folkmyllret och trafikkaoset var förstummande. En liten gnagande oro började växa inom mig i den stunden och oron kulminerade på natten då jag låg sömnlös på hotellet. Min första arbetsdag skulle börja bara några timmar senare och det enda jag kunde tänka var: 'Vad har jag gett mig in på?'

på oss. Jag kommer aldrig att glömma känslan då jag sitter i bilen och blickar ut genom fönstret och ser stadsbilden passera. Folkmyllret och trafikkaoset var förstummande. En liten gnagande oro började växa inom mig i den stunden och oron kulminerade på natten då jag låg sömnlös på hotellet. Min första arbetsdag skulle börja bara några timmar senare och det enda jag kunde tänka var: "Vad har jag gett mig in på?"

En intensiv period av inlärnin g följde. Det tog tid att lära mig vem som var vem, både på det egna kontoret och i regeringen, men snart fick jag börja ta eget ansvar för uppgifter. Mitt arbete på WHO är främst ett skrivbordsjobb och vad jag framförallt har gjort under mina år, är att ge teknisk support till det nationella programmet för mödrahälsovård. Arbetet handlar mycket om att läsa och skriva rapporter och ta fram material för möten, föreläsningar och presentationer. Arbetsdagarna spenderas huvudsakligen framför datorn eller i möten, men då och då åker vi ut i fält och besöker pågående projekt, vårdcentraler eller sjukhus. Vi träffar barnmorskor, sjuksköterskor och läkare för att få en inblick i hur den gravida kvinnan och det nyfödda barnet vårdas. Vi diskuterar olika handläggningar och rekommenderar den evidensbaserade vård som det nationella protokollet för mödrahälsovård föreskriver. Våra arbetsresor i fält är mycket lärorika och utgör en trevlig omväxling till jobbet på kontoret.





Mitt första egna projekt var att utveckla en fortbildning för barnmorskor i tjänst. Utbildningen utvecklades på uppdrag av det nationella programmet för mödrhälsovård och projektet genomfördes i samverkan med många olika organisationer som är verksamma i Kambodja. Sex olika ämnen behandlas i utbildningen: akut obstetrisk vård inklusive återupplivning av nyfödd, normal förlossning, postpartum vård, antenatal vård, abortvård och familjeplanering. Fortbildningsprojektet är en av sju komponenter i planen Fast Track Initiative Road Map for Reducing Maternal & Newborn Mortality 2010–2015 som hälsoministeriet gav ut i juli 2010. Hälsoministeriets dokument identifierar problemområden och listar olika aktiviteter som ska påskynda

minskningen av mödra- och spädbarnsdödlighet i Kambodja mellan 2010 och 2015. Med detta dokument vill den kambodjanska regeringen lägga tyngd i beslutet att förbättra den dystra statistiken över mödradödligheten i landet. Redan innan dokumentet publicerades har en viss förändring skett. I Cambodia Demographic Health Survey (CDHS) 2005 uppskattades siffran för mödradödlighet till 472 dödsfall per 100 000 levande födda. I den nyss publicerade CDHS 2010 uppvisar Kambodja en markant minskning av mödradödligheten, 206 dödsfall per 100 000 levande födda. Trots att den negativa trenden är bruten måste mera göras. Dagens statistik betyder i verkliga livet att det fortfarande dör två kvinnor per 1000 levande födda barn i Kambodja.

Barnmorskeutbildningen i Kambodja har en fragmentarisk historia, men i princip har landet utbildat barnmorskor sedan 1950-talet. Utbildningen har haft två uppehåll. Det första avbrottet var 1975–1980 då Khmer Rouge-regimen lade ned alla utbildningar och det andra uppehållet var i mitten på 1990-talet och varade i några år. Barnmorskeutbildningen har genom åren haft många olika skepnader, men sedan 2008 har man en tre-årig direktutbildning som verkar vara attraktiv då den lockar många sökanden varje år. Nu återstår att fortsätta jobba med kvaliteten på utbildningen så att barnmorskorna har de kompetenser som krävs när de utexamineras.

Svaret på den fråga som jag sömnlös grubblade på natten innan min första arbetsdag är lätt: Jag gav mig in på mitt livs äventyr. I dag är jag så många värdefulla erfarenheter rikare och jag kommer aldrig att ångra att jag antog utmaningen – trots att det många gånger är både utmanande och frustrerande att jobba i en multikulturell miljö. Flexibilitet och anpassning är ledord för att smälta in i en arbetsgrupp där många nationaliteter samsas om arbetsutrymme, men trots både blod, svett och tårar har jobbet gett mig mycket mer än vad det har kostat. <

Erika Nilsson

Barnmorska
Midwife – Making Pregnancy Safer
MCH Team
World Health Organization Cambodia
nilssone@wpro.who.int





En ny nation med världens högsta mödradödlighet

SÖDRA SUDAN Efter nästan 50 år av konflikter och krig har Afrikas största land Sudan delats. Ett nytt land, Södra Sudan har skapats. Årtionden av marginalisering och inbördeskrig har gjort Södra Sudan till ett av de mest resurssvaga länderna i världen med extrem fattigdom. I Södra Sudan lever 90 procent av befolkningen på mindre än en dollar (6,5 SEK) per dag. Mödradödligheten är den högsta i världen (2 054 kvinnor dör för varje 100 000 levande födda). En av sju kvinnor dör på grund av graviditetsrelaterade komplikationer, under graviditet eller förlossning. Ett av nio barn dör före sin femte födelsedag (106 per 1 000 levande födda), och bara 38 procent av de vuxna är läskunniga. En av de stora orsakerna till den höga mödra- och spädbarnsdödligheten i Södra Sudan är kvinnors brist på tillgång till reproduktiv hälsovård, som en följd av deras sociala och ekonomiska status.

