

Motion till riksdagen

1985/86:So465

Blenda Littmarck (m)

Valfrihet i förlossningsvården

Födelseförloppet borde få vara en intim och djupt personlig händelse för barnet, modern, föräldrarna, familjen för att vara bästa möjliga utgångsläge för den nya människan och den familj som hon skall växa upp i. Indragningen av all förlossningsvård till sjukhusen, som dessutom sedan följts av långtgående centralisering, har spolerat denna möjlighet.

I dag är det så att ju större förlossningsenheten är, desto mer tekniskt utrustad är den. Genom olika störningar av födelseförloppet och medicinerter av modern riskerar allt fler normala graviditeter att sluta med mer eller mindre komplicerad förlossning. Enheter, välutrustade och bra för riskfallen, blir i sig en risk för de övriga som inte bort bli komplicerade.

Manipulerandet av födandet gör att många kvinnor går hem från sjukhuset med sämre självkänsla, sämre tilltro till sin egen förmåga. Meningen var att det skulle vara tvärtom. Föräldraskapet behöver den starten. Inte den halvmessyr som det i dag så ofta är fråga om i förlossningsrummen.

Förespråkarna för Babelshuset säger ofta att kvinnorna själva väljer att bli förlösta på de största och tekniskt mest utrustade ställena. Varför? Jo, kvinnorna har under lång tid förförts – låtit sig förföras – till att tro allt mindre på sig själva. Ett definitivt brott skedde i kunskapsförmedlingen om födelse och död i och med att de självständigt arbetande barnmorskorna och de små förlossningsenheterna drogs in. Den äldre generationens erfarenheter försmåddes. Barnmorskeutbildningen, som till mitten av 1950-talet varit en självständig, tvåårig utbildning drogs in och ersattes av en kompletterande sex månaders kurs ovanpå sjuksköterskeexamen. På så sätt blir de nya barnmorskorna (sjuksköterske-) framför allt intränade på att möta sjukliga förlopp och komplikationer. Kvinnorna som kommer till sjukhuset för att föda blir förlösta.

Att fler normalgraviditeter slutar med komplicerad förlossning, framgår av kvinnoklinikernas årsstatistik. Så här kan siffrorna för några ingrepp se ut vid ett medelstort lasarett med mindre än 1 000 förlösta kvinnor per år:

Procent av samtliga förlösta	1965	1970	1975	1977	1979	1983
Amniotomi (hinnsprängn.)	8	3,5	33	56	50	
Perineotomi (snedklipp)	0,4	5	23	23	22	
Vacuumextraktion (sugklocka)	2	2,5	4	?	5	2,1
Sectio Caesarea (kejsarsnitt)	3	7	14	20	16	18,7

Att jag utgått från 1965 beror på att det var det året som cardiotokografiapparaten introducerades i svensk förlossningsvård. Som jag kommer att redogöra för längre fram har den enorma ökningen av amniotomi direkt samband med användningen av denna apparat. Helt följdriktigt har övriga ingrepp också ökat, för så snart en störning skett kommer hela förloppet i olag.

Hur kan statistik över födslar eljest se ut?

Det rapporteras från en konferens i Tennessee sommaren 1979 omkring alternativ till traditionell förlossningsvård. En av dagarna var på "The Farm", ett självförsörjande kollektiv om 1 200 personer.

Ina May, en av kvinnorna där, hade tidigt blivit medveten om att om de till fullo skulle skapa ett annat och bättre sätt att leva så måste de också ta hand om födslarna. Hon fick tag i en obstetriker, som var villig träna henne – och senare flera – och vid konferensen kunde de lämna statistik på 1 000 födslar, som de assisterat under tiden okt. 1970–mars 1979. Av dessa bedömdes 14,5 % som högriskgraviditeter och 43,4 % var förstföderskor, men

i hemmet födde så många kvinnor som	92,5 %,
på Farmens egen mödraklinik	3,2 "
på sjukhusförlossning utanför Farmen	4,3 "

Läkare biträdde vid 5,1 % av födslarna (sjukhusfödslarna inkluderade) medan Farmens lekmannabarnmorskor biträdde de övriga 94,9 %. Sectio Caesarea tillgreps för 15 kvinnor eller 1,5 % och 3 barn tångförlöstes, alltså 0,3 %. Ingen vacuumextraktion förekom.

