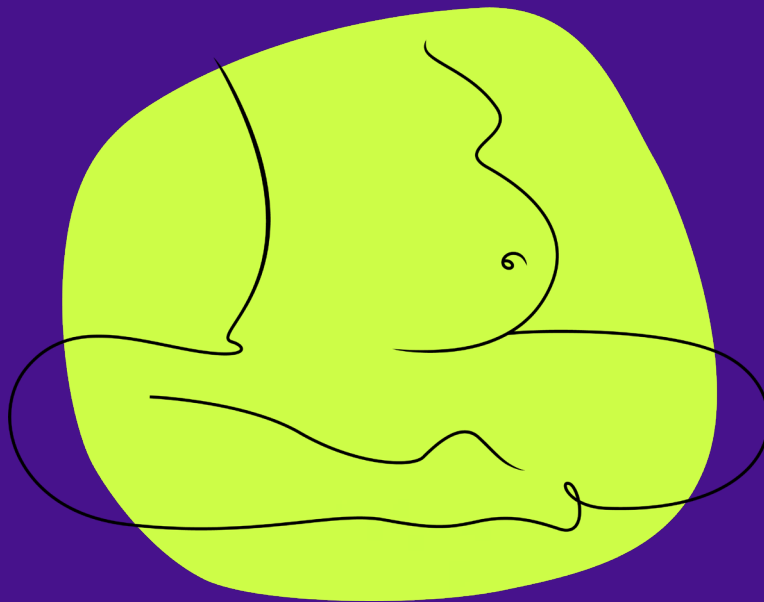


# Barnafödande och mänskliga rättigheter

## - *En handbok*



Birth Rights Sweden

Birth Rights Sweden är en ideell förening som representerar alla som föder barn i Sverige. Vi verkar för självbestämmande, integritet och värdighet i samband med graviditet, födsel och tiden efter. Föreningen grundades år 2007 under namnet Födelsehuset och bytte namn till Birth Rights Sweden år 2021.

Vi är en av 57 medlemsorganisationer i Sveriges Kvinnoorganisationer som verkar för att stärka kvinnors och flickors mänskliga rättigheter i samhället.

Citera gärna ur handboken och ange alltid källa. Handboken finns publicerad på [www.birthrightssweden.se](http://www.birthrightssweden.se).

Första upplagan

Tryckt i Sverige 2025

Copyright © Birth Rights Sweden, 2025

# FÖRORD

## Varför behövs en handbok om mänskliga rättigheter i samband med barnafödande?

Att vara gravid, föda barn och den första tiden som förälder är djupt existentiella upplevelser som påverkar den födande hela livet - både kroppsligt och emotionellt. För att den födande ska kunna ta hand om sitt nyfödda barn och sig själv är det avgörande att denna period upplevs som positiv.

Vad som avgör om födseln upplevs som positiv handlar inte enbart om hur förloppet ser ut rent medicinskt. Födslar går inte att planera i detalj och även om det ofta är en frisk, fysiologisk process kan medicinska åtgärder ibland vara nödvändiga. Vissa födslar slutar också med svåra och sorgliga utfall. Men oavsett hur medicinerad en födsel behöver vara, är känslan av att ha haft **stöd, kontroll, trygghet och blivit bemött med respekt** avgörande för om upplevelsen blir positiv. Det är dessa faktorer som gör att den födande kan känna glädje, styrka, självförtroende och en känsla av att ha klarat något stort och betydelsefullt.

Det är en grundläggande del av den födandes sexuella och reproduktiva mänskliga rättigheter att få tillgång till en vård som respekterar födandet som en naturlig, fysiologisk process och som skyddar den processen. Samtidigt ska vården säkerställa den födandes rätt att fatta beslut om sin egen kropp, att få korrekt information, samt att vara fri från diskriminering, våld, tvång eller kränkande behandling.

Det finns dock ett stort antal kvinnor som upplever att deras autonomi, integritet och värde inte respekteras under graviditet, födseln och tiden efter.

Att bli fråntagen sin autonomi och inte kunna bestämma över sin kropp eller att uppleva kränkande behandling under denna tid kallas för **obstetriskt våld**. Det är ett paraplybegrepp för olika former av kränkande behandling i samband med barnafödandet och innefattar bland annat interventioner som ges utan informerat samtycke, nedlåtande eller respektlöst bemötande, verbala kränkningar, ignorering av den födandes önskemål eller behov, fysisk eller psykisk press att gå med på medicinska åtgärder, användning av icke-evidensbaserade metoder eller att

personalen saknar resurser för att kunna utföra sitt arbete. Födande som upplever obstetriskt våld lider ofta av postpartumdepression, posttraumatiskt stressyndrom, har svårigheter att knyta an till sitt barn och ammar i mindre utsträckning. Det påverkar även beslut om att få fler barn och minskar tillit till vården generellt.

Begreppet obstetriskt våld kan uppfattas som dömande och kontroversiellt då det antyder att den som utför handlingen medvetet våldför sig på den födande. Även om obstetriskt våld blir synligt i mötet mellan enstaka vårdgivare och mottagaren, beror obstetriskt våld som många andra former av könsrelaterat våld oftast på samhällets normer och kultur som vi kommer att förklara i denna handbok. Efter lång tid av normalisering har medvetenheten kring obstetriskt våld ökat vilket innebär möjlighet till förändring. Syftet med att använda begreppet obstetriskt våld är att inse att vården – även om den ges med goda avsikter – kan upplevas som kränkande med förödande konsekvenser [1–6]. Enligt FN:s kvinnokonvention CEDAW [7] (Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women) räknas obstetriskt våld som en form av könsrelaterat våld mot kvinnor och brott mot kvinnors mänskliga rättigheter. Världshälsoorganisationen (WHO), Europaparlamentet och andra viktiga aktörer har uppmärksammat obstetriskt våld som ett globalt folkhälsoproblem och uppmanar till åtgärder eftersom konsekvenserna kan vara avgörande för både födandes och barns hälsa [8].

I vår rapport Mörkertalet (2022) [9], baserad på 400 vittnesmål om kränkande behandling inom mödrahälso- och förlossningsvården, har vi visat att dessa kränkningar förekommer i Sverige. Även analysen av fritextsvaren i Graviditetsenkäten [10], en nationell undersökning av kvinnors födelseupplevelser<sup>1</sup> i Sverige, vittnar om medikalisering, traumatisering, avsaknad av information samt brister i bemötandet. Enligt en svensk studie från 2024 bland cirka 3000 kvinnor fick färre än 20% av de födande ge sitt samtycke till interventioner under födseln [11]. Detta är anmärkningsvärt, särskilt när vård inte får ges utan kvinnans samtycke enligt Patientlagen [12]. Det visar tydligt att informerat samtycke inte är etablerat inom vårdkulturen. Tvärtom visar det på en tydlig maktobalans där man anser sig ha rätt att bestämma över kvinnans kropp. Undersökningar från andra höginkomstländer har visat att upp till 25% upplever födseln av sitt barn som kränkande [13–15]. Detta är oacceptabelt.

Vi är övertygade om att de allra flesta som arbetar inom och de som bestämmer över mödrahälso- och förlossningsvården vill det bästa för de födande och deras barn. Vi vet dock att

---

1. Syftet med Graviditetsenkäten är att fånga gravidas och födandes upplevelser av sin hälsa och deras erfarenheter av vården under graviditet, förlossning och tiden därefter.



det kan vara svårt att respektera de födandes autonomi, delaktighet, integritet och jämlikhet i den kulturen vi upplever idag. Många åsikter kring hur vården ska struktureras och hur gravida och födande ska bemötas har sina rötter i dåtiden, vilket vi kommer att belysa i handboken.

I teorin är de flesta överens om att vården ska respektera kvinnors mänskliga rättigheter – ändå förekommer obstetriskt våld. Hur kan det komma sig? Varför fortsätter kränkningar, tvångsåtgärder och respektlöst bemötande att ske, trots att rättigheterna är tydliga? Hur kan man främja respektfullt bemötande i praktiken? Hur ska du som föder kunna lita på vårdpersonal och samtidigt ta egna beslut om din kropp? Vad kan jag som partner eller stödperson göra? Hur ska jag som vårdpersonal förena mitt medicinska ansvar över en födsel med personliga önskemål från den födande som kanske avviker från normen? På vilket sätt har en chef inom vården eller en politisk beslutsfattare att göra med mänskliga rättigheter under barnafödande?

Med denna handbok vill vi **förmedla kunskap om principer för de mänskliga rättigheterna och hur de kan användas för att främja en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård som sätter den födandes autonomi, integritet och värde i centrum.**

Vi i Birth Rights Sweden verkar för att graviditet, födsel och tiden efter ska vara positiva och stärkande upplevelser. Vårt mål är att rätten till informerade val, möjlighet till självbestämmande samt en god och individanpassad vård, inte bara ska finnas i teori och lagtexter, utan i varje unikt vårdmöte.

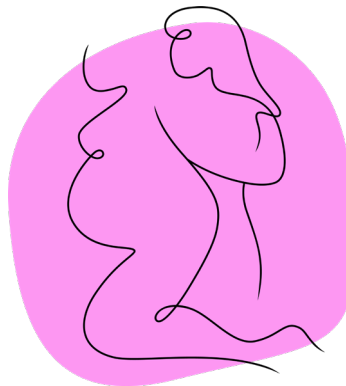
Handboken riktar sig främst till **dig som föder barn**. Syftet är att ge dig kunskap och praktisk vägledning i vad du kan göra för att värna om dina rättigheter. Vi vill även göra dig medveten om hur det kan se ut när dina rättigheter kränks och vilka konsekvenser detta kan ha för dig och din familj. Ett kapitel behandlar även hur du kan agera om du har upplevt en kränkning. Även **du som stödperson** kan hitta mycket inspiration för hur du kan bidra till att värna om rättigheterna.

Det finns särskilda kapitel som riktar sig till **dig som vårdpersonal**. De beskriver hur du kan ta ansvar för att skydda de mänskliga rättigheterna för dem som är i din vård. Du hittar även tips och stöd om hur du kan använda kunskapen om rättigheter samt vägledning för hur det kan se ut i praktiken.

Chefer inom vården och du som arbetar inom politiken har ett särskilt ansvar för att skapa en sammanhängande helhet som möjliggör god och respektfull vård. Det kan handla om att skapa goda arbetsförhållanden, att främja ett klimat som värdesätter kvinnors autonomi, integritet och värdighet med nolltolerans mot obstetriskt våld. Det handlar också om att skapa tillgång till olika vårdformer som bevisligen minskar förekomsten av obstetriskt våld så som caseloadmodeller, barnmorskeledda enheter och systemintegrerade hemfödslar. Mer om det kan du läsa i kapitlen som riktar sig till dig som **ansvarig chef** inom mödrahälso- och förlossningsvården eller **politisk beslutsfattare**.

Vi har valt att främst använda orden födande och kvinna i texten. Begreppet kvinna har stor betydelse både när det gäller de biologiska förutsättningar som finns vid barnafödande, och i förhållande till de historiska maktstrukturer som fortfarande till stor del lever kvar inom mödrahälso- och förlossningsvård.

På uppdrag av Birth Rights Sweden har **Viveca Crafoord** författat handboken, **med stöd av Lisa-Marie Larisch och Katharina Berggren i styrelsen för Birth Rights Sweden**. Vi vill även tacka juristerna Helena Myrin och Julia Högberg för deras feedback på denna bok.



# **SAMMANFATTNING**

## **Du som födande**

- Var medveten om att en positiv upplevelse av graviditet, födseln och tiden efter är avgörande för ditt och ditt barns välmående.
- Din upplevelse blir mer positiv om ditt självbestämmande, din värdighet och din integritet respekteras.
- Du är den som är bäst på att föda ditt barn. Därför är det viktigt att du är delaktig i beslut som rör din vård under graviditet, födsel och tiden efter.
- Du har rätt till att få all information om för- och nackdelar med det som vårdpersonalen erbjuder dig så att du själv kan fatta välgrundade beslut som rör dig, din kropp och ditt barn.
- Du har rätt att tacka nej till vård och behandling och behöver inte gå med på något mot din vilja.
- Om du har upplevt respektlöst bemötande inom mödrahälso- och förlossningsvården har du olika möjligheter att klaga och få upprättelse.

## **Du som vårdpersonal inom mödrahälso- och förlossningsvård**

- Du har en avgörande roll i att värna om den födandes autonomi, integritet och värdighet under graviditet, födsel och tiden efter.
- Graviditet, födsel och tiden efter bör ses som unika, existentiella och livsavgörande händelser.
- Genom att inhämta informerat samtycke ger du den födande möjlighet att fatta egna, välinformerade beslut om sin kropp, vilket ökar känslor av trygghet och delaktighet.
- Du har ansvar för att ge korrekt och opartisk information om både för- och nackdelar med den vård du erbjuder samt för att föra en korrekt dokumentation.
- Ditt ansvar är att informera och stödja – men de beslut den gravida eller födande tar är inte ditt ansvar.
- Den gravida eller födandes önskemål kan ibland stå i konflikt med rutiner som du också behöver förhålla dig till. Informerat samtycke och korrekt dokumentation i enlighet med Patientlagen är viktiga verktyg för att hantera dessa situationer.

## **Du som chef inom mödrahälso- och förlossningsvård eller politisk beslutsfattare**

- Du behöver aktivt verka för en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård. Det kräver att du främjar en gemensam värdegrund och en vårdkultur som genomsyras av respekt för kvinnors mänskliga rättigheter – särskilt autonomi, integritet och jämlikhet i samband med barnafödande.
- Du bär det övergripande ansvaret för att vårdpersonalen har rätt förutsättningar för att kunna ge vård som respekterar den födandes mänskliga rättigheter. Detta omfattar inte enbart finansiella och organisatoriska resurser, utan även satsningar på utbildning i mänskliga rättigheter och hur dessa omsätts i varje enskilt vårdmöte.
- Det är ditt ansvar att utveckla och möjliggöra vårdformer, riktlinjer och strukturer som förebygger obstetriskt våld och stärker den födandes upplevelse av trygghet och delaktighet. Exempel på sådana vårdformer är caseload-modeller, barnmorskeledda enheter och systemintegrerade hemfödslar – som erbjuder mer individanpassad vård.
- Obstetriskt våld behöver erkännas som en form av könsrelaterat våld mot kvinnor i Sverige. Regeringen bör införa en nolltolerans mot obstetriskt våld, säkerställa kontinuerlig övervakning av dess förekomst samt utveckla konkreta handlingsplaner och avsätta resurser som når ut till samtliga nivåer i vårdsystemet.

