

Motion till riksdagen 2022/23:2148

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

Rätten till kejsarsnitt samt en utvecklad förlossnings- och mödravård

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över rätten att välja kejsarsnitt och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att möjliggöra fritt vårdval för planerat kejsarsnitt och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur fler blivande föräldrar kan genomföra profylaxkurser och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen i det kommande arbetet med att stärka förlossningsvården också bör verka för en ökad möjlighet till BB-vistelse inför stundande förlossning och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en kommitté i syfte att minska antalet förlossningsskador i Sverige och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga en utvecklad statistik kring förlossningsskador i Sverige och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen i det kommande arbetet med att stärka förlossningsvården bör ta frågan om att inrätta ett nationellt kompetenscentrum för förlossningsvård i beaktande och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen i det kommande arbetet med att stärka förlossningsvården bör ta i beaktande nationella riktlinjer för vården efter en förlossning och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda inrättandet av ett särskilt kunskapsstöd för förlossningsvården för att motverka regionala skillnader och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över ett tydligare ansvar för mödravården att följa upp såväl den psykiska som den fysiska situationen

för de kvinnor som genomgått en förlossning, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheten till ett bidrag för förlossningsrelaterad rehab till kvinnor med fysiska eller psykiska besvär och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheten till ett specialistcenter för eftervård och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda införandet av en garanti om att få operation efter en förlossningsskada 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: ”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 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, varav en stor del av de som önskar snitt är kvinnor med dåliga erfarenheter från tidigare födselar, 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 egna 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 vare sig 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 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 att man nekar kejsarsnitt är att kostnaden skulle vara högre för kejsarsnitt. Av samtliga vaginala förlossningar slutar närapå 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/eller 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 åt 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 oförklarligt. 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 domineras 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.

Profylaxkurser för blivande föräldrar

Målet med förlossningsvården är en frisk mor och ett friskt barn samt en för kvinnan positiv upplevelse av förlossningen. För att detta ska vara möjligt krävs en välfungerande vård, men också väl förberedda föräldrar, även inför och under förlossningen. Upplevelsen går knappast att beskriva för en person som inte själv varit med om det, men det är av största vikt att blivande föräldrar ändå blir så väl förberedda som möjligt. Journalisten Sarah Boseley från The Guardian beskrev förlossningen på följande sätt: "Birth is scary. Nobody can completely prepare you for it, because the words they use don't translate to the physical sensations you experience when extraordinary primeval forces take over your body."

Profylaxkurser finns därför till för att möjliggöra för blivande föräldrar att få en positiv förlossningsupplevelse genom att vara fysiskt och mentalt närvarande under förlossningen. Genom dessa kurser kan föräldrar stärka sin relation och få ett bättre självförtroende samtidigt som de lär sig att stötta varandra under sitt livs kanske viktigaste tid. Med profylaxkurser lär sig blivande föräldrar om andning och avslappning, om den mentala förberedelsen och partners roll samt olika massagetechniker som möjliggör ett gott samarbete inför förlossningen, som ska fungera utan att de blivande föräldrarna ska behöva anlita en privat doula.

Fler förberedda blivande föräldrar kan inte bara öka chansen att få en smidig förlossning för den födande kvinnan; det innebär även en form av avlastning för vårdpersonalen, inte minst då stödet till en födande kvinna främst är partners uppgift. Eftersom profylaxkurser inte är kostnadsfria väljer vissa föräldrar att inte gå dem, trots att det kan vara bra såväl för dem själva som för vårdpersonalen. Regeringen bör därför se över möjligheten att få fler blivande föräldrar att genomföra profylaxkurser, exempelvis genom införandet av avdrag för dessa eller att de ingår i högkostnadsskyddet.

Ökad möjlighet till BB-vistelse inför en stundande förlossning

I november 2018 rapporterade tidningen Expressen om 19-åriga Felicia som trots fruktansvärda smärtor, panikattacker och illamående skickades hem efter att hon anlät till BB. Bara en timme efter hemkomst påbörjades födseln och i efterhand har Felicia beskrivit sin upplevelse som en mardröm. I januari 2019 fick vi läsa om något liknande, men då handlade det om flerbarnsföräldern Sanna som skickades hem med värkar, trots att hon vid sina tidigare förlossningar behövt operation. Att hon skickades hem innebar att hon fick föda sitt barn i bilen och därefter förlorade två liter blod vilket nästan kostade henne livet.

En del kvinnor som inte riktigt är redo för födsel men ändå har åkt in till BB föräldrar att komma hem för att ta det lugnt. Det gäller dock inte alla, särskilt inte vid en situation med täta värkar som man tycker gör fruktansvärt ont. Oro eller panik gör bara känslan värre och smärtan starkare, varför närheten till barnmorskor i sig kan underlätta för hela processen.