Ytterligare bör nämnas *det ringa antalet postpartum depressioner* i Farmens material. Flera studier har det senaste decenniet gjorts i de skandinaviska länderna över detta symptom som hänförs till kvinnan och enbart till henne. Siffran varierar i de olika undersökningarna mellan 19 och 33 %, medan Farmen redovisar summa 3 fall, eller 0,3 %. Skillnaden bör inte förvåna. Den är en direkt återspeglning av skillnaden mellan att behandlas som en okunnig, ansvarlös blivande mor med förmodat dålig förmåga att föda och att behandlas med respekt och omtanke av assisterande personer, som även förstått och vördar födandets icke-fysiska dimensioner. Här i Skandinavien borde alltså förlossningsvården tillskrivas ha orsakat mellan 18,7 och 32,7 % av alla postpartum depressioner. Det finns ingen anledning tro att skandinaviska kvinnor har sämre förmåga till moderskap än amerikanska kvinnor har.

Hur och varför kunde det bli så här?

Det kan ligga nära till hands att skylla den här utvecklingen på männen och manssamhället. På den sorts samhälle vi lever i, ja. Men det har vi ju alla medverkat till. Den som passivt går med på galenskapen har lika stort ansvar som de som tänker ut och genomför den. Ur det perspektivet vill jag beröra en fransk revolution av annat slag än 1789 års.

Ludvig den XIV:e, "Solkungen", regerade i Frankrike 1643–1715.² Han höll sig med ett antal mätresser, och av och till blev de med barn. Kungen ville gärna "titta på" när barnen föddes men det gick inte utan vidare för sig. Alla män, utom den ev. närvarande läkaren, var förbjudna närvara. Dessutom födde kvinnorna sittande; på huk, i knäet på någon eller i en särskild

förlossningsstol. Klokt nog, för i den ställningen är:

bäckenutgångsmåttet ca 1,5 cm större än när kvinnan ligger på rygg, tyngdlagen i funktion enligt sina principer, kvinnan i stånd att modulera och styra sitt arbete, vena cava, som försörjer livmodern med blod, inte utsatt för barnets tyngd och nedpressad och barnet råkar då inte ut för den syrebrist som oftare förekommer när modern är i ryggläge.

Nåväl, kungens livmedikus fann på råd. Han tog in ett bord, uppmanade kvinnan att lägga sig där på rygg, och framför bordet hängde han ett draperi med titthål, i för kungen lämplig höjd. Ludwig XIV:e fann stort nöje i det hela så det blev regel att hovets kvinnor födde i denna helt onormala ställning. Och som hovets kvinnor gjorde ville också de ofrälse göra.

Dagens blivande föräldrar är i de flesta fall omedvetna om att 93-97 % av födslarna borde ske tämligen enkelt och okomplicerat. Inte lättvindigt – men utan komplikationer. Förutsatt att kvinnan förberett sig och koncentrerat utför ett hårt arbete. I diskussionerna omkring "mjuk" förlossning har man hittills i regel haft assisterarnas (barnmorskors och läkares) agerande i tankarna; man har fortfarande talat som om de är viktigast för att allt skall gå bra. Men det är barnet som vill *föda sig* och det är modern som har att hjälpa fram det. Om hon ostört och koncentrerat lyssnar inåt efter barnets behov, om de som assisterar henne verkligen är inställda på assistans och i sin tur lyssnar efter *hennes* önskemål och behov, så har vi kommit rätt.

Motsatsen har fullt legalt och godkänt av etiska nämnden vid Linköpings universitet, pågått vid förlossningarna i Linköping och Motala.

En forskningsgrupp där har förlöst på kontorstid och säger att de började med det för att så många kvinnor hade önskat tidsbeställa födseln. Om de här forskarna då vetat hur en födsel bör gå till så skulle de i stället ha förklarat för kvinnorna att födandet styrs av finstämda kontroll- och balanssystem som lätt rubbas. De skulle också ha talat om att eftersom konsekvenserna av hur en födsel förlöpt sträcker sig flera generationer framåt, så visste de inte något om följderna i det längre perspektivet. Samt att de inte heller kunde redogöra för de omedelbara följderna eftersom de endast förfogar över trubbiga undersökningsmetoder och - instrument, som dessutom i många fall skadar barnet.

Beträffande patienturvalet sägs i redovisningen att "Endast patienter som uppfyllde följande kriterier" hade medtagits i studien:

1. Ålder 18-30 år (18-35 för omföderskor).
2. Regelbundna regleringar före den aktuella graviditeten. För patienter som tagit p-piller minst tre normala regleringar efter avslutad medikation.
3. Normalt gravidogram.
4. Tidigare förlossningar normala.
5. Tidigare barns födelsevikt mellan 3 000 och 4 000 gram.
6. Aktuell graviditet normal och fostret i huvudbjudning.
7. Normal bäckenutgång enligt kliniska bedömningar."