Foto Rosa Freriks/UNFPA South Sudan

Arbetar för att stärka

barnmorskekompetensen i Södra Sudan

► Sedan undertecknandet av det övergripande fredsavtalet (2005) har Södra Sudan kämpat för att ge effektiv reproduktiv hälsovård till sin befolkning. Men tillgången till reproduktiv hälsovård för kvinnor och män är fortfarande bristfällig. Mindre än 10 procent av alla förlossningar sker i närvaro av en sjuksköterska, barnmorska eller läkare. De flesta föder hemma med support från familjen och ”traditional birth attendants” (TBA). Då komplikationer uppstår finns det lite en TBA kan göra. Det är en allvarlig brist på kvalificerade barnmorskor, och deras kapacitet att leverera effektiv reproduktiv hälsovård i Södra Sudan är låg på grund av bristfällig utbildning, låg status och svåra arbetsförhållanden. World Health Organisation (WHO) rekommenderar att en kompetent barnmorska ska vara närvarande vid varje förlossning. I Södra Sudan, med cirka nio miljoner invånare, finns det bara cirka tio registrerade barnmorskor med treårig utbildning, likvärdiga de svenska barnmorskorna och mindre än 150 ”Community Midwives” med enbart 18 månaders utbildning och lägre kompetens än den svenska barnmorskan.

Ingen kvinna skall dö

under graviditet eller förlossning

UNFPA hävdar att barnmorskor kan förhindra upp till 90 procent av mödradödligheten där de har tillstånd att utöva sin kompetens. Barnmorskor spelar en viktig roll under graviditet, förlossning och postpartum. De har en avgörande roll när det gäller



”

Barnmorskor spelar en viktig roll under graviditet, förlossning och postpartum. De har en avgörande roll när det gäller preventivmedelsrådgivning, STI-rådgivning och att förhindra överföring av hiv från mor till barn.

preventivmedelsrådgivning, STI-rådgivning och att förhindra överföring av hiv från mor till barn. I början av år 2009 lämnade Barnmorske- och Sjuksköterskedepartementet vid Hälsoministeriet i Södra Sudan in en förfrågan till UNFPA om tekniskt stöd för departementet. Södra Sudan är ett av 30 resurssvaga länder som är med i UNFPA/ICM:s globala barnmorskeprogram och via detta Sidafinansierade program kunde två internationella barnmorskerådgivare rekryteras till UNFPA South Sudan. Jag var en av de två barnmorskespecialister som UNFPA rekryterade till Södra Sudan under år 2010.

Nu har jag arbetat 1,5 år vid UNFPA South Sudan med placering vid Hälsoministeriet i Juba. Tidigare har jag arbetat för UNFPA i Bolivia, där jag var med om att starta en barnmorskeutbildning i landet.

Min nuvarande uppgift vid UNFPA South Sudan är att stärka barnmorskekompetensen i Södra Sudan genom standardiserad barnmorskeutbildning och professionell utveckling. Jag är programansvarig för UNFPA:s barnmorskeutbildning i ett projekt med flera olika nivåer. Jag sitter mest på hälsoministeriet för att ge stöd i planering, implementering och uppföljning av



barnmorskeprogram, men jag har även budgetansvar och en ledande roll vid UNFPA-kontoret i Juba.

Eftersom Södra Sudan är ett nytt land måste allting byggas upp från grunden. Den första treåriga barnmorskeutbildningen startade 2010. Vi har utvecklat standards, normer och riktgivande dokument för utbildningen. Vi har även utvecklat barnmorskecurriculum (läroplan), påbyggnadsprogram och kompetensutvecklande program för barnmorskor som redan arbetar ute på klinikerna. Vi har startat barnmorskeutbildning i Juba med internationella barnmorskelärare eftersom vi ännu inte har nationella barnmorskelärare. Vi har även stärkt två andra barnmorskeskolor med bibliotek och ”skills lab”.

Brist på barnmorskelärare och handledare

Ett stort dilemma för barnmorskeutbildningen i Södra Sudan är bristen på praktikplatser



och klinisk handledning. På sjukhusen finns inte journaler, dokumentation, strategier, PM, utrustning eller förråd/material – för att inte tala om mänskliga resurser.

Under kriget anställdes traditionella barnmorskor på sjukhusen och de är fortfarande kvar på grund av brist på kompetenta barnmorskor. Flera av sjukhuspersonalen kan inte ens läsa eller skriva. Det råder stor brist på allt från stetoskop, blodtrycksmanschetter och kanyler, mediciner och sutureringsmaterial. Under mitt första år vid UNFPA South Sudan startade jag UNFPA:s barnmorskevolontärprogram och anställde 18 internationella barnmorskor som i dag jobbar ute i fält på klinikerna och sjukhusen för att direkt jobba kliniskt och förbättra vårdkvaliteten. De är anställda som frivilliga inom UNFPA och gör ett fantastiskt jobb på sjukhusen. En av våra 18 International United Nations Volunteers (UNVs) är den svenska barnmorskan *Rose Marie Lavesson*. Övriga volontärer är från Nepal, Uganda, Kenya och Zimbabwe.





De senaste månaderna har jag byggt upp ett barnmorskestipendium-program tillsammans med hälsoministeriet South Sudan och Utbildningsministeriet i Uganda. I mitten av november 2011 kunde vi skicka 16 unga kvinnor från Södra Sudan till Uganda för att under 2,5 år studera till barnmorskor. Alla 16 kandidater har skrivit på ett bindande avtal om att komma tillbaka till Södra Sudan och jobba som barnmorskor under minst fem år efter avslutade studier.

Jag arbetar även med "fund raising", skriver nya projektförslag till givare som Sida, Italian Cooperation och Canadian CIDA för finansiering av ytterligare barnmorskeskolor, lärarutbildning och för utrustning till sjukhusen.



Världens nyaste land har en lång väg att gå, men viljan att förändra finns. Det finns hopp om fred och en rik framtid för de unga invånarna i Södra Sudan. <

Ulrika Rehnström

Barnmorska
Midwifery Specialist,
United Nations Population Fund (UNFPA), South Sudan



**För mer information
om barnmorskeprogrammet
i Södra Sudan, kontakta:**

Ulrika Rehnström, Midwifery Specialist
UNFPA South Sudan
E-mail: rehnstrom@unfpa.org
Mobil: +211 (0) 955 567 549

Fakta South Sudan

Efter decennier av inbördeskrig bildades landet Södra Sudan efter en folkomröstning i januari 2011.

