



LUNDS
UNIVERSITET

Normalisering av bristfälligt bemötande och fysiska skador inom den svenska förlossningsvården.

Av: Anna Torén

LUNDS UNIVERSITET
Rättssociologiska institutionen

Kandidatuppsats (RÄSK02)
Vårtermin 2014



Handledare: Eva Schömer

Examinator: Reza Banakar

Förord

Tack till de kvinnor som har ställt upp med sina berättelser och erfarenheter.
Utan er hade inte detta arbete varit möjligt.

Lund, våren 2014

”Jag gick till mötet i tron om att det var för att jag skulle få en remiss skriven till en specialist. Istället fick jag lyssna på hur ännu en läkare försökte övertala mig om att jag inte alls har någon allvarlig bristning i underlivet, utan att ens ha undersökt mig”

- Karin, förstföderska, 3:e gradens sfinkterskada

Innehållsförteckning

1. Inledning	s. 7
1.1 Syfte och frågeställning.....	s. 7
1.2 Avgränsning	s. 7
2. Teoretisk utgångspunkt	s. 8
2.1 Michel Foucault.....	s. 8
2.2 Feministisk teori	s. 9
2.3. Simone de Beauvoir	s. 9
2.4 Karin Johannisson - Kvinnan vet inget om sin kropp.....	s.10
2.5 Beverley Skeggs - Att skapa mödrar	s. 11
3. Bakgrund och tidigare forskning.....	s. 12
3.1 Medikalisering – kvinnan som ständigt sjuk.....	s. 12
3.2 Tidigare forskning.....	s. 13
3.3 Socialstyrelsen – antalet skador ökar	s. 13
3.4 Debatten tar nya vägar	s. 14
4. Rättssociologiskt perspektiv	s. 15
4.1 Normer	s. 16
5. Metod.....	s. 17
5.1 Kvinnoforskning – Ett feministiskt perspektiv.....	s. 17
5.2 Metodiskt tillvägagångssätt	s. 18
5.3 Etiska aspekter	s. 19
5.4 Kritisk diskursanalys.....	s. 19
5.5 Vetenskaplig utgångspunkt	s. 20
5.6 Metodkritik.....	s. 20
6. Rättsliga ramar för förlossningsvård	s. 21
6.1 Säkerhet för patienten.....	s. 22
6.2 Från Sjukvårdslag till Hälso-och sjukvårdslag.....	s. 22
6.3 Lex Maria – skyldighet att rapportera	s. 23
6.4 SOU 2011:48 Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet.....	s. 23
6.5 SOU 1996:133 Jämställd vård – olika vård på lika villkor ..	s. 24
6.6 Anmälningbenägenhet	s. 25
7. Kvinnor, förlossning och eftervård.....	s. 26
7.1 Maria 25 år, förstföderska	s. 26
7.2 Nora 26 år, två barn.....	s. 27
7.3 Karolina 24 år, två barn	s. 28
7.4 Ebba 27 år, två barn	s. 29
7.5 Lotta 24 år, tre barn	s. 30

7.6 Frida 24 år, två barn	s. 30
7.7 Annika 25 år, förstföderska.....	s. 31
7.8 Karin 25 år, förstföderska	s. 32
8. Analys	s. 35
8.1 Bemötandet.....	s. 37
8.2 Maktrelation	s. 38
8.3 Normaliseringsprocess	s. 39
8.4 Rättens betydelse för kvinnors hälsa vid förlossning	s. 39
9. Avslutande sammanfattning	s. 42
9.1 Ökad medvetenhet.....	s. 44
9.2 Framtida forskning.....	s. 45

Sammanfattning

Detta arbete har som syfte att belysa hur bristfälligt bemötande och behandling av fysiska skador har normaliserats inom den svenska förlossningsvården. Det innebär samtidigt att belysa de argument som används för att marginalisera dessa skador. Åkommorna som berörs är både fysiska och psykiska. De kan vara i form av underlivsbristningar eller ett psykiskt lidande på grund av bristande information och bemötande från sjukvårdens personal. Att patienten inte har upplevt att hon fått vara delaktig i den behandling som rör henne och hennes egen kropp. Även att de frågor som ställts och den oro som uttryckts inte alltid bemötts med svar eller allvar.

Arbetet fokuserar även på det rättsliga skydd som finns i Hälso-och sjukvårdslagen och som har till syfte att garantera alla människor en likvärdig vård.

Arbetet har även stöd ur olika teorier och de som används är, bland andra, Michel Foucaults och hans begrepp om makt, där maktrelationen som finns mellan läkaren och patienten behandlas.

Maktsituationen mellan den manliga läkaren och kvinnan som patient. Perspektivet utgår även från ett makro-plan och de genusstrukturer som råder mellan män och kvinnor i samhället i stort.

Ett feministiskt perspektiv har använts i arbetet. Jag har utgått från tre kvinnor och deras teorier och studier om kvinnor, reproduktionen och att bli mor.

Simone de Beauvoir var en framstående filosof och feminist. I detta arbetat har jag använt mig av hennes teori om hur kvinnor marginaliseras inom vården och hur kvinnor ofta undviker kontakt med vården i ärenden som rör reproduktionen, i rädsla för att bli avvisade och inte bli tagna på allvar.

Karin Johannisson teorier vill visa på hur kvinnors många tillstånd i samband med reproduktionen har gjorts till sjukdomstillstånd genom åren och även till normala sådana. Där en läkarkår, som dominerats av män, har haft övertaget till att kunna bestämma vad som varit rätt och fel för kvinnan och hennes kropp. Johannisson vill även visa hur kvinnan lättare och naturligare har sagts finna sig i rollen som patient och underordnad läkaren än vad patienter av manligt kön påstås göra.

Jag har slutligen använt mig av Beverley Skeggs studie om hur kvinnor formas till att vara en god och respektabel moder. Detta sker genom att vårdpersonal har en del i överföringen av bilden av hur en sådan moder är och bör handla.

Det metodiska tillvägagångssättet har förts genom samhällsvetenskaplig och juridisk metod. Den har även varit kvalitativ. Jag har genomfört ostrukturerade intervjuer med åtta kvinnor som har berättat om sin upplevelse av förlossning, bemötande, skador och vården runtomkring dem. Metoden har även en feministisk prägel då den hjälper oss att visa hur kvinnor själva är kapabla att reflektera kring sin egen situation och behöver inte studeras som objekt.

Här finns också inslag av kritisk diskursanalys för att se om kvinnornas olika berättelser och upplevelser från förlossningsvården och bemötandet i denna, har någon eller några gemensamma drag.

I resultatredovisningen *Kvinnor, förlossning och eftervård* har jag valt att låta intervjumaterialet från mötena med kvinnorna utgöra en stor del av detta arbete. Jag vill att läsaren ska ha en möjlighet att ta del av hur mötet mellan kvinnan och förlossningsvården kan se ut.

Slutsatserna som går att dra utifrån arbetet är att lagens åsyftade verkningar i dessa fall inte är uppfyllda. Idag kan inte vård och värdigt bemötande garanteras i samband med förlossning i Sverige. Det behövs förändringar och omprioriteringar för att nå förbättringar. De som innehar maktpositioner, i arbetslivet eller politiskt måste finna nya metoder att arbeta med för att undvika att vårdskador och bristande bemötande kan fortgå.

Nyckelord: Rättssociologi, normer, förlossning, kvinnor, feminism, makt, vårdskador, förlossningsvården, patientsäkerhet.

1. Inledning

I dagens Sverige kan kvinnor fortfarande drabbas av allvarliga skador i samband med att de föder barn. Det skulle inte behöva vara så eftersom att det finns enkla metoder för att undvika att kvinnans kropp skadas. Trots det utökas fortfarande antalet kvinnor som drabbas av en vårdskada.

Parallellt med de kroppsliga skadorna går det även att se hur kvinnor upplever bemötandet från sjukvårdens sida som negativt i samband med att de är i kontakt med förlossningsvården.

Syftet med detta arbete kommer att vara att urskilja de argument som används för att förklara dessa skador och bristande bemötande som naturligt och normalt, hur kvinnors skador marginaliseras genom normaliseringsprocesser. I detta arbete låter jag åtta kvinnor dela med sig av sina erfarenheter av de skador de har orsakats i svensk sjukvård i samband med sina graviditeter och förlossningar och det bemötande som har förekommit i sammanhanget.

Jag vill att de brister som förekommer idag inom förlossningsvården ska komma till kännedom för alla som själva är, eller känner en kvinna som någon gång kommer att föda barn. Jag har en övertygelse om att information och medvetenhet är ett starkt verktyg i att kunna påverka sin situation till det bättre. Det handlar om att som kvinna, ställa krav för sin kropp och sitt eget välmående, samt att låta ämnet belysas för att kunna leda till ett steg mot en patientvård som inte tillåter att kvinnors skador marginaliseras och nedprioriteras.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att visa på de normaliseringsprocesser som kvinnor kan drabbas av inom förlossningsvården. Syftet är även att urskilja de argument som används för att marginalisera kvinnors skador. Med bakgrund av detta är det även viktigt att se till de rättsliga ramar som finns för att reglerar detta området.

Jag valt att ha följande frågeställningar:

1. På vilket sätt reglerar Hälso- och sjukvårdslagen de skador som kvinnor drabbas av i samband med förlossning?
2. Vilket rättsligt skydd finns det för kvinnor som har drabbats av förlossningsskador?
3. Sker det en normalisering av de skador som kvinnor drabbas av inom förlossningsvården? Vilka uttryck tar sig dessa normaliseringsprocesser?

1.2 Avgränsning

Området som berör förlossningsvården kan göras väldigt brett. Jag har därför valt att göra en avgränsning där fokus är att belysa hur kvinnor upplever bemötandet av dem och deras fysiska men när de har vistats inom sjukvården i samband med barnafödande. Jag har inte som syfte att beröra de skador som kan uppstå på barn under förlossningen. Detta arbete är endast inriktat på hur den gravida och födande kvinnan bemöts när hon blir skadad under förlossning, samt de argument som används för att neutralisera och marginalisera dessa brister i vården.

2. Teoretisk utgångspunkt

De teoretiska utgångspunkterna som jag har valt att använda mig av i detta arbete är Michel Foucaults begrepp om makt då jag anser att det stämmer väl in på relationen läkare patient, i dessa fallen även relationen manlig läkare och kvinnlig patient. I de berättelser vi kommer att ta del av från de åtta kvinnorna är läkaren ofta en man i de stunder kvinnan upplever sig nedtystad eller får berättat för sig att hennes underlivsskada är naturlig och normal eller att hennes frågor är obetydliga.

Foucaults maktbegrepp är också intressant i detta sammanhang eftersom det medicinska yrket är starkt förknippat med makt och att denna kunskapsposition traditionellt inte ifrågasätts.

Jag använder mig även av tre teorier om kvinnan och hennes position i kontakt med vården i samband med frågor som rör reproduktionen. Simone de Beauvoir, Karin Johannisson och Beverley Skeggs bidrar med den feministiska inriktningen i arbetet.

2.1 Michel Foucault

Makten i medicinyrket

Som övergripande teoretisk utgångspunkt används Michel Foucault och hans begrepp om makt som ett medel för att korrigera och normalisera. I sitt arbete från 1963 "klinikens födelse" (Naissance de la clinique) beskriver Foucault hur nya maktrelationer uppstår när medicinen blir ett yrke under perioden 1760-1810 och som då kopplas till profession, auktoritet, och läkare som nu går under skyddet av institutioner med makt att fatta beslut¹. Läkaryrket får under denna period en egen utbildning som på sådant sätt undanröjer de som tidigare behandlat människor, så kallade "kvacksalvare". I och med den egna utbildningen inom medicin får yrket status och det stadgas i lag att ingen annan får ägna sig åt läkekonst förutom den som kan intyga sig vara utbildad till yrket².

Läkaren tillskrivs status som går hand i hand med tanken om att denna innehar en total kunskap, vilket leder till att patienten hamnar i en annan relation till läkaren, där hon nu kan studeras som ett objekt, en kropp³.

Patienten kan på detta sätt styras under läkaryrket och medicinens makt där deras kunskap ses som total, vilket i sin tur leder till att patienten inte ifrågasätter läkarens ord. Foucault har liknat läkare patient-relationen med den som kan ses hos den disciplinerade soldaten som blint lyder order utan att ifrågasätta⁴. Den patient som ändå skulle motsäga sig att ställa upp som ett objekt för läkaren gör sig då skyldig till otacksamhet, en gräns har överskridits för vad som är tillåtet i patientpositionen⁵. Foucault pekar också på vikten av att se på dagens vetenskap som morgondagens uttryck för vad som kan

1 Foucault (1973) s.251

2 Ibid s.19,20

3 Ibid s. 21,28

4 Foucault (1975) s.166

5 Foucault (1973) s. 84

beskrivas som "vettlös och barbarisk". Att framtidens medicin kommer att kunna se tillbaka på dagens utövande som obegriplig utifrån kommande tiders diskurser⁶.

Foucault menade att diskurser ofta är ett maktmedel som i detta fall kan ta sig uttryck i den hierarkiska ordning som går att finna i relationen mellan läkare och patient. Där läkaren är den som har auktoriteten att kunna göra ett uttalande om vad som är fel på patienten samtidigt som patienten är i en roll där hon bara tillåts att gissa⁷. I denna relation ingår regler och gränser som inte får överstigas av den som är patient. Görs detta kan hon bli "stämplad" som jobbig, att hon överdriver sina krämpor⁸. Det finns en tydlig gräns för vad en patient tillåts säga inom vården för att undvika att riskera att inte bli tagen på allvar. Patienten betraktas som ett objekt och har inte chans till en subjeksposition, vilket kan följa av strukturella förhållanden som exempelvis utgår ifrån personens etnicitet, klass eller kön⁹. Utifrån Foucaults perspektiv om makt kan det först ske om frågan tas upp på dagordningen av de som tar de politiska och ekonomiska besluten, de som har makten. En annan form av makt är att välja att inte ta upp ett ämne på dagordningen¹⁰.