# **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>VAD HAR MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER MED BARNAFÖDANDE ATT GÖRA?</b>         | <b>11</b> |
| <b>DINA RÄTTIGHETER I PRAKTIKEN</b>                                     | <b>15</b> |
| <i>Rätt till informerat samtycke</i>                                    | 15        |
| <i>Rätt att välja var och med vem du ska föda</i>                       | 17        |
| <i>Fler rättigheter under födseln</i>                                   | 21        |
| <i>Barnets rättigheter</i>                                              | 22        |
| <i>Rätt till information efter födseln</i>                              | 23        |
| <b>NÄR RÄTTIGHETERNA KRÄNKES</b>                                        | <b>26</b> |
| <i>Hur kan kränkningar och obstetriskt våld uppstå?</i>                 | 30        |
| <i>Konsekvenser av kränkningar</i>                                      | 34        |
| <i>Vad du kan göra om du blir utsatt för kränkningar</i>                | 34        |
| <i>Vad du kan göra i efterhand, om du blivit utsatt för kränkningar</i> | 35        |
| <b>ATT FRÄMJA EN RESPEKTFULL MÖDRAHÄLSO- OCH FÖRLOSSNINGSVÅRD</b>       | <b>38</b> |
| <i>Vad kan du som födande göra?</i>                                     | 38        |
| <i>Vad kan du som vårdpersonal göra?</i>                                | 40        |
| <i>Vad kan du som chef inom vården göra?</i>                            | 43        |
| <i>Vad kan du som politisk beslutsfattare göra?</i>                     | 44        |
| <b>LITTERATURFÖRTECKNING</b>                                            | <b>47</b> |
| <b>RESURSER OCH LÄNKAR</b>                                              | <b>52</b> |



Foto: Julia Nesterenko

# VAD HAR MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER MED BARNAFÖDANDE ATT GÖRA?

Mänskliga rättigheter är grundläggande rättigheter och friheter som tillkommer alla människor oavsett kön, etnisk tillhörighet, religion, ålder eller andra kännetecken.

Mänskliga rättigheter inkluderar rätten till liv och personlig säkerhet, autonomi och medicinsk vård. De ska skydda varje människas värdighet, integritet och jämlikhet.

De mänskliga rättigheterna är utgångspunkten för internationella och nationella lagar. Internationellt finns det så kallade konventioner, överenskommelser mellan länder som skyddar de mänskliga rättigheterna med fokus på specifika områden. Några är särskilt utformade för att skydda kvinnors rättigheter och för att motverka diskriminering och våld [7,16,17] (se faktaruta 1).

## **Konventionen för bortskaffande av all diskriminering mot kvinnor (CEDAW) [7]**

Enligt den har alla kvinnor rätt till god vård under graviditet och födsel. De har också rätt till information om familjeplanering som till exempel preventivmedelsrådgivning och abortrådgivning. Konventionen stärker kvinnors rätt till sexuell frihet och rätten att själva bestämma över sin hälsa.

Istanbulkonventionen [17] är en överens-kommelse mellan länder om att stoppa alla former av våld mot kvinnor. Våld mot kvinnor ses både som en kränkning av de mänskliga rättigheterna och som diskriminering. Som våld räknas fysiskt, sexuellt, psykiskt eller ekonomiskt lidande, samt hot eller tvång, oavsett om det sker i hemmet eller utanför hemmet.

Vi börjar med att beskriva några viktiga etiska principer och begrepp som de mänskliga rättigheterna bygger på.

**Autonomi** betyder självbestämmande eller självstyre [18] och rätten till autonomi innebär att du har rätt att bestämma själv. Du har rätt att fatta beslut och att ta ansvar för ditt liv och dina val. Kortfattat betyder det att du ska ha kontroll över alla beslut som påverkar dig, din kropp eller ditt barn [12,16,19,20]. Längre fram i handboken kan du läsa mer om hur din rätt till autonomi är viktig när du föder barn.

Autonomiprincipen handlar alltså om att du **alltid** har rätt att fatta egna beslut. För att dina

handlingar och beslut ska räknas som autonoma krävs tre saker:

1. Dina beslut måste vara medvetna. *Det betyder att du måste känna till innebörden och konsekvenserna av vad du gör och beslutar om.*
2. Dina beslut måste bygga på förståelse och kunskap. *Du måste alltså ha tillräckligt med information om det du ställs inför, för att förstå vad beslutet innebär för just dig.*
3. Dina beslut får inte påverkas av någon annans kontroll. *Om du blir övertalad till att göra något eller gå med på något räknas det inte som en självständig (autonom) handling eller beslut [21].*

**Rätten till integritet** innebär att du har rätt till ditt privatliv och att ingen annan ska blanda sig i det om du inte vill. Att ha integritet innebär att få vara sig själv och bestämma över sina egna tankar, känslor och handlingar utan att andra lägger sig i. Kroppslig integritet handlar om att bestämma över sin kropp och sina kroppsliga gränser. Det innebär att du som person har rätt att bestämma över vad som händer med din kropp. Till exempel att ingen annan får röra dig utan tillåtelse eller skada dig [20].

**Människovärdesprincipen** handlar om att varje människa har ett värde och ska behandlas med respekt och utan diskriminering. Alla människor är lika mycket värda oavsett kön, ålder, etnisk bakgrund, sexuell läggning, religion, funktionsvariation eller andra egenskaper. Ingen ska behandlas bättre eller sämre på grund av sina egen-skaper eller personliga förutsättningar [20,22,23].

Människors lika värde bygger på tanken om jämlikhet. I ett samhälle som strävar efter jämlikhet har alla människor samma rättigheter och skyldigheter utifrån lagar och regler. Ett exempel är att alla har rätt till en god vård på lika villkor enligt Hälso- och sjukvårdslagen [24]. Jämlikhet handlar också om att ge alla samma möjligheter att delta och att lyckas i samhället.

**Jämlikhetstanken** tar också hänsyn till att alla människor är olika med olika förutsättningar och behov [25,26]. Jämlik vård betyder inte att alla får exakt samma vård – utan att vården anpassas till individuella behov så att utbudet passar fler människor. Till exempel kan det handla om att de som har större behov av hälso- och sjukvård skall ges företräde. Det kan också handla om att få hjälp av en tolk eller att få utökad stöd vid rädsla inför en födsel.

I Sverige är de mänskliga fri-och rättigheterna skyddade av **grundlagarna** som står över annan lag [19]. Det grundläggande skyddet för den kroppsliga integriteten följer av 2 kap.



6 § Regeringsformen, som är en av våra grundlagar. Enligt denna bestämmelse är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Skyddet innebär att offentligt bedriven hälso- och sjukvård inte får ges mot någons vilja, alltså med tvång, om detta inte särskilt framgår av lag.

Utöver grundlagarna, finns det tre lagar som är särskild viktiga för denna bok:

**Hälso- och sjukvårdslagen** handlar bland annat om rätten till vård och att den ska vara jämlik [24]. "Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

**Patientlagen** (SFS 2014:821) [12] syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården genom att främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Bland annat innefattas rätt till information, samtycke, samråd och tillgänglighet. Enligt 3 kap. 1 och 2 §§ har patienten rätt att få information om bland annat: sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar samt även möjligheten att välja behandlingsalternativ. Enligt 4 kap. 1 § ska patientens självbestämmande och integritet respekteras. Enligt 2 § samma kapitel får hälso- och sjukvård inte ges utan patientens samtycke, med undantag för akut nödvändig vård som inte kan vänta tills en patient själv kan ta ställning till åtgärden, vilket följer av 4 §. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. Vad gäller delaktighet följer av 5 kap. 1 § att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

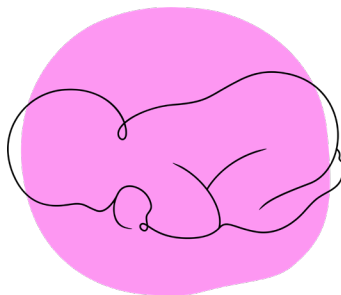
**Patientsäkerhetslagen** (SFS 2010:659) [27] innefattar dels ett skydd mot bristande medicinsk säkerhet, men ställer även krav på omtanke, respekt och samtycke. Enligt 6 kap. 1 § ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten som ska visas omtanke och respekt.

De mänskliga rättigheterna är alltså väldigt viktiga i samband med barnafödandet både gällande hur vårdssystemet är uppbyggt (till exempel tillgång till vård, valmöjligheter) men också för bemötande och attityder mellan de som föder och de som vårdar.

**En respektfull mödrahälso- och förlossningsvård** värdesätter alltid dina grundläggande mänskliga rättigheter, både gällande hur systemet är uppbyggt och i bemötandet mellan vårdpersonal och de födande. Vården ska respektera och stödja din autonomi och värdighet, dina känslor, val och preferenser [28]. Det innebär att du ska bli lyssnad på, tas på allvar och bli vänligt bemött. En födsel blir sällan exakt så som en har tänkt, och i vissa fall kan det uppstå komplikationer – men upplevelsen kan ändå bli positiv om du får tryggt och respektfullt stöd. En **positiv förlossningsupplevelse** är ett viktigt mål i sig själv för hela ditt välmående och för att ditt barn får en bra start i livet [29]. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är **respektfull mödrahälso- och förlossningsvård** och en **positiv förlossningsupplevelse** (se faktaruta 2) **universella mänskliga rättigheter** som tillkommer varje kvinna i samband med graviditet och barnafödande [28].

### **En positiv förlossningsupplevelse**

En positiv förlossningsupplevelse är en upplevelse som uppfyller eller överträffar en kvinnas personliga och sociokulturella övertygelser och förväntningar. Den innefattar att föda ett friskt barn i en sjukvårdsmässigt och psykologiskt säker miljö med kontinuitet när det gäller både praktiskt och emotionellt stöd av sina stödpersoner, samt vänlig och tekniskt kompetent vårdpersonal. Den bygger på antagandet att de flesta kvinnor önskar en fysiologisk födsel och att uppleva en känsla av egen prestation och kontroll genom att delta i beslutsfattande, även när medicinska ingrepp är nödvändiga eller önskas (definition av vad en positiv förlossningsupplevelse är, översatt från Intrapartum care for a positive birth experience, WHO s.1 [29]).



# DINA RÄTTIGHETER I PRAKTIKEN

I detta kapitel kommer vi att beskriva vad dessa rättigheter, principer och lagar betyder i praktiken för den vården du får under graviditeten, födseln och tiden efter du fött. Det är viktigt att du som födande, du som vårdpersonal och du som chef inom vården eller politisk beslutsfattare är medveten om de grundläggande rättigheterna som gäller för mödrahälso- och förlossningsvården.

I Sverige räknas mödrahälso- och förlossningsvård som nödvändig vård. Det innebär att den offentligt finansierade vården är kostnadsfri för dig som är gravid eller skall föda barn<sup>2</sup> [12,24,30].

I Sverige är det barnmorskor som ansvarar för din vård under graviditet och födsel, till skillnad från många andra länder där läkare ofta har huvudansvaret. Barnmorskan har utbildning i att ge information, medicinsk vård, stöd och rådgivning samt att upptäcka om något avviker från det normala. Vid hälsoproblem eller komplikationer hos dig eller ditt barn samverkar barnmorskan med läkare kring din vård. När du föder är barnmorskans roll att stötta dig och övervaka födelseprocessen. Barnmorskans roll är även att främja födandets fysiologi vilket innebär att stötta kroppens egen förmåga att föda.

## Rätt till informerat samtycke

Informerat samtycke betyder att vårdpersonalen måste fråga dig innan de utför en undersökning eller behandling som gäller dig och/eller ditt barn [12,20,24,31]. Det kan handla om vaginala undersökningar, smärtlindring, provtagning, lyssna på barnets hjärta, ge dig medicin eller något annat. För enkelhetens skull kommer vi att kalla alla dessa åtgärder för procedurer i texten.

Enligt Patientlagen [12] måste vårdpersonalen ge dig den information du behöver, så att du kan välja om du vill tacka ja eller nej till proceduren. Att föda barn är en intensiv upplevelse. Värkarbetet, de starka kroppsliga krafterna, den ovana omgivningen, personalen som du kanske aldrig har träffat förut, kan var omvälvande men innebär oftast *inga* hinder för att ta ett informerat beslut. Men det är bra om du redan under graviditeten kan få så mycket information som möjligt om olika procedurer inför födseln eftersom det kan vara svårt ta emot omfattande information under tiden du föder.

---

2. Vården vid graviditet och födsel räknas som livsviktig och därmed har även du som inte är svensk medborgare rätt till den. Du som är på besök tillfälligt i Sverige kan behöva betala ur egen ficka.

Du kan se alla procedurer som ett erbjudande som du kan tacka ja till eller neka. Den allmänna uppfattningen är kanske att vård-personalen alltid vet bäst och att du måste lita på deras råd. Men du är bäst på att föda ditt barn och varje födsel är unik. Det är bara du som känner din kropp och vad som känns rätt eller fel för just dig. Inom förlossningsvården finns det rutiner och riktlinjer som ska strukturera vården och vägleda vårdpersonalen. Rutinerna kan exempelvis handla om hur ofta och när vaginala undersökningar bör erbjudas, när värkstimulerande dropp bör erbjudas och när kontinuerlig fosterövervakning bör erbjudas. Vårdens rutiner är rekommendationer och de måste inte följas om du inte vill. För att vårdpersonalen ska kunna anpassa vården utifrån dina behov behöver du bli delaktig i din vård samt förmedla dina önskemål och ta egna beslut. Som vi förklarade i början av boken handlar inte jämlikhet om att alla ska få exakt samma vård, utan att den ska anpassas utefter individuella behov.

Det är viktigt att du vet varför något rekommenderas för just dig och vilka risker, fördelar och nackdelar som kan finnas om du avstår att följa rekommendationerna. För att kunna ta ett informerat beslut behöver du få förståelig information i förväg. Vårdpersonalens roll är att hjälpa dig i ditt beslutsfattande genom att ge dig opartisk information om procedurens för- och nackdelar för just dig samt att beskriva vilka alternativ som finns. Hur ingående och omfattande information vårdpersonalen måste ge dig för att du skall kunna ta ställning beror på de unika omständigheterna kring just din situation [12,32].

