

Kejsarsnitt ger inte bättre förlossningsupplevelse

Andelen kejsarsnitt ökar i Sverige, och ett av skälen till detta tros vara kvinnors förlossningsrädsla. Det finns inget stöd i befintlig forskning för att medicinska åtgärder, som kejsarsnitt eller farmakologisk smärtlindring, har ett positivt samband med kvinnors upplevelse av förlossningen, så som denna beskrivs efter förlossningen. Viktigare tycks vara faktorer relaterade till omvårdnaden, som kvinnans upplevelse av delaktighet och kontroll samt stödet från barnmorskan.

Enligt Spri, Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut, har andelen kejsarsnitt i Sverige ökat med 15 procent på tre år och ligger enligt den senaste mätningen (1988) på 13,4 procent [1]. Ett av skälen till denna ökning anges vara att allt fler kvinnor begär kejsarsnitt, främst på grund av förlossningsrädsla [2]. Vi vet inte om andelen kvinnor med svår förlossningsrädsla har ökat eller om kvinnor i dag vågar uttrycka sig tydligare. Rädslan kan ha olika orsaker som rädsla för smärta, för att barnet skall skadas eller dö, för att skadas i underlivet eller för att förlora kontrollen och uppleva kaos [3]. För den enskilda kvinnan kan kejsarsnitt framstå som den enda lösningen, och faktiskt också vara det, men ingen forskning visar att kejsarsnitt generellt sett är den bästa lösningen för dessa kvinnor. Vad gäller själva upplevelsen av förlossningen finns visst stöd för att planerat kejsarsnitt är bättre än akut kejsarsnitt [4], men inte bättre än en så kallad normal förlossning.

Eftersom kvinnans upplevelse av

Författare

ULLA WALDENSTRÖM

professor, institutionen för omvårdnad, Karolinska institutet, Stockholm.

Tabell I. Kvinnors totala förlossningsupplevelse.

Förlossningsupplevelse	Göteborg (N = 280) procent	ABC (N = 1 135) procent	Australien (N = 674) procent
1 (Mycket negativ)	3	3	4
2	2	4	3
3	5	4	3
4	12	8	9
5	12	10	11
6	25	21	22
7 (Mycket positiv)	41	50	48

förlossningen är betydelsefull för henne själv och hennes närmaste, och även får konsekvenser för sjukvården vill jag redogöra för några resultat av min egen och andras forskning inom området.

Tre studier

En jämförelse mellan tre olika studier, där vi mätte kvinnors upplevelse av förlossningen enligt samma skala visade påfallande likheter, trots skillnader i såväl kejsarsnittsfrekvens som användning av smärtlindring. Omkring 80 procent av kvinnorna upplevde förlossningen i huvudsak positivt, 5–7 på skalan, och 10 procent negativt, 1–3 på skalan (Tabell I).

I den första studien tillfrågades alla kvinnor i Göteborg som födde barn under två veckor [5], i den andra kvinnor som var intresserade av naturlig förlossning, varav hälften hade lottats till ABC-vård och hälften i vanlig vård [6], och i den tredje kvinnor som födde barn vid en stor kvinnoklinik inom den allmänna sjukvården i Australien, hälften i en ny vårdform med barnmorskekontinuitet och hälften i vanlig vård [opubl data]. I den första studien tillfrågades kvinnorna dagarna efter förlossningen, i de två senare två månader efter förlossningen.

Andelen kejsarsnitt var 12 procent, 8 procent och 12 procent i respektive studie. Kvinnor med akut kejsarsnitt upplevde i dessa, liksom i andra undersökningar förlossningen mer negativt, men det gjorde även kvinnorna med planerat kejsarsnitt, förutom i Göteborgsstudien, där antalet kvinnor med planerat

kejsarsnitt var för litet för att dra säkra slutsatser.

