

Rädd att föda, rädd för smärta – individuell handläggning krävs

”Planerad förlossning” ett alternativ till sectio

Förlossningssmärta upplevs av många kvinnor som svårare än någon annan smärta de upplevt. Klassiska studier av Melzack visar att förlossningssmärtan har en mycket hög intensitet, som oftast överstiger tex smärtan vid frakturer eller brännskador och svår tandvärk [1]. Många kvinnor har orealistiska förväntningar på sin förlossning och blir överrumplade av den intensiva smärtan. Det är inte ovanligt att kvinnor någon gång under förlossningen upplever dödsångest eller i varje fall att något är fel och att kroppen inte kommer att klara av denna smärta.

Allt fler kvinnor söker hjälp för förlossningsrädsla, både i Skandinavien och i den övriga västvärlden. Det är fortfarande oklart hur stor betydelse oron för smärta har för uppkomsten av förlossningsrädsla, troligen varierar orsakerna mellan olika kvinnor. Det är viktigt att det finns en lyhördhet för kvinnans önskemål och behov av smärtlindring under förlossningen.

På svenska förlossningskliniker används ett stort antal smärtlindringsmetoder under öppnings- och utdrivnings-skiftet. Dessa brukar ofta delas upp i *farmakologiska* och *icke farmakologiska* metoder, men man kan också tala om

metoder som huvudsakligen medför *relaxation* och sådana som ger *analgesi*.

Relaxationsmetoder

Opioider/petidin har använts i nästan 100 år och är fortfarande västvärldens mest använda smärtlindringsmetod vid förlossning trots att negativa effekter på både mor och barn är väl kända och dokumenterade. Vi har dessutom visat att opioider inte minskar smärtintensiteten utan huvudsakligen har en sederande effekt på den födande kvinnan [2]. Systemiska opioider bör därför i första hand användas om man önskar sedera den blivande mamman. Om opioider ges i analgetiskt syfte är det viktigt att barnmorska och obstetiker är medvetna om att den egentliga smärtlindrande effekten är mycket liten.

Den analgetiska effekten av övriga metoder som transkutan nervstimulering (TNS), akupunktur, massage, hydroterapi och psykologiskt stöd är som regel mycket måttlig och ofta dåligt dokumenterad. I många fall kan dock kvinnor ha glädje av dessa metoder för att lättare uppnå avslappning och därigenom kunna arbeta sig igenom förlossningen. Dessa metoder kan givetvis även användas i kombination med t ex epiduralbedövning.

Smärtlindringsmetoder

Epiduralbedövning är den i särklass effektivaste metoden för obstetrisk smärtlindring [3]. Tekniken innebär mycket små risker för mamman och kan anses vara helt ofarlig för barnet. I sin moderna form, där mycket små mängder lokalanestetika kombineras med opioida läkemedel, har epiduralbedövningen en minimal påverkan på förlossningsförlopp och krystförmåga [4].

Inhalation av lustgas har använts för smärtlindring vid vaginal förlossning i nästan 100 år. Normalt används en koncentration på 50 procent lustgas i 50 procent syrgas. Denna metod är lätt att använda och har inte några negativa effekter på mor, barn eller förlossnings-

Tabell I. Användningsfrekvens för olika smärtlindringsmetoder inom förlossningsvård i Sverige 1997 enligt Socialstyrelsens medicinska födelseregister.

Metod	Andel, procent
Epiduralbedövning	28
Lustgas	62
Systemiska opioider	11
Pudendusblockad	6
Paracervikalblockad	3
TNS	5

förlopp. Ungefär 60 procent av alla kvinnor som föder vaginalt får lustgas-analgesi någon gång under sin förlossning. Den smärtstillande effekten är måttlig till god. En förutsättning för bra effekt är att lustgas ges på ett korrekt och värksynkront sätt.

Ökad användning av epiduralbedövning

På svenska förlossningsavdelningar används de olika relaxations- och smärtlindringsmetoderna i varierande omfattning beroende bl a på lokala traditioner (Tabell I). Enligt Socialstyrelsens medicinska födelseregister har användningen av epiduralbedövning ökat och användningen av systemiska opioider minskat markant i Sverige. Detta beror bl a på införandet av den så kallade stå upp-epiduralen, som är lagd med låg dos lokalanestesimedel, och på ökad kunskap om opioiders begränsade analgetiska effekt på förlossningssmärta.