Du har rätt att få information om:

- vad som ska göras och varför.
- hur proceduren går till.
- för- och nackdelar som kan finnas med proceduren. Alltså vad den kan leda till, både positiva och negativa följder, och om det finns risk för komplikationer.
- olika alternativ, det vill säga om det finns någon annan procedur du kan välja i stället för det som föreslås.
- att du kan tacka nej till att få information.
- att du kan tacka nej till proceduren.

Personalen ska förklara på ett sätt som gör att just **du** förstår informationen. Du som behöver tolk eller annan hjälp för att förstå informationen har rätt till det, och du kan också få skriftlig information om du vill [12,24]. Om något i din och ditt barns hälsa förändras under tiden du föder, ska du få veta det och hur planeringen kring den nya situationen ser ut. Du ska också få information om eftervård och egenvård efter du fött.

Vårdpersonalen får inte vinkla informationen de ger dig för att försöka få dig att ta ett visst beslut. Några exempel på detta kan vara om riskerna med att tacka nej till en procedur överdrivs, eller om fördelarna med att tacka ja till proceduren överdrivs. De får inte heller försöka övertala dig att gå med på något du inte har lämnat samtycke till.

Oavsett om du tackar ja eller nej till det som vårdpersonalen föreslår ska du alltid fortsätta att bemötas med respekt [12,16,24,33] .

Viktiga punkter att komma ihåg när det gäller samtycke:

*Du ska få **information** om proceduren **innan** du lämnar samtycke.*

- Samtycke måste inhämtas **före varje ny procedur**.
- Samtycket måste inhämtas **innan proceduren påbörjas**.
- Samtycke måste inhämtas **på nytt, varje gång samma procedur upprepas**. Det räcker alltså inte att du tackat ja till en procedur en gång för att den skall få utföras upprepade gånger.
- Du har **alltid** rätt att tacka nej.
- Du har också rätt att ta tillbaka ditt samtycke om du ångrar dig. Du kan till exempel ha gett ditt samtycke till en vaginal undersökning men upplever den som smärtsam och ber om att undersökningen avbryts. Vårdpersonalen måste i så fall direkt avsluta undersökningen.
- För procedurer som gäller barnet ska samtycke inhämtas från dig eller en annan vårdnadshavare till exempel medföräldern [12,20,31].

Det kanske kan verka krångligt med samtycke, men det räcker med ett ja eller nej. Du kan också ge tummen upp eller nicka. Men det måste alltid vara tydligt för personalen att du gett ditt samtycke innan de påbörjar en procedur [12].

## **Vård utan samtycke**

Vårdåtgärder får som huvudregel inte vidtas utan patientens samtycke. Detta följer av grundlagen och har förtydligats i Patientlagen. Den enda gången det är tillåtet att ge dig vård och behandling utan ditt samtycke är vid akuta situationer som är livshotande, eller mycket allvarliga **och** du samtidigt inte klarar av att ge samtycke. Det kan vara till exempel om du blir medvetslös, eller om du skulle tappa förmågan att förstå eller fundera kring informationen. Vid sådana tillfällen ska vårdpersonalen informera en nära anhörig om hur de planerar kring din vård [12]. Det finns en så kallad nödregel i 4 kap. 4 § Patientlagen [12] som kan tillämpas i akuta fall, när vårdpersonalen saknar vetskap om patientens inställning och hens önskemål kring vård och behandling. De får då utföra vård och behandling utan samtycke. Om det

finns journalanteckningar eller annan information, till exempel födelsebrev som kan hjälpa vårdpersonalen att förstå patientens inställning, anses det tveksamt att inte följa patientens önskemål (se Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, s.2 [34] ).

## Rätt att välja var och med vem du ska föda

I Sverige föder de allra flesta på sjukhus med stöd av vårdpersonal. Även om det har blivit det vanligaste och ingår i den offentligt finansierade sjukvården har du **rätt att föda var du vill**, med eller utan stöd av vårdpersonal. Detta gäller även om du anses tillhöra en så kallad riskgrupp och oavsett vad vården rekommenderar. Om du fått information om att du tillhör en riskgrupp bör du också få information om varför du anses tillhöra en riskgrupp och vad det kan innebära för just dig. Det som är viktigt att komma ihåg är att all vård är frivillig. Sjukvården kan rekommendera dig att föda på sjukhus med stöd av vårdpersonal, men du bestämmer alltid själv.

Du har också **rätt att välja vem eller vilka personer som ska vara med dig under födseln**. Om du föder på sjukhus kan sjukhuset ha önskemål om hur många personer du har med dig. Det är bra att ta kontakt med sjukhuset i god tid innan för att ha en dialog kring sådana önskingar för att hitta en bra lösning tillsammans. På samma sätt har du rätt att bestämma vilka som får befinna sig i födelserummet, till exempel om studenter får närvara under födseln.

## Planerad sjukhusfödsel

På ett sjukhus har du tillgång till barnmorska och läkare. Så länge du och ditt barn är friska och din födsel räknas som "normal" har din barnmorska huvudansvaret för din vård under födseln. Läkaren på förlossningsavdelningen har ansvaret om du eller ditt barn har något hälsoproblem, eller tar över ansvaret om något förändras under födseln som påverkar er hälsa. Barnmorskan fortsätter då att vårda dig i samråd med läkaren.

Du har rätt att välja inom din region på vilket sjukhus du vill föda, även om valmöjligheterna i de flesta delar av landet är små. I storstadsområden kan det finnas flera förlossningskliniker medan det på landsort kan vara flera timmars resväg till närmsta förlossningsavdelning. Det kan också vara platsbrist på det sjukhus du valt och du kan då bli hänvisad till ett annat sjukhus. Det kan skilja mellan olika regioner hur du gör ditt val.

## Kejsarsnitt på egen önskan

Mödrahälso- och förlossningsvård ingår i den allmänna hälso- och sjukvården. Det innebär att du räknas som patient när du är gravid och föder barn. Som patient har du rätt till vård och behandling och att vara delaktig i din vård [35,36]. All vård ska ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Nyttan med medicinska behandlingar ska vara större än riskerna och kostnaderna för vården ska vara rimliga för att räcka till flera [12].

Det innebär bland annat att du inte kan kräva att få ett planerat kejsarsnitt utan en medicinsk orsak. Men eftersom det ibland finns en mycket stark önskan hos gravida att inte föda vaginalt har Socialstyrelsen tagit fram rekommendationer kring hur vården bör planeras vid en sådan önskan [36]. Enligt Socialstyrelsen ger Patientlagen [12] dig rätt att välja kejsarsnitt om det kan räknas som ett likvärdigt eller bättre alternativ till vaginal födsel. Till exempel kan extrem rädsla inför en födsel leda till att du får beviljat kejsarsnitt. I dessa fall är det förlossningsläkare på ditt sjukhus som gör en individuell bedömning för att bevilja eller neka kejsarsnitt utan medicinsk orsak utifrån förutsättningarna i just ditt fall. Det skiljer sig dock mellan olika sjukhus och olika läkare hur gravidans önskemål om kejsarsnitt bemöts och hanteras, vilket skapar en ojämlik vård [35].

## Andra vårdmodeller

Även om de flesta gravida är friska och förväntas ha okomplicerade födlsar är vårdtraditionen i Sverige att alla bör föda på ett välutrustat sjukhus. Men det finns andra offentligt finansierade vårdformer som är vanliga i andra länder. Många av dem har lika goda eller bättre utfall<sup>3</sup> jämfört med sjukhusfödlsar, när det gäller födande som är friska, som bär på friska barn och som förväntas ha okomplicerade födlsar [37]. Några exempel är hemfödlsar och barnmorskeledda enheter. Dessa har även funnits i Sverige genom tiderna men i strävan efter att minimera risker och effektivisera vården har dessa valmöjligheter nästan helt försvunnit.

**En stor fördel** med att erbjuda olika vårdmodeller är att vården anpassas till olika behov vilket är resurssparande och utgör grunden för en jämlik vård. Inom annan vård finns det olika nivåer för vård vilket innebär att du som patient blir omhändertagen så att vården är anpassad till ditt medicinska behov. Till exempel behöver du inte ha tillgång till operationssalar och narkosläkare vid en förkylning. I Sverige saknas det olika vårdnivåer inom den allmänna förlossningsvården, därför erbjuds alla födande vård på sjukhus oavsett hur friska eller sjuka de är.

---

3. Utfall är ett sätt att mäta konsekvenser av något. Ofta försöker man till exempel mäta hur födande och nyfödda barn mår efter födseln och i vilken uträkning skador och komplikationer uppstår.

## Planerad hemfödelse med en barnmorska

Om du vill föda hemma med en barnmorska måste du oftast betala det själv. Över hela landet finns det hembarnmorskor som erbjuder stöd vid en hemfödelse och som du kan anlita och betala själv. Hembarnmorskor arbetar utifrån vad som ingår i barnmorskans kompetensområde men sätter själva upp sina kriterier för vilka gravida de vill ta hand om. Om du bor i Umeå eller Stockholm finns möjlighet att regionen betalar för din hemfödelse. I dessa regioner är hemfödelse väl integrerad i vårdsystemet, dvs. enstaka sjukhus erbjuder stöd av barnmorskor vid hemfödelse och det finns ett bra samarbete mellan hembarnmorskorna och sjukhusen i de fall det behövs. Du som gravid måste uppfylla vissa kriterier för att kunna få stöd av en hembarnmorska, som det ansvariga sjukhuset beslutat om.

Medan hemfödelse är en välintegrerad del av det offentliga vårdutbudet i andra länder som till exempel Danmark och Nederländerna [38], har kampen om tillgång till offentligt finansierade hemfödelse i Sverige pågått i decennier. Det finns flera studier som visar att hemfödelse till och med kan vara säkrare alternativ än sjukhusfödelse för friska födande med förväntad okomplicerad födelse. För den gruppen födande ökar snarare mängden ingrepp och komplikationer när de föder på ett sjukhus, utan att det minskar dödligheten eller sjukligheten. Detta beror delvis på att hemfödelse medför färre onödiga ingrepp och i mycket mindre utsträckning leder till kejsarsnitt, även i de fall planerade hemfödelse avslutas på sjukhus [39–42].

Allra säkrast är hemfödelse i de länder där vårdmodellen är väl integrerad i den offentliga vården [38]. Det innebär att de som bistår födande i hemmet är utbildade och legitimerade barnmorskor, och att deras arbete är reglerat i hälso- och sjukvårdssystemet. Barnmorskorna ska ha tillgång till sjukhus, ett välfungerande system för ambulanstransport och möjlighet att fortsätta ge vård till den födande även om en förflyttning till sjukhus blir nödvändig. De ska också ha med sig utrustning och tillgång till läkemedel som kan behövas vid akuta händelser [38].

Förutom undantagen i Umeå och Stockholm, räknas inte hemfödelse som väl integrerad i den offentliga vården i Sverige. Det beror på att samarbetet kring tillgång till läkemedel och möjligheten för privata hembarnmorskor att fortsätta vården av den födande på sjukhus (i de fall det behövs) brister [38].

En **barnmorskeledd enhet** är en typ av förlossningsavdelning i eller utanför sjukhus där

---

4. Icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder innebär smärtlindring utan läkemedel. till exempel bad, TENS, massage, värme, akupunktur.



barnmorskor självständigt ansvarar för och vårdar friska, gravida kvinnor med förväntade normala födselar. Fokus ligger på att främja en så naturlig födsel som möjligt, med hög närvaro av barnmorska, icke-farmakologiska<sup>4</sup> smärtlindringsmetoder och hemlik miljö [43–45]. I Sverige finns det idag en nystartad privat, fristående barnmorskeledd enhet där den födande måste bekosta sin födsel själv [46].

Det finns också så kallade **kontinuitetsmodeller** där samma barnmorska eller ett litet team av barnmorskor följer den gravida genom hela graviditeten, födseln och första tiden efter födseln, *oavsett var hen planerar att föda*. Den födande har då lärt känna barnmorskan/barnmorskorna som kommer vara med under födseln redan i förväg och tvärtom. Internationell forskning visar att den här typen av **relationsbaserad vård** har många fördelar både för de födande och barnen jämfört med den vanliga mer uppdelade vården [47].

Det säger sig självt att det är enklare för den födande och vårdpersonalen att samarbeta på ett ömsesidigt och respektfullt sätt under en så utsatt situation som en födsel är, om de har hunnit bygga en relation i förväg. Trots detta är det vanligast i Sverige att man träffar barnmorskan som ska bistå vid födseln först när man anländer till sjukhuset under värkarbetet. Forskning som jämfört olika vårdmodeller visar att kvinnor som föder barn inom barnmorskeledda kontinuitetsmodeller utsätts för färre interventioner<sup>5</sup> (procedurer) än i andra vårdmodeller, till exempel:

- Mindre användning av ryggbedövning
- Färre kvinnor fick klipp i mellangården
- Mindre användning av tång och sugklocka, så kallade instrumentella födselar
- Större chanser för en spontan vaginal födsel<sup>6</sup>

Forskningen visade dessutom att det var färre kvinnor som födde för tidigt och att de löpte lägre risk att förlora sina barn, jämfört med kvinnorna som vårdats i de andra vårdmodellerna.

Granskningen visade inga negativa effekter jämfört med andra vårdmodeller [47]. WHO rekommenderar **kontinuitetsmodeller** just på grund av de många fördelarna [47,48]. I Sverige finns den modellen än så länge bara i Stockholm under namnet Min barnmorska. Liknande modeller är på väg att utvecklas på några fler orter i Sverige, som Göteborg och Malmö.

*Du har också rätt att välja att föda helt på egen hand eller med stödpersoner som inte är vårdpersonal. Detta kallas för **free-birth** eller fri födsel.*

---

5. Interventioner betyder åtgärder eller ingripanden. Olika procedurer kan användas för att påverka födselförloppet, behandla något som uppstår eller förhindra att något uppstår som till exempel förebygga blödningar, eller påskynda födseln.

6. En spontan vaginal förlossning är en födsel som startar av sig själv och avslutas utan läkemedel eller andra ingrepp såsom tång eller sugklocka, för att påskynda den.

## Fler rättigheter under födseln

### Rätt till smärtlindring

Du har rätt att få smärtlindring när du föder och bli bedövad om du behöver sys eller undersökas i underlivet efter din födsel. Du har också rätt att tacka nej till smärtlindring.

### Rätt att röra dig som du vill under födseln

Du har rätt att röra dig som du vill under din födsel och att föda i vilken ställning du vill.