Det gör ont att föda, men känns bra att ha klarat smärtan

Det gör ont att föda barn. Om kvinnor är mer rädda för smärta i dag, då vi har tillgång till effektivare smärtlindring än någonsin tidigare, är det viktigt att förstå vad som påverkar upplevelsen. Inom sjukvården råder fortfarande uppfattningen att farmakologisk smärtlindring är det enda som hjälper. Det hjälper för stunden, men tycks enligt befintlig forskning inte ha samband med hur kvinnor i efterhand upplever förlossningen som helhet. I Göteborgsstudien och Australienstudien upplevde 40 procent respektive 39 procent av kvinnorna »värsta tänkbara smärta», men endast 19 procent i ABC-studien. Andelen kvinnor som fick effektiv smärtlindring i form av ryggbedövning var 34 procent respektive 36 procent i de två första undersökningarna och endast 14 procent i ABC-studien. Trots dessa skillnader var kvinnornas upplevelse av förlossningen som helhet ganska lika.

Den skillnad som kan observeras i Tabell I, över kvinnors totala förlossningsupplevelse, är förskjutningen inom gruppen med i huvudsak positiv upplevelse (5–7 på skalan), som visar att kvinnorna i ABC-studien och Australienstudien hade mer positiv upplevelse än kvinnorna i Göteborgsstudien. Den skillnaden kan bero på urvalet av kvinnor till de olika undersökningarna. Göteborgsstudien innehöll ett representativt urval av alla

ANNONS

kvinnor i Göteborg, ABC-studien ett urval kvinnor intresserade av naturlig förlossning, men något äldre och mer välutbildade än genomsnittet. Australienstudien innehöll ett urval kvinnor intresserade av en ny vårdform med barnmorskekontinuitet från tidig graviditet till efter förlossningen, och dessa kvinnor var lägre utbildade och hade lägre inkomster än genomsnittet.

Gemensamt för de två senare studierna var att kvinnorna gjorde ett val till en alternativ vårdform. De hade därmed andra attityder och förväntningar i frågor rörande barnafödande och mödra- och förlossningsvårdens utformning. Även om kvinnorna i dessa två studier använde smärtlindring i olika utsträckning och skattade smärtans intensitet olika hade de ungefär samma inställning till förlossningssmärtans karaktär. 41 procent av kvinnorna i ABC-studien och 44 procent i Australienstudien ansåg i efterhand att smärtan i huvudsak var positiv, jämfört med 28 procent i Göteborgsstudien. Dessa siffror uttrycker troligen att det i efterhand var positivt att ha haft svår smärta, och att ha klarat av denna, snarare än att smärtan i sig var njutbar.

Annan forskning

De komplexa sambanden mellan upplevelse av smärta, användning av farmakologisk smärtlindring och upplevelsen efter förlossningen illustreras även av annan forskning.

1969 genomförde Scan-Gallup en

undersökning av ett representativt urval av 503 kvinnor från hela Norge (operativt förlösta uteslutna) som hade fött barn under det senaste året [7]. Endast 31 procent hade använt någon form av smärtlindring, och ingen fått epiduralbedövning. 80 procent var nöjda med vården, och av de missnöjda angav 17 procent att orsaken var brist på smärtlindring. Undersökningen upprepades 1986. Då hade 75 procent använt smärtlindring, 14 procent epiduralbedövning. Andelen nöjda kvinnor var densamma som 17 år tidigare, och bland de missnöjda angav 15 procent brist på smärtlindring, det vill säga ungefär samma resultat som i den första undersökningen. Vid båda tillfällena rörde sig klagomålen främst om brist på uppmärksamhet och stöd under förlossningen.

En annan studie jämförde 194 amerikanska och 152 holländska barnaföderskors inställning och upplevelse av smärta inom två dygn efter förlossningen [8]. 84 procent av amerikanskorna använde smärtlindring, jämfört med 38 procent av holländskorna, vilket kan jämföras med förväntad användning, som var 62 procent respektive 20 procent. Kvinnornas upplevelse av smärta var ungefär densamma när de tillfrågades efter förlossningen.

