

Mänskliga rättigheter i förlossningsvården



Helena Lindgren

Tänk dig att du ska föda barn.

Tänk dig att du har väntat och förberett dig för förlossningen i flera månader och de senaste veckorna har du längtat varje dag efter att det ska vara dagen då du ska föda. Så en morgon känner du att nu är det på gång. Ja, nu känns det verkligen som att det är på gång!

DU RINGER FÖRLOSSNINGSAVDELNINGEN

där du valt att föda och en barnmorska svarar. Hon ställer frågor, du förklarar, om graviditeten och om hur det känns just nu. Hon låter bra, du vill gärna komma dit och träffa henne och få höra henne säga att; Ja, i dag är dagen då ditt barn ska födas! Men hon säger inte så. Hon säger istället att ”det låter som att ditt förlossningsarbete just har kommit igång. Dina värkar är inte så långa och kommer inte så ofta ännu så det kan ta många timmar till, kanske dygn. Och då kan du välja att avvakta hemma eller att komma hit men risken för att din förlossning ska bli långdragen och att vi ska göra

” Dessutom är risken större för att du kommer att bli förlöst med kejsarsnitt eller sugklocka. Men du kan välja naturligtvis, jag måste bara informera dig om fördelar och nackdelar.



ROTECH Foto: Rot och Johan Lilndqvist

” Nu är ju du öppen fyra centimeter och då kan du välja om du vill ha kontinuerligt stöd under förlossningen och vem du vill ha stödet av. Kontinuerligt stöd kan minska behovet av farmakologisk smärtlindring och ökar sannolikheten för att du ska få en spontan vaginal förlossning men du får själv välja vem du vill ha stödet av. Du kan sätta ett kryss i listan över personer som kan vara närvarande, jag lämnar den här på bordet...”

onödiga interventioner ökar om du kommer till sjukhuset förstär du. Dessutom är risken större för att du kommer att bli förlöst med kejsarsnitt eller sugklocka. Men du kan välja naturligtvis, jag måste bara informera dig om fördelar och nackdelar.”

Ja, säger du men jag skulle gärna vilja komma in... Fast då stannar jag nog hemma...

Fint, då skickar jag över ett papper som du får skriva på för att bekräfta att du fått informationen, säger barnmorskan och lägger på luren.

.....

Jaha. Du väntar, timmarna går, det gör ont nu och visst kommer värkarna tätare? Men barnmorskans ord har fastnat, inte vill du utsätta ditt barn för risker? Till slut måste du bara ringa igen, nu känns det så mycket mer.

En annan barnmorska svarar. ”Jaså det är första barnet, ja då tar det ju ofta lite tid och tyvärr har vi fullt här nu. Så jag ringer en annan förlossningsavdelning och säger att du kommer dit. Nej då, det är bara fem mil och det hinner man åka när det är första gången. Det finns en ökad risk för att du kommer att behöva mer smärtlindring och att förlossningen kan avslutas instrumentellt. Du får en blankett för att bekräfta att du fått den informationen. Lycka till nu!”

.....

Du sätter dig i bilen. Jobbigt är det men det är ju i dag du ska få barn! Inte oro sig nu, det här kommer säkert att gå bra! På förlossningsavdelningen på det nya sjukhuset är barnmorskans hand skön mot din rygg. Hon talar lugnt och du vill aldrig att hon ska lämna dig. Förlossningen går framåt, det gör ont men med barnmorskans hand blir det bättre. Men så börjar hon prata: ”Nu är ju du öppen fyra centimeter och då kan du välja om du vill ha kontinuerligt stöd under förlossningen och vem du vill ha stödet av. Kontinuerligt stöd kan minska behovet av farmakologisk smärtlindring och ökar sannolikheten för att du ska få en spontan vaginal förlossning men du får själv välja vem du vill ha stödet av. Du kan sätta ett kryss i listan över personer som kan vara närvarande, jag lämnar den här på bordet...”

.....

Nej, nu klarar jag inte mer, tänker du. Åt skogen med stödet, nu gör det ont, barnmorskans hand är borta, du vill ha den där ryggbedövningen nu. Ny information, du får veta att risken för långdragen förlossning och sugklocka ökar men det är den mest effektiva smärtlindringen och endast en på tusen får allvarlig huvudvärk... det kan bli svårigheter att kissa och... Nej, nu kommer

nästa värk, och nu vill du ha bedövning, men först måste du skriva under att du fått informationen. Ja, ge mig en penna!

.....

Till slut föds ditt barn, du har klarat det och det är alldeles stilla och lugnt i kroppen. Efter information och underskrift väljer du det snabba handläggandet för att få ut moderkakan, det verkar bra.

.....