2.2 Feministisk teori

Utöver Foucaults teori som spänner över hela arbetet, använder jag feministisk teori för att ytterligare rikta in fokus mot hur kvinnor blir bemötta när det handlar om hennes kropp, att föda barn, skador och att bli mor. Jag har valt Simone de Beauvoir till min hjälp. Trots att det var länge sedan hon verkade är hennes teori om hur kvinnor marginaliseras inom vården högst aktuell även idag. Jag använder mig även av Karin Johannissons *Den mörka kontinenten*, där kvinnan genom historien har förklarats som det svaga könet och som den perfekta patienten då hon mycket lättare finner sig i den underordnade rollen än vad mannen gör. Här nämns även hur kvinnans naturliga stadier, i samband med reproduktionen, har gjorts till sjukdomstillstånd. Beverley Skeggs har genom sin studie, *Att bli respektabel* visat hur sjukvården och dess personal i samband med reproduktionen och barnsörd undermedvetet och aktivt överför bilden av den respektabla och goda modern till kvinnan som just blivit mor.

2.3 Simone de Beauvoir

Simone de Beauvoir (1908-1986) var filosof och feminist, hon skrev i sitt kända verk *Det andra könet* om kvinnans olika stadier i livet. Där skriver de Beauvoir bland mycket annat om hur kvinnan har fått tilldelad sig uppgiften att reproducera, att skaffa barn, och som att detta är hennes ända uppgift, samt att det är endast på det sättet som hon kan fullborda sitt fysiologiska öde, hennes naturliga kallelse att träda

6 Nordenfelt (2012) s.242

7 Foucault (1973) s.19,20

8 Ibid s.21, 28

9 Foucault (1975) s.166

10 Ibid s. 126

in i moderskapet¹¹. I vårdens bemötande av kvinnor skriver de Beauvior om hur kvinnor av en högre klass hade möjlighet att söka sig till vård utomlands, gentemot att de kunde betala för vården själva. På så sätt kunde de försäkra sig om att vården hon skulle få var omsorgsfull och att hon skulle bli hänsynsfullt behandlad¹².

Här beskrev de Beauvior också hur kvinnor drar sig för att ta kontakt med sjukvården och läkare för att berätta om sina krämpor och skador, i vånda inför att behöva vädja om vård eller att riskera att bli avvisade och inte tagna på allvar¹³. I relationen manlig läkare och kvinnlig patient tar de Beauvior upp hur manliga läkare och vårdpersonal har en benägenhet att ta lätt på de problem som kvinnor söker sjukvård för. Hur krämpor i samband med reproduktionscykeln leder till att kvinnan åter igen får höra att allt är normalt, just för att hon är kvinna och söker vård för en krämpa som kan kopplas till reproduktionen¹⁴.

2.4 Karin Johannisson- Kvinnan vet inget om sin kropp

Genom tiderna har kvinnors olika livstillstånd gjorts till sjukdom av den läkarkår som har sagt sig ha professionen att påvisa kunskap om vad som är rätt och fel för kvinnan. Graviditet ansågs som det enda tecknet för fullbordad kvinnlighet¹⁵. Under 1800-talets mitt kände alla kvinnor någon som hade dött i barnsäng, till följd av en svår förlossning och brist på läkare då ingen annan fick hjälpa kvinnan genom förlossningen om han eller hon inte var utbildad¹⁶.

Johannisson visar också hur fokus om vem av modern och barnet som ska prioriteras vid komplikationer under förlossningen har skiftat över tid. Vem som prioriterades bestämdes mycket och mycket av vilken människosyn som rådde enligt religionen¹⁷. Under 1930-talet gick det att se hur en förändring skett och det blev prioritet att undvika förlossningsskador på kvinnan och samtidigt få fram ett välmående barn. Det blev ett sätt för nationen att kunna visa på landets medicinska framsteg vid nationella mätningar. Detta gav i sin tur nya metoder för att göra förlossningar säkrare. Exempel på detta är nya lägen och positioner att föda i, klipp i underlivet och kejsarsnitt¹⁸.

Kvinnan i rollen som patient gentemot läkaren som oftast var en man, betraktades som en del av en hierarkisk tradition där kvinnan är underordnad och där den underordnade patientrollen var en del av den kvinnliga sjukrollen. Det går att se hur läkare beskriver kvinnor som mer lämpade som patienter eftersom att de är "lättare att handskas med" samt "finner sig bättre i rollen än vad mannen gör".¹⁹

Makten låg hos läkaren att utveckla och tolka kvinnans sjukdom så att han kunde visa på sin

11 Beauvior (1949) s. 577

12 Ibid s.581

13 Ibid s.584

14 Ibid s.585

15 Johannisson (1994) s.119

16 Ibid s.120

17 Ibid s.123

18 Ibid s.125

19 Ibid s. 255,256

professionella roll gentemot patienten. Kvinnan bedömdes ofta efter tre tydliga områden. Det första var att hon gjordes sjukare än vad hon egentligen var genom att få berättat för sig om hennes svaghet utifrån sitt kön. Det andra är att osynliggöra, det vill säga att kvinnors krämpor och skador sågs som ovidkommande, med andra ord, oviktiga. I det tredje stadiet var uppfattningen att kvinnor som sökte vård överdrev sina bekymmer²⁰.

2.5 Beverley Skeggs - Att skapa mödrar

Utifrån Beverley Skeggs studie av hur kvinnor görs respektabla genom att reproducera och projicerar den "rätta" bilden av hur en kvinna är en god mor på andra kvinnor tar hon upp personal inom sjukvården som ett tydligt exempel. De som jobbar inom vårddyrket är ofta kvinnor och de ser det som sin "roll", medvetet eller omedvetet att vara den som vårdar²¹. Inom vården i samband med eftervård av det nyfödda barnet ser kvinnorna i vårddyrket det som sin roll att ge mödrar och blivande mödrar "goda råd". Ett sätt att överföra en bild till kvinnan om hur en ansvarsfull, respektabel och omvårdande moder är den "rätta" modern. På detta sätt övervakas kvinnan till att uppfostra och sköta sitt barn på "rätt sätt", vilket samtidigt innebär att skydda och bevara det respektabla moderskapet²². Makten som utövas av vårdpersonal, omedvetet eller medvetet är ett sätt att bekräfta samt skapa normer om den goda modern via tukt, belöning och manipulering av kvinnan som väntar barn eller nyss blivit mor²³.

20 Ibid s. 259

21 Skeggs (2011) s.71,72

22 Ibid s.74, 81, 129

23 Ibid s.80

3. Bakgrund och tidigare forskning

Sedan 1970-talet har antalet skador i samband med förlossning ökat. Sverige ligger idag i topp över de nordiska länderna när det gäller antalet kvinnor som blir skadade i samband med att de föder barn.

Några av de förklaringar som sjukvården ger på problemet om skador är att kvinnan är för gammal, att hon är förstföderska eller att hon kan räknas som överviktigt eller fet²⁴. Sugklocka, det instrument som kan användas vid förlossning för att snabbt hjälpa kvinnan att föda fram barnet så att inte komplikationer uppstår på barnet, är även en stor del i varför svåra skador drabbar kvinnan. Det leder ofta till att framdrivande av barnet går så snabbt att kroppen inte hinner ställa om och ur detta är det lättare att en bristning uppkommer. Förlossningen sägs i sådant fall ha forcerats fram²⁵.

Denna typ av skador är egentligen enkla att förebygga med ett enkelt handgrepp, så kallat perinealskydd vilket betyder att kvinnans mellangård får stöd av barnmorskans hand medan barnets huvud pressas fram. Detta sätt att skydda kvinnan under förlossningen används i Finland och Norge men är inte standard att använda i Sverige²⁶. Förklaringen som ges till varför det är så, är att Socialstyrelsen har sagt att problemet inte är tillräckligt allvarligt²⁷.

Kvinnor som drabbats av skador i samband med sitt barnafödande får ofta till svars från vården att deras skada är helt naturlig och normal efter att ha fött barn. Kvinnor uppger också att behandling för den skada som de drabbats av, en så kallad "återställning", inte alltid kan erbjudas av det landsting de tillhör. Många ställs idag inför beslutet om att själva betala för den vård som behövs för att återställa de skador och bristningar de har drabbats av. En summa som kan variera mellan 25 000 – 40 000 kronor²⁸. Men de fysiska skadorna är inte hela problematiken. Problematiken är, som tidigare nämnt även att många kvinnor är missnöjda med bemötandet och den information de får innan, under och efter att de har fött barn²⁹.

3.1 Medikalisering – kvinnan som ständigt sjuk

Sedan sekelskiftet 1900-talet har det skett en intensiv medikalisering av kvinnokroppen, där tyngden har legat på hennes vilja och förmåga att reproducera barn. I samband med detta tilldelas kvinnan en sjukroll som därmed betraktades som ett normalt tillstånd för henne. Detta tillstånd skulle kontrolleras och bedömas av läkare. Vad som var rätt eller fel med kvinnan och hennes kropp var upp till sjukvården och läkaren att avgöra. Hon framställdes som sjuk, just enbart utifrån det faktum att hon var kvinna. På detta sätt har sjukdom och krämpor blivit klassat som något normalt för kvinnan oavsett hennes livstillstånd³⁰.

24 Svenska dagbladet. Fler orsaker till att förlossningsskadorna ökar

25 Ibid

26 Svt.se många förlossningsskador hade kunnat undvikas

27 Ibid

28 dn.se Skadade mödrar tvingas till privat operation

29 Svd.se Gynvård på karolinska får mest klagomål

30 Johannisson (1994) s. 8

Sjukdom kopplades tidigare till dödsfall. Idag ser vi ofta på sjukdom och skador som någonting som främst påverkar och hotar vår livskvalitet med arbetsförmåga och socialt umgänge³¹. Historiskt sett kan man säga att kvinnors besvär beskrivits och bemötts på två sätt. Det första menar att hon inte är trovärdig och troligtvis enbart överdriver sin situation och sina krämpor. Det andra är att kvinnans kroppsliga funktioner och reproduktionscykel har stämplat som ett sjukdomstillstånd. Exempel på sådana tillstånd är menstruation, graviditet, barnafödande och klimakteriet³². Denna kvinnans livscykel behandlades först enbart av andra kvinnor men är ett område som de manliga läkarna tog över. De definierade dessa tillstånd som sjukdomar som endast av en läkare kan avgöras vad som är rätt och fel med hennes kropp. Anledningen till att få bort kvinnorna, som tidigare varit de som behandlade dessa områden, var för att kunna behålla en hög status av yrket³³. Därav har kvinnors krämpor, skador och sjukdomar kommit att ses som någonting normalt och naturligt. Allvarliga skador i samband med förlossning blev en självklar del av att vara kvinna. Medikaliseringen är alltså en process där gränserna för vad som är sjukdom, frisk, avvikande och normalt ständigt förskjuts. Denna gränsförskjutning kan visa på hur tillstånd och besvär kan komma att klassas som normalt³⁴.

3.2 Tidigare forskning

Tidigare forskning inom området har visat att det bemötande som kvinnan upplever i samband med förlossning och direkt efteråt har en mycket stark påverkan på henne själv, hur hon identifierar sig i rollen som mamma och i relation till sin egen kropp. Om kvinnan har upplevt sig vara maktlös, utlämnad och sårbar har det ofta en direkt koppling till hur hon har upplevt bemötandet från sjukvården och personalen³⁵.

3.3 Socialstyrelsen – antalet skador ökar

Utifrån Socialstyrelsens undersökning om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn från 2013 går det att se hur antalet förstföderskor som drabbats av de grövsta underlivsbristningarna uppgick till 6 procent i jämförelse med Finlands 0,5 procent av kvinnor som drabbas av underlivsskada i samband med förlossning³⁶. Här nämns vikten av att kunna undvika dessa skador på kvinnan genom att så långt det är möjligt undvika att framdrivande av barnet forceras fram. Användandet av perinealskydd tas även upp som en av de mest effektiva metoderna för att undvika dessa skador³⁷.

31 Lindqvist (1997) s.14

32 Ibid s. 22

33 Ibid s. 22,23

34 Ibid s. 48

35 women´s experiences following severe perinatal trauma: a qualitative study s. 2

36 Socialstyrelsen "Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn" (2013) s.8

37 Ibid s. 47, 48

Socialstyrelsen pekar också på de faktorer som kan påverka och öka risken för att kvinnan drabbas, här nämns användandet av instrument som sugklocka och förlossningstång, men även om barnet hinner växa sig för stort innan förlossningen. Skador som drabbar kvinnors underliv och ändtarmsmuskulatur ökar risken för inkontinens och påfrestande smärtor i underlivet³⁸.

3.4 Debatten tar nya vägar

I bloggar, TV-debatter och debattinlägg har kvinnor hittat ett sätt att försöka nå ut med sina upplevelser för att kunna berätta om de vårdskador de har drabbats av i samband med förlossning. De ställer sig även kritiska till det bemötande och den behandling som de själva har fått i samband med att de varit i kontakt med förlossningsvården och när de föder barn. Det är ofta de drabbade själva som vill se en förändring i vård och bemötande, synen och inställningen till de skador som uppkommer och att detta är frågor som måste tas på allvar för att kunna leda till förändring och förbättring. Det talas om ett folkhälsoproblem som pågår i det tysta, skador som beläggs med ett tabu när en kvinna som föder barn blir skadad innanför sjukvårdens väggar. De ämnen som har debatterats är bristningar och skador i samband med förlossning, personalbrist, personalens bristfälliga bemötande av patienter och risken att nekas plats på förlossningsavdelning. Att skadorna tystats ned, eller beskrivs som helt normala och naturliga efter barnafödande samt att kvinnan nekas vård för den vårdskada hon drabbats av, tycks här vara mer regel än undantag³⁹.

38 Ibid s. 48

39 [Www.svt.se/ug/allvarliga-forlossningsskador-syns-inte-i-journalerna](http://www.svt.se/ug/allvarliga-forlossningsskador-syns-inte-i-journalerna)

4. Rättssociologiskt perspektiv

Det rättssociologiska perspektivet visar på hur normer som rör ett område kan leda till att skador och bristande bemötande från sjukvården kan normaliseras. Utifrån Thomas Mathiesen går det i detta arbete att se hur lagar kan ha en symbolisk funktion som är tyngre än den trygghet de kan ge⁴⁰.

