

Motion till riksdagen 2021/22:332

av **Markus Wiechel m.fl. (SD)**

Rätt till kejsarsnitt

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om rätten att välja kejsarsnitt och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fritt vårdval för planerat kejsarsnitt och tillkännager detta för regeringen.

Rätten att välja kejsarsnitt

Enligt patientlagen ska vård så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, och vi kan i samma lag läsa att vården ska främja berörda patienters integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen (kapitel sju) slår fast att ”när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar”. I läkarnas etiska regler (punkt fem) anges det att en läkare ska behandla patienten med empati, omsorg och respekt. Läkaren får inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på patientens rätt att bestämma över sig själv. Mot bakgrund av dessa texter, såväl patientlagen som i läkarnas etiska regler, borde det inte finnas någon tvekan om att kvinnor, när de ska föda, ska erbjudas den självklara rätten till sin egna kropp och rätten att välja mellan två likvärdiga alternativ. Ändå är det inte så idag. Den paternalism vi ser gör att kvinnor tvingas till ett förlossningssätt som de inte har valt – vilket närmast kan betraktas som ett övergrepp från samhällets sida och ett tydligt brott mot patientlagen.

Idag är det enbart cirka sju till åtta procent av alla gravida kvinnor som önskar kejsarsnitt, och en stor del av de som önskar snitt är kvinnor med dåliga erfarenheter från tidigare födselar, som har befintliga förlossningsskador alternativt har starka psykologiska skäl. Det handlar med andra ord om kvinnor med mycket goda skäl till att få sin vilja igenom. Som argument för att man nekar kvinnor rätten till sin egen kropp anges ofta de risker man ser med kejsarsnitt. Att vaginal förlossning skulle vara mer fördelaktig och mindre riskfylld än ett planerat kejsarsnitt tycks dock varken motiveras, problematiseras

eller för den delen förklaras, och det är flera faktorer inom förlossningsvården som man ofta missar i den diskussion som förs. Eller alla de problem som kan uppstå för barnet som ska födas om allt inte står rätt till eller med en blivande mamma som lider av extrem stress eller ångest.

En kinesisk studie (Xiaohua Liu, 2015) som jämfört planerade snitt med planerade vaginala förlossningar visade att sådant som brukar lyftas fram som risker för mamman med kejsarsnitt, exempelvis infektion, blödningar och proppar, statistiskt sett är lika ovanligt vid planerade snitt som vid andra förlossningar. Studien visade dessutom att dödligheten för barnen är lite högre vid planerad vaginal förlossning, då det finns fler saker som kan gå fel än vid ett planerat snitt. En studie (WuWen, 2020) från Kanada visade att de som väljer att föda med kejsarsnitt har lägre risk att råka ut för komplikationer vid sina förlossningar än de som väljer att föda vaginalt.

Vidare vet vi, trots upprepningar och överdrifter om riskerna med kejsarsnitt, att antalet allvarliga komplikationer i samband med kejsarsnitt är mycket sällsynta, vilket bekräftas i socialstyrelsens slutrapport Stärk förlossningsvården och kvinnors hälsa (2019a). Bäckebottenkomplikationer, en av de kanske mest negligerade men samtidigt bland de vanligaste komplikationerna inom förlossningsvården, minskar dessutom för kvinnor som föder med kejsarsnitt. För de som föder vaginalt drabbas ungefär tre procent av den allvarligaste typen av bäckenbottenkomplikation. Det talas därutöver sällan om alla besvär som är vanligare efter vaginal förlossning (som exempelvis inkontinens, levatorskador, levatordystoni, sfinkterruptur, framfall och kronisk smärta).

Ett annat skäl som anges för varför man nekar kejsarsnitt är att kostnaden skulle vara högre för kejsarsnitt. Av samtliga vaginala förlossningar slutar nära på tio procent med ett akut snitt, vilket är betydligt dyrare än både planerade snitt och vaginala förlossningar, och cirka femton procent av dessa betraktas som svåra. Dessa fall av misslyckade vaginala förlossningar räknas dessvärre in tillsammans med planerade snitt, vilket snedvrider kostnadsbilden. Vidare tillkommer stora kostnader till många vaginala förlossningar som inte räknas in: psykisk och fysisk eftervård samt sjukskrivningar som ofta krävs för kvinnor som drabbas av bestående men efter en vaginal förlossning. Ej heller har man räknat med alla de aurorasamtal som förlossningsrädda kvinnor behöver inför sin förlossning. Kostnaden lär därmed inte skilja sig särskilt mycket för de båda förlossningssätten och kan till och med generellt sett vara lägre för planerade snitt.

Dessvärre är forskningen kring hur påtvingade vaginala förlossningar påverkar kvinnors psykiska tillstånd och hälsa bristfällig, vilket gör nuvarande förhållningssätt, som strider mot såväl läkaretiken som patientlagen, än mer oförklarlig. Av den forskning som finns vet vi dock att kvinnor som under sin förlossning drabbats av en traumatisk upplevelse i högre utsträckning också riskerar att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och posttraumatisk stress (PTS) (Susan Garthus-Niegel, 2014). Fysioterapeuter kan även vittna om skillnaden i rehab för kvinnor som sökt hjälp efter sina respektive förlossningar. I regel dominerar patienterna av personer som har haft en tuff återhämtning efter vaginala förlossningar, snarare än kvinnor med komplikationer efter kejsarsnitt, då väldigt få av dessa har bestående besvär efter den akuta operationsläkningen.

Till följd av påtvingade förlossningar vet vi också att det finns kvinnor som nekats kejsarsnitt och sorgligt nog avlidit i sviterna av sin påtvingade vaginala förlossning. Detta borde vara tillräckliga skäl för att av såväl medicinska som etiska skäl garantera kvinnor rätten att välja kejsarsnitt om de blivit informerade om processen och det inte finns några medicinska hinder. Riksdagen bör tillkännage detta till regeringen.

Fritt vårdval för kejsarsnitt

Som patient har man idag rätten att välja öppenvård utan övernattning i hela Sverige utan remiss och inte bara där man råkar bo. Denna princip gäller även vaginala förlossningar men möjligheten saknas för de kvinnor som föder genom kejsarsnitt. Regeringen bör se över möjligheten att införa fritt vårdval även för kvinnor som föder genom planerat kejsarsnitt.

Markus Wiechel (SD)

Roger Hedlund (SD)

Alexander Christiansson (SD)