### Rätt att äta och dricka vad du vill under födseln

Du har rätt att äta och dricka vad och när du vill under din födsel. Om det finns risk för akut kejsarsnitt kan du bli rekommenderad att inte äta och ibland inte dricka. Vårdpersonalen ska då informera dig om risker och fördelar med att inte äta och dricka inför kejsarsnitt. Du bestämmer **alltid** över ditt matintag.

### Rätt till läkemedel

Du har rätt att få läkemedel som rekommenderas vid födsel [16]. Ofta ges läkemedel på rutin för att minska blödning hos dig som föder och till barnet efter du fött. Som med alla andra procedurer ska du få information och ha möjlighet att tacka ja eller nej till dessa före de ges. Under en sjukhusfödsel i Sverige är det osannolikt att du skulle bli nekad livsviktiga läkemedel i samband med din födsel. Du har rätt att få läkemedel som rekommenderas till dig, men du kan alltid neka att ta emot läkemedel.

Om det finns någon kontraindikation (en medicinsk risk för dig eller barnet) mot att ge dig något läkemedel ska du få förslag på alternativ [12].

Om du planerar att föda hemma kan en läkare skriva ett recept till dig för mediciner som kan finnas till hands vid födseln om du skulle blöda mycket, behöver bli bedövad inför undersökning och/eller behöver sy eventuell bristning i underlivet och även k-vitamin<sup>7</sup> till barnet. Barnmorskor i Sverige har inte själva möjlighet att skriva recept på dessa läkemedel, men arbete pågår för att utöka barnmorskors förskrivningsrätt.

---

7. K-vitamin erbjuds till alla nyfödda för att minska risken för blödningar. Barnet tillverkar eget K-vitamin i tarmen först när det börjar äta/amma.

## Barnets rättigheter

### Det ofödda barnet

I Sverige räknas fostret som barn från graviditetsvecka 22, och som egen själv-ständig individ med fullvärdiga mänskliga rättigheter först när det är fött. Detta innebär att du som gravid **alltid** har rätt att ta beslut om din kropp, oavsett hur det påverkar det ofödda barnet. Det innebär exempelvis att vid allvarligt missbruk hos dig som är gravid ska ett omhändertagande utifrån Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) grundas på om missbruket allvarligt skadar dig och inte utifrån om fostret/barnet riskerar att skadas [49,50].

### Det nyfödda barnet

När barnet är utanför din kropp har det **fullständiga** mänskliga rättigheter. Du som förälder och vårdnadshavare har då både rättigheter och skyldigheter att skydda ditt barn, bland annat genom att ta beslut kring barnets hälsa [51]. Nollseparation räknas som något av det viktigaste för en nyfödd och dess förälder. Nollseparation efter födseln innebär att mamman och barnet inte skiljs åt, utan får vara tillsammans kontinuerligt från födseln. Det är viktigt eftersom det främjar anknytning, amning och barnets välbefinnande, samt minskar stress och förbättrar återhämtningen för båda. De flesta sjukhus strävar efter att uppnå nollseparation. Ändå är det inte ovanligt att de skiljs åt, till exempel efter ett kejsarsnitt eller om barnet behöver andningshjälp. Många av dessa extra insatser kan utföras medan barnet ligger på mammas bröst.

När det gäller sjukvård till barn måste vården ta hänsyn till barnets bästa. Om du tackar nej till vård och behandling som sjukvården rekommenderar för barnet, kan det bli en tolkningsfråga vad som är bäst för barnet. Det förekommer till exempel att föräldrar som väljer att avstå K-vitamin (se fotnot 10) till sitt nyfödda barn, blir ifrågasatta.

Ett annat exempel är sen avnavling vilket innebär att navelsträngen inte klipps av direkt efter en födsel utan att man väntar några minuter eller upp till flera dagar så att allt blod hinner rinna ur navelsträngen till barnet. Detta kan göras både vid vaginal födsel och kejsarfödsel. Informerat samtycke är även i dessa situationer viktigt och hot om orosanmälan får inte användas för att skrämmas eller få dig att ändra ditt beslut [12,52].

I de fall du avstår vård eller behandling som sjukvården anser vara nödvändig för barnet kan

det utgöra grund för att vårdpersonalen känner sådan oro för barnet att de är skyldiga att göra en orosanmälan till socialnämnden [12,52].

## **Rätt till information efter födseln**

Du har rätt att få information om egenvård och eftervård efter födseln. Du ska få reda på vart du ska vända dig om du eller barnet inte mår bra eller om något krånglar när ni kommit hem [12,24]. Det kan till exempel handla om hur du ska sköta barnets navel, om amning/matning, hur du ska ta hand om en eventuell underlivsbristning, eller operationssnitt om du fött med kejsarsnitt. Det är också väldigt viktigt att du vet vart du ska vända dig om du upplever att du inte mår bra psykiskt [12,24] (se faktaruta 3).

### **Vart ska jag vända mig vid problem?**

Vid akuta besvär under den första tiden efter födseln kan du vända dig till BB-avdelningen där du fött för rådgivning. Efter det kan du vända dig till din mödravårdsbarnmorska eller BVC. Eftersom det varierar mellan regionerna hur det fungerar kan du alltid ringa 1177 för att få information om vart du ska vända dig. Om du vill prata om din födsel vänder du dig till förlossningsavdelningen. Vid behov av samtalskontakt via psykolog, kurator eller liknande kan du få hjälp via 1177 där du kan få information om hur det fungerar i din region.

Upplever du att du inte får adekvat vård kan du skriva en egenremiss eller egen vårdbegäran. Detta innebär att man själv skriver till en speciell vårdgivare för att söka vård. Vissa kliniker tar emot via 1177, andra får man posta ett brev till.

Du har alltid rätt att få adekvat vård för eventuella besvär som du har fått i samband med graviditet, födsel eller tiden efter du fött. Om du till exempel upplever problem med läckage av urin eller avföring, att du har svårt för att tömma tarmen, har smärta eller misstänker infektion i bristningar eller sår, bör du känna till var du kan söka vård. Det är inte normalt att ha dessa symtom efter en graviditet och födsel. Barnmorskorna i mödrahälsovården samarbetar med andra yrkesgrupper, till exempel fysioterapeuter, uroterapeuter eller psykologer, så att du kan få hjälp av ett multiprofessionellt team för behandling och rehabilitering om det krävs. Kom ihåg att du alltid kan be om en så kallad second opinion. Second opinion betyder att ytterligare vårdpersonal än de du redan haft kontakt med kan bli ombedda att undersöka dig eller ge rekommendationer kring din behandling.



Foto: Anlara Jönsson-Lagergren

# NÄR RÄTTIGHETERNA KRÄNKES

Som kränkningar räknas allt som hindrar dig att få dina rättigheter tillgodosedda under graviditet, födsel och tiden efter du fött.

Sedan ett par år tillbaka finns begreppet "obstetriskt våld", eller "förlossningsvåld", ursprungligen från Venezuela 2007 [53,54] för att beskriva situationen när en kvinna förlorar autonomin över sin kropp under födandet eller blir behandlad på ett respektlöst sätt. En svensk definition av detta begrepp presenteras av Westerberg och Björkman (2017). "Obstetriskt våld innebär en avhumaniserande behandling, onödig medikalisering<sup>8</sup> och ett försjukligande av naturliga processer, vilket leder till att kvinnor förlorar sin autonomi och berövas möjligheten att fritt bestämma över sin kropp och sexualitet" [55].

Som vi nämnde i förordet kan begreppet obstetriskt våld uppfattas som dömande och kontroversiellt då det antyder att den som utför handlingen medvetet våldför sig på den födande. Många kränkningar har dock strukturella eller kulturella orsaker som vi kommer att förklara lite längre ner i texten. Syftet med att använda begreppet obstetriskt våld är att erkänna att vården – även om den ges med goda avsikter – kan upplevas som kränkande [1–5].

I avsnittet som följer har vi sammanfattat vad som räknas som obstetriskt våld med några exempel under varje punkt. Kategorierna för de olika typer av obstetriskt våld är baserad på en metastudie med 65 studier från 34 länder [4]. För att förtydliga har vi även lagt till citat från rapporten Mörkertalet [9] där vi har samlat och analyserat 400 vittnesmål om kränkningar före, under och efter födsel.

## Verbala övergrepp

- Om vårdpersonalen bemöter dig med elaka, nonchalanta eller oförsämda kommentarer.
- Om du blir utskälld, hotad, övertalad eller skrämd som reaktion på dina önskemål. Till exempel kommentarer som pressar dig att acceptera procedurer du inte vill genomgå eller om dina önskemål om smärtlindring, positionsändring eller önskat kejsarsnitt inte blir respekterade.

*[...] Under mina två sista månader som gravid gick jag upp 24 kilo med ett groteskt ödem. Med misstänkt havandeskapsförgiftning lades jag in i v 38. Jag undersöktes i smärtsamma undersökningar*

---

8. Medikalisering innebär att något som inte är sjukligt betraktas och behandlas som en sjukdom eller skada. Begreppet övermedikalisering används ibland för att beskriva när onödiga behandlingar eller ingrepp utförs. Vi har valt att använda begreppet medikalisering för att beskriva problematiken som helhet.

ungefär varannan dag. En sköterska på BB använde mig som nåldyna medan jag låg apatisk i sängen och grät. Jag bönade överläkaren om att bli igångsatt. Men fick höra att jag var för fet. "Så här feta patienter som du sätter man inte igång för då hamnar ni på operationsbordet i urakut snitt och där dör ni för inga narkosläkare vill ha med er att göra." Samma läkare satte ändå igång mig två dagar senare. En långdragen förlossning där jag under hela tiden var övertygad om att aldrig få se min son. Jag var i sådan rädsla att jag inte kunde kommunicera alls. Min son bröt nyckelbenet, jag fick en grad två bristning som ingen upptäckte trots att jag klagade redan dagen efter förlossning. Min psykolog jämför min förlossning med en skenavrättning. Efter våldtäkt klassas skenavrättning som den värsta formen av tortyr. Läkaren arbetar kvar trots att jag lämnat redogörelse hos läkarens chef. Läkaren har inte fört journal över sina ord och minns inte mig som patient. Jag har anmält till LÖF. IVO hann jag inte med. Det tog två år att bara komma ur förlossningspsykosen som följde. Min psykos innebar att jag stängde alla andra utom bebisens ute. Men LÖF bedömer inte psykiskt lidande. Det ligger till deras nämnd nu.

(#280, Örebro 2016)(Citat ur rapporten Mörkertalet s. 48) [9]

## **Fysisk misshandel**

- Om du blir fasthållen, slagen, nypt eller om vårdpersonalen rör vid dig på ett aggressivt sätt.
- Om du inte får bedövning inför ett klipp i underlivet.

## **Övergripping som upplevs sexuellt kränkande**

- Om du blir fysiskt berörd utan samtycke eller blir utsatt för situationer som utlöser känslor från tidigare erfarenheter av sexuella övergrepp.

[...] "Jag blev utsatt för sexuellt övergrepp som barn, och hade önskemål om kvinnliga läkare för att inte behöva återuppleva samma utsatthet som det trauma jag redan bär. Detta står i mina journaler och i mitt förlossningsbrev, men personalen läste aldrig mitt förlossningsbrev eller journaler. Pga resursbristen av kvinnliga specialistläkare kommer jag och min kirurg överens om att jag ska tvättas och förberedas inför operationen av kvinnliga barnmorskor (det krävs ingen specialistvård för denna process, för under själva snittet bör bara magen vara exponerad.) Hon informerar mig om att en manlig kirurg kommer att närvara. Jag rullas halvnaken in i en operationssal full av män, helkroppstäckta så knappt ögonen syns. På min läkarlista finns bara manliga namn. Under mitt planerade kejsarsnitt kör personalen över mig totalt, som att min röst inte hördes. [...]Min förlossning kändes som en våldtäkt. Jag skriker och gråter hela operationen, rycker med mina armar som är kopplade till slangar att jag börjar blöda. Ingen säger eller gör någonting för att få mig att känna mig trygg i situationen. Kirurgen som gav mig löftet sa och gjorde ingenting. Återigen behövde jag uppleva ett trauma där jag är hjälplös och blottas inför okända män."

(#265, Östersund 2021) (Citat ur rapporten Mörkertalet s. 50) [9]



## Stigma och diskriminering

- Om du blir behandlad orättvist eller diskrimineras utifrån ditt ursprung, hudfärg, tro, ålder, kön, sexuell läggning, sjukdom, funktionsvariation eller annat.
- Om du blir hindrad att diskutera och ställa frågor till vårdpersonalen på grund av att du inte förstår språket (till exempel om tolk saknas).

*I've been demonized and intrusively handle because of past mental illness. I've been talked down to as if I'm dumb, when I'm clearly more knowledgeable than average about pregnancy, birth and parenting. I've been stalked by doctors via phone when they told me it's voluntary. My homebirth midwife changed her mind about supervising our birth 3 days before birth... because doctors told her I'm at risk because I had stress induced mental illnesses as a young teen... they talked to me as if I would need 24/7 supervision and as if I would kill my child...*

*Then birth. [...] My birth wasn't bad, but I wanted to do it without unnatural pain reliever but the stress made me take laughing gas on full level. I also didn't wanted to get checked how open I was. She also said "I have too". When my daughter was nearly out, the doctor put her fingers inside of me, between me and my daughter and stretched me out. It burned so much and I told her so often to stop touching me but she ignored it and I'm certain her forceful stretching is the reason I ripped. [...] I still feel her fingers stretching me out. My vagina looked destroyed because I got no care. And the worst thing is MY BIRTH was the easiest and best taken care of, from all my friends. My birth was a positive exception to what most woman and my friends went through. I hated my birth. I felt stressed, I felt dumb, I felt humiliated. But my birth was the best I heard of from my friends yet. [...] HOW can it be that that is the norm?!*

*(#097, Östra 2019) )(Citat ur rapporten Mörkertalet s. 70)[9]*

## När vårdpersonalen handlar oprofessionellt

- Om vårdpersonalen bryter mot sekretessen, till exempel delar dina personliga uppgifter med andra utan ditt samtycke.
- Om du inte ges möjlighet till informerat samtycke.
- Om inte hänsyn tas till din kroppsliga integritet, till exempel om vårdpersonalen inte respektera dina önskemål om beröring, om procedurer genomförs utan att du har fått möjligheten att ta ett informerat beslut, till exempel kejsarsnitt, klipp i underlivet eller vaginal undersökning.
- Om du upplever att vårdpersonalen inte respekterar ditt behov av att skylla din kropp.
- Om vårdens dokumentation i patientjournalen är bristfällig eller tillrättalagd. Det blir då svårt för den som varit utsatt för kränkningar att få upprättelse. Detta försvårar även vid utredningar av vårdskador där man behöver veta exakt vad som hände.