Det här är inte science fiction, det är historien om medicinsk säkerhet, kostnadseffektiv vård och det informerade valet, en del av din rättighet i vården. Att få vård är en mänsklig rättighet enligt FN:s deklaration om de grundläggande mänskliga rättigheterna. Vården ska vara **medicinskt säker, kostnadseffektiv och tillgänglig för alla**. Fyra centrala begrepp när det gäller vården till befolkningen är att det ska finnas tillgång, exempelvis på utbildad personal och nödvändig utrustning. Den ska vara tillgänglig för alla, man får inte utesluta någon från vård på grund av ålder, kön, etnicitet, sexuell läggning eller bostadsort. Den ska vara godtagbar, det vill säga följa etiska principer och den ska vara av god kvalitet. Detta innebär att den ska vara evidensbaserad och kostnadseffektiv.

” Att få vård är en mänsklig rättighet enligt FN:s deklaration om de grundläggande mänskliga rättigheterna.

.....

Tillsammans med er tänkte jag ta oss igenom delarna i denna berättelse och titta närmare på dem.

.....

Förlossningsvården i Sverige är **medicinskt säker** ur internationellt perspektiv. Vi har länge varit världsledande när det gäller låg dödlighet för kvinnor och barn. Detta är naturligtvis inte enbart förlossningsvårdens förtjänst, kvinnor i Sverige har ett relativt gott hälsotillstånd. Men en del av förklaringen är att vi har byggt upp ett system som gör det möjligt för alla att besöka en barnmorska under graviditeten och på så sätt kunna anpassa vårdnivån utifrån kvinnans hälsa. Dödligheten bland barn före och under förlossning är bland de lägsta i världen och detta förklaras till stor del av att de mycket för tidigt födda barnen, från graviditetsvecka 23 till 28, överlever i betydligt större utsträckning i Sverige än i många andra länder. Som jämförelse kan vi ta Nederländerna där den europeiska jämförelsen Peristat visade att Nederländerna är näst sämst i Europa på överlevnad hos nyfödda. Ett snabbt antagande gav det höga antalet hemfödsor i Nederländerna skulden för detta, cirka 25 procent av alla kvinnor föder planerat i hemmet. Vid en närmare jämförelse kunde man se att det är omhändertagandet av de mycket för tidigt födda barnen som är orsaken till den höga dödligheten. Av olika skäl har Nederländerna inte prioriterat att ta de kostnader som det innebär att rädda de mycket för tidigt födda barnen. Något som man nu ser över.

.....
 Mitt exempel visar något som är mycket vanligt i förlossningsvården i Stockholm, men även på andra håll i landet. Med överfulla förlossningsavdelningar ökar risken för att kvinnan i förlossningsarbete blir hänvisad till ett annat sjukhus än det hon valt att föda barn på. Var femte kvinna hänvisas i dag från Karolinska Universitetssjukhuset till andra förlossningsavdelningar. Vården är visserligen inte sämre där, men vi vet att det för kvinnan innebär en stress som kan leda till att hon behöver mer smärtlindring och att risken ökar för att förlossningen ska avslutas med kejsarsnitt eller sugklocka.

” Det är ett svek mot kvinnans och hennes partners rätt att själva bestämma omständigheterna kring barnets födelse och enligt Europadomstolen ett brott mot konventionen om mänskliga rättigheter.

Alla barnmorskor som jobbat på förlossningsavdelning känner igen problematiken då vi får ett telefonsamtal från en kvinna i vårkarbete. Vi ska hålla henne hemma in i det längsta, sedan ska hon komma till avdelningen och föda men snarast efteråt bör hon åka hem igen för att lämna plats åt nästa föderska. Men vill hon istället planera för att genomföra hela förlossningen hemma – då är det stopp! Trots att all forskning i dag visar att den medicinska säkerheten är lika god hemma som på sjukhus för friska kvinnor med en förväntat normal förlossning och en tidigare förlossning bakom sig. Det är ett svek mot

kvinnans och hennes partners rätt att själva bestämma omständigheterna kring barnets födelse och enligt Europadomstolen ett brott mot konventionen om mänskliga rättigheter.

.....
 Låt oss så se på **kostnadseffektiviteten**. Onödiga ingrepp kostar pengar, i förlossningsvården som överallt annars. Gravida och födande kvinnor i Sverige är till övervägande del friska och har en förväntat okomplicerad förlossning framför sig. Att genomföra förlossningen med ett minimum av interventioner ökar chansen för att kvinnan får en positiv upplevelse. På så sätt värnar vi om kvinnan och hennes familj, samtidigt som vi använder resurserna klokt, alltså till de kvinnor som har behov av medicinska ingrepp och övervakning. Preliminära resultat från en studie genomförd av Cecilia Ekéus och mig visar att antalet igångsättningar av förlossning har ökat med mer än 40 procent i Sverige under de senaste tio åren. En förlossning kan sättas igång av medicinska skäl, för kvinnans eller fostrets hälsa. Men av de förlossningar som inducerats under perioden saknas dokumenterade orsaker i hälften av fallen. När det gäller graviditeter som varat längre än 42 veckor vet vi att risken för komplikationer ökar och dessa kvinnor induceras av medicinska skäl. Men 15,8 procent av alla förstföderskor blev igångsatta i vecka 37–38 och 8,9 procent av samtliga gravida blev igångsatta i de fullgångna graviditeterna i vecka 39–41. Att sätta igång en förlossning medför ökade risker för att förlossningen ska sluta med ett kejsarsnitt eller sugklocka. Kostnaderna för vården ökar därmed 3–4 gånger utan att vi kan se medicinska fördelar för kvinnorna.