Skräck för kontrollförlust

Förlossningsrädsla utgör en speciell utmaning för förlossningsvården. Man har funnit att drygt 20 procent av gravida kvinnor upplever förlossningsrädsla; ungefär 6 procent känner ångest [5]. Rädslans innehåll och natur har studerats och visat sig hänga samman med bl a brist på tillit beträffande utsikterna att få adekvat hjälp vid förlossningen [6].

Rädslan för smärta är för många

Författare

GUNVOR EKMAN-ORDEBERG

docent, överläkare, kvinnokliniken

LARS IRESTEDT

docent, överläkare, anestesikliniken

CHRISTINA OLOFSSON

med dr, överläkare, anestesikliniken

BERIT SJÖGREN

docent, biträdande överläkare, kvinnokliniken

EVA WIRFELDT

leg barnmorska, kvinnokliniken; samtliga Karolinska sjukhuset, Stockholm.

kvinnor det dominerande och blir särskilt problematisk idag när förlossningsvårdens resurser i viss mån reducerats och kvinnor inte känner sig säkra på att få smärtlindring.

En känsla av otillräcklighet när det gäller både fysisk och psykisk förmåga spelar ibland en stor roll. Rädsla för döden, med uttalade farhågor för att barnet eller modern själv inte skall överleva förlossningen, är inte ovanlig.

Skräck för kontrollförlust är vanligt

förekommande och tycks snarast bli vanligare. Kvinnan uttrycker oro för att hon själv skall förlora förmågan till kontroll under förlossningen, eller att personalen skall tappa greppet över situationen. En speciell grupp utgörs av kvinnor som tidigare fött barn i en kom-

Aurora-barnmorskan Eva Wirfeldt i samtal med en blivande mamma. De specialutbildade Aurora-barnmorskorna utgör första ledet i en organisation som ger ett individualiserat bemötande till kvinnor med oro inför förlossningen.

plicerad förlossning. Deras skräck har också belysts av teorin om posttraumatiskt stressyndrom [7].

För de flesta moderna kvinnor känns det självklart att födandet skall ske under trygga villkor, och de blir panikslagna när de upplevt att det faktiskt varit livsfara för barnet eller någon sällsynt gång för dem själva.

Traumatiska minnen

Vid stark förlossningsrädsla hos kvinnor som genomgått en normal förlossning, eller kvinnor som inte alls fött barn, måste andra förklaringsmekanismer sökas, eventuellt i upplevelser tidigare i livet. Människans minne av traumatiska händelser har beskrivits i detalj [7]. Å ena sidan kan vissa minnen vara resistenta mot glömska, medan andra kan trängas undan från det medvetna genom psykogen amnesi.

Många kvinnor som behöver hjälp för sin oro inför förlossningen i högre grad än andra väntande kvinnor har haft besvär med sin psykiska hälsa. För majoriteten kvinnor är dock den ångest de känner inför sin förlossning en ny upplevelse. Slutligen spelar den existentiella dramatiken i reproduktionen en speciell roll. Barnafödandet, som rör vid frågan om liv och död, innebär något bortom vår kontroll. I det oundvikliga ligger också att det är helt omöjligt att lämna över födandet till någon annan, även om ett kejsarsnitt av vissa kvinnor ses som ett sätt att undkomma.

Individualiserat bemötande

Bemötandet och behandlingen av kvinnor med oro av detta slag måste vara individualiserad och anpassad till den enskilda kvinnans behov. På de flesta förlossningsavdelningar finns idag en organisation för omhändertagande av dessa problem. I första ledet finns en barnmorska, ofta kallad Aurora-barnmorska, som genom specialutbildning och regelbunden handledning kan möta denna speciella oro. Därutöver finns även resurser för mer ingåen-

de samtalsterapi för dem som önskar detta. Förutom dessa åtgärder får kvinnan oftast en eller flera konsultationer med obstetriker, som vägleder henne i hennes beslut.