Rättssociologin har bland annat som uppgift att belysa och analysera rätten i samhället, att se hur rätten verkar på samhällsförhållandena⁴¹. Som ett av sina viktigaste åtaganden har rättssociologin till uppgift att analysera rättens mer eller mindre åsyftade verkningar samt att lyfta fram dolda och synliga sidor av inflytande och makt i samhället⁴². Med bakgrund av detta kan vi med hjälp av rättssociologin se från rätten ut i samhället, ifall den lagstiftning som framläggs här uppfyller sina åsyftade verkningar⁴³. I detta arbete belyser jag om HSL ökar kvinnors säkerhet i samband med att de ska föda barn. Enligt rättssociologen Thomas Mathiesen har lagstiftningen många gånger en mer symbolisk funktion som ger en lugnande känsla hos medborgare i ett samhälle, även att lagar ger uttryck för ett ideal snarare än verkliga mål och därav görs inte alltid så många praktiska försök att leva upp till den standard som står skrivet i lag⁴⁴. Lagens åsyftade verkningar uppnås enbart av att olika intressen drar åt samma håll. Exempelvis ekonomiska, politiska och sociala⁴⁵. Inom rättssociologin ser man även samhällets möjlighet att påverka rätten och lagstiftningen. Den rådande opinionen och samhällsdebatter kan leda till att bestämmelser och lagar genomgår en förändring, att det görs utredningar i frågan om lagen har någon åsyftad verkan och att på så sätt se rätten ur ett samhällsperspektiv⁴⁶. De åsyftade verkningarna samspekar även med sociologiska aspekter som kan förhindra att dessa åsyftade målen inte uppnås⁴⁷. I detta arbete kan sådana sociologiska aspekter vara kön och den maktradition som finns inom den medicinska vetenskapen, vilket i sin tur kan leda till att lagar om patientsäkerhet och rätt till hälso- och sjukvård inte alltid uppfylls för kvinnor. I föregående kapitel, Rättsliga ramar, kan vi se att HSL och PSL är till för att försäkra att alla samhällets medborgare får en god vård, samt att skydda dem mot olika former av vårdskador. Dessa skyddslagar är även till för kvinnor. Med bakgrund av detta kan vi fråga oss i vilken omfattning kvinnor upplever att de har ett rättsligt skydd och i vilken omfattning de använder sig av detta. Ämnet är rättssociologiskt relevant då det handlar om en grupp i samhället, kvinnor, som står mot en stor vårdapparat som bidrar till att en normalisering av fysiska och psykiska men i samband med barnafödande idag sker.

40 Mathiesen (2005) s.74

41 Ibid s.16

42 Ibid s.81, 127

43 Ibid s. 29

44 Ibid s.74

45 Ibid s.120

46 Ibid s. 57

47 Ibid s. 59,60

4.1 Normer

Följande avsnitt om normer och dess uppkomst fyller funktionen av att ge läsaren en förståelse för hur de skador som kvinnor drabbas av inom förlossningsvården kan leda till normaliseringsprocesser och hur sådana går till.

Baier & Svensson beskriver normer som handlingsanvisningar för hur människor ska kunna leva och fungera i grupper och samhällen. Människors handlande som individer styrs sällan enbart av de lagar, rättsliga normer, som finns runt omkring oss utan av oskrivna regler, normer.⁴⁸

Normer tillkommer och uppstår av att de har en grund och ett ursprung i attityder och värderingar om hur någonting bör vara. De kan fortleva när ett tillräckligt stort antal människor tar de till sig som det givna sättet att handla⁴⁹. Människor skapar dessa normer och det råder inte sällan en annan ordning än den som anges i de rättsliga normerna⁵⁰. Normer kan vara både positiva och negativa till sin karaktär. De normer som kan klassas som positiva är de som gör det enklare för oss som individer att navigera oss till det rätta sättet att handla i en situation. De negativa normerna bidrar inte sällan till ogynnsam social struktur och maktfördelning. I detta fall utifrån genus och kvinnans ogynnsamma ställning gentemot mannen som norm inom sjukvården.

Normer har också en förmåga att utöva eller fördela makt⁵¹. Normerna i sig utövar inte makten. Men de personer och grupper som kan sägas sitta på maktpositioner av olika slag kan vara de som, utifrån sin ställning i samhället eller i gruppen, reproducerar en norm⁵². Dessa normer kan i sin tur ange vem som får möjligheten att fatta beslut och alstras av professioner, i detta fall hälso- och sjukvården.

De bidragande faktorerna till att ogynnsamma normer kan leva vidare är att en tillräckligt stor grupp människor ställer sig bakom dessa⁵³.

5. Metod

48 Baier & Svensson (2009) Om Normer s. 40

49 Ibid s. 29,35

50 Ibid s. 103

51 Ibid s. 179

52 Ibid s. 179,180

53 Ibid s. 83, 126

I mitt arbete har åtta kvinnor delat med sig av sina erfarenheter av de kroppsliga skador och bristande bemötande som de har drabbats av inom förlossningsvården. Jag har valt att genomföra kvalitativa ostrukturerade intervjuer eftersom de gör det möjligt för kvinnorna att komma till tals. Det är även ett medvetet val från min sida att låta ett större utrymme av arbetet bestå av kvinnornas berättelser. Syftet med att låta kvinnorna komma till tals är att deras berättelser ger information om de skador som kvinnor kan drabbas av inom vården och hur de bemöts i samband med dessa.

Jag har valt att använda begreppet informant framför intervjuperson, detta med bakgrund av Esseveld & Davies som beskriver detta ordval som ett sätt för forskare och informant att hamna i en mer jämn ställning. Detta för att undvika att den som besvarar frågor och berättar inte upplever sig som ett objekt som studeras. Utgångspunkten är att kvinnorna själva är mycket kapabla till att reflektera och berätta om sina skador och upplevelser, att de är handlande subjekt och inga objekt som studeras utifrån. I arbetet är ämnet som behandlas av känslig och privat karaktär, då det handlar om kvinnans skada och det bemötande hon har upplevt under tillfället. De berättar om svåra kroppsliga skador som ofta är belagda med skam och tabu. Skador som drabbar underlivet resulterar ofta i fysiskt och psykiskt lidande av olika grad. Bemötandet som kvinnan har upplevt kan även det vara nog så kränkande och därför, även det, svårt att berätta om. Med bakgrund av detta är det viktigt att intervjuerna går till på ett sådant sätt att informanten känner sig bekväm och har tillit till forskaren. Informanten ska ha utrymme att diskutera sin situation och de tankar som kommer upp på ett öppet och bekvämt sätt⁵⁴. I arbetet är kvinnornas namn och ålder efterkonstruerade för att bevara deras anonymitet. Tyngden i att använda ostrukturerade intervjuer är att det ger informanterna ett större utrymme, medan min roll som intervjuare är att vara den som presenterar ämnet och lägger en grund för att samtal ska kunna utföras⁵⁵.

5.1 Kvinnoforskning - ett feministiskt perspektiv

Kvalitativ forskning är ofta förespråkat ur ett feministiskt perspektiv eftersom att det kan möjliggöra att kvinnors röster blir hörda utan mellanhänder, att kvinnor inte studeras som objekt utan själva för sin talan⁵⁶. Även i min metod har jag haft stor hjälp av Davies och Essevelts texter ur *"Kvalitativ Kvinnoforskning"* som ger en god bild över tillvägagångssättet angående hur forskning och intervjuer som berör kvinnor kan se ut. De berör områden som ofta är en del av privatlivet och som inte sällan blir föremål för en attityd om att området inte är av intresse för vetenskapen⁵⁷. Detta på ett sätt där kvinnor ofta studeras som ett objekt, istället för att ges utrymme till att själva beskriva sin situation utifrån sin egen erfarenhet. Davies och Esseveld har som utgångspunkt i kvinnoforskning att den alltid ska ske *för*

54 Denscombe(2012) s.233

55 Ibid s.235

56 Bryman (2011) s.375

57 Davies & Esseveld (1989) s.14

kvinnor, att forskning ska vara frigörande och att dessa frågor och problem som drabbar kvinnor ska kunna lyftas och leda till förändringar samt förbättringar för kvinnor ⁵⁸.

5.2 Metodiskt tillvägagångssätt

Jag har valt att genomföra kvalitativa ostrukturerade intervjuer eftersom att jag ville att varje intervju skulle kunna bli så uttömmande som möjligt. Jag vill låta kvinnorna berätta utan av känna en tidspress. En intervjuguide har arbetats fram för att sedan användas som utgångspunkt i samtal med informanterna där jag har låtit samtalen utgå från fem punkter (bilaga 1). Utifrån dessa punkter har jag låtit informanten leda samtalet. Kvinnorna har fått ett stort utrymme att berätta om eventuella skador och erfarenheter av personalens bemötande. Min roll som intervjuare har varit att ta ett steg tillbaka men samtidigt kommit med mindre följdfrågor, i stil med att be dem att utveckla sina resonemang och tankar.

Under samtalen har jag kunnat notera en stor skillnad i intervjuflödet och informantens vilja att berätta, genom att medvetet låta intervjun ske under avslappnade former. Jag har aktivt valt inte sitta mitt emot informanten eftersom att det mer kan upplevas som ett förhör än ett samtal. Att välja en soffa eller ett vara utomhus har även bidragit till att försöka göra situationen bekvämare för informanten. När inspelningen stängdes av tog samtalen en helt ny vändning. Informanten talade mer fritt och avslappnat och mer information och reflektioner kom fram.

Intervjuernas tidsomfattning var allt från 40 minuter till 3 timmar. De skedde hemma hos informanterna över en kopp té eller utomhus. Åtta kvinnor har kommit till tals under dessa intervjuer, som har varit möjliga efter bekvämlighetsurval. De utvalda tillfrågade kvinnorna har alla egna erfarenhet från förlossningsvården. Detta resulterade sedan i ett "snöbollsurval", eftersom de tillfrågade kvinnorna hade andra i sin omgivning med liknande erfarenheter som var villiga att ställa upp på intervju⁵⁹.

Anledningen till att börja i ett bekvämlighetsurval var att kunna få tillgång till personer som ville berätta om sina upplevelser, trots sin privata karaktär⁶⁰. Områdena som har behandlats i intervjuerna är av privat och känslig karaktär just för att det berör kvinnans fysiska kropp, utsatthet och sårbarhet. Informanterna har i vissa fall reagerat starkt på ämnet, dels genom att de velat avstå från att delta, men samtidigt blivit intresserade av att själva skaffa sig mer kunskap om de områden som behandlar patientsäkerhet.

5.3 Etiska aspekter

Inom samhällsvetenskaplig forskning används forskningsetiska principer som har till syfte att skydda de

58 Ibid s.30

59 Bryman s.196

60 Ibid s.433

som medverkar⁶¹. Forskaren har också en skyldighet att ställa forskningens resultat mot att någon enskild individ kan komma att fara illa, långsiktigt eller kortsiktigt, av det resultat som kommer fram i och med personens deltagande⁶². Vid dessa samtal, när känsliga ämnen och områden behandlas är det viktigt att ha etikregler i åtanke. Under samtalen har ämnet stundtals varit mycket känsligt och av privat karaktär då det handlar om kvinnans upplevelser, skador och hennes kropp. Därför har respondenterna getts fiktiva namn och ungefärlig ålder för att minimera risken för utomstående att kunna identifiera de som deltagit⁶³. Efter avslutade samtal har materialet sparats på ett sådant sätt att ingen utomstående kan komma åt det, eller riskera att det kan användas för någonting annat än just detta arbete⁶⁴. Innan intervjuerna har informanterna fått information om vad ämnet handlar om samt att de kan välja vilka frågor de vill svara på⁶⁵.

5.4 Kritisk diskursanalys

Syftet med detta arbete är att belysa de normaliseringsprocesser som kan ske när kvinnor är i kontakt med förlossningsvården samband med förlossning, och hur detta bemötande och eventuella skador normaliseras. Syftet är även att urskilja de argument som används för att marginalisera kvinnors skador som uppkommer i samband med förlossning. För att nå syftet har jag valt att använda kritisk diskursanalys för att urskilja de tydliga diskurser som framträder när de kvinnliga respondenterna berättar om sina erfarenheter av skador de drabbats av, och hur de har bemötts av personal inom förlossningsvården. Diskursen i sig kan visa att olika typer av samtal och begrepp kan påverka verklighetsuppfattningen. Den kritiska diskursanalysen är kritisk på så sätt att den kan kartlägga hur olika diskurser bidrar till att ojämlika maktförhållanden upprätthålls. Den ställer sig på de undertryckta samhällsgruppernas sida, där den är ett förhållningssätt för att kunna påverka till en förändring där maktpositionerna blir mer jämlika och kan bidra till en social förändring⁶⁶. Med kritisk diskursanalys kan kvinnors berättelser, utifrån sina erfarenheter av sjukvården med fokus på förlossningsvården, visa diskurser kopplade till makt. Kritisk diskursanalys kan lyfta fram hur kvinnors vårdskador framställs som ett slags naturfenomen, ett naturligt tillstånd. Ett sådant förhållningssätt till dessa brister fråntar agenten, i detta fall sjukvården, ansvaret för det som sker, genom att bortse från de faktorer som gör det möjligt att detta kan fortsätta att drabba kvinnor i svensk sjukvård idag⁶⁷. Detta undertrycker effekterna

61 Forskningsetiska principer s.5

62 Ibid s. 5

63 Ibid s.10,12

64 Ibid s.13

65 Denscombe (2012) s.197

66 Jorgensen Winther & Phillips (2000) s.69,70

67 Ibid s.87

av vårdskadorna och leder på så vis till en normalisering⁶⁸.

5.5 Vetenskaplig utgångspunkt

Arbetets vetenskapliga utgångspunkt är hermeneutisk, vilket innebär att det har sin grund i tolkningsläran som beskrivs som en källa till kunskap som står helt utanför de fem sinnena⁶⁹.