” En svensk avhandling visade redan på 1980-talet att detta är smärtsamt för kvinnan och ger henne komplikationer långt efter barnets födelse. I dag spekulerar man i om vävnaden skadas så att det till och med försvårar kirurgi som kan behövas om kvinnan drabbas av sjukdomar i rektalområdet många år senare i livet.

.....
 FNs världshälsoorganisation (WHO) menar att en balanserad nivå för andelen kejsarsnitt ligger på 15 procent. I Sverige ligger vi något över med cirka 18 procent. Jämfört med Italien där mer än hälften av alla kvinnor blir förlösta med kejsarsnitt har vi en relativt balanserad vård, men med tanke på att vården är offentligt finansierad blir konsekvensen att resurser tas från andra grupper för varje onödigt ingrepp. En annan intervention som varit aktuell i debatten om förlossningsvården är klipp. Att klippa i mellangården då barnets huvud ska födas fram är ett ingrepp som kan göras då det är fara för barnets liv och man måste göra mesta möjliga för att få ut barnet så fort som möjligt. En svensk avhandling visade redan på 1980-talet att detta är smärtsamt för kvinnan och ger henne komplikationer

långt efter barnets födelse. I dag spekulerar man i om vävnaden skadas så att det till och med försvårar kirurgi som kan behövas om kvinnan drabbas av sjukdomar i rektalområdet många år senare i livet. Muskler och nerver i kvinnans underliv är känsliga och svåra att återställa. Ett argument för att klippa är återigen att det möjligen skulle minska risken för en bristning av sfinktermuskeln runt analöppningen. En finsk studie har visat på motsatsen; när det gäller omföderskor ökar klippet risken för en analsfinkterbristning. När det gäller förstföderskor så behöver barnmorskan göra klipp i underlivet på 900 kvinnor för att det ska skydda en analsfinkter från att gå sönder. De problem som ett klipp orsakar kostar pengar förutom att det orsakar lidande för kvinnor och kan därför inte anses vara försvarbart.

” ’Man kan inte välja något som inte finns’, säger hon. Men för de gravida kvinnorna förändrar det ingenting. Osäkerheten om det kommer att finnas plats då förlossningen sätter igång är minst lika stor.

.....
Så till tillgängligheten. Filippa Reinfeldts lösning på problemet med hänvisningar av kvinnor från det sjukhus de valt är att helt enkelt upphäva det fria valet. ”Man kan inte välja något som inte finns”, säger hon. Men för de gravida kvinnorna förändrar det ingenting. Osäkerheten om det kommer att finnas plats då förlossningen sätter igång är minst lika stor. Att få en egen

” Den gravida och födande kvinnan har rätt att luta sig mot den kompetens vi barnmorskor och läkare i förlossningsvården har. Hon ska inte under pågående värkarbete tvingas fatta beslut i frågor där det finns tydlig evidens.

barnmorska som stöd vid förlossningen har varit ett alternativ för kvinnor som känt stark oro för förlossningen. Inte heller det kan man välja i Stockholm där samtliga förlossningskliniker har tagit ett principbeslut om att man inte ska få ha med sig en egen barnmorska till förlossningen. Lösningen är återigen att ta bort det som bara några kan få. Då blir det lika illa för alla och i alla fall rättvist!



Helena Lindgren medverkade vid Barnmorske-
manifstationen på Nordiskt Forum i Malmö
den 12 juni. www.nf2014.org

.....
Den mänskliga rättigheten till vård som uppfyller de tre ovan beskrivna principerna åsidosätts i förlossningsvården i Sverige. Det informerade valet åsidosätts och kvinnor tvingas ta beslut i frågor som de kanske saknar kunskap om. De tvingas dessutom ofta ta dessa beslut i en akut och sårbar situation. En evidensbaserad förlossningsvård vid normal förlossning ska erbjuda stöd, valfrihet avseende förlossningsplats, undvikande av medicinska ingrepp och adekvat omhändertagande då barnet är fött. Den gravida och födande kvinnan har rätt att luta sig mot den kompetens vi barnmorskor och läkare i förlossningsvården har. Hon ska inte under pågående värkarbete tvingas fatta beslut i frågor där det finns tydlig evidens. Valen ska göras under graviditeten då hon har rätt att få saklig information, men hon har också rätt att slippa information om sådant hon inte vill ta ställning till och lämna över det till den kompetens som hon har rätt att ha vid sin sida under förlossningen. Det är förlossningsvård med respekt för de mänskliga rättigheterna och den blivande och nyblivna familjens bästa för handen.

Helena Lindgren

Barnmorska, Docent,
Sahlgrenska Akademien Göteborg
Helena.lindgren@gu.se
Tel: 0733442599