Sectio inte enda alternativet

Vilka alternativ finns för den förlossningsrädda kvinnan? Ett planerat sectio är ofta den åtgärd som uppfattas som den enda utvägen. Förutom rädslan för smärta upplever många en stor oro för att »tappa kontrollen» och att inte bli hörd och sedd i den akuta situationen.

För omföderskan, som har en traumatisk förlossning bakom sig, måste alltid erfarenheterna från den tidigare förlossningen penetreras. Vid dessa samtal är det viktigt att belysa såväl tänkbara medicinska orsaker till det dåliga utfallet som brister i omvårdnad och smärtlindring.

I många fall kan en bokning av tid för sectio vara nödvändig för fortsatt bearbetning av förlossningsrädslan. Det är viktigt att framhålla att det enbart är patienten själv som bestämmer om hon avstår från sectio.

Det är vår erfarenhet att ett förtroendefullt samarbete kan etableras genom att berörd personal lyssnar och svarar på frågor och att man inte försöker övertala eller »skrämma» med risken för operationskomplikationer, vilket i stället ofta resulterar i en konfrontation.

Som alternativ till sectio erbjuds våra förlossningsrädda kvinnor »planerad förlossning». Ett »kontrakt» skrivs om hur förlossningen planeras, inte sällan överenskommes om att epiduralbedövning skall läggas mycket tidigt, ibland innan ett etablerat värkarbete erhållits. Kvinnan kommer därefter för bedömning av cervixstatus vid flera tillfällen under de sista två till tre veckorna före beräknad förlossning. Igångsättning av förlossningen planeras då cervix har börjat mogna. I vissa fall krävs en utmognad av cervix med prostaglandin-E2-gel.

Av de kvinnor som primärt önskat

sectio väljer omkring tre fjärdedelar att avstå från planerat sectio till förmån för »planerad förlossning». Andelen instrumentella förlossningar i denna grupp är liten.

Enhetlig information

Det kan inte nog understrykas att förutsättningen för ett optimalt och professionellt bemötande av den förlossningsrädda kvinnan (paret) är ett gott

Berzeliussymposium »Safe and effective relief of labour pain»

Svenska läkaresällskapet arrangerar den 17–18 maj i Stockholm ett internationellt Berzeliussymposium om »Safe and effective relief of labour pain – a goal for the future».

Syftet är att ge en överblick över och att uppdatera rön från forskning inom området samt att med internationell expertis inom bl a anestesio- logi, obstetrik och neonatologi diskutera framtida möjligheter att förbättra lindringen av smärta i samband med förlossning.

Sådana förbättringar är en konsekvens av den snabba utvecklingen inom neurobiologin, som ökat vår förståelse för akuta smärtmekanismer. Dessa mekanismer samt för- och nackdelar (för kvinnan och fostret) med olika sätt att lindra smärtan med farmakologiska och icke-farmakologiska metoder dominerar symposieprogrammet.

Smärtlindringen sätts inledningsvis in i ett vidare perspektiv, med en föreläsning om de medicinska, ekonomiska, etiska och kulturella aspekterna. I det avslutande blocket med framtidsperspektiv belyses också u-landsaspekter på förlossning och smärtlindring.

samarbete mellan gynekologer, anestesio- loger, barnmorskor och kuratorer. Genom att alla »säger samma saker» skapas en trygghet, som inte är beroende av personkontinuitet. Därigenom minskar också risken för bindning till en enskild vårdgivare.

Referenser

1. Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1(3): 277-99.
2. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 968-72.
3. Ranta P, Jouppila P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Hollmén A, Jouppila R. Parturients' assessment of water blocks, pethidine, nitrous oxide, paracervical and epidural blocks in labour. *Int J Obstet Anesthesiol* 1994; 3: 193-8.
4. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Irestedt L. Obstetric outcome following epidural analgesia with bupivacaine-adrenaline 0.25 % or bupivacaine 0.125 % with sufentanil - a prospective randomized controlled study in 1000 parturients. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998; 42: 284-92.
5. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981; 12: 262-6.
6. Sjögren B. Förlossningsrädsla och psykologiska teorier. I: Sjögren B, red. Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur, 1998: 44-73.
7. Ryding EL. Förlossningsrädsla och ångest-syndrom. I: Sjögren B, red. Förlossningsrädsla. Lund: Studentlitteratur, 1998: 74-87.