Att bli hemskickad har tyvärr kommit att bli många gravida kvinnors vända och oro, ibland långt innan det faktiskt är dags att föda. Mot bakgrund av de verkliga historier vi har läst är det inte konstigt att många känner den här typen av oro, varför regeringen bör

återkomma med förslag som gör att fler kvinnor får chansen till en BB-vistelse inför en kommande förlossning, exempelvis genom patienthotell.

Kommitté i syfte att minska antalet förlossningsskador samt utökad statistik

Sverige är idag ett av de länder i Europa med flest förlossningsskador och bland de 115 000–120 000 barn som föds varje år i vårt land måste omkring fyra av fem förstföderskor sys till följd av dessa. För vissa kvinnor innebär skadan att de aldrig kommer att återhämta sig igen och därmed får permanenta men för livet.

Bristningarna delas in i fyra grader, där ett är lindrigast och fyra allvarligast. Andelen kvinnor som har fått tredje eller fjärde gradens bristning (sfinkterskador) vid vaginal icke instrumentell förlossning skiljer sig ordentligt åt beroende på landsting eller region, vilket är tydligt om man granskar siffror som publicerats av Sveriges Kommuner och Landsting (se nedan).

Tabell över andel bristningar av grad tre och fyra vid vaginal förlossning bland förstföderskor (år 2011–2016); riksnittet ligger på 5,7 procent

Region/landsting	
Stockholm	7,1 %
Kalmar	6,8 %
Västerbotten	6,4 %
Jämtland Härjedalen	6,2 %
Gotland	6,2 %
Skåne	6,1 %
Dalarna	6 %
Sörmland	5,8 %
Gävleborg	5,7 %
Uppsala	5,6 %
Östergötland	5,4 %
Västmanland	5,4 %
Örebro	5,3 %
Västernorrland	5,3 %
Kronoberg	5,2 %
Jönköping	4,9 %
Blekinge	4,9 %
Västra Götaland	4,3 %
Norrbottn	4,1 %
Värmland	4%
Halland	3,6%

Tabell över andel kvinnor totalt som fått tredje eller fjärde gradens bristning vid vaginal icke instrumentell förlossning (år 2016–2019); riksnittet ligger på 1,9 procent

Landsting/region	
Stockholm	2,4 %

Landsting/region	
Östergötland	2,3 %
Västerbotten	2,3 %
Gotland	2,1 %
Jämtland Härjedalen	2,1 %
Sörmland	1,9 %
Kalmar	1,9 %
Dalarna	1,9 %
Västra Götaland	1,8 %
Örebro	1,7 %
Västmanland	1,7 %
Gävleborg	1,7 %
Västernorrland	1,6 %
Skåne	1,4 %
Halland	1,4 %
Blekinge	1,2 %
Jönköping	0,8 %

Varför andelen bristningar skiljer sig så mycket beroende på region eller landsting kan ha med flera saker att göra, men olika bedömare har pekat på skillnader i personalens kompetens, förmåga att upptäcka skador samt vilken patientsammansättning som finns i olika landsting eller regioner. Det finns en tydlig koppling mellan hög patientbelastning samt personalbrist och ökad risk för förlossningsskador, vilket Landstinget i Stockholm kontra Västra Götaland kan ses som tydliga exempel på. Den norska principen (en jordmor/barnmorska skall hjälpa endast en kvinna i aktiv födsel åt gången), visar på vikten av en hög personaltäthet. Alla kliniker i Norge åläggs därför att kontrollera att dom har kapacitet och följer den nämnda principen som sedan 2010 blivit ett krav.

Det finns mycket att arbeta med då vi ser en tydlig statistisk skillnad beroende på var i landet en förlossning sker. Genom att ta lärdom av de som lyckats bättre kan livet för många kvinnor förbättras avsevärt. Mot bakgrund av den dåliga statistiken för Sverige rent generellt har vi även mycket att lära från andra länder som trots liknande förutsättningar har lyckats betydligt bättre. Bristningar är en vårdskada som ingen vill drabbas av, och det finns enligt expertisen mycket man kan göra under förlossningen för att skadan ska undvikas. Riksdagen bör därför ge regeringen i uppgift att tillsätta en kommitté, gärna bestående av kunniga inom professionen, i syfte att finna lösningar på hur antalet förlossningsskador i Sverige kan minska.