Officiell födelsedag: 9 juli 2011.

Statsskick: Republik.

Huvudstad: Juba.

Statistik: 1 lärare per 1000 skolbarn. 85% av de vuxna kan

varken läsa eller skriva. Över 80 procent bor på landsbygden. 90% lever i extrem fattigdom.

Källa: Svenska Röda Korset

Seniorbarnmorskor hjälper kvinnor till ett bättre liv

SÖDRA SUDAN Jag är en av 18 internationella seniorbarnmorskor i projektet Capacity Placement of International United Nations Volunteer Midwives (IUNV). Vi arbetar på olika sjukhus och inom primärhälsovården i Södra Sudan i Afrika, ett land som består av tio stater. I början av december 2010 började barnmorskor från angränsande afrikanska länder ansluta sig till projektet. UNFPA behövde även anställa barnmorskelärare på Juba Collage of Midwifery varav en för att täcka upp verksamheten på Juba Teaching Hospital inom förlossning, förvård, mödrhälsovård och eftervård.

► **YRKET BARNMORSKA INFÖRDES** som profession i landet år 2006. De första 37 barnmorskorna examinerades år 2008, och ytterligare 40 examinerades i december 2009. När de anställs får de inte den handledning av erfarna kollegor som de så väl behöver.

Vi seniorbarnmorskor är utplacerade i olika stater och de flesta av oss arbetar ensamma. Jag fick en erfaren kollega från Kenya som har hjälpt mig att komma in i arbetet på ett bra sätt. Kollegan som har arbetat mest på förlossning ville helst fortsätta där. Medan jag, som sedan 15 år är van vid mödrhälsovård, gärna tog mig an det området.

På ANC (antenatalclinic) finns en barnmorska, troligen med en kort utbildning på ett och ett halvt år. Hon registrerar alla gravida och mäter blodtryck och vikt, antecknar ålder och HIV-status samt hur många tidigare levande barn kvinnan har. Ingen fullständig anamnes med graviditetshistoria registreras.



Barnmorskan Rose-Marie Lavesson är en av 18 internationella seniorbarnmorskor som deltar i IUNV-projektet i Södra Sudan.

En person ansvarar för gratis och frivilliga HIV-test, tyvärr har vi varit utan ”test-kit” sedan några månader. En annan ansvarar för STI-behandling som är gratis för både kvinnan och mannen. Under oktober 2011 såg vi en ökning av antalet fall med syfilis. Samma person ansvarar för preventivmedelsrådgivning. Fyra personer ansvarar för



Foto Rosa Freriks/UNFPA South Sudan



Många kvinnor kommer sent under graviditeten och ofta bara om de känner sig sjuka, vilket de då har varit en tid i till exempel malaria, preeklampsi, eklampsi, polyhydroamnios, duplex, svår anemi eller undernäring. Mödradödligheten orsakas ofta av eklampsi och stora blödningar (PPH).

ett EPI-program (Expanded Program on Immunisation) med vaccination av gravida. De vaccinerar även nyfödda som inte hunnit åka hem från sjukhuset.



En är TBA (traditional birth attendant), en kvinna i 70-års åldern. Hon palperar fosterläge, kontrollerar ödem och anemi (genom att titta på ögonen) men lyssnar inte på fosterljud med tratt. De två barnmorskorna, som jag arbetar med på Malakal Teaching Hospital, palperar fosterläge och avlyssnar fosterljud om jag ber dem, uppfattar ibland att de kan hitta fosterljud.

Två barnmorskor kan lite engelska, men TBA talar bara arabiska och är inte läs eller skrivkunnig. Övriga i personalen kan jag tala med om någon av barnmorskorna

tolkar. Min kollega har 20 TBA:s på sjukhuset och en barnmorska på eftervården. Hon har en mer besvärlig situation att kommunicera med alla.

Vi delar ut Fe (järn) och Folsyra och behandlar mask och malaria. Vid första besöket får kvinnan ett myggnät och ett ANC-kort (journal) som hon ska ta med vid kommande besök (så blir det inte alltid eftersom de glöms bort, tappas eller går sönder).

Under mina hittills fem månader på plats har mödrahälsovården ökat antalet nyinskrivna med 50 procent till cirka 500 per månad. Ökningen är dock inte lika stor på förlossningen som har cirka 90 per månad. Många föredrar att föda hemma och tyvärr för vi inte statistik över hemförlossningarna.

På vår lott föll också att resa ut till olika provinser/landsting för att undervisa TBA:s och Community Midwives – om det finns några (hittills har jag inte träffat en enda Community Midwife). Under en sådan resa stannar vi i sju dagar och hinner besöka två platser.

Under projektets gång har vi hittills sett en långsam minskning av mödra- och neonatal dödlighet. Många barn föds SMD



Där vi arbetar är cirka 20 procent av de gravida kvinnorna 18 år eller yngre. Den officiella tillåtna åldern för giftermål är 18 år men vi möter ofta gifta flickor i 15–16-årsåldern. För ett ”brudköp” får brudgummen i vissa stammar betala 50 kor till flickans far eller familj. Är flickan lång får han betala med fler kor.

(small for dates) och prematura. Många kvinnor kommer sent under graviditeten och ofta bara om de känner sig sjuka, vilket de då har varit en tid i till exempel malaria, preeklampsi, eklampsi, polyhydroamnios, duplex, svår anemi eller undernäring. Mödradödligheten orsakas ofta av eklampsi och stora blödningar (PPH).

Där vi arbetar är cirka 20 procent av de gravida kvinnorna 18 år eller yngre. Den officiella tillåtna åldern för giftermål är 18 år men vi möter ofta gifta flickor i 15–16-årsåldern. För ett ”brudköp” får brudgummen i vissa stammar betala 50 kor till flickans far eller familj. Är flickan lång får han betala med fler kor. Många i befolkningen är påfallande långa, slanka och vackra. I Södra Sudan finns ingen tradition av kvinnlig omskärelse (FGM) och min kollega har inte träffat på någon omskuren kvinna.

