

Nr 40

Socialutskottets betänkande i anledning av motioner om smärtlindring vid förlossning.

Motionsyrkandena

1) I motionen 1971: 72 av herrar Nilsson i Tvärålund (c) och Larsson i Öskevik (c) yrkas att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t anhåller om åtgärder för att få till stånd forskning om smärtlindring vid förlossning.

2) I motionen 1971: 362 av herr Wijkman m. fl. (m) yrkas att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t anhåller om att socialstyrelsen får i uppdrag att snarast framlägga förslag till åtgärder för att utrusta minst en förlossningsavdelning i varje län med personal och utrustning för smärtfri förlossning.

3) I motionen 1971: 736 av herr Björk i Gävle (c) och fru Jonäng (c) yrkas att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t anhåller

om åtgärder för att få till stånd klinisk och experimentell forskning om smärtlindring vid förlossning

om åtgärder för att inrätta specialavdelningar för förlossningsanestesi samt

om åtgärder för utbildande av anestesiologer.

4) I motionen 1971: 790 av fru Theorin m. fl. (s) yrkas att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t som sin mening uttalar att i den reguljära barnmorskeutbildningen skall ingå jämväl utbildning i paracervical bedövningsteknik samt i övrigt hänvisar till vad som i motionen anförts.

Förlossningsvården

Förlossningsvårdens organisation

I Sverige äger numera ca 110 000 förlossningar rum per år. Utvecklingen under de senaste årtiondena har lett till att anstaltsvården blivit den helt dominerande vårdformen vid barnsbörd och kommit att tas i anspråk vid 99,9 procent av alla förlossningar.

Enligt 3 § sjukvårdslagen (1962: 242) åligger det landstingskommun och kommun som inte tillhör landsting att ombesörja vård för barnsbörd. Slutna vård för barnsbörd ges antingen vid lasarett eller vid förlossningshem. De senare är företrädesvis avsedda för mindre krävande

vård och får vara försedda med högst tio vårdplatser. Förlossningshem kan vara fristående eller anknutet till sjukstuga (jfr 6 § sjukvårdslagen).

Ett fåtal lasarett för enbart förlossningsvård och gynekologisk sjukvård finns. Vid ingången av år 1971 fanns endast ett fristående förlossningshem. Övriga förlossningshem var anordnade som särskilda avdelningar av sjukstugor.

Vid ingången av år 1970 uppgick antalet vårdplatser för förlossningsvård till ca 3 450 vårdplatser. Ca 2 600 vårdplatser fanns vid särskilda kvinnokliniker med läkare specialutbildade i kvinnosjukdomar och förlossningar (gynekologi och obstetrik). Ca 690 vårdplatser fanns vid normallasarett, där vårdplatserna vanligen hänförts till den kirurgiska kliniken, och vid s. k. odelade lasarett. Ca 140 vårdplatser fanns vid förlossningshem anknutna till sjukstugor.

Vederbörande överläkare (vid lasarett eller lasarettsklinik), sjukstuguläkare eller läkare vid förlossningshem har enligt 16 § sjukvårdslagen att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande inom lasarettet, kliniken etc.

För förlossningsvården finns dessutom underordnade läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor, barnsköterskor och sjukvårdsbiträden. Läkare från andra enheter vid sjukhuset, t. ex. anestesiloger (anestesiologi = vetenskapen om bedövningsmetoderna) och barnläkare, medverkar i mån av tillgång och behov i förlossningsvården.

Enligt 6 § reglementet (1955: 592) för barnmorskor omfattar barnmorskans verksamhet huvudsakligen vården av den friska havande kvinnan och den normala förlossningen och barnsängen ävensom vården av det friska barnet under i regel de första tio dagarna efter förlossningen. Vid oregelbundenheter eller sjukdomstillstånd hos barnaföderska eller hennes barn får barnmorska biträda, förutom i nödfall, endast efter läkares anvisning.