Hermeneutiken handlar om empati och inkännande, att förstå andra människor och hur de upplever sin situation. Detta kan vi göra eftersom att vi själva är människor, vi kan tänka oss in i hur en annan människa känner och tänker vilket i sin tur gör att vi kan förstå hur personen upplever något och dennes känslor⁷⁰. I detta arbete kan vi göra så genom att ta del av de erfarenheter och upplevelser som kvinnor själva här har valt att delge.

5.6 Metodkritik

Då jag har valt att avgränsa mitt antal intervjuer till åtta stycken går det inte att göra en generalisering till att dessa vårdskador alltid sker, eller att alla kvinnor som föder barn upplever bemötandet från sjukvården som någonting negativt. Det dessa åtta intervjuer kan visa oss är en glimt av hur den svenska förlossningsvården idag kan se ut för den kvinna som föder barn och hur eventuell skada görs normal genom olika former normaliseringsprocesser.

En undersökning med ett större antal kvinnor och en större geografisk spridning skulle kunna ge en bredare bild att generalisera utifrån.

68 Ibid s. 87

69 Thurén (2010) s.94

70 Ibid s. 94,95

6. Rättsliga ramar för förlossningsvård

Nedan följer Hälso-och sjukvårdens rättsliga ramar som ska se till att det finns ett skydd som alla människor ska ha rätt till, även kvinnor. Patientsäkerhetslagen ska reglera att vårdpersonalen följer sina skyldigheter gentemot patienten och med dennes bästa för ögonen.

Här nedan kommer även de arbeten och utredningar som legat till grund för HSL och PSL att presenteras. Detta för att visa på vad syftet bakom lagstiftningen en gång har varit. För att ytterligare betona syftet med detta arbete är det av vikt att se hur rätten kontrollerar kvinnornas chans till säkra förlossningar och ett värdigt bemötande. Här finns Hälso -och sjukvårdslagen till tjänst för att kunna garantera att alla människor får den vård och det bemötande som de har rätt till och som kan klassas som värdigt. Här berörs även tidigare utredningar rörande svensk sjukvård, förlossningar, bemötande och skador i SOU 2011:48 och 1996:133.

Ryggraden i svensk hälso- och sjukvårdsreglering utgörs av Hälso-och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och Patientsäkerhetslagen (2010:569) (PSL). Dess regler gäller för all hälso- och sjukvård⁷¹. Grunden i HSL är att alla människor ska få god vård på lika villkor och att vården ska ges med respekt för den enskilda individen⁷². Med andra ord är HSL uppbyggd på ett sådant sätt att den är till för att visa på vårdgivarens skyldigheter gentemot patienten⁷³.

De krav som ställs på god vård inom hälso- och sjukvården innefattar bland annat att patienten ska känna en trygghet i vården, men även med behandlingens tillvägagångssätt. Vilket ska grundas i att patienten har ett självbestämmande och att kontakten med personal ska främjas att vara god och säker⁷⁴. Vården ska även vara utformad i samråd med patienten, samt att denne får information om olika metoder för undersökning, vård och behandling⁷⁵. Hälso-och sjukvårdslagen har också en bestämmelse för att det ska finnas personal och utrustning för att en god vård ska kunna ges patienten⁷⁶. Landstinget har till uppgift att kunna erbjuda en vård som är god åt de som är bosatta inom regionen.

I regeringens proposition från 1981/82:97 går det att finna hur hälso-och sjukvården måste anpassa sig till samhällsutvecklingen och att detta måste ske fortlöpande⁷⁷. En annan punkt som är viktigt att lyfta fram till detta arbete är möjligheterna för en individ att få god vård inte får påverkas av kön eller ålder.

71 Staaf, Wendel, Zanderin (2012) s.19

72 HSL 2§

73 Staaf (2012) s.19

74 HSL 2a§ 1^p, 3p, 4p, 5p

75 Ibid 2st, 2b§ 2p

76 Ibid 2e§

77 Prop 81/82:97 s.16

”Möjligheterna att vid behov erhålla vård får sålunda inte påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden”.⁷⁸

– Rop 81/82:97 s.16

6.1 Säkerhet för patienten

Patientsäkerhetslagen (PSL) är den del inom sjukvården som reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot patienten. Detta i sin tur visar på att patienten är beroende av hälso- och sjukvårdens personal utför sina uppgifter på ett önskvärt sätt⁷⁹. I PSL definieras begreppet patientsäkerhet som skydd mot att drabbas av en vårdskada⁸⁰. Samtidigt definieras vårdskada av att det avser lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom men även dödsfall som kunnat undvikas. Lidande kan vara att patienten har utsatts för fysisk eller psykisk påfrestning⁸¹. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska visa patienten respekt och omtanke. De är även skyldiga att bidra till att en hög säkerhet för patienten upprätthålls⁸². Det lagrum som är av stor betydelse för de kvinnor som har drabbats av en bristning i underlivet eller annan vårdskada i samband med att de fött barn, är att vårdgivaren har en skyldighet att framföra till kvinnan att hon har drabbats av en skada, vad den innebär men även vad som kan göras i framtiden för att något likande inte ska inträffa igen. Här framgår även att det finns en skyldighet från personalens sida att lämna informationen till någon närstående till patienten om det är så att kvinnan inte kan ta till sig informationen i stunden. Skadan som har skett måste även antecknas i journal⁸³. De skyldigheter som vården har att åta när en skada sker är först och främst att informera patienten om att skadan har skett och vad den innebär. Nästa steg är att sjukvården ska göra en Lex Sara-anmälan av ärendet för att förhindra att liknande incidenter sker i framtiden. Den skadade patienten, i detta fall kvinnan, har då rätt att anmäla skadan enligt patientskadlagen och senare ha möjlighet till ersättning och eftervård.

6.2 Från Sjukvårdslag till Hälso-och sjukvårdslag

När den gamla Sjukvårdslagen (1962:242) ersattes av dagens Hälso-och sjukvårdslag var syftet att göra det säkrare för patienterna, att stärka deras ställning inom hälso- och sjukvården samt visa på vikten av att det skall förekomma en likvärdig vård för hela befolkningen⁸⁴. Här nämns även förlossning som ett skeende där sjukvård ska förekomma. ”Med sjukvård avses vård för sjukdom, skada, och barnsbörd”⁸⁵.

78 Ibid s.28

79 Staaf (2012) s.19

80 PSL 1kap 6§

81 Ibid 1kap 5§

82 Ibid 6kap 1§, 4§

83 Ibid 3kap 8§

84 Prop. 82/83 s.1

85 Ibid s.10

6.3 Lex Maria – skyldighet att rapportera

I Patientsäkerhetslagen (PSL) går det att finna bestämmelser angående sjukvårdspersonalens anmälningsskyldigheter om en patient drabbas, eller riskerar att drabbas av en vårdskada. Denna regel kallas Lex Maria. I sådant fall måste vården göra en anmälan som kan leda till en utredning när en kvinna drabbas eller riskerar att drabbas av en vårdskada i samband med förlossning.

Skyldigheten att rapportera kvarstår även om en skada inte har skett, men att det funnits en risk att skada kunnat inträffa⁸⁶. Patienten själv kan också välja att göra en anmälan genom att vända sig till patientnämnden i det landsting man tillhör, men även till inspektionen för vård och omsorg (IVO)⁸⁷. Bland de punkter som kan leda till att en Lex Maria-anmälan måste göras finns det några som berör arbetets område mer än andra. De punkter som är intressanta är att anmälan ska göras om patienten har fått otillräcklig information, om vård, undersökning eller behandling har uteblivit eller dröjt. Samt när vård, undersökning och behandling har genomfört på ett felaktigt sätt, och när det inte har funnits tillräckligt med kompetens att tillgå i form av personal eller utrustning⁸⁸.

Patienten, i detta fall kvinnan, kan då ansöka om skadeståndersättning utifrån patientskadelagen genom att göra en anmälan av vårdskada till inspektionen för vård och omsorg (IVO)⁸⁹.

Nedan följande del av arbetet kommer att ta upp två statliga utredningar där den första visar på hur sjukvården ska erbjuda alla människor en trygg och respektfull hälso- och sjukvård. Efter den följer utredningen från 1996 som senare utredningar kommit att ha som en grund. Den kan visa på hur kvinnor bemöts och behandlas annorlunda inom sjukvården än män. Även att den typ av sjukvård som är kvinnoinriktad visat höga siffror på kvinnor som har upplevt sig orätt bemötta i kontakt med sjukvården och förlossningsvården. Denna del är av vikt i arbetet då det kan visa på de skyldigheter som hälso- och sjukvården har samt de riktlinjer de har att förhålla sig till och utgå ifrån.

Utredningen från 1996 har förvisso några år på nacken, men tar redan då upp ett bristande i bemötande av kvinnor inom vården, samt att den vill belysa ett genustänk som måste finnas med i utredningar av hälso- och sjukvården.

6.5 SOU 2011:48 Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet

I statens offentliga utredning angående vård på lika villkor för alla människor nämns även mödra- och förlossningsvården som en del av de mänskliga rättigheterna beträffande vård⁹⁰. Där går det att finna att läkaren aldrig ska frångå principen om alla människors lika värde och heller aldrig diskriminera patienten i val av behandling eller bemötande. Tydligt är också att läkaren alltid ska ha patientens bästa

86 1177.se/lex-maria

87 Ibid

88 Ibid

89 Ivo.se/anmalan-och-rapportera-skada/klaga-pa-varden

90 SOU 2011:48 s.96

för ögonen och som målet med behandlingen⁹¹.

Vad det gäller annan personal inom häls-och sjukvården är det inte enbart läkare som har riktlinjer och principer att förhålla sig till. Statens utredning tar även upp att patienten ska visas respekt och omtanke, vilket grundar sig i att personalen är skyldig att upprätthålla en hög säkerhet för patienten. Andra starka principer är att göra gott, att det handlingsalternativ som leder till minst skada och minst lidande för patienten ska vara det som används, samt att sjukvården ska visa respekt för patienten exempelvis genom att samråda med patientens åsikter, värderingar och önsknings. Dessa ska respekteras av vårdpersonal⁹².

6.6 SOU 1996:133 Jämställd vård – olika vård på lika villkor

Utredningen om jämställd vård har fokus på bemötandet som patienter upplever från sjukvårdens sida. Här lyfts också särskilt det bemötande som kvinnor upplever när de är i kontakt med sjukvården på grund av reproduktionen -graviditet och barnafödande. Utredningen kan också visa hur kvinnor, oftare än män, upplever att den vård de får inte stämmer överens med deras behov. Grunden i denna utredning är kvinnors underordnade maktställning som går att urskilja i samhället även tar sig uttryck inom häls- och sjukvården⁹³. När vi här talar om maktställning, som kommer till uttryck inom häls-och sjukvården, menas i mötet mellan läkaren och patienten. Där har läkarens attityd och kunskap visat sig ha avgörande betydelse för den behandling som kommer göras möjlig för den kvinnliga patienten. I utredningen beskrivs maktförhållandet mellan könen som finns i samhället, att de också görs gällande i vårdorganisationen och påverkar många gånger de beslut som fattas. Dessa beslut om vilken vård som ska göras möjlig för patienten påverkas i sin tur av ålder, kön och socioekonomisk status mm. En annan faktor som också har visat sig påverka bemötandet av patienten är om läkaren eller annan sjukvårdspersonal är man eller kvinna⁹⁴. Här benämns också hur de verksamheter inom vården som särskilt kvinnor söker sig till, överlag brister i säkerhet och värdigt bemötande och där konsekvenserna blir missnöje och skador till följd av detta⁹⁵. År 1996 var 60 procent av de anmälningar som gjordes till Förtroendenämnden ärenden som handlade om brister i bemötande och behandling av kvinnor. De ärenden som det handlade om var övervägande av sådan karaktär som berörde gynekologi och obstetrik. Kvinnor har där upplevt sig bli okänsligt behandlade med nonchalant och negativ attityd⁹⁶. Den höga procentsats av kvinnor som har anmält dåligt bemötande och behandling har förklarats med att kvinnor oftare är i kontakt med sjukvården under omständigheter som rör reproduktionen⁹⁷.

6.7 Anmälningsbenägenhet

91 Ibid s. 124,127

92 Ibid s.121, 122, 125

93 Ibid s.11

94 Ibid s. 271

95 Ibid s.253

96 Ibid s. 257

97 Ibid 249, 252, 255

Redan under 90-talet skattades antalet anmälningar av hälso- och sjukvård som berör kvinnor, och som leder till ersättning som toppen av ett isberg. Det nämns även att anmälningsbenägenheten påverkas av om det finns en kännedom om möjligheterna vart man som patient kan vända sig med klagomål på den vård som förekommit eller brustit, samt vilka möjligheterna är att anmäla händelsen⁹⁸.

98 Ibid s. 249

7. Kvinnor, förlossning och eftervård

Jag har under arbetets gång intervjuat åtta kvinnor och låtit dem berätta ingående om sin personliga erfarenhet och upplevelse i samband med att de har fött barn. Kvinnorna bor utspridda över hela landet och har fött på olika sjukhus, i olika landsting. De berättar om bemötande, skador, bristande vård och information. Om hur de ha fått berättat för sig av läkare och annan vårdpersonal att deras skadade kroppar, obesvarade frågor och oro är helt normala samt ovidkommande för en kvinna som är gravid eller fött barn.

Nedan följer ett persongalleri över de åtta kvinnor som valt att berätta om sin erfarenhet av svensk förlossningsvård. Anledningen till att de görs synliga här är för att läsaren ska få en klarare bild av vad den enskilda kvinnan har valt att berätta. De visar vad de har fått berättat för sig från sjukvården och vilka kommentarer deras frågor och oro har besvarats med.

7.1 Maria 25 år, förstföderska.

Maria får veta att hennes långt gångna bebis har avlidit i magen. När hon vill förlösas med ett snabbt kejsarsnitt nekas hon detta av sjukvården, som lutar sig mot vetenskapliga fakta som Maria aldrig får ta del av. Idag ifrågasätter hon stora delar av bemötandet och förloppet med att få fram barnet och hur hon bemöttes innan, under och efter graviditeten.

Maria blev igångsatt på grund av att barnet inte längre var levande. Hon blev tillsagd att föda vaginalt trots att hon själv ville ha ett kejsarsnitt och få ut barnet ur sin kropp.

