

Motion till riksdagen 2021/22:3815

av **Louise Meijer och Josefin Malmqvist (båda M)**

En förbättrad förlossningsvård

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att riktlinjer och regler ska vara enhetliga i Sverige kring partners medverkan både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossningen, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en översyn av behovet av att ytterligare en barnmorska eller läkare ska undersöka efter förlossning, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utbilda fler barnmorskor genom betald specialistutbildning och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förlossningsrädda i så stor utsträckning som det är möjligt ska ha samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att göra en översyn av mödrahälsovårdens ansvar för eftervården och införa tydliga riktlinjer kring eftervårdsbesöket och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa nationella riktlinjer för förlossningsvården och eftervården och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ha en tillgänglig specialistvård i varje region avseende förlossningsskador och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheten att införa en eftervårdscheck och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utbilda fler fysioterapeuter som är specialiserade på kvinnohälsa genom förändrad specialiseringsutbildning och krav på fysioterapeuter vid vissa vårdinstanser, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

Motivering

Att kvinnor och män får en likvärdig vård borde vara en självklarhet i ett av världens mest jämställda länder. Tyvärr ser det inte ut så. Kvinnors sjukdomar har både inom forskning och i det kliniska arbetet under lång tid varit eftersatt.

På flera områden finns därför kunskapsluckor om hur skillnaden mellan könen tar sig uttryck både gällande symptom och smärta samt reaktionen på läkemedel. Gamla föreställningar om att kvinnor är inbillningssjuka lever till viss del kvar och visar sig oftast genom att kvinnor måste uttrycka mer smärta för att få samma behandling som män, kvinnor sjukskrivs också oftare under kortare tid än män och får billigare sjukvård än män.

Många av de symptom som kvinnor söker vård för bortförklaras också ofta som psykosomatiska och främst som en fråga för psykiatrin. Det kan gälla allt från endometriosis och förlossningsskador till svåra smärtproblem som fibromyalgi.

En stor och viktig del av den vård som kvinnor möter sker i samband med graviditet och förlossning. Sverige har när det gäller förlossningsskador tidigare legat på en hög nivå i internationella jämförelser. Statistiken har dock förbättrats under de senaste tio åren, men mycket finns kvar att göra. Det handlar både om förbättringar vid själva förlossningstillfället, men också hur man organiserar eftervården.

Nedan presenteras förslag för att öka jämlikheten i vården och kvaliteten i förlossnings- och mödravården. Eftersom regionerna är huvudmän för sjukvården i Sverige har lagstiftaren i form av Sveriges riksdag begränsat inflytande över hur vården ska utföras. Förslagen nedan berör både nationell och regional nivå, men huvudfokus ligger på sådana förändringar som den nationella nivån kan påverka genom direkta beslut eller med genomförande av nationella riktlinjer.

Riktlinjer och regler ska vara enhetliga i Sverige kring partners medverkan både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossningen

Under coronapandemin har förlossningsvården och framför allt eftervården drabbats kraftigt. Beroende på var i landet du bor har reglerna kring partners medverkan sett olika ut. Vid förlossningen har det skiljt sig åt om partnern har fått vara med vid kejsarsnitt och om partnern har fått stanna kvar på BB tillsammans med kvinnan och det nyfödda barnet. Att partnern inte får vara kvar på BB tillsammans med mamman och bebisen efter förlossningen är en ingripande åtgärd som ur smittskyddshänsyn är resultatmässigt tveksam. Det är inte rimligt att nyförlösta mammor och nyfödda bebisar får olika förutsättningar de första dagarna i livet beroende på sjukhus och region. Givetvis ska hänsyn kunna tas till den lokala situationen men riktlinjerna och reglerna bör vara enhetliga i hela landet avseende partners och stödpersoners medverkan både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossningen.

Ytterligare en barnmorska eller läkare ska undersöka efter förlossning

Sverige har den näst högsta andelen bristningar i bäckenbotten av grad 3 och 4 i Norden. Enbart Island ligger högre. Drygt 3 procent av alla som föder vaginalt får den allvarligaste bäckenbottenträningen sfinkterruptur, som bland annat ökar risken för avförings-

inkontinens. Andelen varierar dock stort mellan regionerna, sannolikt på grund av olika arbetssätt och rutiner. Förbättringspotentialen bör därmed vara stor. De metoder som visar på vetenskaplig evidens bör standardiseras över hela landet. Beprövad erfarenhet bör enbart användas då evidens saknas. Sedan 2017 finns det en bäckenbottenutbildning (backenbottenutbildning.se) och därtill även ett bäckenbottenregister för att registrera och följa upp bäckenbottenskadorna.