## **Brister i relationen mellan födande och vårdpersonal**

- Om du inte får stödjande omvårdnad av personalen.
- Om du blir nekad att äta, dricka eller röra dig fritt.
- Om personalen inte respekterar i vilken ställning du vill föda, till exempel om du blir tvingad att föda liggande på rygg.
- Om du nekas ha med dig stödpersoner när du föder, till exempel partner eller doula.
- Om du blir behandlad så att du känner dig som en passiv deltagare eller ett objekt.[4,5,9,56].

*[...] Låg på sidan och trivdes bra så. Jag säger nej och mitt förlossningsbrev står tydligt "vill ej föda i gynläge". Jag tvingades under hån och tvång från barnmorskan att föda på rygg. Hon var inte bekväm att assistera annat läge. Får nervskador och stor bristning. Yttre press används utan indikation på påverkad bebis. [...] Min dotter föddes med Apgar poäng 10/10/10 så inget livshotande för hennes eller min del.*

*[...] Kände mig totalt överkörd och har tappat förtroendet på vården. Min kropp fick inte föda mitt barn själv utan vården forcerade och tryckte ut min bebis i stället utan medicinska belägg. Nästa barn kommer jag vilja kämpa för kejsarsnitt. Min kropp mitt val.[...]*

*(Caroline, #003, Östra 2017) (Citat ur rapporten Mörkertalet s. 67) [9]*

## **Bristande utbud, tillgänglighet eller utformning av mödrahälso- och förlossningsvården**

- Om lokalerna på sjukhuset inte är lämpliga, till exempel om du behöver föda i ett rum som inte är avsett för födslar.
- Om det inte finns plats på förlossningsavdelningen eller om avståndet till den är orimligt långt.
- Om sjukvårdssystemet inte erbjuder eller motarbetar olika vårdformer, till exempel riktlinjer som uppmanar barnmorskor att anmäla kvinnor som önskar att föda hemma till socialtjänsten, eller som hindrar läkare att skriva ut läkemedel i samband med hemfödelse.
- Otydliga riktlinjer kring beviljandet av kejsarsnitt på den födandes önskan.
- Om vårdpersonalen begränsas eller hindras att utöva sitt arbete på olika sätt. Till exempel om barnmorskor inte tillåts ansvara självständigt för de friska födande på sjukhuset, eller om vårdpersonal blir hotad för att ha följt den födandes önskan om att gå emot riktlinjer eller rutiner.
- Om det är personalbrist, till exempel om du inte har tillgång till en barnmorska i den utsträckningen du behöver för att känna dig trygg, på grund av att barnmorskan måste ta hand om flera födande samtidigt.

- Om det finns brister i hur vården ger upprättelse till den som upplevt kränkningar.

*"Jag ska gå av mitt skift så kan inte hjälpa dig nu, min kollega avlöser snart." Jag fick vänta på BM och smärtlindring i 6 timmar med värkar var 3 till var 4 minut. När hon väl kom och förlöste mig visste jag inte vad hon hette.*

*(Rebecka, #068, Ystad 2017) (Citat ur rapporten Mörkertalet s.567) [9]*

## Hur kan obstetriskt våld uppstå?

*Orsakerna bakom obstetriskt våld kan man hitta på flera olika nivåer: individ, kultur och struktur.*

**Individ:** Som vi nämnde tidigare så råder det ingen tvekan om att de flesta barnmorskor, läkare och undersköterskor oftast vill det bästa för dig. Det kan ändå förekomma att vissa individer saknar medkänsla och reflektionsförmåga och därmed brister i sitt bemötande och betar sig respektlöst.

**Kultur:** De flesta är överens om att orsakerna bakom obstetriskt våld har historiska rötter och återfinns inom vårdkulturen samt i samhället i stort. Detta påverkar i sin tur hur systemet utformas, det vill säga vilken vård som erbjuds [3,4,57].

Svensk mödrahälso- och förlossningsvård inrättades för cirka 100 år sedan. Sedan dess har den genomgått väldigt stora förändringar. Tack vare forskning och utveckling är Sverige ett av de länder med lägst mödra- och barnadödlighet i världen. Historiskt ansågs kvinnan inte ha kunskap eller förstånd att ta egna beslut, varken om sig själv eller sin kropp. När födandet flyttades från hemmet till sjukhuset var det läkaren (oftast en man) som ansågs sitta inne med kunskapen och bestämde därmed över kvinnan och hennes kropp. Genom tiderna har man gjort många olika saker "för kvinnors bästa". Till exempel så fick kvinnor under en viss period narkotika som skulle ge smärtlindring och framkalla minnesförlust, för att slippa den "tortyr" som barnafödandet innebar. En biverkan var att de födande förlorade all självkontroll och behövde bindas fast [58]. Länge var partner eller andra stödpersoner inte välkomna då man tyckte att de skulle störa. Det ansågs vara bäst för alla att barnen på BB låg i stora salar i stället för hud mot hud med sina mammor. Där skrek de timmar i sträck och fick träffa sina mammor för en stunds amning var 4:e timme.

Genom åren har det utkämpats många strider för en mer mänsklig mödrahälso- och

förlossningsvård. I takt med kvinnorörelsen fick kvinnors rättigheter en större plats i politiken och i samhället. Förlossningsvården blev bättre och fick krav på sig att vara jämlik och gratis. I takt med att mödra- och barnadödligheten sjönk kom krav på att födandet skulle bli mer humant, fäderna fick vara med när deras barn kom till världen och den medicinska professionen kämpade för att hitta smärtlindringsmetoder som fungerade och som inte skadade barnen. På 1970-talet kom krav på smärtlindring under födsel från de feministiska rörelserna i Sverige. Alla riksdagspartiers kvinnoförbund ställde sig bakom kravet. Den ökade smärtlindringen gav dock inte förbättrade födselupplevelser [59]. Vad var det som saknades? Vi tror att det saknades respekt för kvinnans rätt till delaktighet och hänsyn till hennes mänskliga rättigheter. Mödrahälso- och förlossningsvården har varit hårt pressad med påtaglig resursbrist under flera decennier och krav på kostnadseffektivitet (det vill säga att vården ska kosta så lite som möjligt samtidigt som den ska producera så god hälsa som möjligt) har vägt tyngre än krav på att respektera kvinnans mest grundläggande rättigheter.

Dessa så kallade patriarkala<sup>9</sup> strukturer lever till viss del kvar än idag och ligger till grund för de tydliga maktförhållanden som finns inom vården i stort, men som är extra tydliga inom mödrahälso- och förlossningsvården. Det finns en inneboende maktstruktur där patienten är beroende av sina vårdare (läkare, barnmorska, undersköterska) och ytterligare en dimension är att vara födande kvinna längst ned i hierarkin<sup>10</sup>. Maktbalansen blir ännu tydligare för vissa grupper, och obstetriskt våld har visat sig drabba personer ur dessa grupper oftare, till exempel personer ur rasifierade grupper, personer med låg socioekonomisk status, unga personer, personer ur olika minoritetsgrupper, personer med högt body-mass index<sup>11</sup> (BMI) med flera [2,56,60].

Utformningen av mödrahälso- och förlossningsvården är också präglad av den **riskkultur** som vuxit fram i samhället under de senaste decennierna. Riskkulturen kännetecknas av att rädslan för olika risker är större än de egentliga riskerna [61]. Media som tv och tidningar bidrar till riskkulturen genom att just överdriva risker. Detta påverkar även dem som utformar riktlinjerna och rutinerna<sup>12</sup> inom mödrahälso- och förlossningsvården [61].

Inom förlossningsvården blir det väldigt tydligt att rädsla kan leda till att vårdpersonalen inte respekterar de födandes önskemål för att de inte vågar gå emot de nedskrivna rutinerna eller

---

9. Patriarkal/patriarkalisk kommer från ordet patriark; en fadersfigur som styr egenmäktigt men med faderlig omtanke. Begreppet patriarkal beskriver samhällen/kulturer som kännetecknas av att männen har makten.

10. Hierarki är en organisation med noggrant fastställd över- och underordning.

11. BMI är ett sätt att mäta kroppsvikt i förhållande till kroppslängd, och används för att bedöma undervikt eller övervikt.

12. Riktlinjer är skriftliga beskrivningar av hur vårdpersonalen ska arbeta med och hantera olika sjukdomstillstånd och procedurer. Rutiner kan vara sådana nedskrivna arbetssätt, eller arbetssätt som uppkommit ur traditioner som vuxit fram på den specifika förlossningsavdelningen.

kulturen på avdelningen. Det kan också leda till att fler interventioner genomförs än vad som egentligen behövs. Medikaliseringen av graviditet och födsel tillsammans med rädslan att något ska hända, framför allt barnet, under en födsel leder till att antalet ingrepp ökar. Det finns en vilja att aktivt styra över födselns förlopp. Det må skapa en känsla av säkerhet – men kan i stället skapa andra risker [60] och leda till en känsla av kontrollförlust hos den födande.

En vanlig följd av detta är att en så kallad **interventionskaskad** startar, som kan se ut så här:

*Rutiner som vilar på forskning från 50-talet och beskriver hur lång en födsel "ska vara" bidrar till att värkstimulerande dropp sätts in om födseln hamnar utanför den angivna tidsramen. Det värkstimulerande droppet ger starka sammandragningar av livmodern som gör ondare än de naturliga sammandragningarna och som inte ger några naturliga vilopauser under födseln. Detta bidrar ofta till att barnet blir påverkat av de täta sammandragningarna och att den födande önskar ryggbedövning som i sin tur riskerar att sakta ned förloppet och att det värkstimulerande droppet måste ökas. På grund av långdraget förlopp med konstgjorda sammandragningar blir både livmodermuskeln och den födande trötta och ofta blir även barnet påverkat. Detta tillsammans ökar risken för att ett akut kejsarsnitt behövs.*

Trots att nyare forskning visar att tiden för hur lång en födsel varar varierar och är högst individuell bygger rutinerna fortfarande på att det finns en idealkurva som födseln och öppningen av livmodertappen ska följa [62].

I Sverige har vi nu en kejsarsnittsfrekvens på 19,1 % (år 2022) [63], vilket är nästan dubbelt så många kejsarsnitt mot WHO:s rekommendation på 10% [64] . WHO rekommenderar att kejsarsnittsfrekvensen varken överstiger eller understiger 10% eftersom en högre eller lägre frekvens inte minskar dödligheten hos vare sig mor eller barn, i stället ökar risken för andra komplikationer.

Många rutiner är uppbyggda kring att hantera och förebygga risker. Sjukvården har förstått att en individualiserad vård som utgår från varje individs unika behov, är viktig för att få så goda resultat och en så säker vård som möjligt. Tyvärr är det inte infört i vården ännu och det krävs en stor kulturell förändring inom hela vårdssystemet. Syftet med Patientlagen [12] som trädde i kraft 2015 var just att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården genom att främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Trots att det snart gått tio år sedan lagen infördes har arbetet med att stärka patientens delaktighet varit undermåligt, enligt myndigheten för vård- och omsorgsanalys som följer upp och analyserar hälso- och sjukvården ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv [65]. I sin rapport från 2021 bedömer myndigheten att efterlevnaden

av Patientlagens bestämmelser om integritet till och med verkar ha försämrats på senare år (se rapporten s. 10 och s. 51) [65].

**Struktur:** Många sjukhus och/eller regioner i Sverige har egna **riktlinjer och rutiner** för hur vårdpersonalen ska arbeta, till exempel hur läkemedel ska doseras, hur ofta man ska genomföra vaginala undersökningar för att bedöma modermunnens öppning, kriterier för att identifiera avvikande CTG<sup>13</sup>-kurvor etcetera. Riktlinjer kan vara bra verktyg för att koordinera vården, men det finns flera utmaningar.

Vissa riktlinjer och rutiner utgår från nationellt utformade vårdprogram och rekommendationer. Men många av förlossningsvårdens riktlinjer och rutiner är utformade utifrån samförstånd (så kallad konsensus) mellan en grupp av förlossningsläkare. Detta kallas ibland *Good Old Boys Sitting Around a Table* (GOBSAT) och innebär att många av riktlinjerna saknar vetenskaplig evidens<sup>14</sup> [66–69]. Det finns kritiker som menar att de snarare är upprättade utifrån känslomässiga aspekter, personliga åsikter och en överdriven rädsla för risker, än utifrån reella faror för den födande och barnet [3,5,61].

En annan utmaning med hur riktlinjer och rutiner utformas är att de bidrar till en ojämlik vård. Eftersom varje sjukhus kan ha sina egna riktlinjer och rutiner finns det väldigt många olika över hela landet och det finns ingen instans som kontrollerar dessa.

Under arbetet med handboken har vi blivit kontaktade av både födande och vårdpersonal som vittnar om riktlinjer och rutiner som direkt strider mot mänskliga rättigheter. Till exempel finns det rutiner där den födande nekas att äta fast föda under födseln. Andra exempel är rutiner där barnmorskor uppmanas att orosanmäla föräldrar som önskar hemfödsel till de sociala myndigheterna. Barnets rätt enligt Barnkonventionen [22] ställs mot rätten att välja förlossningsplats i den rutinen. Man anser att barnets bästa är att födas på sjukhus, något som varken WHO eller forskning på området står bakom. Detta är ett exempel på bristande maktutövande och felaktig tolkning av Barnkonventionen.

Den största utmaningen med riktlinjer och rutiner är att de ofta uppfattas vara viktigare än den födandes rätt till informerade val. Detta skapar osäkerhet hos vårdpersonalen i situationer

---

13. CTG - Cardiotokografi är en metod för att avlyssna barnets hjärtverksamhet elektroniskt. Med hjälp av ultraljudsdosor på den gravida/födandes mage registreras barnets hjärtljud och livmoderns sammandragningar. Dessa omvandlas till en kurva av CTG-apparaten. Kurvan kan sedan avläsas av barnmorskor och läkare för att bedöma hur barnet mår.

14. Vetenskaplig evidens är starka belägg/bevis för att något är på ett visst sätt och som grundar sig på forskning av god kvalitet.

där den födande väljer bort rutiner som exempelvis vaginala undersökningar eller CTG-övervakning. Det är inte ovanligt att barnmorskor som vill respektera sådana önskemål blir utfrysta eller illa bemötta av sina kollegor på grund av att de inte har följt riktlinjer och rutiner. Rädslan att göra fel, och att något hemskt ska hända vid avsteg från rutinerna är ofta stark hos vårdpersonalen som kollektiv. Osäkerheten hos vårdpersonalen kan också botten i att de flesta helt saknar erfarenhet av att arbeta utanför rutinerna. Det saknas ofta stöd och rutiner för hur vårdpersonalen kan främja de födandes delaktighet.