Läkare hävande bestämt att det inte var det bästa för henne och hänvisade upprepade gånger till forskning som menade att en vaginal födsel är det bästa även om barnet är dött. Denna forskning fick hon inte ta del av. Maria ville ändå ha ett kejsarsnitt men fick nej. I väntan på en tid till förlossning av barnet valde hon att åka hem med sin man.

Maria berättar att de tidigare under ett ultraljud uppfattat att barnets hjärtljud inte lät lika starkt och tydligt som tidigare men att barnmorskan avfärdade detta snabbt genom att säga att det säkert bara var ett av Marias egna blodkärl som låg i vägen vid ultraljudet. Inget mer gjordes.

Maria säger att hon fick "en känsla av att man måste vara jäkligt påläst själv" samt att "man måste själv ha stenkoll" och att "allt hänger på vilken barnmorska man råkar ha". Hon är idag frågande om allt gått rätt till under kontrollerna av henne som gravid och barnet i hennes mage.

När det var dags att föda fram barnet upplevde hon barnmorskorna som var med vid förlossningen som mycket duktiga, lugna och förtroendeingivande. Hon kände sig trygg med dem och deras kunskap och erfarenhet i yrket. Vid mötet med manlig läkare innan den planerade förlossningen upplevde hon inte samma inkännande och trygghet. En kvinnlig läkare var mer förstående och kunde se hennes situation

på ett annat sätt, uppfattade Maria det som. Innan den planerade förlossning la en manlig narkosläkare ryggmärgsbedövning för att minska smärtan. Maria säger att han var stressad och uppfattade det som att han hade en dålig dag på jobbet. Hon berättar att han inte presenterade sig när han kom in i rummet eller förklarade vad han skulle göra. Han gav henne ryggmärgsbedövning och när hon frågade vad som hände fick hon till svar att "inte fråga så mycket". Hon berättar att hon då kände det som att hon "bara ville slå till honom" men att hon inte kunde på grund av att hon var påverkad av mycket smärtstillande. Hon säger samtidigt att "i det läget köper man allt en läkare säger" just för att hon känt sig så utlämnad till läkare och vårdpersonal på grund av den smärta hon kände både fysiskt och psykiskt.

Eftervården beskriver hon som att "den var katastrof", då sjukvården bad henne att kontakta dem efter två veckor för att kunna ordna med en sjukskrivning. När hon efter stor möda tar kontakt med sjukvården vet de inte vem hon är eller hur hennes situation ser ut. Hon ber dem att läsa hennes journal men får till svar att "den har försvunnit eller hamnat fel". Maria får problem med att få igenom en snabb sjukskrivning vilket resulterar i att det kostar henne mycket ekonomiskt.

Hon beskriver processen med att få någon eftervård för sig själv och sin man som att det var mycket svårt, "vi fick kämpa". Maria berättar att hon inte fick några fysiska skador av förlossningen eller behandlingen inom vården men det hon däremot fick med sig var en oro inför framtiden. En oro inför kontroller och bemötande inför sitt kommande barn.

När intervjun är färdig säger Maria att hon tycker att det gick bra att prata om samt att hon är mycket intresserad av att ta del av Patientsäkerhetslagen och Hälso -och sjukvårdslagen. Hon anser att hon och hennes partner måste vara väl pålästa inför sin nästa kontakt med förlossningsvården.

7.2 Nora 26 år, två barn.

Nora har erfarenhet av bra förlossningar och förstående personal. Det hon ser som brister i vården är att informationen är dålig och att oro inte alltid tas på allvar.

Nora berättar om bra förlossningar för båda sina barn, där personalen under förlossningen varit mycket lyhörd för hennes behov och tagit initiativ till att göra det bästa av situationen när hon har varit under mycket svår smärta. Hon beskriver sina förlossningar som enkla och positiva. Att hon fått en fin kontakt med barnmorskorna som haft en, som hon beskriver det "positiv inställning som gav hopp till att fortsätta". Det Nora upplever som otrevligt från sin ena förlossning är när sjuksköterska tog ifrån henne lustgasen när hon hade ont. "Det är jobbigt när de ska tycka en massa och håller fast vid principer. i det läget är det jobbigt med förbud".

Det hon ser som brister är den information som vården ska ge innan förlossningen. Exempelvis svar på frågor om kroppen, förlossningen, samt hennes besked om att hon vid sin andra graviditet bar på gasstreptokocker, som är ett infektionstillstånd under graviditet som kan leda till ett tidigt missfall, att

barnet i magen blir sjukt eller till ett dödfött barn⁹⁹. När hon fått besked av läkare att hon hade grupp A-streptokocker(gsb) fick hon rådet att själv gå hem och googla efter svar på vad de innebär. Hon beskriver det som hemskt att behöva läsa det hon fann på internet om gsb "jag blev jätterädd när jag läste och ringde till sjukvården och bara grät". Nora beskriver också sin oro över att hon gick över tiden med sitt andra barn, samma som hon bar på när hon fått besked om att hon hade gsb. Hon berättar hur hon blev mer och mer orolig och "ville komma in och få ut barnet". Sammanlagt beskriver Nora kontakten med sjukvården och förlossningsvården som en övervägande bra upplevelse. Att hon kände sig trygg och uppfattade de barnmorskor som var med som väldigt kunniga och inkännande av hennes behov. Det fick henne till att kunna "slappna av" och inte låta rädslan göra så att hon kämpade emot. Det som upplevts som bristfälligt och som ett problem är att inte få svar på sina frågor och inget gehör för sin oro.

7.3 Karolina 24 år, två barn.

Karolinas erfarenheter av förlossningsvården är att det är ont om platser och att hennes val att inte amma har bemötts negativt och dömande. Hon berättar även om en sjukvård som utgår ifrån att hon som höggravid kvinna inte själv kan känna av när hon är nära att föda.

Karolina berättar att hon var rädd inför sin första förlossning och att hon hade mycket ångest och rädsla för hur det skulle gå och hur ont det skulle göra. Hon berättar att bemötandet under förlossningen var bra och upplevde att barnmorskorna lyssnade på henne. Karolina riktar sin kritik mot hela förlossningsvården samt bemötandet av en specifik barnmorska efter förlossningen.

Karolina hade själv bestämt sig för att hon inte ville amma sitt barn och gav istället nappen. Barnmorskan som såg detta blev arg och slet nappen ur barnets mun. Karolina upplevde sen att barnmorskans handling var fulla av värderingar om "hur det ska gå till". Karolina berättar att hon var tvungen att ryta ifrån till barnmorskan för att göra sin röst hörd om att hon inte ville amma sitt barn, att det var hennes eget val.

Hon berättar även att efter förlossningen av sitt första barn fanns det inga vårdplatser kvar på sjukhuset, så hon fick tillbringa mycket tid med sitt nyfödda barn i förlossningssalen som hon beskriver med orden "där är det mest slangar, en obekvämsäng som är gjord för att föda i och sådana där pallar med hål i av metall". En annan konsekvens av att alla platser var fulla på sjukhuset var att pappan till barnet var tvungen att köra hem. Hon beskriver detta som jobbigt när hon för första gången skulle behöva vara själv med deras första nyfödda barn.

Under sin andra förlossning gick förloppet väldigt fort. Barnet var ute på ca två timmar från att hon börjat få "lite känningar". Hon berättar att många i hennes familj föder väldigt snabbt efter sitt första barn och hon var orolig för att det skulle gå allt för snabbt i och med det långa avståndet till sjukhuset.

99 Niomanader.se/gbs

Hon ringde och bad om att få komma in till förlossningen men blev ombedd att vänta hemma längre. De bestämde sig för att åka in ändå och efter ett kort stund föddes deras andra barn väldigt snabbt. Så snabbt att hon fick allvarliga blödningar. Under denna händelse beskriver Karolina att det var bra att barnmorskan tog kontroll "hon tittade mig rakt in i ögonen och sa vad som skulle hända om jag inte samarbetade... att det inte skulle bli något av någonting mer i så fall" (att situationen var livshotande). Hon säger att hon har minnesluckor från större delar av förlossningen och efteråt, men att hon tyckte att barnmorskorna och sjuksköterskorna "var guld värda" när de tog hand om hennes nyfödda barn under de dagar hon låg på sjukhus efter sin allvarliga blödning.

7.4 Ebba 27 år, två barn.

Ebbas upplevelser från förlossningen är att hon inte fick information om att hon drabbats av kraftig underlivsskada samt att denna inte noterades i hennes journal.

Ebba berättar om sina erfarenheter utan problem. Hon har fött två barn på två olika sjukhus i landet. Hon påpekar en stor skillnad i bemötandet av henne på de olika sjukhusen där hon beskriver det första som att där alltid fanns en person med i rummet som kunde svara på frågor under förlossningsarbetet, i jämförelse med ett annat sjukhus där personalen inte var lika närvarande.

När Ebba skulle förlösa sitt första barn blev det komplikationer. Hon låg länge, som hon beskriver det med stora smärtor utan att någonting hände. För att få ut barnet var de tvungna att använda en sugklocka, som gör att barnet snabbt kan tas ut ur kvinnan. Ebba berättar att det "kändes som om någon hällde iskallt vatten mellan mina ben". Hennes underliv sprack, från "hål till hål" och är grad 3 av 4 på en skala över bristningar i underlivet orsakade av förlossning. När hon frågade personalen om hon hade spruckit och hur mycket fick hon inget svar "personalen tittade på varandra. En gick ut ur rummet och några andra viskade".

Under ca 1-2 timmar opererades Ebba för sin allvarliga bristning i underlivet. Efteråt fick hon ingen information om vad hennes skada innebar eller hur hon skulle se efter den för att läkningen skulle fungera. Hon gick med smärtor i åtta månader och hon berättar hur det påverkade hennes vardag "jag vågade inte gå på toaletten som vanligt". Vid en kontroll efter två månader gjorde sjukvården upptäckten att bristningen hade lagats på ett felaktigt sätt och fick därför korrigeras igen.

Inför förlossningen med sitt andra barn var Ebba orolig och mycket rädd. Rädsla för vad som skulle hända med det tidigare såret och smärtan. Hon hade påpekat detta för vården och bett om att få bli igångsatt med sitt andra barn, hon ville inte att det skulle hinna bli "för stort" att föda fram. Hon beskriver sin upplevelse från sin första förlossning som ett "trauma som gjorde mig orolig inför min andra förlossning". Hon anser inte att vården tog hennes oro och rädsla på allvar. Hon fick gå två veckor över tiden med sitt andra barn, trots hennes upprepade tillsägelser om att hon ville undvika att låta

barnet bli för stort med tanke på hennes skadade underliv.

En tid innan hennes andra barn skulle födas läckte Ebba mycket vatten och blod under en lång period. Hon blev rädd och kontaktade vården som gav henne lugnande besked, väl vid förlossning visar det sig att barnet har legat i väldigt lite vatten i hennes mage. Ebba säger att hon tycker att de gjorde en stor miss när de inte kunde se detta tidigare. Ebba framhåller hur viktigt hon tycker det är att personalen inger en trygghet "i det läget vill man känna omtanke och trygghet från personalen" och att hon önskar att förlossningar måste få ske med en "personlig bedömning av varje enskild kvinna och inte följa principer". Hon reflekterar även över sin situation och säger att hon upplevt det som att "när man får en stor skada eller bristning så tystas det ned. man får inga svar på sina frågor". Hon visar sina journaler och där finns inte hennes skada dokumenterad, men den finns dokumenterad på bild som hon själv tog efter förlossningen.

Hon upplever att dessa underlivsskador är ett tabu, att kvinnor skickas hem utan svar på sina frågor eller information om vad som har hänt deras kropp eller hur de ska ta hand om skadan för att kunna läka.

7.5 Lotta 24 år, tre barn.

Lotta bemöts med fördomar av vårdpersonalen på grund av sin graviditet och hennes unga ålder.

Personalen utgår ifrån att hennes barn har olika pappor.

Lotta berättar att hon var ung när hon fick sitt första barn " jag var bara 16 år ". Lotta berättar att hon bemöttes på ett annat sätt av personalen "som att jag var för ung... de utgick ifrån att det var olika pappor till mina barn". Lotta var tvungen att förlösas med kejsarsnitt och hon berättar att läkaren inte alls var lika bra som barnmorskorna. "Han kom bara in och sa vad han skulle göra, och om jag hade frågor skulle jag inte ställa dem till honom utan till någon annan". Det hon vill anmärka på som jobbigt var att hon inte upplevde personalen som samkörda, utan att alla gav olika besked och information till henne. Hon beskriver det som mycket förvirrande att alla hon frågade gav olika svar på de frågor och funderingar som hade när första barnet var nyfött.

7.6 Frida 24 år, två barn.

Frida berättar om hur personalen på förlossningen inte tog hennes ord på allvar när hon säger att hon föder barn snabbt och vill komma in till förlossning. Frida berättar också om hur hon hade behövt höra att det var okej att inte kunna amma, men också om hur förvånad hon blev när barnmorskan såg till att förlossningen skulle gå till så att hon inte behövde drabbas av någon bristning eller annan vårdskada.

Frida berättar om sina två förlossningar, att det gått mycket snabbt och att "personalen inte alltid trodde att det var så snabbt som jag sa". Hon berättar om amningen som något som hon upplevde som en press från personalen på BB. "De hade ingen förståelse för att det inte funkade" och att hon därför upplevde det som ett tvång att hon få igång amningen. "Mina bröstvårtor var såriga och blödde, det gick liksom

inte. Jag hade behövt få höra att det var okej”.

Ebba berättar att hennes andra förlossning var bra och som med första barnet gick förloppet mycket fort. Hon berättar om hur hon blev positivt förvånad när barnmorskorna valde att bromsa förlossningen genom att hålla emot vid barnets huvud, ett så kallat perinealskydd och sagt ”vänta, det får inte gå för fort. Nu ska vi tänka på dig också”.

7.7 Annika 25 år, förstföderska.

Annika upplevde sin första förlossning som hemsk och en eftervård som inte erbjöd någon form av stöttning när livet som nybliven förälder var svårt. Hon berättar om barnmorskor som bidrog till att hon blir ännu mer rädd och orolig men hur ett byte av barnmorska gav henne ny energi och självförtroende att föda.