Majoriteten av befolkningen är kristna och övriga är muslimer. Efter 20 år med krig och konflikter mellan olika stammar, rebeller och militärgrupper firade landet sin självständighetsdag den 9 juli 2011 med en fest som varade i fem dagar.

Olika språk försvårar förstås kommunikation och undervisning. Att själv inte känna till rutiner och hur verksamheten fungerar, den ojämna bemanningen och brist på materiel kan vara påfrestande, men jag trivs med mitt arbete, min arbetsplats och alla vi arbetar med.

Rose-Marie Lavesson

Barnmorska
Barnmorskor Sydost/ Sydväst
Vårby Barnmorskemottagning
IUNV Midwife i Malakal
UNFPA
lavesson@unfpa.org

Fakta Södra Sudan

Södra Sudan har världens högsta mödradödlighet (MMR) med 2054/100 000 levande födda barn per år. För att minska den höga mödra- och neonatala dödligheten vill man snabbt placera ut barnmorskor som en resurs och arbetskraft. Närvaron av professionella barnmorskor hjälper utvecklingen mot målen MDG4 (minskad barnadödlighet), MDG5 (minskad mödradödlighet) och MDG6 (bromsad utveckling av HIV/AIDS).

Capacity Placement of International United Nations Volunteer Midwives.
Project in South Sudan. www.un.org/news

Global gemenskap

UTBILDNING, LAGSTIFTNING OCH UTVECKLING
AV BARNMORSKEFÖRBUND

Efter att ha arbetat för FN:s befolkningsfond (UNFPA) som teknisk rådgivare och ansvarig för barnmorskefrågor i Bangladesh under tre spännande år, gick mitt kontrakt ut i augusti 2010. Tiden var inne för att gå vidare. Vad kan vara bättre för en barnmorska med intresse för globala frågor, än att få ett nytt jobb med möjlighet att arbeta med och för barnmorskor i en organisation som representerar kollegor i cirka 100 länder över hela världen? Så än en gång packade jag mina väskor och bokade en flygresor som denna gång tog mig till Holland. Här landade jag på International Confederation of Midwives (ICM) huvudkontor för att påbörja en ny tjänst som projektkoordinator.

► **SOM BARNMORSKA**, speciellt efter att ha arbetat i Bangladesh, var jag väl medveten om ICM:s arbete och dess betydande historia som ett representativt organ för barnmorskor. ICM grundades 1919 och har vuxit och representerar nu barnmorskor som yrkesgrupp och dess profession över hela världen. För närvarande räknar ICM med över 100 medlemmar i närmare 100 länder. Dess styrande organ är ICM-rådet, som består av representanter från alla

förbundets medlemsföreningar. ICM:s mål är att stärka barnmorskor globalt, vilket man gör genom att främja självständiga barnmorskor som den mest lämpliga vårdgivaren för barnafödande kvinnor. Organisationen arbetar också för att säkra kvinnors rätt till vård av en professionell barnmorska före, under och efter förlossningen, i syfte att förbättra den reproduktiva hälsan hos kvinnor, deras nyfödda barn och deras familjer.



ICM:s mål är att stärka barnmorskor globalt, vilket man gör genom att främja självständiga barnmorskor som den mest lämpliga vårdgivaren för barnafödande kvinnor.



Fokus ligger på att stärka barnmorskan som profession genom fler och bättre barnmorskeutbildningar, förstärkt lagstiftning, ökat erkännande av yrkeskåren och bättre information om barnmorskors roll samt stöd till att starta ett barnmorskeförbund i de länder som inte har ett yrkesförbund.

Under de tre senaste åren har ICM:s arbete varit inriktat på att stärka de tre pelarna i barnmorskans profession; utbildning, lagstiftning och utveckling av barnmorskeförbund. Detta arbete har kulminerat i ett godkännande av ICM:s Essential Competencies for Basic Midwifery Practise, Global Standards for Midwifery Education and Regulation. Som global förespråkare för rätten till vård av en barnmorska, arbetar ICM på internationell, nationell och regional nivå genom att stärka och stödja barnmorskans ledarskap för att försäkra att hälsoministrar och andra beslutsfattare får den tekniska rådgivning de behöver för att säkerställa och tillhandahålla en högkvalitativ evidensbaserad barnmorskeutbildning med anställningstrygghet efter avslutad utbildning.

ICM samarbetar med flera FN-organ och andra globala partners som arbetar med att förbättra hälsan för blivande mammor och deras nyfödda barn och som delar dess åtagande för att minska antalet gravida kvinnor och nyfödda barn som dör i och kring barnafödande.

Sedan 2008 har ICM i samarbete med UNFPA drivit Investing in Midwifery Programme för att möta utmaningarna i att uppnå millenniemålen (MDG) 4 och 5 (att minska barna- och mödradödligheten) i låginkomstländer med hög mödradödlighet. Programmet syftar till att bygga upp nationell kapacitet i fattiga länder, genom att vid samtliga födselar öka närvaron av utbildade barnmorskor som uppfyller internationella utbildningsstandards för att uppnå dessa mål. Fokus ligger på att stärka barnmorskan som profession genom fler och bättre barnmorskeutbildningar, förstärkt lagstiftning, ökat erkännande av yrkeskåren och bättre information om barnmorskors roll samt stöd till att starta ett barnmorskeförbund i de länder som inte har ett yrkesförbund. ICM-UNFPA-programmet är aktivt i 25 länder i Afrika, Latinamerika och Asien, däribland Bangladesh.