Stöd, kontroll och smärta avgör förlossningsupplevelsen

Det förefaller som om kvinnor använder farmakologisk smärtlindring i

den utsträckning som är praxis inom sjukvården i ett visst land, inom en viss vårdform, vid en viss tidpunkt. Upplevelsen av förlossningen som helhet, såsom denna bedöms efter förlossningen, påverkas mer av andra faktorer. Åtskilliga undersökningar har försökt kartlägga vilka.

I sammanfattning visar ett tjugotal undersökningar att de tre viktigaste faktorerna är stöd och uppmuntran under förlossningen, framför allt av barnmorskan, kvinnans upplevelse av delaktighet och kontroll samt upplevelsen av smärta. Rent medicinska åtgärder, som exempelvis kejsarsnitt och farmakologisk smärtlindring, eller bakgrundsfaktorer som ålder, utbildning och inkomst, kommer långt ner på listan [9-14, fler referenser kan erhållas från författaren]. Forskningen om kvinnans upplevelse av förlossningen visar därmed att faktorer relaterade till omvårdnaden tycks ha större betydelse än rent medicinska åtgärder.

Patienters behov av kontroll har studerats i olika sjukvårdssammanhang. Begreppet kontroll kan då ha olika betydelse. Kontroll i meningen att vara delaktig, subjekt i stället för objekt, har oftast samband med positiva utfall i form av hälsa och välbefinnande. En patient som vill vara delaktig kräver respekt och hänsyn, men inte nödvändigtvis insyn och beslutanderätt i alla detaljer. Kontroll i meningen kontrollerande är något annat. Dessa patienter vill kontrollera sig själva och sin omgivning, och kan ha svårt att känna det förtroende och den trygghet som är en förutsättning för att slappna av inför de starka krafter som verkar under en förlossning.

Sjukvården kan göra mycket för att ge kvinnor kontroll över födandet i ordets första betydelse, men står relativt maktlös inför den andra typen av kontrollbehov. Det lär vara en öppen fråga om den moderna kvinnan, formad i en kultur där kontroll av vardagens och livets skeenden blivit allt viktigare, har större svårigheter att slappna av och acceptera att styras av värbetets fysiska kraft och smärta.

Kvinnor med mycket negativ upplevelse

Andelen kvinnor med »mycket negativ» förlossningsupplevelse var 3-4 procent i de ovan nämnda tre undersökningarna. Dessa kvinnor hade i betydligt högre grad än andra genomgått en komplicerad förlossning. Andelen kejsarsnitt var minst dubbel så stor som hos genomsnittet, likaså användningen av epiduralbedövning. Förstföderskor var också överrepresenterade.

Den enskilda kvinnan med en tidigare traumatisk förlossningsupplevelse

41 procent av kvinnorna i ABC-studien, 44 procent i Australienstudien och 28 procent i Göteborgsstudien tyckte i efterhand att smärtan vid förlossningen i huvudsak var positiv. Detta uttrycker troligen att det efteråt känns positivt att ha haft svår smärta, och att ha klarat av den, snarare än att smärtan i sig var njutbar.

kan inför en ny förlossning välja att antingen avlägsna sig från den tidigare erfarenheten genom att göra den så olik den som möjligt, till exempel genom att välja ett planerat kejsarsnitt, eller att gå igenom samma sak, men förhoppningsvis på helt annat sätt. För det senare krävs reella och för kvinnan pålitliga alternativ. Hit hör stödsamtal under graviditeten, sådana som i dag erbjuds av AURORA-grupper för förlossningsrädda kvinnor, och hit skulle också kunna höra vårdalternativ med bättre kontinuitet i form av känd barnmorska.

I England och Australien har »Team midwifery» blivit ett reellt alternativ för många kvinnor. En grupp av 6–8 barnmorskor följer kvinnan från tidig graviditet till efter förlossningen. Vården sker i samma miljö, på mödravårdscentral, vanlig förlossningsavdelning och BB-avdelning, och den medicinska handläggningen är densamma som i traditionell vård. Enda skillnaden är att kvinnan har större möjligheter att känna barnmorskan, som är med under förlossningen. Alternativet gäller oftast för kvinnor som förväntas föda normalt, men vårdformen skulle kunna vara speciellt lämpad för förlossningsrädda kvinnor. Med ett mindre antal kvinnor per team skulle teamet kunna göras mindre, till exempel med fem barnmorskor, och därmed ge bättre kontinuitet.