Annika berättar att hon var mycket nervös inför sin första förlossning men även förväntansfull. När hon upptäckte att hon börjat läcka fostervatten tidigare än beräknat uppsökte hon sjukhus, fick veta att det skulle bli av trots att det var några veckor kvar till beräknad förlossning. Hon fick veta att inom 72 timmar kommer barnet att behöva födas fram. Annika berättar att hon upplevde personalen som mycket trevlig innan det var dags att föda barnet men att detta förändrades då det var dags för förlossningen. I väntan på att förlossningsarbetet skulle komma igång beskriver Annika att hon gråter mycket och bara ville att allt skulle komma igång. Hon blev tröttare och tröttare och upplevde det som att hon ”inte orkade längre”. När det var dags fick hon hjälp med att komma igång och berättar att ”jag skrek som jag aldrig skrikit förr”. Barnmorskan sa åt henne att skrika i lustgasmasken och upprepar denna mening ofta. Annika sa till alla som befann sig i förlossningssalen att hon kände det som att hon skulle drabbas av panik, men upplever inte att någon tog det på något större allvar. Hon berättar om barnmorskan, att ”hon kunde inte hantera situationen eller mig”. Hon fortsätter, ”orken hade nästan försvunnit, att ha en barnmorska som inte visste hur hon ska hantera det gjorde inte saken bättre”. Annika säger att barnmorskan hade en otrevlig attityd mot henne under förlossningsarbetet, något som hon bär med sig från förlossningen som ett jobbigt minne och som påverkat hennes syn på barnmorskor och förlossningsvården.

Det är först när personalen gör ett skiftbyte som en annan barnmorska kommer in, hon är mer stöttande och ger Annika hopp om att hon kommer att klara förlossningen. Då kommer orken tillbaka. ”Den nya barnmorskan får mig att fokusera istället för att skrika, sköterskan tar mig i handen och peppar mig”. Dagarna efter förlossningen beskriver Annika som mycket jobbiga. Hon gråter mycket och har inte fått information om att det är normalt att känslorna svallar. ”De första dagarna efter förlossningen var jag ett känslorvak... ingen hade informerat mig om att man kunde bli sån... jag kände mig som världens sämsta”. Det är först när en barnmorska berättar för Annika att det är många kvinnor som upplever samma känslorvall som leder till att Annika känner sig bättre. ”Det var tack vare barnmorskan som pratade med oss när allt kändes som mest jobbigt”. Hon berättar att hon efter

förlossningsupplevelsen tänkt mycket på det som hänt och sades.

”Jag upplevde förlossningen som fruktansvärd även ett par veckor efteråt och jag tänkte mycket på det som hände och sades under första halvan av förlossningen.” ”Jag pratade med barnmorskan på mödravården under efterkontrollen flera veckor senare och hon tyckte jag skulle gå vidare med det, i alla fall lämna in en klagobblankett”. Men orken fanns inte. ”Vem orkar det när man precis fått barn och försöker etablera en relation och fin kontakt med sitt barn och skapa en familj?”

Annika fortsätter, ”barnmorskan frågade mig vid efterkontrollen om det har skrämt mig så att jag är rädd för att få fler barn. Jag svarade att jag inte riktigt visste”. Annika säger slutligen att ” jag hade nog egentligen behövt bli erbjuden någon hjälp men det blev jag inte”.

7.8 Karin 25 år, förstföderska

Karins berättelse beskriver ett vårdssystem som inte vill se hennes skada och som väljer att låtsas som om den inte har inträffat. Karin kämpar och lider i över ett år innan hon får hjälp.

Karins upplevelser av vården i samband med att hon fött barn och drabbat av en skada är omfattande men mycket viktig att få fram, eftersom att den visar på ett vårdssystem som brister på många ställen.

Karin berättar att hon egentligen bestämt sig för att inte prata om sina upplevelser från förlossningen, men väljer att göra det en sista gång. Hon säger att hon egentligen inte har orken till att återuppleva det hon drabbats av och vill kunna gå vidare med sitt liv.

Klockan 05:00 skrevs Karin in på förlossningen i Mellansverige. Förloppet hade börjat helt normalt och hennes kropp jobbade på bra med att få fram barnet. Karin mådde bra, hade energin uppe och barnet mådde bra i hennes mage. Trots detta beslutade sig barnmorskan för att koppla in ett dropp med ett hormon som stimulerar sammandragningar i livmodern¹⁰⁰. I Karins journal från förlossningen står det skrivet att hon fått droppet på grund av ”korta värkar”. Karin säger ”jag anser att användandet av värkförstärkande dropp i mitt fall var helt onödigt”, hon berättar också att hon inte fick någon information om vad som hände, ”jag blev inte ens ordentligt informerad om att det var ett värkförstärkande dropp vilket jag som patient har rätt till att bli”. Hon berättar att detta omedelbart påverkade barnets status i magen, ”precis efter att droppet hade kopplats på blev barnets hjärtljud sämre”. Hon beordrades av barnmorskan att hela tiden krysta forcerat. Detta forcerade krystande pågick i över en timme men enligt hennes journal i 40 minuter. Hon berättar samtidigt att hon fick vara själv långa stunder i förlossningsrummet, hon uppskattar det som 15 minuters närvaro av barnmorskan trots att Karin hade sagt till om att hon kände hur barnet började tränga neråt efter varje värk.

Barnmorskorna uppmanade Karin att fortsätta att krysta forcerat utan att något perinealskydd användes. Klockan 10:00 födde Karin sin dotter och hon själv drabbades samtidigt av en underlivsskada av grad 3, vilket innebär att mellangården får en djupare bristning. När en barnmorska och en läkare skulle

100 www.fass.se/Syntocinon/graviditet

undersöka hennes skada informerade de henne inte om vad de gjorde eller vilka de var. När barnmorskan skulle sy ihop hennes bristning gjorde det mycket ont och pågick länge. "Jag blev inte erbjuden någon ytterligare smärtlindring förutom bedövningsspray som bara gjorde mer skada än nytta eftersom att den sved som eld... jag kan säga att det var en helt vidrig upplevelse". Karin fick inte heller information om någon annan form av smärtlindring "Jag kom inte själv på tanken att be om mer eller annan bedövning. Dels var jag omtumlad och var fullt koncentrerad att hålla kvar mitt barn på bröstet". När Karin hade lämnat förlossningen och kommit till BB drabbades hon av en stor blödning efter att de hade sytt hennes underlivsskada. "Mina armar och ben domnade bort och jag kände mig mycket yr". Hon påkallade personal och när barnmorskan kom in konstaterade hon att Karin blödde kraftigt och sprang ut i korridoren för att påkalla mer hjälp. I Karins journal står det skrivet att "patienten känner sig yr" och "patienten är blek och yr". Inget annat står antecknat i journalen om händelseförloppet.

Här efter följer ett långt led av händelser som gjort att Karin idag är mycket kritisk till den vård, eller som hon beskriver det, den uteblivna vård som hon upplevde i samband med att hon fick en allvarlig bristning efter att hon fött barn. Hon skickas hem med allvarlig blodbrist men får bara rådet från sjukvården att så snabbt som möjligt komma på fötter, börja röra på sig och ta någon järntablett. Hennes bristning läker inte och hon börjar få svårt att hålla avföringen och gaser, hon har ständigt ont i underlivet och "en molande värk runt livmodern". Det påverkar hennes liv mycket starkt. Hon kontaktar vården under upprepade tillfällen under två månaders tid och får till svar från sjukvården att hon inte skulle komma in på någon undersökning och heller inte ringa dit mer. "När jag i efterhand har begärt kopior på min journal finns dessa två samtal inte registrerade" säger Karin. Senare undersöktes hon av en barnmorska och får till svar att "allt ser bra ut och är helt normalt". Men allt ser inte bra och normalt enligt Karin. Senare söker Karin sig till en privat klinik där hon blir undersökt och får höra att "allt ser helt normalt ut efter att ha fött barn vaginalt". Hon blir rekommenderad "knipövningar" och skickas hem. När tre månader hade gått blev hon kallad till samtal med kirurg, hon hann knappt komma in i rummet innan läkaren sa "om du kommer hit och tror att du ska få någon operation så kan jag bara tala om för dig att det kan du glömma!". Karin tycker att eftersom dessa skador är så intima och privata hade hon förväntat sig ett mer "finkänsligt bemötande". För att det ska bli tal om en operation av Karins skada fick hon höra av läkaren att hon inte ska skaffa fler barn i framtiden. "Någon operation skulle jag inte få om jag inte helt kunde lova att aldrig mer skaffa barn".

Hon gick vidare med sitt ärende och bad om att få träffa någon kunnig på Kvinnokliniken, men även där möts hon av samma attityd. "Jag gick till mötet i tron om att det var för att jag skulle få en remiss skriven till en specialist. Istället fick jag lyssna på hur ännu en läkare försökte övertala mig om att jag inte alls har någon allvarlig bristning i underlivet... utan att ens ha undersökt mig". Karin frågade varför de inte hade gjort en noggrannare undersökning av henne när hon var nyförlöst och varför det inte görs av alla kvinnor som precis fött barn. Hon fick till svar av läkaren på Kvinnokliniken att "det kan man inte göra

för kvinnorna kan tycka att det är obehagligt eller bli oroliga”. Ett år och åtta månader efter att hon fött barn fick Karin en tid vid ett större sjukhus i Sverige och blev opererad för sin fosterskada.

8. Analys

Under de intervjuer som har gjorts med kvinnorna har en bild börjat träda fram. En bild av en förlossningsvård och medicinsk profession som marginaliserar kvinnors skador i ordalag av att vara normala och naturliga. Andra sätt att slå ansvaret ifrån sig tycks vara att lägga skulden på den enskilda kvinnan, hennes ålder och kropp, som de avgörande anledningarna till att skadorna uppkommer. Dessa anledningar kan säkerligen vara riktiga i vissa fall men vad tidigare debatt har visat på, tycks det vara mycket vanligt att den enskilda kvinnan ställs ansvarig för de skador som uppkommer när hon vistas innanför sjukvårdens fyra väggar.

I arbetet har jag även haft fokus på det bemötande som kvinnorna har kunnat vittna om. Men även, mot bakgrund av den tidigare forskning, vikten av ett värdigt bemötande av den nyblivna modern, och hur detta spelar en stor roll i hur hon fortsättningsvis ser på sin roll som mor och förhållandet till den egna kroppen.

De psykiska följderna av att inte uppleva sig fått rätt information eller vård resulterar i att de flesta kvinnorna i intervjuerna är starkt ifrågasättande till dagens förlossningsvård och dess tillvägagångssätt när det gäller bemötande och efterkorrektion av vårdskada.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen gäller dess regler för alla områden inom häls- och sjukvården. Då även det område som berör kvinnor som är gravida, föder barn och som har fött barn. Denna lag säger tydligt att alla människor har rätt till en god och värdig vård. Det är även tydligt att personal som jobbar inom hälso- och sjukvårdens olika delar ska visa respekt för patienten. Det är en stor del i deras yrkesutövning, även för de som arbetar nära och med kvinnor som är i kontakt med hälso- och sjukvården på grund av reproduktionen av olika anledningar. Patienten ska uppleva att hon får rätt behandling och ett värdigt bemötande i samband med denna.

Här är det även tydligt att faktorer som patientens kön eller ålder inte på något sätt får bli avgörande eller påverka vilken vård som erbjuds och används. Vi har ovan kunnat se hur detta inte är fallet när det rör den svenska förlossningsvården och det bemötande som kvinnor upplever från denna del av vården. I debatten har röster hörts som bestämt vill hävda att den individuella kvinnans ålder vid barnafödande, samt hennes vikt är anledningarna till att hon blir skadad. Inte att det är hälso- och sjukvården som har brister på kunskap om andra metoder, eller att man valt att inte använda sig av dessa. Jag tänker direkt på Finland, där antalet fysiska skador på den förlösande kvinnan är de lägsta. Det visar att det finns metoder att använda sig av som visat sig vara bra för att undvika att den födande kvinnans kropp blir skadad i samband med framdrivande av barnet. Vad är det som gör att dessa metoder inte används med lika stor omfattning i Sverige? Finns här en starkare tanke om att barnafödande ska vara smärtsamt och att skador som uppkommer är en naturlig del av detta? Eller ser de helt enkelt på den födande kvinnan och hennes kropp med andra ögon. Prioriterar de resurser för en säker förlossningsvård på ett annat sätt än vad Sverige lyckas göra?

Vad gäller bemötande från hälso- och sjukvårdens sida gentemot patienten, i detta fall kvinnor, har intervjuerna visat hur alla de åtta som berättat om sin egen upplevelse menat att de i något led, i något sammanhang upplevt att de inte har bemötts med värdighet, fått svar på sina frågor eller gehört för sin oro. Det i form av att inte vara betrodd av sjukvårdspersonal i stunder då kvinnan känt att barnet är på väg att födas fram. Kvinnor berättar om hur de har blivit nekade att omgående komma in till förlossning, och istället blivit uppmanade att stanna hemma. Trots att den födande kvinnan hade en lång väg till närmsta sjukhus.

Kvinnorna har berättat hur de känt en stor oro och ovisshet inför stundande förlossning och hur denna oro inte har bemötts på ett önskvärt lugnande sätt eller med information om omständigheterna som i sin tur många gånger kunnat stilla den värsta oron. En kvinna berättar hur läkare sagt åt henne, med skarp röst, att inte ställa några frågor om de ingrepp han gjorde på hennes kropp. En annan har fått till svar att ställa sina frågor till annan personal och inte direkt till den läkare som hon träffade, en annan kvinnas oro för det barn hon bar i magen skulle riskera att dö i magen, fick inte heller frågor besvarade över huvud taget. Många av kvinnorna säger att när de väl får svar är svaret oftast kort och informationsfattigt. Oro och följdfrågor viftas bort med lovord om att allt är helt normalt och naturligt. Oron blir kvar och frågan obesvarad för många kvinnor.