En senare utveckling i ICM:s program är Midwifery Association Twinning Project, som sammanför fyra par barnmorskeförbund från hela världen för att bygga upp och stärka dess kapacitet genom ömsesidigt



Var jag än befinner mig i världen, vet jag att jag är uppbackad av en växande global gemenskap av svenska barnmorskor som jag kan vända mig till för stöd och råd. Det är en gemenskap som jag är stolt över att tillhöra och som existerar på grund av den svenska statens fortsatta generösa resurser och engagemang för att bekämpa orättvisorna för mödrahälsovård världen över.

utbyte av kunskaper och färdigheter. De åtta barnmorskeförbund som deltar i projektet samlades i Haag i september och använde ICM:s Midwifery Association Capacity Assessment Tool (MACAT) för att identifiera styrkor och brister i varje förbund och för att utarbeta strategier att gemensamt lösa svagheterna. Varje par kommer att ingå i en pågående relation under två år. Medan förbunden kommer att arbeta i nära samarbete kan de också dra nytta av kollegors kunskaper och därigenom utveckla sin egen kompetens och kapacitet.

Nu packar jag än en gång min resväska för ett nytt uppdrag. Denna gång för arbetet mig till Nepal och ett konsultuppdrag för UNFPA där jag kommer att arbeta med ett projekt i ett land där mödradödligheten är bland de högsta i världen. I min väska har jag en uppsättning av ICM:s internationella barnmorskestandarder. Jag är säker på att de blir användbara eftersom jag kommer att

arbeta med lärare och statliga beslutsfattare för att hjälpa dem att identifiera strategier för att förbättra tillgången till professionella barnmorskor och därmed angräpa mödradödlighet i tid för att nå millenniemålen år 2015.

Var jag än befinner mig i världen, vet jag att jag är uppbackad av en växande global gemenskap av svenska barnmorskor som jag kan vända mig till för stöd och råd. Det är en gemenskap som jag är stolt över att tillhöra och som existerar på grund av den svenska statens fortsatta generösa resurser och engagemang för att bekämpa orättvisorna för mödrahälsovård världen över. <

Malin Bogren

Barnmorska
Consultant-Midwifery
UNFPA, Nepal
malinbogren@spray.se
bogren@unfpa.org

ICM:s Essential Competencies for Basic Midwifery Practise, Global Standards for Midwifery Education and Regulation. www.internationalmidwives.org



UNFPA / ICM:s Barnmorskeprogram

> **VARJE DAG DÖR** mer än 1 000 kvinnor under graviditet eller förlossning. Vid förlusten av en mamma splittras familjen och tryggheten hotas för de efterlevande barnen. Erfarenheten visar att för de spädbarn vars mödrar dör, är risken att dö före sin andra födelsedag större än för spädbarn vars mödrar överlever. Och för varje kvinna som dör drabbas 20, eller fler, av allvarliga komplikationer. Data visar också att färre än två tredjedelar av utvecklingsländernas kvinnor får hjälp av utbildad sjukvårdspersonal vid förlossning.

Att minska mödradödligheten med tre fjärdedelar (FN:s millenniemål nummer 5) är en viktig prioritering för FN:s befolkningssond (UNFPA). Detsamma gäller mål nummer 4 (att minska barndödligheten med två tredjedelar). Att minska mödradödligheten är det millenniemål som är längst ifrån att uppfyllas till 2015.

Under år 2008 etablerade UNFPA "Maternal Health Thematic Fund", en fond med fokus på hälso- och sjukvårdssystemen i de länder som hade högst mödra- och barndödlighet. Arbetet inriktade sig bland annat på att förbättra kvaliteten på servicen inom mödrahälsovården men även på att belysa fördelarna med att investera långsiktigt i rätt utbildad hälso- och sjukvårdspersonal och deras arbetsvillkor. I april 2008 lanserade UNFPA, tillsammans med "International Confederation of Midwives" (ICM), det gemensamma barnmorskeprogrammet "Investing

in Midwives and others with Midwifery Skills" för att påskynda utvecklingen av FN:s millenniemål 4 och 5. Sveriges regering tog genom Sida initiativ till programmet. Sedan dess har flera länder anslutit sig som givarländer och programmet håller på att utvecklas till världens ledande internationella program för barnmorskor.

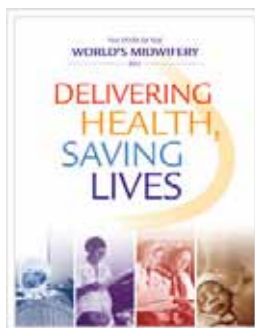
I dagsläget är barnmorskeprogrammet på god väg i 30-talet länder, de flesta i Afrika men även i Asien och Latinamerika. Syftet med programmet är att öka närvaron av utbildad hälsopersonal med barnmorskekompetens vid förlossningar i lågresursländer. Det fokuserar också på länder med högst mödra- och barndödlighet. Programmet bygger på att barnmorskeutbildningar ska vara grundade i globala godtagna barnmorskekompetenser, värdet av lagstiftning och reglemente för barnmorskor samt betydelsen av nationella barnmorskeföreningar. Programmet anställer nationella barnmorskor som rådgivare och tekniskt sakkunniga. Dessa barnmorskor bistår ländernas regeringar på nationell och regional nivå genom att främja politisk dialog mellan myndigheter, branschorganisationer, utbildningsinstitutioner, det civila samhället, tjänsteleverantörer och användare av barnmorskeservice. I de länder som ännu inte har etablerat en yrkeskår av barnmorskor, arbetar internationella barnmorskor från bland annat Sverige. <

FN kraftsamlar för minskad mödradödlighet

BARNMORSKESPECIALIST I NEW YORK

Jag är barnmorska från Lund och arbetar sedan februari 2011 som teknisk sakkunnig inom FN:s befolkningsfonds (UNFPA:s) Barnmorskeprogram. Här, på fondens huvudkontor på Manhattan i New York, deltar jag i det övergripande arbetet med att administrera programmet som riktar sig till ett trettiotal länder med högst mödra- och barnadödlighet. Barnmorskeprogrammet bistår länderna med ekonomisk och teknisk assistans. På huvudkontoret arbetar vi tillsammans med våra nationella och internationella anställda barnmorskerådgivare för att bygga kapacitet och ta fram nya verktyg för att stärka barnmorskor och deras profession genom lagar och reglementen och genom att förmedla kompetensbaserade globala standards för barnmorskeutbildning. Eftersom barnmorskor inte är ett eget professionellt yrke på många håll i världen arbetar vi också för att stärka nya nationella yrkesorganisationer.

