

## Motion till riksdagen 2013/14:So667

av **Margareta Larsson (SD)**

# Förlossningsvård

## Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om beslutanderätt för födande kvinnor.

## Motivering

Internationellt har Sverige en hög säkerhet i förlossningsvården i fråga om sjuklighet och dödlighet hos nyfödda. Normal vaginal förlossning är generellt sätt minst riskfylld; ett planerat kejsarsnitt innebär dock mindre risk än ett akut kejsarsnitt. Ibland kan även kejsarsnitt vara att föredra framför vaginal förlossning med komplikationer. För gravida är den väntade förlossningsdagen mycket känsloladdad utifrån förväntan och glädje, men även av vanda och skräck. Det är därför viktigt att stöd till förlossningsrädda kvinnor förbättras och att kvinnor med traumatiska förlossningar följs upp för att undvika förlossningsrädsla vid en eventuell ny graviditet.

I dagsläget finns dock en oroande utveckling med minskad kvalitet inom förlossningsvården Detta har tyvärr medfört ökade kostnader vid operationer för att åtgärda komplikationerna. Andra riskgrupper vid vaginal förlossning är kvinnor som föder stora barn, födsel med sugklockor och tång, äldre föderskor och könsstympade kvinnor. Den sistnämnda kategorin har på senare tid ökat i Sverige.

I ett reportage av SVT Uppdrag granskning den 30 november 2011 uppmärksammades bristerna på ett beskrivande sätt. Särskilt uppmärksammades svinkterruptur som enligt RUT (riksdagens utredningstjänst) är betydligt vanligare i Sverige än i många andra länder. Svinkterruptur handlar om när kvinnan spricker, vilket kan ske i olika grader. Grad fyra och fem är den allvarligaste graden där man spricker genom hela mellangården och i ringmuskeln. I reportaget uppgavs dessa ökade komplikationer bero på sämre utbildad personal än tidigare, vilket även inverkar på den praktiska och intuitiva för-

**Fel! Okänt namn på**

mågan att bedöma situationen. Det goda hantverk som tidigare utmärkte barnmorskornas yrkesskicklighet har till stor del i dag gått förlorad. Tidigare användes alltid specifika handgrepp för att förhindra skador vid utdrivnings-skedet. I dag är detta frivilligt och inga nationella direktiv finns om att barnmorskan måste göra detta.

Trots att Sverige sticker ut när det gäller förlossningsskador kan påpekas att antalet kvinnor som drabbas även ökat i Danmark och Norge de senaste 25 åren. I en studie publicerad 2007, där förekomst av ändtarmsskador studerades i de nordiska länderna, fann man att andelen ändtarmsskador i Danmark var 3,6 procent, i Norge 4,1 procent och i Sverige 4,2 procent. Detta kan jämföras med Finland som rapporterade en frekvens på 0,6 procent. Trots detta tillåts inte kvinnan på många håll själv bestämma vilken förlossningsmetod hon vill använda sig av till följd av regler som personalen måste gå efter men även attityden sitter i väggarna att vaginal förlossning är det som ska föredras och uppmuntras.

Det behövs enligt min mening en större ödmjukhet inför varje kvinnas upplevelse av graviditet och förlossning. Förlossningsskräck eller tidigare trauman och komplikationer måste tas på allvar, och man måste vara mer tillmötesgående med kvinnans önskemål kring förlossningsmetod. Att så inte görs kan tänkas besynnerligt då en kvinna, utan medicinska skäl, idag tillåts göra abort. Att samma kvinna sedan, utan medicinska skäl, nekats kejsarsnitt är besynnerligt. I båda fallen handlar det om hennes kropp och upplevelsen av ett utdrivande där det ena tillåts utan medicinska skäl, men inte det andra. Enligt min mening ska det vara självklart att kvinnan ska få vara delaktig i beslut kring kejsarsnitt och fatta det slutliga beslutet själv. Oavsett om det gäller psykologiska skäl eller andra.

Stockholm den 4 oktober 2013

*Margareta Larsson (SD)*