Förhoppningsvis leder detta till en ökad kunskap om bristningar, hur de förebyggs, behandlas och följs upp. Utöver detta kan mer göras för att förhindra förlossningsskador. Stöd finns för att möjligheten att upptäcka bristningar hos kvinnor efter förlossning ökar om den nyförlösta kvinnan undersöks av ytterligare en barnmorska eller läkare. För att upptäcka fler bristningar bör det därför bli standard med två som undersöker efter förlossning. Forskning pågår dessutom om två barnmorskor även under själva förlossningen minskar risken för bristningar.

Utbilda fler barnmorskor

För att bli barnmorska krävs först utbildning till sjuksköterska, och därefter specialisering till barnmorska. Specialiseringen är inte betald, till skillnad från till exempel läkares specialistutbildning. Nästan alla regioner rapporterar också brist på yrkesgruppen men genom en särskild satsning på betald specialistutbildning för sjuksköterskor skulle möjligheterna till och villkoren för att bli barnmorska förbättras.

Förlossningsrädda ska i så stor utsträckning som det är möjligt ha samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen

Som gravid möter man inte samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen. Mer än varannan kvinna efterfrågar en större kontinuitet i mödrahälsovården och vill att det ska vara samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen och tiden därefter.

Studier visar på positiva effekter med kontinuitet i vårdkedjan, bland annat färre ingrepp under förlossningen, nöjdare kvinnor och billigare vård, färre kejsarsnitt och färre analsfinkterskador. Även barnmorskorna är nöjdare.

Studierna är mestadels från utlandet men nyligen publicerades en svensk studie som visar goda resultat för förlossningsrädda kvinnor som möter en och samma barnmorska under graviditet och vid födsel. 29 procent av kvinnorna uppgav att deras förlossningsrädsla försvann och att de var mer nöjda med vården. Önskvärt vore om samtliga gravida kvinnor kunde erbjudas att i den mån det är möjligt få ha samma barnmorska under graviditeten som vid förlossningen. Eftersom resurserna inom vården är begränsade är en rimlig prioritering att börja med de kvinnor som är diagnostiserade som förlossningsrädda.

Utöka mödrahälsovårdens ansvar för eftervården och inför tydliga riktlinjer kring eftervårdsbesöket

Enligt en rapport från Socialstyrelsen finns det skillnader i vården efter förlossning, såväl mellan sjukhus som mellan regioner. Det finns nationella riktlinjer framtagna av professionsföreningar som anger att alla föräldrar bör erbjudas ett förlossningssamtal

med barnmorska under vårdtiden eller senare per telefon om det inte är möjligt att träffas. Utöver det finns inga särskilda riktlinjer kring uppföljningen den närmsta tiden efter förlossningen. Enbart en tredjedel av sjukhusen följer alltid upp kvinnors hälsa efter hemgången från sjukhuset och ungefär hälften följer upp i vissa fall. Men många sjukhus följer inte alls upp förlossningen. Mödrahälsovården följer inte upp kvinnornas hälsa förrän 6–8 veckor efter förlossningen. Under den tiden kan mycket ha hunnit hända. Barnavårdscentralen följer förvisso upp barnet efter 1–2 veckor efter förlossningen men fokus är då på barnet och inte på mamman. Bristerna i uppföljning riskerar leda till att vissa kvinnors hälsa utvecklas på ett negativt sätt. Genom tidigare uppföljning kan allt från amningsproblem till förlossningsdepression uppmärksammas tidigare och åtgärdas. Ansvaret för mödrahälsovården bör därför utökas till att även omfatta uppföljning av kvinnors hälsa inom 1–2 veckor efter förlossningen och vid behov erbjuda den vård som behövs alternativt hänvisa kvinnan till rätt vårdinstans. Genom att uppföljningen sker av samma barnmorska som kvinnan träffat under graviditeten stärks också kontinuiteten i vården. Regionerna har olika riktlinjer för vad eftervårdsbesöket 6–12 veckor efter förlossningen ska innehålla. I de allra flesta fall ska en gynekologisk undersökning erbjudas och bäckenbotten samt knipförmågan utvärderas. I några fall erbjuds detta enbart vid behov.

Nationella riktlinjer för förlossningsvården och eftervården

För att komma till rätta med problematiken att vården både under graviditeten, vid förlossningen och efter förlossningen ser olika ut beroende på var i landet man bor bör nationella riktlinjer införas för detta. SFOG, svensk förening för obstetrik och gynekologi, anser också att nationella riktlinjer bör införas. Dessa nationella riktlinjer bör bland annat innehålla rutiner kring partners medverkan och vad som ska ingå vid ett eftervårdsbesök. Socialstyrelsen håller i skrivande stund på att ta fram rekommendationer för graviditet, förlossning och eftervård. Arbetet ska vara klart 2021 och regeringen har meddelat att de ämnar göra dessa till nationella riktlinjer. Implementationen av detta bör följas noggrant.