► **UNDER VÅREN 2011** har jag medverkat till att lansera The State of the World Midwifery Report. Denna helt nya rapport ger den första samlade bilden över barnmorskors situation och status i 58 länder där mödra- och barnadödligheten är som högst. Rapporten, som är ett samarbete med över 30 olika partners, introducerades under ICM:s 29:e världskongress för barnmorskor i Durban, Sydafrika i juni 2011.



Denna helt nya rapport ger den första samlade bilden över barnmorskors situation och status i 58 länder där mödra- och barnadödligheten är som högst.

Som barnmorskespecialist inom programmet deltar jag även i det övergripande arbetet med att höja barnmorskors kompetens i lågresursländer. Bland annat har vi genomfört flera workshops där vi, tillsammans med våra nationella barnmorskerådgivare

och andra nyckelpersoner inom barnmorskeutbildning, lagstiftning och barnmorskeföreningar, har analyserat aktuellt barnmorskestatus i olika länder. Vi analyserar olika länders barnmorskeutbildningar med utgångspunkt från antagningskriterier, ut-



bildningars längd och innehåll, lagstiftning och reglementen kring barnmorskor samt ländernas barnmorskeförbund. Dessa analyser utgör sedan underlag när vi gemensamt arbetar fram långsiktiga och hållbara utvecklingsplaner för enskilda länder.

I augusti genomfördes två workshops för tolv afrikanska länder. Mötena i Ghana handlade om ICM:s nya globala standard för utbildning och reglemente för barnmorskor och följdes av en ”gap analys workshop” i syfte att upptäcka brister inom barnmorskeområdet som behöver förstärkas. Ett annat syfte var att utveckla olika strategier för att stärka barnmorskans roll och ställning i de deltagande länderna. Under november månad genomfördes ytterligare en workshop i Asien som uppföljning och vidareutveckling av en tidigare workshop för att harmonisera barnmorskeutbildningen i regionen. Det är nu stort

globalt fokus på barnmorskans viktiga roll inom sexuell- och reproduktiv hälsa och UNFPA får allt fler förfrågningar från olika länder som vill samverka i barnmorskeprogrammet. Från tolv medlemsländer initialt (2008), beräknas antalet medlemsländer uppgå till cirka 30 i slutet av 2011.

Under september organiserade UNFPA ett möte med hälso- och utbildningsministrar (från antal länder med hög mödra- och barnadödlighet), olika nyckelaktörer i samhället, privata aktörer och andra FN-organisationer. Syftet med detta möte var att gemensamt initiera och utveckla en handlingsplan med fokus på barnmorskans viktiga roll inom hälso- och sjukvården för att minska mödra- och barnadödligheten. Inom FN pågår för övrigt också ett stort arbete för att effektivisera insatserna genom att samordna olika FN-organisationer som arbetar med mödravård. Barnmorskans betydelse för att minska mödra- och barnadödligheten är definitivt på FN:s agenda och uppmärksammas på högsta nivå. Det känns banbrytande. ◀

Kristina Engelin

Barnmorska
Technical Specialist Midwifery
Maternal Health Thematic Fund
United Nations Population Fund, New York
kristina.engelin@gmail.com

The State of the World Midwifery Report www.unfpa.org/sowmy/report/home.html
UNFPA hemsida angående Barnmorskor; www.unfpa.org/public/home/mothers/pid/4384

När vinden vänder

BARNMORSKAN – EN GLOBAL RÄTTIGHETS- OCH UTVECKLINGSFRÅGA



Kvinnliga förebilder. Afghanistans barnmorskor förändrar samhället.
Foto Donald Boström JUBILEUMSBOKEN 300 ÅR I LIVETS TJÄNST.

Femtioåtta av världens fattigaste länder med 58 procent av världens alla födslar, står för 91 procent av den totala mödradödligheten, 80 procent av alla dödfödda barn, 82 procent av all nyföddhetsdödlighet, med mindre än 17 procent av världens barnmorskor, sjuksköterskor och läkare till hands.

► **DEN KATASTROFALT OJÄMLIKA** bilden av kvinnors och barns förutsättningar 2011 driver svenskt utvecklingssamarbete. Den driver också mig och mitt arbete på Sida.

Glädjande nog är mödrahälsan numera en högprioriterad fråga som lyfts i många globala sammanhang. Ett sådant var när världens mäktigaste länder, G8, möttes och fick FN:s generalsekreterare att formulera en global strategi för kvinnors och barns hälsa

eller när internationella parlamentarikerförbundet (IPU) gör mödradödlighet till sin mest prioriterade fråga. Det är bra att många ser och bättre förstår situationen, att resursbrister påtalas och att FN år 2011 gav ut en rapport som kartlägger barnmorskesituationen i 58 av världens fattigaste länder.

Men det räcker inte.

Nu krävs att uppmärksamheten tillsammans med ekonomiska åtaganden och

kunskap omsätts till konkreta handlingsplaner, program, utbildningar och service som kommer människor i länderna tillgodo fullt ut.

Vi lever fortfarande i en värld där många samhällen är i grunden ojämställda och där kvinnors rätt att bestämma över sig själva är begränsad eller obefintlig. Kvinnor och flickor drabbas mycket hårdare av fattigdom och rättslöshet än män och pojkar därför att kvinnors och mäns möjligheter är olika när det gäller arbete, ägande och rätten att förfoga över pengar. Än mindre kan flickor och kvinnor bestämma över frågor som rör den egna kroppen. Det faktum att barnmorskor är kvinnor bidrar också till att länder inte satsar på barnmorskor. Bristen på utbildning är en annan faktor som påverkar utvecklingen negativt. I många länder är nivån på grundutbildningen så låg att det blir svårt att ens finna kandidater till utbildningsprogram. Det handlar om brist på både resurser och rättigheter.