Av de kvinnor som tackade ja till detta märkliga erbjudande blev 47 kvar till det bittra slutet; för 23 av dem sattes förlossningen i gång (inducerades) med oxytocindropp, ett värkstimulerande syntetiskt hormon. De övriga 24 utgjorde kontrollgrupp.

Mot. 1985/86

So465

Som synes av urvalskriterierna hade man till den här försöksverksamheten lyckats få kvinnor med de bästa förutsättningar för att föda enkelt och naturligt, att ställa både sig själva och sina ofödda barn till klåfingrighetens förfogande.

Kravet under punkt 2 om "tre normala regleringar efter avslutad medikation" med p-piller är anmärkningsvärt. Det är första gången som jag i svensk medicinsk litteratur sett det klart uttalat att kvinnan inte bör bli gravid direkt efter det hon slutat äta p-piller, och preventivmedelsrådgivare, gynekologer och barnmorskor har åtminstone uttalat sig som om de inte kände till den fördubblade risken för missfall, för flerbörd och de upp till femdubblade riskerna för missbildningar hos barnet, när moderns ämnesomsättning varit påverkad av syntetiska hormoner. Påverkan upphör alltså inte direkt som medikationen upphör, vilket det finns flera forskningsbevis på och säkerligen många svenska kvinnor – och barn – redan fått erfara.

För kontrollgruppens 24 kvinnor skulle förlossningen ske "spontan". Jag citerar: "Under dessa förutsättningar (cervix utplånad till 50 % och öppen minst 2 cm, för omfödskor 3 cm) gjordes amniotomi, en sond för intrauterin tryckregistrering och en skalpelektrod applicerades, varefter registreringen skedde som i grupp 1. "Det betyder att man i kontrollgruppen likväl som i försöksgruppen satte in teknisk övervakning av barnets hjärtverksamhet. Den går till så att man i huvudsvålen på barnet (platsen för den högsta lotusen), och i detta tidiga skede av barnets hårda arbete med att komma ut, skjuter fast ett mellanlägg mellan skruv och metkrok. Kroken sitter i änden på en elektrod, som i andra änden är kopplad till apparaten som registrerar barnets hjärtljud; cardiotokografiapparaten.

Inskjutningen av elektroden förutsätter hinnsprängning, vilken i sin tur medför att barnets huvud utsätts för ett mycket större tryck när det arbetar sig ut. Intakt fosterhinna innebär ju att fostervattnet är kvar under längre tid och kan fördela det starka tryck det är fråga om över hela barnets kropp. I detta livsavgörande skede utsätts mor och barn för ökad infektionsrisk, orsakas barnet smärta och utsätts för risken att även få inre blödningar av skalpelektroden.

Redovisningen fortsätter: "För att analgesimetoderna i så liten utsträckning som möjligt skulle påverka värkarbetet och FHR-kurvan (Fetal Heart Rate-) har endast följande analgesimetoder använts: psykoprofylax, lustgas/syrgas 50/50, Petidin-Atarax 50 mg/50 mg samt pudendusblockad med 20 ml 0,5-proc Carbocain."

Ingen vet effekterna på barnen av de hormoner modern ges i dropp för igångsättning av förlossningen och för värkstimulering. I sinom tid får vi säkert veta det.

I den fortsatta redogörelsen för försöket med inducerad förlossning står det: "Exakt 60 sek. (1 minut) post partum togs blodprov för pH-bestämning ur naveln, varefter avnavling skedde. Intravenöst gavs 0,20 mg Methergin till modern omedelbart efter provtagningen."

Kommentar: Det tar 10–15 minuter innan blodet slutar pulsera i navelsträngen. När avnavling sker innan dess riskerar man dels otillräcklig genomblödning av barnet, dels att det får järnbrist och slutligen så utsätts barnet för akut syrebrist-andnöd eftersom lungandningen inte i lugn takt hunnit ta över syretillförseln.