Precis som Simone de Beauvoirs teorier tidigare har visat går det här att se på vilka sätt kvinnors skador marginaliseras, förminskas, genom att förklaras som naturliga och normala. Men även hur kvinnans frågor och oro bemöts på ett sätt som rimmar illa med vad Hälso- och sjukvårdslagen förutsäger att patienten ska bemötas i kontakt med sjukvården.

Denna normalisering kan ske när kvinnan får höra att det bristfälliga bemötande hon har mötts av är acceptabelt och hur den skada hon drabbats av klassas som normal.

Grunden till detta kan vara att det finns en rotad norm om att det ska göra ont att föda barn, men kanske inte att det finns en gräns för när det gör ont och när det övergår till att kvinnan faktiskt drabbas av en vårdskada. En annan tydlig norm som tycks följas inom denna del av vården är att personalen alltid vet bäst och att patienten då drar sig för att ifrågasätta, och istället lyssnar på det som sägs och lyder. Dessa situationer kan jämföras med Michel Foucaults beskrivning av den "lydige soldaten" som lyder order utan att ifrågasätta. Makten i detta sammanhang är att personalen inom sjukvården är de som innehar kunskapen om kroppen, deras yrke omhuldas även av ett statustänk och en hierarkisk ordning som vi kan se bli tydlig i mötet mellan manlig läkare och kvinnan som patient.

Kvinnorna som under sin graviditet eller förlossning varit i kontakt med manlig personal vittnar om hur de berättat för henne att hennes plågor och oro är naturliga led av att vara kvinna och av reproduktionen.

Utifrån de intervjuer jag har genomfört med åtta kvinnor har jag tagit del av berättelser om hur

kvinnornas oro, skador och frågor har nonchalerats från sjukvårdens sida. Detta uppfattar jag som tydliga steg i en normaliseringsprocess. När något har klassats till det normala, normen, är det svårt, om inte omöjligt att det inträffade kan leda till rättsliga konsekvenser eller förändringar.

Normer har den tyngd att de talar om för oss om vad som är det "rätta" i situationen. Något som är klassats som normalt och rätt blir svårt att lyfta fram som oacceptabelt och onormalt för den enskilda kvinnan. Särskilt om hon inte har vetskap om det rättsliga skydd som ska gälla för kvinnor som vistats inom förlossningsvårdens fyra väggar.

8.1 Bemötandet

Under intervjusamtalen med kvinnorna har det kommit fram olika berättelser om den svenska förlossningsvården. Vi har tidigare kunnat ta del av kvinnors berättelser om hur de har drabbats av svåra skador till följd av att förlossning har forcerats fram. Något som är viktigt att påpeka är att alla kvinnorna mer eller mindre har uppgett att vården och informationen har brustit i något avseende. Hur kroppsliga skador har ignorerats, att inte få svar på frågor, att inte oro tas på allvar. Kvinnorna har även berättat att de upplevt ett frånvarande intresse eller möjlighet från personalens sida att vara till stöttning och hjälp under och efter förlossningen.

Maria, som förlorade sitt första barn i magen, berättar om hur narkosläkaren inte presenterade sig eller berättade om det ingrepp han skulle göra i samband med att bedövning skulle läggas och barnet födas fram. Hon berättar om hur hennes önskningar om att på annat sätt få fram barnet totalt motsattes med hjälp av forskning som varken hon eller hennes man fick ta del av. Maria har också, som tidigare nämnts, berättat hur hon kände på sig att någonting inte stod rätt till med barnet i magen och hur denna oro avfärdats från barnmorska vid kontroller och ultraljud. Denna händelse kan kopplas till hur Simone de Beauvoir menade att kvinnors roll som patient i samband med reproduktionscykeln bemöts med ett lugnande och snabbt konstaterade om att allt är normalt och helt i sin ordning. Trots att kvinnan själv upplever något annat i sin kropp.

Tidigare i arbetet har kvinnorna berättat om hur de har blivit tillsagda att inte komma in till förlossning, trots att de själva känt hur barnet varit på väg ut. Kvinnorna berättar att de blivit ombedda att stanna hemma längre innan de uppsöker sjukhus. De har fått höra att "det är inte dags för dig ännu". Det tycks finnas en uppfattning om att den födande kvinnan inte känner sig egen kropp och att det hon söker vård för är uppförstorat eller överdrivet.

Vi kan här samtidigt utläsa hur de skador som uppkommer inom förlossningsvården bemöts som en icke-fråga från sjukvårdens sida. Kvinnorna som har drabbats av en svår skada får under upprepade tillfällen höra hur allt ser bra ut och är normalt, medan de själva kan se att allt inte står rätt till. Ebba berättade om hur hennes skada inte antecknades i hennes journal, eller hur hennes önskemål och krav

inför förlossningen av sitt andra barn inte togs i åtanke. Den psykiska påfrestning hon upplevde vid bara tanken på att återigen behöva föda fram ett barn vaginalt, efter att tidigare ha återställt en djup underlivsskada. Hon hade påpekat för barnmorskor och läkare att hon var mycket orolig för att den skada som börjat läka åter igen skulle spricka upp och bad därför om att bli igångsatt tidigare. Detta för att förhindra att barnet skulle hinna bli för stort och svårt att föda fram. När det väl var dags för förlossning hade hon fått gå två veckor över tiden. Alltså långt mer än vad hennes egen önskan hade varit.

Bemötandet av Frida och Karolina, som berättat om hur de själva valt att inte amma sina barn, eller som inte hade möjligheten att amma. Frida berättade om hur barnmorska ville ge "goda råd" i hur en mamma ska vara genom att se till att Frida ammade sitt barn. Hon fick då ryta till mot barnmorskan för att återigen göra klart att hon själv hade gjort valet att inte amma, utan istället ge barnet flaskan.

I Karolinas fall fungerade inte amningen, hon gav det flertalet försök med ingenting hände. Till slut hade hon ont och var sårig. Karolina berättade att hon hade behövt höra från personalen att det var okej, att det går att göra på annat sätt och fortfarande vara en god mor till sitt nyfödda barn. Enligt Johannissons teori kan detta vara ett sätt på vilket vårdpersonalen överför normer, medvetet eller omedvetet, till den nyblivna mamman som ett sätt att föra vidare tanken om den respektabla modern, som tar hand om sitt barn på "rätt" sätt. Det är högst viktigt att barnmorskor och annan personal inom förlossningsvården är tydliga med att uttrycka att det finns olika sätt att amma och på andra vis ta hand om ett nyfött barn. Att alla inte ska, eller behöver göra på ett och samma sätt för att vara en bra mor. Informationen om alternativ till traditionell amning bör ske utan att lägga värderingar i hur en kvinna är en bra mor eller inte utifrån hur hon väljer, eller har möjlighet till att amma sitt barn.

8.2 Maktrelation

Maktrelationen mellan den manlige läkaren och den kvinnliga patienten, som Michel Foucault beskriver, har också varit tydlig i kvinnornas berättelser, även om de själva inte direkt har påpekat den. Den manliga narkosläkaren som inte presenterade sig för Maria när han skulle utföra ett ingrep på hennes kropp och som vid frågor, sa åt henne att vara tyst och inte ställa fler frågor. Karin har kunnat vittna om hur hon blivit tillsagd av manlig läkare att hon inte har någon underlivsskada, utan att han ens undersökt henne. Även hur information om dessa skador inte ges till nyförlösta kvinnor i tron om att det i sig skulle vara för jobbigt för dem att ta del av. Lotta fick höra att hon inte skulle ställa sina frågor till den manlige läkaren som skulle utföra hennes kejsarsnitt, utan istället vända sig till annan vårdpersonal med sina funderingar och frågor.

Att undanhålla kvinnorna den informationen blir en del i ett led till att normalisera dessa skador. Det ger kvinnor en bild av att deras skada och lidande kanske ändå är en del av att föda barn, något de måste finna sig i och leva med.

8.3 Normaliseringsprocess

En normalisering kan ske när den lag som är till för att alla människor ska ha rätt till en säker och likvärdig vård, inte är till gagn för kvinnor som blivit skadade i samband med barnafödande. I lag nämns "barnsbörd" som ett område som andra, där kvinnan har rätt till den vård som krävs i sammanhanget. I normaliseringsprocessen kan vi se hur marginaliseringen av kvinnors skador i dessa lagar kan bidra till onödiga förlossningsskadors fortlevnad. Hade de inte klassats och behandlats som naturliga och normala hade de inte kunnat fortlöpa.

Kvinnorna, som genom intervjuerna har medverkat i arbetet, har alla fött barn på olika sjukhus runtom i landet, under olika tidsperioder. Det visar att problemet med fysiska vårdskador i samband med förlossningar och bristande bemötande från personal är något som förekommer över hela landet. I de olika kommunerna och landstingen möts kvinnorna av samma ord om att deras skador eller oro över den egna kroppen inte kommer att leda till någon efterbehandling. I alla fall inte utan strid eller turen att få en barnmorska eller läkare som även prioriterar hennes kropp och välmående.

Det vi kan se här är att vårdpersonalen inte alltid har, eller har resurserna till att ha patientens bästa för ögonen. Det ska inte vara slumpen som avgör om patienten, i detta fall den födande kvinnan upplever att hon är i fokus och får den rätta vården som hon i stunden behöver och ska ha.

Nästa led är att de kvinnor som har känt att deras kroppar har skadats i samband med förlossningen måste få ta del av, och har rätt att ta del av den informationen. Det blir här lätt att dra slutsatsen att vårdens ovilja att bekräfta att en skada har skett ställer dem i en position där de inte behöver ta något ansvar. Att däremot berätta och ge erkännandet av att en skada har skett, skulle ställa sjukvården i en position då de måste göra någonting åt det inträffade, att gå vidare med behandling och återställning. Lättare kan då tänkas vara att lägga ansvaret i någon annans händer. Exempelvis den enskilda kvinnan, hennes kropp och ålder.

Utifrån det som skrivs och talas om i olika medier och debatter kan vi även konstatera att det händer att ansvaret för de komplikationer som uppkommer i samband med förlossning läggs över på den enskilda kvinnan. Hennes vikt och "höga" ålder läggs fram som argument av sjukvårdspersonal till att skadorna uppkommer. Med andra ord kan inte patientsäkerheten alltid garanteras i samband med en förlossning.

8.4 Rättens betydelse för kvinnors hälsa vid förlossning

Med bakgrund av detta måste vi fråga oss vilken betydelse HSL och PSL får för kvinnan under förlossning. Det verkar idag vara avgörande vilka enskilda personer som jobbar inom förlossningsvården, om kvinnan de är där för att stötta, känner sig trygg och får stå i centrum samt prioriteras att inte vara den som skadas. Men även att det tycks vara upp till vilken barnmorska som kvinnan har till sin hjälp eller om perinealskydd blir den metod som används eller inte. Det vi har kunnat

se exempel på är när Ebba berättar om hur barnmorskan tog initiativet till att bromsa hennes förlossning, allt för att hon inte skulle riskera att bli skadad. Men även Annika som först vid ett skiftbyte av personal fick en barnmorska som åter gav henne hopp, trygghet och ork att ta sig igenom en svår förlossning.

HSL och PSL ger idag riktlinjer över hur vården ska bedrivas och hur patienternas säkerhet ska upprätthållas. Vi har tidigare tagit del av regeringens proposition från 1981/82, som tydligt hävdade att lagstiftningen måste anpassa sig till samhällsutvecklingen och att det måste ske fortlöpande. På detta område har den inte gjort det, eller inte haft möjlighet till att anpassa sig efter hur samhället förändras. Förutsättningarna för svensk sjukvård var med stor sannolikhet år 1982 en annan än den vi ser idag ca 30 år senare.

År 1996 kom utredningen om *Jämställd vård - olika vård på lika villkor* som redan då visade hur kvinnor, som var i kontakt med sjukvården på grund av reproduktionen, upplevde sig orätt bemötta av personal. De hävdade också bestämt att den vård de fick tillgång till inte var av samma kvalitet som den män hade. Utredningen visade då att 66 % av kvinnorna var missnöjda och besvikna på det bemötandet och den vård de hade haft tillgång till under dessa former.

2011 kom utredningen *Vård efter behov på lika villkor - en mänsklig rättighet*. Där poängteras åter igen att mödra- och förlossningsvården, är en del av de mänskliga rättigheterna när det gäller tillgången till rätt vård och ett korrekt värdigt bemötande. Utredningen visar också tydligt på att läkaren ska ha patientens bästa för ögonen och som målet med den behandling eller det ingrepp som genomförs. Det vi har kunnat urskilja från kvinnornas olika berättelser är att detta inte är fallet. Många av de intervjuade kvinnorna tycks inte ha uppfattningen och upplevelsen med sig att vårdpersonalen alltid haft deras bästa för ögonen och levt upp till ett värdigt bemötande.

Oro och frågor marginaliseras och viftas undan med förklaringar om att allt är i sin ordning och helt naturligt. På frågor som kvinnan har om det ingrepp som kommer att ske med hennes kropp får hon inga svar och en känsla av vanmakt och oro kvarstår.

Den verklighet som utgår från kvinnornas perspektiv är att de grunder till de lagar som ska verka för att upprätthålla den gravida och födande kvinnans rättighet till säker och värdig vård uteblir när skador och bristande bemötande normaliseras.

För att lagens åsyftade verkningar ska kunna uppfyllas krävs att olika intressen samverkar. De åsyftade verkningarna inom detta område är att den som föder barn har rätt till en säker och värdig vård. De intressen som nämnts tidigare är politiska, ekonomiska och sociala. Här krävs att en förändring sker där de olika intressena drar åt samma håll för att patientsäkerhet och god vård ska kunna erbjudas. Detta i förtydligad form genom att det finns tillräckligt med personal för att stötta och informera, vara närvarande och ha tillgång till de verktyg och arbetsmetoder som har visat sig vara effektiva i att skydda

kvinnan mot skador. Lex-Maria som är en del i Patientsäkerhetslagen har under arbetets utveckling kommit att kunna visa på en oerhörd betydelse i de fall då skador sker och ett oacceptabelt bemötande av patienten har skett. Om Lex Maria-anmälningar hade gjorts i en annan omfattning och även vägt tyngre hade de starkt kunnat bidra till att förändring hade varit möjlig. Nu är dagens situation en annan. Med bakgrund av de berättelser som vi har tagit del av utifrån media och debatt, samt de åtta kvinnornas berättelser, kan man fråga sig om det till och med kan vara så att en normalisering sker för att det i så fall leder till att slippa betala ut ersättning eller på annat sätt ta tag i problemet på olika nivåer. Om kvinnor ständigt får höra att deras skadade kropp är det normala efter en förlossning, eller att deras oro och frågor inte är något som kräver svar, går de vidare i livet med en uppfattning om att den skada de drabbats av är normalt. En normalisering har skett, och något som är normalt kan inte leda till en Lex Maria-anmälan.