Trots att viss statistik finns kring förlossningsskador finns mycket kvar att göra för att få en helhetsbild av hur det faktiskt ser ut idag då inte alla skador registreras. I förlossningsskaderegistret hos Socialstyrelsen, det som kallas Medicinska födelseregistret, finns enbart de svåraste bristningarna (analsfinkterskador, alltså bristningar av grad 3 och 4). Dessa drabbar cirka 5 procent av alla födande, men till följd av den bristande statistiken vet man alltså inte helt säkert hur många som drabbas av förlossningsskador totalt sett. En tämligen ovanlig studie från Danderyds sjukhus och BB Stockholm visade dock att ungefär 78 procent av de födande kvinnorna drabbades av en grad 2-bristning. Sorgligt nog innebär även en grad 2-bristning, som generellt anses som lindrigt, att en drabbad får besvär om det inte sys korrekt. Utöver smärta kan det handla om urininkontinens och svårigheter att tömma tarmen. Regeringen bör undersöka

möjligheten att utöka insamlingen av statistik rörande samtliga förlossningsskador i våra regioner.

Nationellt kompetenscentrum för förlossningsvård, kunskapsstöd till förlossningsvården och nationella riktlinjer

Förlossningen, det som borde vara en av de absolut lyckligaste stunderna i en förälders liv, kan plötsligt vändas till en personlig tragedi. För de allra flesta går förlossningen bra, men många kvinnor drabbas ändå av så svåra förlossningsskador att de fortfarande flera år senare är sjukskrivna samtidigt som eftervården kan betraktas som obefintlig. Det bedrivs likaså för lite forskning inom området och Sverige ligger, som bekant, långt efter jämförbara länder avseende förlossningsskador. Av den anledningen bör regeringen se till att det skapas ett nationellt kompetenscentrum och samtidigt uppdra till exempelvis Socialstyrelsen att införa nationella riktlinjer för förlossningsvården. Dessa riktlinjer är extra viktiga då vi idag har 21 regioner som arbetar var för sig med förlossningsvården. Riktlinjerna kan därför underlätta för samstämmighet samt sätta en minimistandard för hur förlossningsvården ska organiseras. De ska även kunna visa vad vården ska medföra beträffande såväl grundläggande service som rimligt avstånd till en förlossningsklinik. Mot bakgrund av de skillnader som finns i olika regioner krävs också kunskapsstöd för förlossningsvården för att motverka dessa skillnader och på så sätt minska risken att spädbarn dör i onödan. Regeringen bör därför inrätta ett särskilt kunskapsstöd för förlossningsvården för att motverka regionala skillnader.

Garanterad uppföljning efter förlossningen, stöd till rehabilitering för kvinnor med fysiska eller psykiska besvär och fler specialistcenter för eftervård

Det borde vara en självklarhet att blivande föräldrar inte bara får stöd inför och under en förlossning utan även efteråt. För de allra flesta går förlossningen bra, men för de som drabbas av svåra besvär kan det leda till ett fruktansvärt och i värsta fall livslångt lidande. Levatorskador är exempelvis en förlossningsskada som först på senare tid har börjat uppmärksammas. Det handlar om skador på den muskel som håller uppe hela bäckenbotten och i utländska studier kan man se att mellan 10 och 12 procent av kvinnorna har fått en levatorskada i samband med sin första förlossning. Tyvärr finns det dock inte mycket officiell statistik i Sverige över antalet drabbade att ta del av, just för att denna vårdskada länge har negligerats. Det finns därför väldigt lite forskning om levatorskador trots att mycket tyder på att de till och med är vanligare än sfinkterskador.

Trots att födseln är en naturlig del av livet har inte kvinnor det skydd man kan förväntas få i ett välfärdsland med allmän sjukvård. Många kvinnor tvingas nämligen att leva med långvariga komplikationer efter en förlossning och de allra flesta skadorna upptäcks för sent eller inte alls. Regeringen bör därför säkerställa att mödravården får ett tydligare ansvar att följa upp såväl den psykiska som den fysiska situationen för de

kvinnor som genomgått en förlossning senast några veckor efter födseln. Vidare bör ett statligt bidrag för förlossningsrelaterad rehab införas.

I Sverige finns det idag bara två centrum för de allra svåraste förlossningsskadorna, Huddinge sjukhus samt Kvinnokliniken i Linköping. Dessvärre är det långa köer och mycket svårt för kvinnor att nå fram till båda dessa ställen. Det faller dessutom på sin egen orimlighet att en svårt skadad kvinna från exempelvis de nordligaste delarna av Sverige ska tvingas färdas hundratals mil efter sin förlossning. Riksdagen bör ge regeringen i uppgift att se över möjligheten till fler specialistcenter för eftervård och regeringen bör införa en nationell garanti till alla kvinnor att få operation efter att ha drabbats av förlossningsskador.

Markus Wiechel (SD)

Roger Hedlund (SD)

Alexander Christiansson (SD)

Angelika Bengtsson (SD)

Mattias Eriksson Falk (SD)

Daniel Persson (SD)