Egen barnmorska för förlossningsrädda

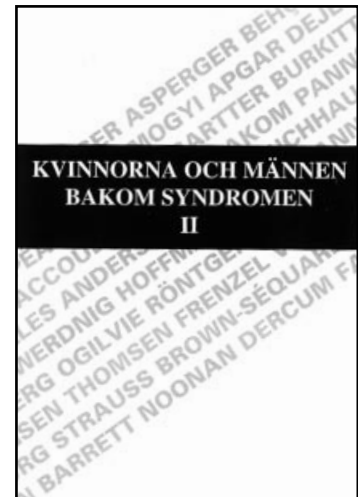
Ett annat sätt att möta kvinnor med förlossningsräddsla är att garantera större trygghet under förlossningen i form av egen barnmorska, det vill säga att barnmorskan endast har hand om denna kvinna under sitt arbetspass, och inte splittrar sin tid mellan flera patienter. Detta borde vara en rättighet för alla kvinnor i aktivt värkarbete, men skulle i första hand kunna erbjudas förlossningsrädda kvinnor.

En hastig blick på dagens förlossningsvård, speciellt i Stockholm, visar att förutsättningarna för att bedriva god omvårdnad under förlossningen drastiskt har försämrats. Stängning av BB-avdelningar, minskning av personal samt utökning av arbetsuppgifter som inte har med direkt patientvård att göra innebär att kvinnor alltmer lämnas ensamma i förlossningsrummen. Om de ens får komma till ett förlossningsrum, kanske skall tilläggas efter denna sommar med hänvisningar från sjukhus till sjukhus. Man kan fråga sig om dessa förhållanden ökar kvinnors oro, och därmed bidrar till ökad efterfrågan på kejsarsnitt.

Referenser

1. Sandberg C, Rydhström H. Kvinnoklinikerna 1998. Projekt-PM. Stockholm: Spri, 1999.
2. Pineus I. Andelen kejsarsnitt har ökat kraf-

3. Sjögren B. Förlossningsräddsla. Studentlitteratur, Lund, 1998.
4. Ryding EL. Förlossningsräddsla och ångestsymptom. In: Sjögren B, ed. Förlossningsräddsla. Lund: Studentlitteratur, 1998.
5. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Sköld M, Wall S. The childbirth experience. A study of 295 new mothers. *Birth* 1996; 23 (3): 144-53.
6. Waldenström U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 547-54.
7. Lind B, Hoel TM. Alleviation of labor pain in Norway. An investigation in 1969 and 1986. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 125-9.
8. Senden IPM, Wetering MD, Eskes TKAB. Labor pain: a comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. *Obstetrics and Gynecology* 1988; 71: 541-4.
9. Seguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth* 1989; 16: 109-13.
10. Drew NC, Salmon P, Webb L. Mothers', midwives', and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 1084-8.
11. Green J, Coupland V, Kitzinger J. Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990; 17: 15-24.
12. Dannenbring D, Stevens MJ, House AE. Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction. *J Behav Med* 1997; 20: 127-42.
13. Hodnett ED. Support from caregivers during childbirth. In: Neilson JP, Crowther CA, Hodnett ED, Hodmeyr GJ, eds. *Pregnancy and childbirth module of the Cochrane database of systematic reviews*. Oxford: Update Software, 1997. The Cochrane Collaboration, issue 4. Available from the Cochrane Library (database on disk and CD-ROM).
14. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1 111 women. *J Psychosom Res*. Under publ.



Ännu en syndrombok!

- Boken "Männen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i *Läkartidningen* under perioden 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

- Denna bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till *Läkartidningen*,
Box 5603, 114 86 Stockholm.
Telefax 08-20 76 19