Återigen har barnet hotats till livet och efter 20, 30 eller 40 år har vi ännu en ångestriden "neurotiker" och konsument av psykofarmaka. (Se vidare längre fram i avsnittet om psykoanalytikerna och födelsetraumat!) Slutligen så bevisas då kvinnan inte ens kunna stöta ut moderkakan på naturligt sätt utan tillförs rutinmässigt Methergin, framställt av den giftiga växten Mjöldryga, strax innan barnet förhoppningsvis fick komma till modern och börja suga i sig. (Methergin åstadkommer häftigare sammandragningar av livmodern, och de fortsätter under längre tid än när placentan får avgå i naturlig takt.)

Detta och mera till utsattes barnen och kvinnorna för i båda grupperna. Det enda sponta och ostörda i kontrollgruppen var alltså att värkarna fick sätta i gång av sig själva. Undersökningen är värdelös. Den säger ingenting om skillnaden mellan spontan och inducerad förlossning. Antagligen kan inte någon tillförlitlig sådan undersökning utföras i Sverige i dag. Vi är i avsaknad av tillräckligt antal obstetrisk personal, som dels har kännedom om hur vanligt, enkelt födande skall gå till, dels håller sina fingrar i styr när de så skall göra.

Barnets behov är att bli mottaget, accepterat och respekteratsådant det är och omhändertaget av modern

Om föräldrarna hade klart för sig vilken betydelse det har för barnets tillit till dem att det är deras och inte främmande händer det först möts av så skulle de inte tillåta att en mängd olika personer handskades med det och präglade det.

Föräldrar borde inte tillåta att barnet tas ur deras åsyn

Där kan de nu stödja sig på socialstyrelsens senaste mödra- och barnhälsovårdsutredning, som klart utsäger att "Det bör dessutom finnas plats för omhändertagande av det nyfödda barnet. Det är önskvärt att utrymme kan beredas för skötbord, våg och barnsäng (i förlossningsrummet)."

Men vad får barnet?

Ja, det får sällan rotera sig ut i lugn och ro utan (se bil.) dras ut och det får: en slang nedkörd i halsen och sugt rent, vilket sällan borde göras eftersom barnet då förlorar mucusslemmet som fyller en viktig funktion om det – som nyfödda kan göra – "glömmer" att andas.

Slemmet irriterar då, barnet hostar och nyser och andningen kommer i gång igen.

för tidigt avklippt navelsträng,

mätning och vägning = granskning om det duger,

rotering av lederna och nyp här och där,

fingrar i munnen som rotar och känner efter gomskador och andra defekter,

termometer i analöppningen,

granskning av yttre könsorganen,

kollning av fingrar och tår och öron,

lapisdroppning i ögonen,

K-vitaminspruta i låret.

Så snart barnet kommer ut i barnsalen får det i regel också en högst

personlig present av personalen: napp i munnen – dvs. var tyst och känn inte vad du känner!

Det de berörda barnen i Linköping–Motala studien dessutom utsattes för beviset att det är människan själv som skapar helvetet på jorden:

varje dag prov på kapillärblod (stick i fingertoppen),

vid två dygns ålder venöst plodprov (dag fem ett likadant för PKU-test?),
mognadsbedömning av barnet,

standardiserad neurologisk undersökning samt beteendeundersökning,

”Den neurologiska undersökningen omfattar 37 variabler, där de flesta bedöms i en 4-gradig skala. En del av dessa variabler eller kriterier har grupperats i sådana som väsentligen bedömer muskeltonus resp. irritabilitet,” etc., etc.

Hur väl var mödrarna medvetna om vad barnen skulle stressas igenom under sin första levnadsvecka när de har fullt sjå med att uthärda och anpassa sig till värme-kyla, sin nya tyngd, sin orörlighet, allt som trycker och skaver? T. o. m. med de två barn som drogs fram med sugklocka och de fyra (!) barn som föddes med kefalhematom (blodsvulst å skallen hos nyfödda) utsattes också för allt detta.

Därmed lämnar jag försöksverksamheten vid förlossningarna i Linköping och Motala.

Hur kan födslar bli garanterat mindre traumatiska?

I Chicago, USA, assisterar obstetrikern Gregory White, sedan mer än 30 år, födslar i hemmet och på ett av stadens sjukhus. Han har under årens lopp tränat in flera på hemma-hos-obstetrik. Under första halvåret 1975 gjordes en studie över dessas arbete. Handledare för studien var Fredric M. Ettner, M.D. och han redovisar den i *Safe Alternatives in Childbirth*.