En **dålig arbetsmiljö med underbemanning och andra resursbrister** bidrar också till obstetriskt våld [2,70]. Det är väldigt svårt för personalen att vara lyhörda och inkännande om de behöver ta hand om flera födande samtidigt, som de oftast inte har träffat tidigare. Att känna ständig stress över att inte räcka till och att personalen upplever brister i organisationen och stöd av ledningen är vanligt inom förlossningsvården [71].

## Konsekvenser av obstetriskt våld

De som blivit utsatta för obstetriskt våld upplever ofta att de tappat kontrollen, och att de har blivit berövade friheten att bestämma över sin kropp. Känslan av att varken duga till att föda barn eller duga som förälder kan infinna sig och påverka starten på föräldraskapet och anknytningen till barnet negativt [1].

Förutom fysiska skador på mor och barn leder kränkningar till försvagade familjeband, ökad risk att drabbas av postpartumdepression och förlossningsrädsla, samt ökad risk för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) både för den födande och partnern [72–74].

Förutom de direkta följderna för den som blir utsatt för kränkningar under sin födsel, leder kränkta rättigheter till minskat förtroende för förlossningsvården [70]. Det finns de som menar att den ökade efterfrågan på planerat kejsarsnitt utan medicinsk orsak och ökningen av så kallade free births (födslar utan närvaro av utbildad personal), båda är en följd av detta skadade förtroende [5].

## Vad du kan göra om du blir utsatt för kränkningar

Om du upplever att du inte blir behandlad på ett respektfullt sätt eller att dina rättigheter blir kränkta i mötet med vårdpersonalen kan du göra följande:

- Upprepa dina önskemål tydligt och högt så att alla hör dig. Om du har skrivit ett födelsebrev, hänvisa till det.
- Be att det som blir sagt dokumenteras i din journal, inhämtade samtycken ska dokumenteras enligt lag. Din stödperson kan också dokumentera (skriva, fotografera etcetera) vad som händer och vad som sägs i rummet.
- Be vårdpersonalen bekräfta att de uppfattat dig rätt.
- Hänvisa till dina rättigheter och var tydlig med att du känner till dem. Om vårdpersonalen inte respekterar att du väljer bort rutiner kan du till exempel hänvisa till Patientlagen [12] och din rätt att ta informerade beslut.
- Be om att få byta barnmorska, läkare och/eller undersköterska om du upplever att de inte respekterar dina rättigheter.
- Be om mer information kring vad de vill göra/gör och varför. Be din stödperson kliva in och försvara dina önskemål.
- Om du upplever att någon försöker att övertala eller tvinga dig till procedurer kan du be om betänketid eller be att få prata med någon annan ur vårdpersonalen för att få deras uppfattning. Du kan också be personalen att lämna rummet under betänketiden för att kunna prata ostört med din stödperson.
- Det kan hjälpa dig att påminna dig själv (och vårdpersonalen) om att du **alltid** har rätt att säga nej. [56]

## Vad du kan göra i efterhand, om du blivit utsatt för kränkningar

*Om du har varit med om kränkningar av dina rättigheter är det väldigt viktigt att du anmäler detta. Du har rätt att få upprättelse och bli erbjuden hjälp att hantera det du varit med om. Din anmälan kan också förhindra att nya kränkningar sker inom mödrahälso- och förlossningsvården. De som ansvarar för vården måste ta varje anmälan på allvar, utreda den och upprätta en plan för att kränkningarna ska upphöra [75,76].*

Det är alltid du själv som avgör om du blivit utsatt för kränkningar eller inte. Det är din upplevelse som räknas. Om vårdpersonalen kränkt dina rättigheter som vi beskrivit i tidigare kapitel, kan du lämna dina syn-punkter och klaga på vården.

Du bör i första hand **vända dig till den som vårdat dig** och/eller avdelningschefen på den mottagning/klinik där du fick vård.

Om du inte vill göra det eller om du inte får respons, kan du i stället kontakta **Patientnämnden** i din region [77]. Patientnämnderna är fristående och opartiska instanser som finns i varje region och arbetar utifrån Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården [75,76]. De förmedlar kontakt mellan vårdtagare och vårdgivare och för statistik över inkomna klagomål för att bidra till hög patientsäkerhet. Klagomål till patientnämnderna omfattas inte av någon preskriptionstid vilket betyder att det inte finns någon tidsfrist för att anmäla.

Patientnämnderna ska även göra **Inspektionen för vård och omsorg (IVO)** [78] uppmärksam på brister och missförhållanden inom vården. IVO är en statlig myndighet som granskar att vården och omsorgen följer lagar och regler. Om du som privatperson har varit med om eller sett brister eller missförhållanden inom hälso- och sjukvården kan du (också anonymt) lämna ett klagomål via deras hemsida. IVO kan inte påverka eller ändra i ett enskilt fall men det är en viktig funktion för att visa på strukturella brister och behov av förändring. Om du har drabbats av en **vårdskada** kan du ha rätt till ekonomisk ersättning från **Regionernas (landstingens) ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)** [79]. En vårdskada är en skada orsakad av vården, till exempel genom felaktig behandling eller ovarsamhet under procedurer. Detta gäller om du vårdats av den regionfinansierade vården. Om du har vårdats av en privat vårdgivare ska du vända dig till det försäkringsbolag som har hand om vårdgivarens patientförsäkring.

Om du anser att du inte blivit lyssnad på när det gäller en vårdskada, bemötande eller kränkning av dina rättigheter har du också möjlighet att pröva ditt ärende via domstol som du får bekosta själv.

IVO har begränsade möjligheter att pröva frågor om samtycke och LÖF har ingen möjlighet att utge patientskadeersättning för bristande samtycke till vård. För att garanteras en prövning om ens självbestämmanderätt har åsidosatts måste man idag vända sig till domstol, vilket få har råd med.

Du kan också anmäla det du varit utsatt för till **Diskrimineringsombudsmannen** eller **polisen**, om du anser att det rör sig om något som kan vara diskriminerande eller brottsligt.

*Du kan läsa mer om hur du går till väga på respektive hemsida (se avsnittet resurser och länkar) eller kontakta Birth Rights Sweden för vägledning och stöd.*

*Ta gärna kontakt med hälso- och sjukvårds-förvaltningen i din region för att påverka dina lokala politiker som fattar beslut om hur hälso- och sjukvården ska utformas.*





# ATT FRÄMJA EN RESPEKTFULL MÖDRAHÄLSO- OCH FÖRLOSSNINGSVÅRD

I det här kapitlet har vi samlat rekommendationer för att främja en mödrahälso- och förlossningsvård som respekterar kvinnans mänskliga rättigheter med fokus på de centrala aspekterna autonomi och delaktighet, integritet och jämlikhet.

Vi är övertygade om att kännedom om de mänskliga rättigheterna i samband med barnafödandet hos **dig som föder**, dig som **vårdpersonal** och dig som **chef inom vården eller politiker** kan bidra till en bättre vård – och fler positiva födselupplevelser.



## Vad kan du som födande göra?

Det är viktigt att du är medveten om dina rättigheter i samband med barnafödandet och din roll i att skydda dessa. Om du har kommit så här långt i boken har du redan lärt dig en hel del om dina rättigheter – grattis. Som vi beskrev i kapitlet om informerat samtycke behöver du ta ansvar. Till exempel behöver du berätta om dina önskemål så att vårdpersonalen kan respektera dem. **Vårdpersonalen är de medicinska experterna och du är expert på din kropp.** Bara du kan uppleva och förmedla vad som känns bra för dig och vad som inte känns bra. Här kommer några tips på hur du kan gå till väga. Vi har fokuserat på själva födseln men du kan även använda detta i samband med vården du får under eller efter graviditeten.

## Sök information

Stärk din autonomi genom att ta reda på så mycket information som möjligt om födseln och vårdens olika procedurer. Det kommer att hjälpa dig att ta informerade beslut. Som vi nämnde har många förlossningskliniker i Sverige egna riktlinjer och rutiner. Du kan i förväg informera dig om dessa och ta ställning till dem. Din barnmorska på mödrahälsovården eller läkare kan vara till stor hjälp.

## Skriv ett födelsebrev

Att skriva ett födelsebrev ger dig möjlighet att tänka igenom vad just du behöver. Det är lika viktigt inför en förväntad vaginal födsel som kejsarfödsel. Ett extra tips för dig som ska föda med ett planerat kejsarsnitt är att läsa om *familjevänligt kejsarsnitt*, också kallat family-centered cesarean section. Brevet ger dig möjligheten att tala om just dina önskemål och behov inför födseln av ditt barn. Att söka information är väldigt viktigt för att kunna skriva ett födelsebrev.

Födelsebrev kallas ibland även för förlossningsplan. Tänk på att det inte går att planera en födsel. Men brevet ger en riktning till dig, stödpersonerna och vårdpersonalen. Är det viktigt för dig att få smärtlindring så tidigt som möjligt – eller strävar du efter att föda så ostörd som möjligt med fokus på icke-medicinsk smärtlindring? Önskar du mycket beröring och fysiskt stöd – eller vill du helst inte bli berörd?

- Prata med andra som har fött barn eller lyssna på berättelser för inspiration. Även här kan du ta hjälp av din barnmorska på mödrahälsovården i god tid före din födsel. Att ha diskuterat kring och tänkt igenom vad som är viktigt för dig när du föder är en stor fördel för alla inblandade.
- Involvera din partner eller din stödpersonen som kommer att vara med dig under födseln så att den personen kan tala för dig under själva födseln.
- Födelsebrevet är inte juridiskt bindande men kan vara ett viktigt verktyg för vårdpersonalen för att stötta dig i dina önskemål. Ett födelsebrev kan spela roll i fall du som födande skulle vara okontaktbar (se förklaring om den så kallade nödregeln på sidan 17). Det du skrivit kan du ta tillbaka när du vill om din uppfattning eller situationen förändras.
- Tänk på att du inte kan kräva en behandling eller procedur, men du kan alltid avstå undersökningar eller behandlingar.
- Be din mödravårdsbarnmorska att dokumentera ditt brev i din journal och ta med dig ett utskrivet exemplar när det är dags att föda. Du kan även spara en digital version på din eller din stödpersons mobiltelefon.

## Fatta informerade beslut

Som vi beskrev ovan ska vårdpersonalen inför varje procedur ge dig möjligheten för ett informerat samtycke. Skulle det inte hända har du rätt att kräva det.

Du kan använda akronymen BRAIN (FRAMI svensk översättning) nedan för att ta beslut, både när du planerar inför din födsel och när du erbjuder olika procedurer under din födsel. Verktöget kan såklart också användas i andra vårdsammanhang så som under och efter graviditeten.

- B** – (**Benefits**) - **Fördelar**, Vilka är fördelarna?
- R** – (**Risks**) - **Risker**, vilka är nackdelarna?
- A** – (**Alternatives**) - **Alternativ**, vilka alternativ finns det?
- I** – (**Intuition**) – **Magkänsla/intuition**, vilken är min magkänsla?
- N** – (**Nothing**) - **Inget**, vad händer om vi gör ingenting eller avvaktar?

Akronymen BRAIN; ur Give birth like a feminist, Hill s. 199 [80].

## Ta hjälp av en doula

En doula är en utbildad stödperson som har som uppgift att stötta dig fysiskt och känslomässigt under graviditet, födseln och tiden efter. Hon har inget medicinskt ansvar. Doulans uppgift är också att skydda din autonomi och dina önskemål när du föder. Doulan är inte en del av vårdpersonalen och hen är bara till för dig. För dig som kommer från ett annat land än Sverige kan det vara intressant att informera dig om det finns en så kallad kulturdoula där du bor. En kulturdoula är en kvinna som pratar samma språk och kommer från samma kultur som du och som kan stötta dig under graviditet, födsel och tiden efter (se avsnittet resurser och länkar för mer information om doulor).



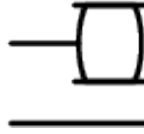
## Vad kan du som vårdpersonal göra?

Hur du som vårdpersonal bemöter den födande är avgörande för hur hen upplever födseln – och hur den kommer att påverka hen, hens barn och familj. Det är lätt att du som vårdpersonal kan känna dig vilsen när det gäller rättigheter och hur du ska hantera vissa situationer, till exempel önskemål som inte går hand i hand med rutinerna på din arbetsplats. För att främja en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård kan du tänka på följande:

- **Värdera alltid graviditet, födsel och eftervård** som unika, existentiella och livsavgörande händelser som kommer att påverka den födande och hennes live fysiskt och mentalt.

- **Försök att se situationen genom den födandes ögon.** Vi kan bli hemmablinda och tappa förmågan att vara empatiska med de födande. Till exempel är vi kanske vana att de födande är nakna – men att blotta sig inför personer man aldrig har träffat förut kan vara en mardröm för vissa födande.
- **Kommer du till den födande eller den födande till dig?** För att arbeta mer individcentrerat kan det hjälpa att fundera på det här: förväntar du dig att den födande anpassar sig till rutinerna som finns på din arbetsplats – eller är det du som kliver in i ett av hens mest intima ögonblick?
- **Skapa en god relation till den födande.** Ta den födandes önskemål på allvar och visa respekt för hens åsikter, särskilt om de avviker från dina. Något som kan hjälpa i mötet med den födande är att alltid fråga dig själv: gynnar detta hens upplevelse, hjälper detta oss i vår strävan att skapa en god relation och en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård [5]? Om ett ingrepp upplevs som kränkande eller ej beror oftast på den relation du har skapat och om den födande upplever att hen har varit fullständigt delaktig i beslutet.
- **Respektera den födandes autonomi.** Som vårdpersonal har du ansvar för att ge korrekt information om procedurer och valmöjligheter och för korrekt dokumentation. Det är den födande som tar beslut efter att du har delgett din information och dina rekommendationer [81]. Du **ansvarar inte för patientens/den födandes beslut** eller utfallet utifrån valet som görs. Kom ihåg att patientens rätt till autonomi och kravet på samtycke **alltid** står över klinikkens riktlinjer och rutiner [12].
- **Kartlägg önskningarna** och ta reda på om den födande har tillräckligt med information eller önskar ytterligare information.
- **Håll din kunskap levande.** Genom att vara påläst kring de olika för- och nackdelarna med olika procedurer blir du trygg i att informera kring dem. Kom ihåg att många riktlinjer och rutiner faktiskt inte är evidensbaserade och det kan finnas för- och nackdelar med dem även om de har blivit rutinvård. Med ökad kunskap blir du också tryggare kring valet den födande gör.
- **Ge neutral information.** Informationen du ger ska så långt det är möjligt baseras på evidens. Var ärlig kring din subjektiva uppfattning när du ger råd utifrån din erfarenhet. Berätta att det är just din personliga uppfattning och vad den grundas på [5]. Det ger båda parter möjlighet att reflektera kring råden du ger. Om något ändras avseende hälsotillståndet hos den födande eller barnet ska du informera om det, så att den födande kan ta ny ställning [12].