Svenskt utvecklingssamarbete drivs av två grundläggande perspektiv; rättighetsperspektivet och fattiga människors perspektiv på utveckling. I det senare ska fattigdomsbegreppet ses som mångdimensionellt och inte enbart brist på pengar. Utifrån dessa perspektiv arbetar vi för att skapa förutsättningar för människor som lever i fattigdom att förändra sin situation. Hälsa och utbildning hör till de grundläggande förutsättningar som är nödvändiga för en sådan förändring. Men de är också rättigheter. Sexuell och reproduktiv hälsa

och rättigheter (SRHR) är ett fokusområde i svenskt bistånd där barnmorskeförstärkning är en central komponent. Jag brukar säga att barnmorskan är SRHR personifierad. Hennes breda ansvarsområde och professionella kunskaper kring sexualitet och reproduktion och därtill hörande rättigheter behövs för att komma tillrätta med den oacceptabelt höga mödradödligheten i världen. Mödradöden drabbar ju också unga flickor som inte vill bli gravida och som på grund av bristande information och service utsätter sig för livsfara genom en osäker och olaglig abort eller tvingas genomgå en förlösning trots att deras kroppar inte alls är färdigutvecklade. För en hållbar utveckling krävs att länder satsar på att införa och utveckla barnmorskor som basen i hälsosystemet för SRHR inklusive mödra- och neonatalhälsa. Den kapacitetsutveckling som Sida stödjer handlar till stor del om adekvat och kompetensbaserad utbildning men också om att stärka barnmorskekåren genom att stödja barnmorskeföreningar, arbeta med hälsoministerier så att utbildning och vård kvalitetssäkras, att de som arbetar får tillgång till både materiel och handledning och att göra detta till en naturlig del av ett lands hälsoplan och hälso- och sjukvårdsorganisation.

Även om det inte går att exportera svenska modeller kan vi bygga på svenska erfarenheter. Vi vet att svensk barnmorskeutbildning bidrog till att Sveriges mödradödlighet sjönk signifikant under 1800-talets slut. De förordningar som infördes under början av 1800-talet gav barnmorskan rätt att använda



Vi måste fortsätta att stå upp för kontroversiella frågorna som säkra aborter och diskriminering på grund av sexuell identitet eller motvindsfrågor som barnmorskefrågan. En annan viktig uppgift är att visa att den kostnad som en utbildning alltid för med sig är en kostnad som ger en otrolig vinst i form av mänsklig, social och ekonomisk utveckling.

förlossningsinstrument för att rädda mammas liv och kommunerna en skyldighet att anställa barnmorskor. Detta bidrog till att ge barnmorskan ökad status och anseende. Svensk barnmorskeutbildning används ofta som gott exempel på vad som behövs för att nå kvinnor med information och service. Vad vi inte alltid tänker på är en sådan utbildnings betydelse för att öka jämställdheten och kvinnors rätt och möjlighet att förbättra sina levnadsvillkor och sitt deltagande i samhället. Både för den gravida och födande kvinnan och för barnmorskan själv. Barnmorskeutbildningen i Afghanistan har lyckats med detta. När den utexaminerade barnmorskan återvänder hem till byn gör hon det både som barnmorska och aktad medlem av samhället.

Allt detta är del av mitt arbete på Sida; att påverka, kvalitetssäkra, dela med mig av kunskap och driva frågor i globala sammanhang. Eftersom alla dessa frågor är så viktiga, infinner sig ofta en stor frustration över att det går för långsamt. Den kommer när jag har suttit på styrelsemöte efter styrelsemöte i ett globalt partnerskap för att få till en liten

skrivning i ett dokument kring säkra aborter som alla kan ställa sig bakom – och det krävs ytterligare en diskussion. Jag blir också frustrerad över att det fortfarande saknas 80 miljarder USD för att kunna tillgodose kvinnors och barns hälsa genom hållbara hälsosystem och över att de mest utsatt kvinnorna ofta får den minst kvalificerade hjälpen, trots att det är just i hyddan eller på den lilla hälsocentralen utan resurser som specialkunskaper, erfarenhet och handlingsberedskap är allra viktigast.

Sverige är en liten finansiell aktör i jämförelse med andra biståndsgivare men vi har en stor röst och ett stort förtroende som vi behöver förvalta och utnyttja. Vi måste fortsätta att stå upp för kontroversiella frågor som säkra aborter och diskriminering på grund av sexuell identitet eller motvindsfrågor som barnmorskefrågan. En annan viktig uppgift är att visa att den kostnad som en utbildning alltid för med sig, ger en otrolig vinst i form av mänsklig, social och ekonomisk utveckling. Att barnmorskeutbildningen innebär en kostnad i tid och resurser är ofta ett argument för att låginkomstländer inte vill satsa på barnmorskor.

Three-year study identifies key interventions to reduce maternal, newborn and child deaths. www.who.int

The state of the world's midwifery, 2011, UNFPA

United Nations Secretary-General, Global Strategy for Women's and Children's health, 2010, PMNCH

Många utmaningar ligger fortfarande framför oss. Mödradöden fortsätter att skörda offer fast vi vet vad som behövs för att stoppa den, fast det finns både kunskap och metoder. Resurserna saknas. Ett tydligt uttryck för detta är den traditionella barnmorska som hjälpte till vid förlossningar trots att hon berättat för mig att hon var rädd för komplikationer och egentligen inte ville förlösa. Hon tittade förvånat på mig och sa ”men hon är min granne och det finns ingen annan, jag kan inte överge någon som ber om hjälp, jag får göra så gott jag kan”.