Ettner går först igenom följderna av bl. a. medicinering under graviditet och förlossning, igångsatt förlossning, artificiell hinnesprängning, ryggläge, riskerna vid rutinmässig anläggning av intravenöst dropp, tångförlossning, episiotomi. Därefter övergår han till att beskriva hemma-hos-obstetrikerens arbete och skriver:

”Störande prevention och rutinmässiga laboratorieprov i ’uti-fall-att’-syfte förekommer inte under mödravården. Det återkommande temat om ’naturligt födande genom god hälsa’ som eftersträfvats under hela graviditeten blir förverkligat vid förlossningen. Processen fortsätter naturligt genom värkarbete, födande och efterförlopp.

Antingen genom telefonsamtal eller bud larmas läkaren om att födelseprocessen börjat. Efter ankomsten till hemmet undersöks kvinnan via palpation och auskultation och läkaren talar om för de väntande föräldrarna vad han funnit vid undersökningen. Satta i relation till det stadium födelsearbetet kommit fram till är kvinnan oförhindrad fortsätta med lämpliga sysslor i hemmet. Jag vill påpeka att vi uppmuntrar kvinnan att äta och dricka, dock ej till övermått. Kvinnan vilar tills sammandragningarna blivit starka, och då uppmanas hon att stå eller gå omkring. Maken, familjen, vännerna stannar hela tiden i närheten och stöder kvinnan under värkarbetet och födandet, liksom den assisterande läkaren också gör och som ju bara är konsult under det naturliga förloppet. Eftersom den tid läkaren behöver stanna i resp. hem

kan variera från 2 till 12 timmar eller mer kommer han i intim relation till familjen.

Öppningsskedet med full cervical utvidgning förebådar starka uterina kontraktioner med kortare pauser emellan. Läkaren förblir i sin konsultroll, stödjande och underlättande och ger kvinnan rygg- och benmassage i den mån inte detta ges av familjen/vännerna. När barnets huvud börjar synas och bäckenbotten är uttänjd kan modern inta olika ställningar, exempelvis halvsittande, halvsittande på höger eller vänster sida, sitta på huk; allt utifrån vad som är bäst för henne. När barnets huvud framföts ges instruktioner för kontroll av sammandragningarna och för framfödandet av skuldrorna, som har att forma sig för att klara sin plågsamma väg genom födelsekanalen.

Föräldrarnas känslor är som intensivast när de betraktar livets första ögonblick, som föregåtts av ett skrik. Inom de närmaste 15 minuterna slutar blodet pulsera i navelsträngen, som då klipps av. Barnet vägs, placentan avgår, slutskedet är genomfört, och pappan håller barnet. Läkaren avlägsnar snabbt våta tidningar, lakan och handdukar, och mamman går upp och sätter sig i en stol för att amma barnet. Kanhända de här ögonblicken direkt efter partus är de mest livsavgörande och det naturliga förloppet fortsätter med att barnet börjar suga. Därigenom stimuleras fortsatt avsöndring av oxytocin, vilket gör att uterus sammandrar sig och blödningar inte uppstår.

Ytterligare information ges om amning, spädbarnsvård och om post partum symtom, som eventuellt kan utvecklas. Det allvarligaste är om blödningar uppstår. Finns minsta risk för att modern kan börja blöda, trots att hon ammar, skrivs ergotamin ut i tablettform och naturligtvis anges doseringen klart.

Familjen omger modern och barnet medan vi plockar ihop vår utrustning. Innan läkaren går uppmanar han modern att vila när barnet sover och besvär dem att höra av sig om det uppstår några frågetecken. Han talar om för dem att hans assistent (kvinna som själv fött barn hemma och ammat dem) kommer påföljande dag och att då ifylls födelseattesten, barnet undersöks och assistenten svarar på alla de frågor en familj med ett nyfött barn kan ställa. Vi lämnar sedan hemmet med våra två stora axelvaskor.

Postnatala tillsynen tar inte mycket tid i anspråk då ju mödravården gått ut på att bädda för naturligt födelseförlopp och amning. Barnet får vad det behöver från modersmjölken; fast föda börjar ges vid 6 månaders ålder jämsides med att amningen fortsätter. Återbesöken hos familjen efter partus är få, eftersom mor och barn inte behöver någon aktiv vård utan det mest blir fråga om resonemang kring hälsofrågor och dylikt. Mor och barn kommer i regel för 3 till 4 återbesök på mottagningen.