Tillgänglig specialistvård i varje region avseende förlossningsskador

Det är inte helt ovanligt att kvinnor vittnar om att deras förlossningsskador inte har tagits på allvar, att de inte fått en fullgod behandling eller att det tagit flera år innan de fått rätt behandling. Så ska det givetvis inte vara. En viktig del i att kvinnor med förlossningsskador får en fullgod vård är att det i varje region finns specialistvård med kompetens för förlossningsskador som kan hantera både vanliga och ovanliga skador. De mest komplicerade förlossningsskadorna som drabbar ungefär mindre än två procent av kvinnor som fött barn sköts genom nationell högspecialiserad vård. Ungefär 80 procent av kvinnorna som fött barn drabbas av så kallade grad 2-bristningar. I de fall dessa bristningar inte läker normalt måste regionerna kunna erbjuda specialiserad vård. Det bör därför vara krav på att det i varje region finns specialistvård tillgängligt som hanterar förlossningsskador som kräver mer uppföljning och eftervård.

Inför eftervårdscheck

Sociala medier har bidragit till att många kvinnors förlossningsberättelser blivit publika och på Instagramkontot ”alltserfintut” delar kvinnor med sig av sina upplevelser. Inte helt ovanligt är vittnesmål om att skador, som uppkom under förlossningen, inte upptäckts förrän långt senare och detta först efter att kvinnan under lång tid fått stå på sig mot en sjukvård som normaliserat tillstånd som inkontinens eller stor smärta.

För att kvinnor ska ha tillgång till bättre eftervård, utöver förslaget om utökat ansvar i mödravården och enhetliga regler för eftervårdsbesöket, bör det införas en eftervårdscheck. Eftervårdschecken bör innebära att nyförlösta mammor har rätt att gå till exempelvis en sjukgymnast som hon väljer själv för att få hjälp med rehabilitering efter förlossning och att åtminstone ett sådant besök är kostnadsfritt för henne. Kostnaden betalas sedan av staten eller regionen beroende på utformning.

Fler fysioterapeuter som är specialiserade på kvinnohälsa genom förändrad specialiseringsutbildning och krav på fysioterapeuter vid vissa vårdinstanser

För att rehabilitering ska gå att genomföra krävs fler specialiserade fysioterapeuter. Genom att införa en eftervårdscheck kan incitamenten öka för fysioterapeuter att specialisera sig på kvinnohälsa och rehabilitering efter förlossning.

En anledning till att det är förhållandevis få fysioterapeuter specialiserade på kvinnohälsa är att strukturen på vidareutbildningen inte uppmuntrar till detta. För att bli fysioterapeut måste man studera i tre år på universitet eller högskola. För att sedan kunna specialisera sig vidare måste man läsa en magisterutbildning och därefter ha handledning i tre år. Många börjar jobba efter de första tre åren och om man sedan vill läsa in magisterutbildningen måste man antingen ta tjänstledigt eller göra detta på sin fritid, alternativt ta semester vid obligatoriska kursmoment. Till skillnad från många sjuksköterskor som kan få sin specialistutbildning betald av arbetsgivaren är detta väldigt ovanligt för fysioterapeuter, handledningen sker dessutom på handledarens fritid.

En brist är också att kurserna inom kvinnohälsa inte erbjuder undervisningspatienter utan deltagarna är hänvisade att undersöka varandra, till exempel gynekologiska undersökningar. Detta leder till att vissa inte känner sig bekväma med att gå specialiseringskurser som innebär att kursdeltagarna ska undersöka varandra.

Det finns heller inga incitament för arbetsgivaren att ha specialiserade fysioterapeuter anställda. Ersättningssystemen gör inte skillnad, eller i vart fall inte särskilt stor skillnad, mellan att ha en fysioterapeut med eller utan specialisering. Det finns heller inga krav på att vissa sjukvårdsinstanser ska ha specialiserade fysioterapeuter anställda.

Sammantaget innebär detta att fysioterapeuter specialiserade inom kvinnohälsa framför allt vilar på några eldsjäalars axlar, vilket är ohållbart. För att få fler fysioterapeuter som specialiserar sig inom kvinnohälsa bör specialistutbildningen ses över och förändras. Hur förändringarna ska se ut måste vara föremål för en utredning som tillsammans med experter och professionen utformar en specialistutbildning som gör att trösklarna sänks för att bli fysioterapeut med specialisering inom kvinnohälsa.

Ytterligare en åtgärd för att förbättra eftervården, men också tiden under graviditeten för de kvinnor som behöver, är att barnmorskemottagningarna och mödrahälsovården har krav på sig att tillhandahålla specialiserade fysioterapeuter på samma sätt som det finns krav på att tillhandahålla läkare. Med tydligare riktlinjer för eftervården tillsam-

mans med en eftervårdscheck bör det finnas förutsättningar för barnmorskemottagningarna att ha ett sådant krav på sig.

Louise Meijer (M)

Josefin Malmqvist (M)