Många gånger får jag frågan från andra barnmorskor: ”Men vad kan jag göra?”. Jag tror vi behöver lära oss mer om hur det ser ut på andra platser i världen, bygga och ingå i nätverk där kunskap och erfarenhe-

ter kan delas. Även om det genom den här artikelserien i Jordemodern ser ut som om vi är många som arbetar internationellt, så är vi i själva verket väldigt få. Det är svårt att rekrytera barnmorskor till de få tjänster som finns. Vi behöver bli fler som vill arbeta med SRHR och barnmorskeutveckling på olika sätt. För trots utmaningarna är det fantastiskt att få vara en del av ett så viktigt arbete, en så positiv och stark global utvecklingsprocess som barnmorskefrågan har blivit. Att få stå där när nu motvinden faktiskt vänt till medvind är härligt. <

Anneka Knutsson

Leg. barnmorska, Fil. Dr.
Enhetschef, Sida
Stockholm
anneka.knutsson@sida.se
www.sida.se



ANNEKA KNUTSSON
Head of Gender Equality, Human Rights, & Social Development
Department for Policy Support
Swedish International Development Cooperation Agency (Sida)
Stockholm, Sweden

Ett år fyllt av uppmärksamhet

År 2011 med vår fantastiska jubileumskonferens, jubileumsboken och mycket uppmärksamhet på vårt yrke och kompetensområde, måste sammanfattas som ett lyckat år för förbundet. Tack alla som medverkat till detta!

► **UNDER DEN GÅNGNA** hösten har barnmorskeyrket uppmärksammats mycket i media. Frågor som rör mödravård och förlossningsvård och vår yrkesutövning har diskuterats. Det började med att TV sände ett program om kvinnor som mist sina barn intrauterint, där fokus kom att handla om vilka råd vi barnmorskor ger gravida kvinnor. Programmet skapade en process som ledde till mycket gott. Uppmärksamhet på att barnets rörelser inte minskar i slutet av graviditeten ledde till att felaktig information i vår lärobok, i företagsbroschyrer och telefonappar snabbt ändrades. Debatten som uppstod ledde också till att *Socialstyrelsen* kallade till ett möte där bland annat frågan om behov av nationella rekommendationer vad gäller omhändertagande på sjukhus av denna grupp diskuterades.

Senare under hösten kom frågan om den nationella navelsträngsblodbanken upp i samband med en ny svensk studie där man fann att barn som avnavlats tidigt visade tecken på anemi. Detta ledde till att också frågan om rutinmässig provtagning av blodgaser på friska barn och tidig avnavling på grund av detta kom att diskuteras i media. Vetenskapsradion uppmärksammade frågorna i ett långt inslag och det blev en hel del debatt på förlossningsklinikerna i landet. Denna debatt är



Ingela Wiklund Förbundsordförande

mycket viktig. Att våra rutiner inte ska skada barnet eller mamman är en grundläggande princip som alltid ska väga tyngst.

I november 2011 publicerades en engelsk studie där 64 000 kvinnors förlossningsutfall hade undersökts, relaterat till förlossningsplats. I denna studie fann man att säkerheten för friska fullgångna omfödelskor och deras barn är lika bra oavsett om kvinnan födde barn hemma, på en fristående barnmorskeledd klinik, en ABC-klinik på sjukhus eller på en traditionell förlossningsklinik. För förstfödelskor var det lika säkert att föda barn på fristående barnmorskeledda kliniker som på ABC-kliniker och fullskaliga förlossningskliniker. Detta är ett mycket intressant budskap, särskilt för oss i Sverige som i princip

inte kan erbjuda några alternativa förlossningsmodeller annat än på Södra BB i Stockholm. Även denna fråga uppmärksammades av media och flera barnmorskor intervjuades med anledning av detta. Här måste vi som förbund verkligen arbeta för att regelböcker och avtal i landstingen inte hindrar att fristående barnmorskeledda förlossningskliniker kan starta. Vi måste också stötta de kollegor och föreningar som genom påverkansarbete försöker få landstingen att införa en ersättningsmodell för hemförlossningar liknande den som finns i Stockholms läns landsting.

I november hade jag också nöjet att bli inbjuden till *Nationellt Centrum för Kvinnofrid* för att delta i ett rundabordssamtal med jämställdhetsminister *Nyamko Sabuni*. Det blev en bra diskussion om kvinnofridsfrågan. Senare i november visade Uppdrag granskning ett program där sinkterskadorna i förlossningsvården uppmärksammades. Som så ofta visade inte programmet hela sanningen bakom uppkomsten av denna skada utan ”granskningen” var i huvudsak gjord för att skapa rubriker – inte för att belysa och reda ut ett problem. För visst har vi problem i vården när det gäller detta område, även om det framförallt inte handlar om hur barnmorskor använder eller inte använder perinealskydd utan om hur förlossningar handläggs generellt. Användning av värkstimulerande läkemedel, instrumentella avslut av förlossningen

men också hur fokus på barnet har skapat en rädsla hos barnmorskor och läkare som gör att slutet av förlossningen forceras i onödan. Detta är något vi måste diskutera inom professionerna. Aldrig under min tid som ordförande har så många kollegor hört av sig till mig och vårt kansli med anledning av ett TV-program. Jag anser dock att det är bra att professionella yrkesutövare ifrågasätts och att det är vad alla måste räkna med som tillhör en självständig yrkeskår. Vi fick många tillfällen att bemöta påståenden som lyftes i programmet och jag gav många intervjuer i media med anledning av detta.

Undre årets sista månad tilldelades barnmorskan *Ina May Gaskin, Right Livelihood Foundations* pris för sina insatser för barnafödelskor i USA och världen. Priset kallas också det ”alternativa Nobel priset” och det är oerhört glädjande att hennes arbete uppmärksammas på detta sätt! Ina May Gaskins utmärkelse uppmärksammades också i radio och TV och gav oss möjlighet att diskutera svensk förlossningsvård, bland annat i programmet ”Kropp & Sjal” i Sveriges Radio P1.

Kanske blir inte 2012 ett lika intensivt år. Men med tanke på kvinnors och barns livsvillkor här hemma och i resten av världen, hoppas jag att vi både som förbund och som enskilda barnmorskor fortsätter att bidra till en bättre sexuell och reproduktiv och perinatal hälsa. ◀

Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011;343:bmj.d7400