- **Presentera alternativa lösningar** och se om det är någon lösning som kan passa er båda, utan att värdera. *Ett exempel kan vara:* Om en födande önskar avstå kontinuerlig CTG-övervakning kan ni komma överens om att du avlyssnar fosterljuden intermittent så länge de är normala, och att du kanske kan få lyssna lite längre stunder, alternativt gå över till kontinuerlig avlyssning/CTG-övervakning om fosterljuden senare visar sig avvika från det normala.
- **Dokumentera önskningarna och vad du informerat om**, till exempel på en white-boardtavla som alla kan se och i journalen. Involvera den födande och stödpersonerna i dokumentationen. Var öppen för att det kan uppstå nya situationer och för att den födande kan ändra sig.
- Du ansvarar för en **tydlig process och planering** [81]. Vid skiftbyte bör planen följas av den personal som tar över ansvaret. Det gynnar inte den födandes upplevelse eller förtroendet för vården att ändra planen utifrån vem som arbetar. En möjlighet kan vara att gå igenom planen tillsammans genom att involvera den födande, dig och personen som tar över ansvaret (så kallad bedside-rapport/överlämning).
- Om ni inte är eniga om planen, diskutera eventuella risker och vem som kan bistå om det uppstår komplikationer. Detta leder till trygghet både för den födande och vårdpersonalen. Du kan också föreslå att inhämta en second opinion, vilket innebär att någon ytterligare ur vårdpersonalen tillfrågas om råd kring planeringen.
- **Hänvisa till lagen.** Om du upplever att kollegor inte stöttar dig i din strävan att respektera den födandes rättigheter kan du hänvisa till Patientlagen [12].
- **Bli medveten om din "maktposition"**. Födande är under oxytocinpåverkan vilket gör dem särskilt följsamma till sina vårdare [82]. Detta tillsammans med maktbalansen som redan finns mellan dig som vårdare och den födande som patient, kan leda till att den födande samtycker till saker som hen sedan ångrar.
- **Att informera och planera redan under graviditeten** skapar trygghet både för dig som vårdar och den som föder. Till exempel kan förväntade procedurer och rutiner gås igenom av barnmorska på mödrahälsovården. Under graviditeten kan en plan utformas i förväg tillsammans med mödrahälsovården och förlossningsvården om den gravida redan då uttryckt önskemål som krockar med vårdens rutiner. Det finns då god tid att söka kunskap och vid behov utbilda vårdpersonalen.



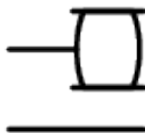
## Vad kan du som chef inom vården göra?

Som chef för en vårdenhet eller avdelning har du ett särskilt ansvar för att skapa en kultur samt riktlinjer och rutiner på din arbetsplats som utgår från de mänskliga rättigheterna och som främjar respektfull mödrahälso- och förlossningsvård. Sveriges vårdapparat har en kort tradition när det gäller patienträtt och informerat samtycke och därför är det viktigt att aktivt arbeta med mänskliga rättigheter.

- Våga prata om bemötande, attityder, värderingar och obstetriskt våld för att **skapa en gemensam värdegrund som utgår från de mänskliga rättigheterna**. Implementera värdegrunden i det dagliga arbetet och kommunicera den inom teamet och utåt mot de födande.
- **Erbjud utbildning** för personalen för att öka kunskap om mänskliga rättigheter i samband med barnafödande och för att säkerställa att personalen har god kunskap om Patientlagen och den tillämpas i praktiken. Utbildningsinsatserna har visat sig vara särskilt effektiva om de erbjuds till multidisciplinära team som arbetar tillsammans [83]. Om möjligt ska utbildningen vara obligatorisk för att säkerställa att kunskapen når alla i teamet och för att understryka dess betydelse. Ta gärna hjälp av Respectful Maternity Care Toolkit [84,85] som tagits fram av International Confederation of Midwives i syfte att hjälpa barnmorskor och verksamheter att utveckla en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård (se resurser och länkar).
- **Använd kollegial auskultation:** Skapa möjlighet för vårdpersonalen att gemensamt dela sina upplevelser och diskutera situationer där vårdpersonalen upplever att det är svårt att värna om patientens rättigheter.
- Inför och utvärdera **arbetssätt som främjar patientens delaktighet och autonomi**, till exempel genom att införa rutiner för inhämtandet av informerat samtycke, rutiner för att öka patientens delaktighet i beslutsfattande [86]. Ett exempel är bedside-överlämning och whiteboardtavla i födselrummet med information om den **överenskomna** planeringen framåt.
- **Säkerställ nollseparation.** Det gäller även i samband med kejsarsnitt. Inför riktlinjer för **familjevänligt kejsarsnitt** [87] (se resurser och länkar).
- **Följ upp klagomål** som lämnats till avdelningen du ansvarar över. Finns det återkommande utmaningar? Handlar det till exempel upprepade gånger om dåligt bemötande? Diskutera klagomålen med teamet, inte på ett dömande sätt riktat mot individuella personer utan på

gruppnivå. En utmaning är att vårdpersonalen sällan träffar de födande igen och det saknas naturliga feedbackloops. För att lära sig av det som har gått fel är det viktigt att gå igenom klagomål tillsammans med vårdpersonalen och de födande.

- **Arbeta aktivt med att uppdatera rutiner och riktlinjer och samtidigt ta bort gamla för att undvika missförstånd:** Var medveten om och ta ställning till mänskliga rättigheter vid utformande och revidering av riktlinjer inom mödrahälso- och förlossningsvård. Är de evidensbaserade? Tar de hänsyn till patientens rättigheter, till exempel informerat val och samtycke, finns den rättigheten inskriven i rutinerna? Är det någon rutin som i sig själv utgör kränkning av de födandes rättigheter? Är rutinerna i linje med WHO:s rekommendationer för en positiv förlossningsupplevelse [29]? Du kan även använda dig av WHO:s riktlinjer som är upprättade för att förhindra kränkningar [8].
- **Arbeta kontinuerligt och systematiskt för att säkerställa en hälsofrämjande arbetsmiljö:** Stress och slimmade verksamheter ökar risken för obstetriskt våld [2].
- Arbeta aktivt för att **motverka medikaliseringen** av födandet. Att förhindra onödiga interventioner är en förutsättning för att främja en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård [88]. Utbilda personalen i fysiologisk födsel. Detta kan bland annat bidra till att uppnå WHO:s rekommendation kring kejsarsnittsfrekvensen [64].



## Vad kan du som politisk beslutsfattare göra?

Som politisk beslutsfattare har du ett stort ansvar över utformningen av vården, det vill säga vilka vårdmodeller som erbjuds och därmed vilka valmöjligheter gravida och födande har. Du kan även arbeta för att synliggöra förekomsten av obstetriskt våld och sätta mål för att uppnå en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård. Du har även stort inflytande över hur resurserna tilldelas vården vilket påverkar förekomsten av obstetriskt våld. Detta gäller även dig som arbetar som beställare av vården inom hälso-sjukvårdsförvaltningen.

- Inför indikatorer för respektfull mödrahälso- och förlossningsvård och förekomsten av obstetriskt våld som kvalitetskriterier. Graviditetsenkäten bör utökas för att inte bara mäta hur bra vården är utan även för att **mäta brister i vården**, det vill säga förekomsten av obstetriskt våld.



- **Verka för erkännandet av obstetriskt våld** som en form av könsrelaterat våld. Upprätta mål för att motverka det.
- Inför bestämmelser i Patientlagen som reglerar **ansvar för lagens efterlevnad**, med särskilt fokus på rättsligt bindande sanktioner mot hälso- och sjukvårdens huvudmän.
- Regionerna bör ge stöd till sjukhusen i arbetet med att upprätta riktlinjer som tar hänsyn till både juridik och evidens.
- Utöka tillgången till **fler vårdmodeller och olika vårdnivåer** för att tillgodose kvinnors rätt till att välja var de vill föda:
  - *Kontinuitetsmodeller*, dvs. att mödrahälso-, förlossnings- och eftervård ombesörjs av samma barnmorska eller team av barnmorskor. Kontinuitetsmodeller minskar risken för medikalisering och interventioner vilket i sin tur har visat sig minska riskerna för kränkningar [2,47]. Goda exempel på kontinuitetsmodeller finns i Stockholm och i andra länder. Rätt vårdnivå och kontinuitet minskar antalet dödfödda och prematurfödda barn, utan att skapa andra komplikationer [47].
  - *Barnmorskeledda enheter*
  - *Hemfödslar*
  - *Kejsarfödslar på egen önskan: I dagsläget finns det ingen statistik över antalet kejsarfödslar på egen önskan och beviljandet av ett kejsarsnitt upplevs godtyckliga. Detta behöver ändras.*
- Se över möjligheten att införa "En god och nära vård" även inom mödrahälso- och förlossningsvården. Det innebär att vården ges nära medborgaren, och att den är personcentrerad, det vill säga baserad på individens behov och förutsättningar. På detta sätt anses både kvaliteten och effektiviteten öka [89].
- **Utveckla vården** inte bara för, utan även **med medborgarna** till exempel genom att bjuda in patientorganisationer (se resurser och länkar).
- Ge regionerna i uppdrag att ha **samstämmiga riktlinjer och rutiner över landet** som är i linje med WHO:s rekommendationer [29,48].
- Upprätta nationella **riktlinjer** för att uppnå målet om en jämlik och respektfull mödrahälso- och förlossningsvård.
- Bidra till **en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård även internationellt**. Europaparlamentet uppmanar medlems-staterna att ta fram gemensamma EU-normer för vården före, under och efter födsel samt att göra det lättare för sakkunniga på området att sinsemellan dela bästa praxis. Detta innebär bland annat att säkerställa att vårdgivare får utbildning dels om kvinnors mänskliga rättigheter, dels om principerna om fritt och informerat samtycke och informerat val inom vård före, under och efter födsel [90].

# FRAMÅTBlickande

Birth Rights Sweden fortsätter att arbeta för en framtid där alla födande ges möjligheten att föda med värdighet och autonomi. Att främja en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård är en kontinuerlig process som kräver engagemang och samarbete från alla parter.

Obstetriskt våld har ingen plats i en respektfull vård. Insatser behövs på alla nivåer – från internationella riktlinjer till nationella handlingsplaner, samt ett aktivt stöd för vårdformer som minskar förekomsten av obstetriskt våld. Regionala och lokala åtgärder krävs också för att säkerställa en gemensam värdegrund och öka kunskapen om vad ett värdigt födande innebär – både för vårdpersonal och födande personer.

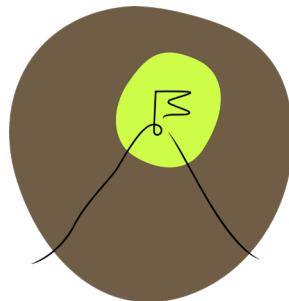
Tillsammans kan vi göra skillnad och skapa en kultur där de mänskliga rättigheterna alltid står i centrum för mödrahälso- och förlossningsvården.

Det är av central betydelse att varje födsel är en positiv och stärkande upplevelse för den födande - och därmed en trygg och hälsosam start i livet för det nyfödda barnet.

Om du som läsare har frågor eller funderingar kring handboken eller idéer och tankar för hur vi kan samverka, hör av dig till oss: [info@birthrightssweden.se](mailto:info@birthrightssweden.se).

Bli medlem eller skänk en gåva för att stötta vårt arbete via [www.birthrightssweden.se](http://www.birthrightssweden.se)

#TillsammansFörRespektfullVård



# LITTERATURFÖRTECKNING

1. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* 2022;**105**, DOI: 10.1016/j.midw.2021.103212.
2. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters* 2018;**26**:6–18.
3. O'Brien E, Rich M. Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet* 2022;**399**:2183–5.
4. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 2015;**12**, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847.
5. Klein-Hayes H. Compassion, Humanity and Equality in Maternal Healthcare. *Fødselsfestivalen*. Drammen, 2023.
6. Olheden F. 10 procent utsatta för övergrepp i den svenska förlossningsvården. *VeckoRevyn* 2022.
7. United Nations. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.*, 1979.
8. World Health Organization. *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth.*, 2015.
9. Birth Rights Sweden. *Rapport Mörkertalet Bortom Statistiken. 400 Kvinnors Vittnesmål Om Mödrahälso-, Förlossnings-Och Eftervården*. Västerås, 2022.
10. Sveriges kommuner och Regioner, Estling E. *Graviditetssenkätens Fritextsvar- Kvinnors Erfarenhet Av Vården under Och Efter Graviditet 1 December 2020 - 31 Maj 2022.*, 2022.
11. Häggsgård C, Rubertsson C, Teleman P et al. Informed consent to midwifery practices and interventions during the second stage of labor -An observational study within the Oneplus trial. *PLoS One* 2024;**19**, DOI: 10.1371/journal.pone.0304418.
12. Regeringskansliet. *Patientlag* (2014:821). Stockholm, 2014.
13. Keedle H, Keedle W, Dahlen HG. Dehumanized, Violated, and Powerless: An Australian Survey of Women's Experiences of Obstetric Violence in the Past 5 Years. *Violence Against Women* 2022, DOI: 10.1177/10778012221140138.
14. Perrotte V, Chaudhary A, Goodman A. "At Least Your Baby Is Healthy" Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open J Obstet Gynecol* 2020;**10**:1544–62.
15. Lazzerini M, Covi B, Mariani I et al. Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet* 2022;**13**, DOI: doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268.
16. Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna. *Europeiska Konventionen Om de Mänskliga Rättigheterna*. Strasbourg, 2010.