9. Avslutande sammanfattning

Under arbetets gång har jag fått intrycket av att kvinnors skador marginaliseras genom normalisering. Det innebär att skador påstås vara en naturlig och normal del av barnafödandet, även när skadan är mycket omfattande. Genom att skador normaliseras får de kvinnor som behöver hjälp, inte den information och den behandling som de har rätt till enligt Hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen. Det tar även ifrån kvinnorna rätten till att göra en anmälan och kunna få ersättning för skada som hade kunnat räknas till en Lex Maria anmälan.

Jag kan inte låta bli att undra över om det hade varit möjligt att bemöta andra skador på samma sätt? Att be en person med benbrott att sluta ringa och be om en tid för behandling, eller att skickas hem med några järntillskott och arbetsprövningar. Eller att säga åt personen att lova att inte bryta benet igen, för att ha möjlighet till en operation. Vid andra typer av skador ser vi det säkert som en självklarhet att inom en snar tidsgräns få den hjälp som behövs för våra krämpor. Att få benet undersökt och gipsat, men även information om hur benet ska kunna återgå till ett läkt tillstånd. I form av exempelvis kryckor och sjukgymnastik.

En av de kvinnor jag har talat med, Karin, berättade att hon blev ordinerad att ta järntabletter och göra knipövningar för att kunna läka sin underlivsbristning, som var av en trea på en skala där fyra var den svåraste formen av bristning. Problemet med dessa råd är att vid en sådan skada är muskulaturen avsliten, vilket leder till att knipövningar är omöjligt.

De diskurser som går att utläsa från kvinnornas berättelser handlar om bemötandet de har upplevt, hur skador har tystats ned eller förklarats som normala, samt att försöka överföra bilden av den respektabla och goda modern, kan kopplas till läkaryrkets och vårdpersonalens maktprivilegier. Läkare och annan vårdpersonal har inom den medicinska vetenskapen en makt, en "elitposition", utifrån vilken de kan bestämma den diskurs som ska vara rådande. Hur ett område ska betraktas.

Faran är att diskursen om svåra underlivsskador som något normalt och naturligt påverkar hur de hanteras, vilken vård som blir möjlig och inte för de kvinnor som har drabbats av en skada. Detta i sin tur kan leda till att nya normer, rörande förlossningsskador som inte är till fördel för kvinnor då de ser till att skador och ett bristande bemötande i samband med barnafödande, inte kan leda till anmälan enligt Lex Maria eller god eftervård.

Diskursen kan alltså skapa normer om hur vi förhåller oss till olika ämnen och områden. Som vi kan se utifrån detta arbete tycks diskurser föras för att på alla vis få skador som drabbar kvinnor under förlossningen till det nya normala, men även hur de nyförlösta kvinnorna ska träda in i mallen av hur en god mor bör vara. Några av kvinnorna har upplevt hur deras ord och vilja i att ta hand om sitt barn och sin egen kropp blivit motarbetad med "goda råd" om hur en god mor bör vara. Goda råd som i grunden är kopplade till kulturella diskurser om moderskap och femininet.

Grundproblematiken inom detta område är att en grupp i samhället, gravida kvinnor, förnekas den vård som de enligt lag har rätt till i samband med barnafödande.

Enligt gällande lag har alla människor rätt till en korrekt vård, vilken inte får påverkas av andra faktorer så som kön eller resursbrister. Vad vi kan se är hur en normalisering av vårdskador och otillräckligt bemötande av patienten har blivit normen, någonting som därav kan fortgå.

Lagen ska vara till som ett skydd för att dessa skador inte ska kunna normaliseras. Detta är motsatsen till vad vi ser hända inom förlossningsvården idag.

Åter igen vill jag här belysa de resultat som går att finna i arbetet. Resultatet visar att HSL har till uppgift att påvisa alla människors rätt till en trygg och värdig vård. Den är även till för den grupp som föder barn, kvinnor. Utifrån de intervjuer som har genomförts och de berättelser som kvinnorna delat med sig av gällande den svenska förlossningsvården går det att urskilja brister i vården och bemötandet som leder till att vårdskador, som drabbat kvinnan, normaliseras genom olika processer. I HSL går det att finna olika punkter som visar på vad god vård innebär och vilka riktlinjer som ska följas. De visar tydligt att gravida kvinnor ska ha samma rätt till en god vård, som alla andra som söker vård. Det är även tydligt att patienten ska behandlas med respekt och värdighet.

Patientens bästa ska alltid vara målet för vårdpersonalen. I arbetet kan vi se hur kvinnors ålder och kroppsvikt vid graviditet har använts som argument till varför kvinnan har drabbats av en vårdskada. Istället för att se till de risker som kan gå att finna i vårdssystemet, med bristande resurser i form av personal och fungerande metoder.

En central del i vårdpersonalens arbetsmetoder är att tillgången till rätt vård för patienten inte under några omständigheter påverkas av patientens kön eller ålder. Utifrån de berättelser som vi tidigare har kunnat ta del av kan vi se hur så inte alltid är fallet. Kvinnor har bemötts med ofullständiga svar och skador har fått passera förbi utan att föras in i journaler. Ofullständig information och förklaringen att skador är en naturlig del av att vara kvinna och att föda barn tycks vara mycket förekommande. Redan 1996 kunde statens utredning visa hur en stor del av de kvinnor som söker sig till vården på grund av ärenden rörande reproduktionen, upplevde sig få en sämre vård och ett bristande bemötande. Redan då antydde att hälso- och sjukvårdens område rörande förlossningar och vård inte kunde leva upp till patienternas förväntningar eller en trygg patientsäkerhet.

När en kvinna drabbas av en förlossningsskada, en vårdskada, har sjukvårdspersonalen skyldighet att göra en anmälan. Denna skyldighet gäller även om det har funnits en risk för att kvinnan skulle varit i riskzonen för att drabbas av en vårdskada. Det skydd som finns för kvinnan som hon själv kan driva, om hon drabbats av vårdskada, är att anmäla händelsen till patientskadenämnden eller till IVO. Problemet med denna punkt, är att ingen anmälan kan ske om kvinnan inte har informationen om att hon kan genomföra en anmälan. Har kvinnan gång på gång fått höra att de skador som hon drabbats av är helt

naturliga och normala för en kvinna som fött barn, finns det en risk att det aldrig går vidare till en anmälan. Det är först när en anmälan har gjorts som kvinnan kan ansöka om skadestånd. De obesvarade frågorna och den skadade kroppen har normaliserats.

Vad som går att urskilja nu är hur en våg av normaliseringsprocesser slår mot förlossningsvården. Utifrån de intervjuer som har genomförts till detta arbete går det att se en tendens till att allt inte står rätt till. Detta drabbar den gravida och födande kvinnan negativt, eftersom att det kan leda till att patientsäkerheten inte kan garanteras. Normaliseringsprocesser tar sig uttryck på olika sätt. Som vi har kunnat ta del av tidigare, kan det vara genom att låta frågor vara obesvarade och ge förklaringen att en skadad kropp beror på den enskilda individen, eller att det är en naturlig del av att vara kvinna. Andra handlingar som även marginaliserar områdena vårdskada och bemötande, är när den inträffade skadan eller risken för att skada kunnat uppkomma inte förs in i journal eller utreds. Görs inga åtaganden kommer problemen att kvarstå eller utökas. Det skulle kunna leda till, att som det ser ut just nu, är upp till slumpen att avgöra om den kvinna som föder barn kommer att vårdas av personal som har kunskapen om metoder som även är till för att kvinnan ska gå hel ur mötet med förlossningsvården. Såväl fysiskt som psykiskt.

Resultaten av detta arbete kan ses som en del i att lyfta fram bristerna inom svensk förlossningsvård och hur vårdpersonalens bemötande påverkar patientens tilltro till att få en trygg och korrekt vård. Utifrån de intervjuade kvinnornas upplevelser och berättelser kan vi se att normaliseringsprocesser sker inom den svenska förlossningsvården. Dessa normaliseringsprocesser hade kunnat undvikas om Sveriges hälso- och sjukvårdslagar hade följts. Vi kan se hur dessa processer går till utifrån det kvinnorna berättar i intervjuerna. De upplever att deras frågor och oro har förminskats och tystats ned. Och hur deras skador har förklarats som en naturlig del av att vara kvinna.

9.1 Ökad medvetenhet

Det som skulle behövas för att öka medvetenheten om skador i samband med förlossning är att upplysa om de rättsliga ramar som har till uppgift att bidra till patientens säkerhet i vården. Denna information måste ges till den gravida kvinnan i ett tidigt stadium, under kontakten med förlossningsvården.

9.2 Framtida forskning

En förlängning av detta arbete, som skulle vara intressant att se, är i vilken omfattning kvinnor använder sig av det rättsliga skydd som finns i Hälso-och sjukvårdslagen. Detta för att mäta hur stor medvetenhet och kunskap det finns om rättigheterna i Hälso-och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen som berör förlossningsvård.

En annan del av området att studera är hur personalen inom förlossningsvården ser på de skador som inträffar, och vad de anser är problematiken i dagens förlossningsvård.

Källförteckning

Offentliga tryck

Hälsa-och sjukvårdslag (1982:763)

SOU 1996:133 *Jämställd vård – olika vård på lika villkor*

SOU 2011:49 *Vård efter behov och på lika villkor - en mänsklig rättighet*

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Rop 1981/82:97

Litteraturkällor

Alvesson, Mats/Sköldberg, Kaj (2007) *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*.
Upplaga 2, Studentlitteratur

Andersen, Heine/Kaspersen, Lars Bo (2007) *Klassisk och modern samhällsteori*. 3:e upplagan
Studentlitteratur

Baier, Mattias/Svensson, Måns (2009) *Om normer*. Upplaga 1:1 Fiber AB

Braman, Alain (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upp 2. Fiber AB

Davies, Karen/Esseveld Johanna (1989) *Kvalitativ kvinnoforskning*. Arbetslivscentrum Stockholm

Denscombe, Martyn (2012) *Forskningshandboken [för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna]* upp.2 Studentlitteratur

Foucault, Michel (1973) *The birth of the clinic [An archaeology of medical perception]* Vintage books. A
division of random house, Inc. New York

Foucault, Michel (1975) *Discipline and punish [The birth of the prison]*. Penguin Books

Johannisson, Karin (1994) *Den mörka kontinenten [kvinnan, medicinen och fin-de-siècle]* Norstedts
Förlag, Stockholm

Lindqvist, Rafael (1997) *Medikalisering, professionalisering och hälsa [Ett sociologiskt perspektiv]*

Studentlitteratur, Lund

Winther Jørgensen/ Phillips (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Studentlitteratur AB, Lund

Mathiesen, Thomas (2005) *Rätten i samhället [En introduktion till rättsociologin]* Studentlitteratur, Lund

Nordenfelt, Lennart (2012) *Filosofi och medicin [Från Platon till Foucault]*. Thales, Stockholm

StAAF, Annika/Wendel, Lotta (2012) *Hälso-och sjukvårdsrätt [en introduktion för professionsutbildningar]*
Uppl. Liber AB Malmö

Skeggs, Beverly (2000) *Att bli respektabel [konstruktioner av klass och kön]* Daidalos AB

Thurén, Torsten (2010) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Uppl.2 Liber AB Malmö

Elektroniska källor

Vetenskapsrådet, *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Tryck:
Elanders Gotab

Priddis, Holly, Schmied, Virginia, Dhälen, Hanna (2014) *women´s experiences following severe perenial
trauma: a qualitative study*
[Hämtad 2014-03-26]

http://www.svt.se/ug/20111130060004/manga_forlossningsskador_skulle_kunna_undvikas
[Hämtad senast 2014-04-20]

http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/flera-orsaker-till-att-forlossningsskadorna-okat_6769817.svd
[Hämtad 2014-03-02]

<http://www.dn.se/sthlm/lakaren-skadade-modrar-tvingas-till-privat-operation/>
[Hämtad 2014-03-02]

http://www.svt.se/ug/20111130060004/manga_forlossningsskador_skulle_kunna_undvikas
[Hämtad senast 2014-03-10]

[Www.svt.se/ug/allvarliga-forlossningsskador-syns-inte-i-journalerna](http://www.svt.se/ug/allvarliga-forlossningsskador-syns-inte-i-journalerna)
[Hämtad senast 2014-06-05]

http://www.svd.se/nyheter/inrikes/gynvard-pa-karolinska-sjukhuset-far-mest-klagomal_3393830.svd
[Hämtad senast 2014-04-20]

<http://www.niomanader.se/gbs> [Hämtad senast 2014-04-06]

www.fass.se/syntocinon/graviditet
[Hämtad senast 2014-04-30]

<http://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Lex-Maria>
[Hämtad senast 2014-05-19]

<http://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/klaga-pa-varden/Sidor/default.aspx>
[Hämtad senast 2014-05-19]

Bilaga 1.

Intervjuguide

Intervjun inleds med genomgång av arbetets syfte och de forskningsetiska aspekterna presenteras kort. Frågorna som intervjuerna utgår ifrån och har som grund.

Intervjufrågor:

1. Kan du berätta om din förlossning?
2. Förklara vad som hände. Vad gjorde personalen, vad sa de? vad sa/gjorde du?
3. Hur upplevde du detta?
4. om de inte tar upp skador - släpp frågan!
5. För hjälp vid eventuell skada...
6. Har du pratat med barnmorska eller BB om dina problem och om vart du kan vända dig för att få hjälp?