Ettner skriver vidare att: Under de fem månader (1 jan.–1 juni 1975) som jag var handledare observerades 56 hemmafödslar. Utförliga obstetriska anteckningar gjordes, och vid var och en av dem registrerades ca 40 parametrar." De statistiska uppgifterna visar att 1 av barnen föddes i pannbjudning, 2 i sätesbjudning, att medelåldern på kvinnorna var 26.6 år och att närmare hälften av dem var multi-para.

Ingreppen som gjordes på de 56 kvinnorna och deras nyfödda barn är snabbt uppräknade: Hinnsprängning under utdrivningsskedet på 10 kvinnor, bristningar som krävde sutur fick 2 (båda smärre, två stygn vardera), 1 barn var tydligt gulfärgat och det var också det enda barnet som sögs. Ingenting annat särskilt hände, ingen kvinna begärde smärtlindring eller bedövning och alla ammade sina barn.

Avslutningsvis skriver Ettner: Ovanstående data ger exempel på naturliga födslar. Fastän det rör sig om ett mindre antal fall så visar den här studien att friska kvinnor kan fortsätta genom graviditet och nedkomst utan inblandning

av obstetrisk profylax. Om man är inriktad på ett naturligt förlopp så resulterar det i hälsa. Den studerande befolkningen var socialt och ekonomiskt heterogen, men de uppvisade likheter i fråga om kostvanorna. Förstulen granskning av deras kök, skafferier och kylskåp visade att dessa i alla hemmen innehöll fräscha grönsaker och frukt, magert kött och fisk, fullkornsbröd, ost, yoghurt och samtidig frånvaro av färdiglagade produkter. Slutledningen är att gravida kvinnor som har balanserad och hälsosam kost ökar bra i vikt och föder friska och välutvecklade barn.

Värdet av naturliga hemmafödslar är uppenbart när man närmare granskar det ostörda förloppet och vad följderna av ingrepp hade blivit:

Om hinnsprängning *inte* företas utan hinnorna får förbli intakta så blir barnets huvud utsatt för modellering.

Om intravenöst dropp *inte* sätts in så äter och dricker modern och utvecklar *inte* någon acidosis.

Om syntetiskt oxytocin *inte* sätts in för igångsättning eller för att öka värkarbetet så uppstår *inte* behov av analgesi eller anestesi, och värkarbetet framskrider naturligt.

Om analgesi/anestesi *inte* ges fortsätter födelseprocessen naturligt och normalt och barnet drog *inte*.

Om ryggläge *inte* föreskrivs utan kvinnan fritt kan välja i vilken position hon vill föda så fortskrider processen normalt och utan behov av droger.

Om episiotomi *inte* görs så är risken för blödningar efter partus och för nerv- och muskelskador minimala.

Om hänsyn har tagits till alla de här reglerna så finns det sedan *inte* något behov av tångförlösning eller andra manövrer. Det bör *inte* förvåna att slutresultatet då blir friska barn och familjer."

Därmed slut på redogörelsen för Chicago-studien.

Och hur är det då i Sverige? Ja, glädjande nog ökar också här medvetenheten om att sjukhusen i de flesta fall *inte* är bästa platsen för barns födelse. Genom att det växer fram alternativ till sjukhusförlossningarna kan även de förbättras. Det kan verka bräckligt hänvisa till att födslarna i hemmet har ökat i antal från 7 under 1978 till 19 under 1979 och 30 under 1985. Lika fullt är det fråga om en klar tendens hos ett stigande antal blivande föräldrar att återta ansvaret för födslarna.

Enstaka barnmorskor i olika delar av landet assisterar vid hemmafödslar. I åtminstone ett landsting med dettas och länsläkarens välsignelse, i ett trots att landstinget har fräckheten tilldela henne reprimander för det. Det finns *inte* någon lag eller bestämmelse i Sverige på att kvinnorna måste föda på sjukhus. Det borde samtliga landsting känna till och, som de folkvalda organen är, verka för att invånarna inom landstingsområdet får den assistans de vill ha. Födelsen och döden är de absolut och enastående mest avgörande skeendena i våra liv. Hur födelsen skett och hur vår inställning till döden är avgör innehållet mellan de två punkterna.

Vad som framförts i motionen grundar sig på erfarenheter och studier under 40 år inom och utom Sverige av socionomen och samtalsterapeuten Malin Larsson.

Hemställan

Mot. 1985/86

So465

Med stöd av det anförda hemställs

att riksdagen hos regeringen begär en utredning som syftar till ökade möjligheter till alternativ förlossningsvård i enlighet med vad som anförts i motionen.

Stockholm den 27 januari 1986

Blenda Littmarck (m)