17. Council of Europe. *Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence.*, 2011.
18. Svenska Akademien. Svenska Akademiens ordböcker. <https://svenska.se/saol/> 2015.
19. Regeringskansliet. *Regeringsformen* (SFS1974:152). Stockholm, 1974.
20. SMER - Statens medicinsk-etiska råd. *Några Medicinsk-Etiska Begrepp*. Stockholm
21. Faden R, Beauchamp TL. *A History and Theory of Informed Consent*. 1st ed. New York: Oxford University Press, 1986.
22. Unicef. *FNs Konvention Om Barnets Rättigheter*. Stockholm, 2009.
23. United Nations. *Konvention Om Rättigheter För Personer Med Funktionsnedsättning*. New York, 2006.
24. Regeringskansliet. *Hälso- Och Sjukvårdslag (2017:30)*. Stockholm, 2017.
25. United Nations. *Universal Declaration of Human Rights Preamble.*, 1948.
26. Sveriges Riksdag. *Diskrimineringslag (2008:567)*. Stockholm, 2008.
27. Regeringskansliet. *Patientsäkerhetslag (2010:659).*, 2010.
28. Global Respectful Maternity Care Council. *Submission from the Global Respectful Maternity Care Council On the Implementation of the Technical Guidance on the Application of a Human Rights Based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality.*, 2018.
29. World Health Organization. *WHO Recommendations; Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva, 2018.
30. Sveriges Kommuner och Regioner. *Handbok: Vård Av Personer Från Andra Länder*. Lennartsson F (ed.). Stockholm: SKR, 2022.
31. Birth Rights UK. *Consenting to Treatment - Consent: The Key Facts*.
32. Ullsten O, Lindahl H. *Regeringens Proposition Om Samhällets Tillyn Över Hälso- Och Sjukvårdspersonalen m.fl. Prop.1978/79:220*.
33. Schiller R. *Why Human Rights in Childbirth Matter*. 1st ed. London: Pinter & Martin, 2018.
34. Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik. *Etiskt uttalande: När patienter på grund av tillhörighet till viss grupp tackar nej till nödvändig vård -2022-10-12*. 2022.
35. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering S. *Kejsarsnitt På Kvinnans Önskemål - Fördelar Och Nackdelar För Kvinna Och Barn*. Stockholm: SBU, 2021.
36. Socialstyrelsen. *Kejsarsnitt? Ett Kunskapsstöd Inför Beslut Om Planerat Kejsarsnitt Vid Oklara Indikationer*. Stockholm, 2022.
37. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 2018;**62**:240–55.

38. Comeau A, Hutton EK, Simioni J *et al.* Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth* 2018;**45**:311–21.
39. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023;**2023**, DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub3.
40. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J *et al.* Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine* 2019;**14**:59–70.
41. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH *et al.* Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ* 2016;**188**:e80–90.
42. Reitsma A, Simioni J, Brunton G *et al.* Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine* 2020;**21**, DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100319.
43. Hermus MAA, Boesveld IC, Hitzert M *et al.* Defining and describing birth centres in the Netherlands - a component study of the Dutch Birth Centre Study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;**17**, DOI: 10.1186/s12884-017-1375-8.
44. Edmonds JK, Ivanof J, Kafulafula U. Midwife led units: Transforming maternity care globally. *Ann Glob Health* 2020;**86**, DOI: 10.5334/aogh.2794.
45. Duberstein ZT, Brunner J, Panisch LS *et al.* The Biopsychosocial Model and Perinatal Health Care: Determinants of Perinatal Care in a Community Sample. *Front Psychiatry* 2021;**12**, DOI: 10.3389/fpsy.2021.746803.
46. Privat förlossningsenhet öppnar i Göteborg – BB Gårda blir unik i Sverige. *Göteborgs Posten*. 2024.
47. Sandall J, Soltani H, Gates S *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;**2016**, DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
48. World Health Organization. *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. Geneva, 2016.
49. Sveriges Kommuner och Regioner. Nationella vård- och insatsprogram - Uppdrag Psykisk Hälsa.
50. Regeringskansliet. *Lag Om Vård Av Missbrukare i Vissa Fall. Lag (1988:870)*. Stockholm, 1988.
51. Regeringskansliet. *Föräldrabalken (1949:381):SFS(1983:47)*. Stockholm, 1949.
52. Socialstyrelsen. *Anmäla Oro För Barn – Stöd För Anmälningsskyldiga Och Andra Anmälare*. Stockholm, 2022.
53. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010;**111**:201–2.

54. Lokugamage AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reprod Health* 2017;**14**:1–8.
55. Westerberg J, Björkman M. Barnmorskors upplevelse av medikaliseringen inom förlossningsvården samt deras syn på begreppet obstetriskt våld. 2017.
56. Birth Rights Bar Association, National Advocates for Pregnant Women. Birth Rights - A Resource for everyday people to defend human rights during labor and birth. 2020.
57. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet* 2014;**384**:e42–4.
58. Johnson B, Quinlan MM. Technical Versus Public Spheres: A Feminist Analysis of Women’s Rhetoric in the Twilight Sleep Debates of 1914–1916. *Health Commun* 2015;**30**:1076–88.
59. Höjeberg P. *Jordemor- Barnafödandets Historia i Sverige*. 1st ed. Stockholm: Carlsson Bokförlag, 2011.
60. Zampas C, Amin A, O’Hanlon L et al. Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth. 2020;**22**:251–64.
61. Denney D. *Risk and Society*. 1st ed. London: Sage Publications Ltd, 2005.
62. Weckend M, McCullough K, Duffield C et al. Failure to progress or just normal? A constructivist grounded theory of physiological plateaus during childbirth. *Women and Birth* 2024;**37**:229–39.
63. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda, År 2022. *Socialstyrelsens statistikdatabas* 2022.
64. World Health Organization. *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Geneva, 2015.
65. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *En Lag Som Kräver Omtag : Uppföljning Av Patientlagens Genomslag, Med En Fördjupning Om Valfrihet*. Stockholm, 2021.
66. Lokugamage A. Om professionalism och missbruk av riktlinjer och procedurer. *Fødselsfestivalen*. 2023.
67. Prusova K, Churcher L, Tyler A et al. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists guidelines: How evidence-based are they? *J Obstet Gynaecol (Lahore)* 2014;**34**:706–11.
68. Wright JD, Pawar N, Gonzalez JSR et al. Scientific Evidence Underlying the American College of Obstetricians and Gynecologists’ Practice Bulletins. *Obstetrics & Gynecology* 2011;**118**:505–12.
69. Lima JP, Tangamornsuksan W, Guyatt GH. Trustworthy evidence-based versus untrustworthy guidelines: detecting the difference. *Fam Med Community Health* 2023;**11**, DOI: 10.1136/fmch-2023-002437.
70. United Nations. *A Human Rights Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Care Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence*. Geneva, 2019.
71. Hansson M, Dencker A, Lundgren I et al. Job satisfaction in midwives and its association with organisational and psychosocial factors at work: a nation-wide, cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2022;**22**, DOI: 10.1186/s12913-022-07852-3.

72. Taghizadeh Z, Ebadi A, Jaafarpour M. Childbirth violence-based negative health consequences: a qualitative study in Iranian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;**21**, DOI: 10.1186/s12884-021-03986-0.
73. El Founti Khsim I, Martínez Rodríguez M, Riquelme Gallego B et al. Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics* 2022;**12**:2598.
74. SFOG - Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. *Förlossningsrädsla*. Stockholm, 2017.
75. Regeringskansliet. Lag (2017:372) Om Stöd Vid Klagomål Mot Hälso- Och Sjukvården., 2017.
76. Regeringskansliet. Lag Om Ändring i Lagen (2017:372) Om Stöd Vid Klagomål Mot Hälso- Och Sjukvården. Stockholm, 2019.
77. Västra Götalandsregionen. *Kontakta Patientnämnden Med Synpunkter Eller Klagomål*.
78. Inspektionen för vård och omsorg -. Ivo.se.
79. Regionernas (landstingens) ömsesidiga försäkringsbolag. LÖF.
80. Hill M. *Give Birth Like a Feminist - Your Body. Your Baby. Your Choices*. 1st ed. London: Harper Collins Publishers Ltd., 2019.
81. KNOV. *Fødselshjelp Utenom Retningslinjer -Nederländska Riktlinjer Fritt Översatta till Norska Av Marieke Claessen, Specialist i Gynekologi Och Förlossningsvård*. Drammen, 2019.
82. Uvnäs-Moberg K. *Oxytocin: The Biological Guide to Motherhood*. 1st ed. Amnarillo, Texas: Praeclarus Press, 2014.
83. Birth Rights UK. Birth Rights UK - Why birth rights training?
84. International Confederation of Midwives. *Respect Final Facilitator Guide, English*. The Hague, 2020.
85. International Confederation of Midwives. *RESPECT Workshops: A Toolkit*. The Hague, 2020.
86. Socialstyrelsen. *Din Skyldighet Att Informera Och Göra Patienten Delaktig : Handbok För Vårdgivare, Chefer Och Personal : Aktuell Från 1 Januari 2015*. Stockholm, 2015.
87. Schorn MN, Moore E, Spetalnick BM et al. Implementing Family-Centered Cesarean Birth. *J Midwifery Womens Health* 2015;**60**:682–90.
88. Miller S, Abalos E, Chamillard M et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet* 2016;**388**:2176–92.
89. Regeringskansliet, Sveriges kommuner och Regioner. *Överenskommelse Mellan Staten Och Sveriges Kommuner Och Regioner, Om God Och Nära Vård*. Stockholm, 2023.
90. Europaparlamentet. *Sexuell Och Reproaktiv Hälsa Och Rättigheter i EU, Inom Ramen För Hälsa - Europaparlamentets Resolution Av Den 24 Juni 2021 Om Situationen För Sexuell Och Hälsa Och Rättigheter i EU, Inom Ramen För Kvinnors Hälsa.*, 2019.

# RESURSER OCH LÄNKAR

Här har vi samlat länkar där du kan finna mer information. I litteraturförteckningen hittar du mer användbar kunskap.

## Stöd och information

Kulturdoulor finns på flera ställen i Sverige, till exempel i:

- Stockholm <https://kulturdoula.se/>
- Västerbotten <https://www.1177.se/sv-se-x-ll/Vasterbotten/other-languages/other-languages/graviditet---andra-sprak/kulturdoula--andra-sprak/>
- Göteborg <https://tidigtforaldrastod.se/>
- Uppsala <https://regionuppsala.se/samverkanswebben/samverkan-och-utveckling/halsa-och-varld/halsa-och-varld/kulturdoulor-i-uppsala-lan/>

Kontakta din mödravårdsbarnmorska för information om kulturdoulor i din kommun.

Odis, organisationen för doulor och förlossningspedagoger i Sverige: <https://doula.nu/>  
Amningshjälpen: <https://www.amningshjalpen.se/>

## Kontakta vården

För information som gäller i just din region och information om vart du skall vända dig, sök dig fram via 1177: <https://www.1177.se/>

## Klagomål och anmälningar

*Om du vill göra en anmälan men inte vet var du ska vända dig kan du som medlem i Birth Rights Sweden få vägledning av vårt team för att hitta rätt instans.*

Regionernas (landstingens) ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF): <https://lof.se/>

Inspektionen för vård och omsorg (IVO): <https://www.ivo.se/>

Diskrimineringsombudsmannen: <https://www.do.se/>

Polisen: <https://polisen.se/>

Patientnämnder finns i varje region. Sök fram din patientnämnd via 1177: <https://www.1177.se/>



## **Svensk lagstiftning**

2 kap. Regeringsformen: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kungorelse-1974152-om-beslutad-ny-regeringsform\\_sfs-1974-152/#K2](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kungorelse-1974152-om-beslutad-ny-regeringsform_sfs-1974-152/#K2)

Patientlagen: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)

Hälso- och sjukvårdslagen: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730\\_sfs-2017-30/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/)

## **Internationellt, lagar, mänskliga rättigheter och kvinnors rättigheter**

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna:

<https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>

FN:s konvention för avskaffande av allt våld mot kvinnor (CEDAW) Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women:

<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

WHO, The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-based Childbirth: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf)

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i EU, inom ramen för kvinnors hälsa:

[https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314\\_SV.pdf](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_SV.pdf)

White Ribbon Alliance:

<https://whiteribbonalliance.org/>

EU-rapporter om obstetriskt våld:

Obstetric violence in the European Union (2024):

<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/74238fad-0b63-11ef-a251-01aa75ed71a1/language-en>

Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination (2024):

[https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL\\_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478)

## Pågående forskning

The Birth Experience Study, en internationell studie som undersöker kvinnors födelseupplevelser samt förekomsten av obstetriskt våld. I Sverige genomförs studien vid Karolinska Institutet i Stockholm:

<https://birtheexperiencestudy.com/work>

Intersect study, en internationell undersökning av födelserelaterad trauma:

<https://www.intersectstudy.org/>

## Vårdutveckling

WHO:s rekommendationer för förlossningsvården för att främja en positiv förlossningsupplevelse:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

International Confederation of Midwives (ICM): <https://internationalmidwives.org/>

Verktyg för att främja en respektfull mödrahälso- och förlossningsvård: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/12/respect-final-facilitator-guide-english-1.pdf>

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2022/02/english-final-toolkit-respect-2020-nov.pdf>

Familjevänligt kejsarsnitt: <https://preggers.app/sv/gravid/forlossning/olika-forlossningssatt/familjevanligt-kejsarsnitt>

Studie om införandet av familjevänligt kejsarsnitt: [https://www.researchgate.net/publication/285371416\\_Implementing\\_Family-Centered\\_Cesarean\\_Birth](https://www.researchgate.net/publication/285371416_Implementing_Family-Centered_Cesarean_Birth)

Sveriges kommuner och regioner (SKR), om "Nära vård": <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

## Medlemsorganisationer

Birth Rights Sweden: <https://www.birtrightssweden.se/>

Prematurförbundet: <https://prematurforbundet.se/>

Spädbarnsfonden: <https://www.spadbarnsfonden.se/>

Preeklampsiföreningen: <https://preeklampsi.se/>

Sveriges Kvinnoorganisationer: <https://sverigeskvinnoorganisationer.se/>



Birth Rights Sweden är en ideell förening som  
representerar alla som föder barn i Sverige.  
Vi verkar för självbestämmande, integritet och värdighet  
i samband med graviditet, födsel och tiden efter.  
Bli medlem och stötta vårt arbete!



- 📘 [birthrightssweden](#)
- 📷 [birth\\_rights\\_sweden](#)
- ✉️ [info@birthrightssweden.com](mailto:info@birthrightssweden.com)

Copyright © Birth Rights Sweden, 2025