Vid de flesta förlossningar ges förlossningshjälpen av barnmorskor. Härvid ingår även åtgärder för smärtlindring. Läkaren har överinseende över förlossningsvården och ingriper personligen särskilt vid komplikationer.

Utbildningen av läkare för förlossningsvård och av barnmorskor, m. m.

I grundutbildningen för läkare meddelas särskild undervisning i anesthesiologi inom ramen för kurserna i medicin och kirurgi under det s. k. medicin-kirurgi-året. I en senare del av grundutbildningen ingår utbildning i obstetrik och gynekologi.

Ämnet anesthesiologi är företrätt genom professurer vid universiteten i Uppsala och Lund samt vid karolinska institutet. Professurer i obstetrik och gynekologi finns vid universiteten i Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå samt vid karolinska institutet. Vid nämnda universitet samt karo-

linska institutet finns även professorer i ämnet pediatrik (vetenskapen om barnsjukdomarna), som behandlar bl. a. frågor som har anknytning till förlossningsvården.

Statsmakterna fattade år 1969 beslut om en ny ordning för läkares vidareutbildning (prop. 1969: 35, SU 83). Grundtanken är att läkarnas vidareutbildning skall inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen och att läkarnas vidareutbildning därvid skall utformas som led i en strävan efter balanserad expansion av sjukvårdens olika grenar. Läkaresurserna bör liksom övriga sjukvårdsresurser inriktas på att tillgodose patienternas olika behov av sjukvård. Praktiskt taget alla nya läkare förutsätts gå igenom vidareutbildning som sker genom tjänstgöring i offentlig sjukvård.

Vidareutbildningen skall inledas med en allmän utbildningsperiod, kallad allmäntjänstgöring, om 21 månader.

Den fortsatta vidareutbildningen skall äga rum i form av antingen en specialistutbildning i regel omfattande tjänstgöringar under sammanlagt 4—5 år eller en utbildning till allmänpraktiker under tre år. Härunder skall läkaren följa viss systematisk undervisning.

Med anledning av statsmakternas beslut om läkarnas vidareutbildning utfärdades nya bestämmelser om läkares specialistbehörighet. De är intagna i kungörelsen (1969: 422) med tillämpningsföreskrifter till lagen (1960: 408) om behörighet att utöva läkaryrket. Gemensamt krav beträffande alla specialiteter är — förutom legitimation som läkare — allmäntjänstgöring som läkare under för närvarande 18 månader. För specialistkompetens i gynekologi och obstetrik krävs sedan tre års tjänstgöring vid kvinnoklinik (huvudutbildning) samt ett års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och ett halvt års tjänstgöring vid anestesiafdelning (sidoutbildning). Beträffande specialiteten anesthesiologi krävs tre års tjänstgöring vid anestesiafdelning (huvudutbildning) samt ett halvt års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och ett halvt års tjänstgöring vid medicinsk klinik (sidoutbildning).

Utbildning av barnmorskor sker sedan år 1969 inom en av linjerna för vidareutbildning av sjuksköterskor/sjukskötare, benämnd vidareutbildning inom obstetrisk och gynekologisk vård (jfr prop. 1968: 66, SU 108). Utbildningen omfattar 50 veckor, varav 10 veckor teori och 40 veckor klinisk och socialmedicinsk praktik. Undervisning om smärtlindring vid förlossning ingår enligt läroplanen för denna utbildningslinje i såväl den teoretiska som den praktiska utbildningen. I den kliniska praktiken på förlossningsavdelning (18 veckor) integreras undervisningen om metoder för obstetrisk analgesi (analgesi = smärtlindring) och anestesi med undervisningen i obstetrik och obstetrisk vård. Enligt läroplanen skall därvid särskilt betonas vikten av kontinuerlig övervakning av den blivande modern under förlossningsarbetet och behov av smärtlindring. Försöksvis har en vecka av praktikavsnittet inom anestesi- och intensiv-

vård förlagts till förlossningsavdelning, då undervisningen speciellt inriktas på obstetriska analgesimetoder.

Utbildningen för barnmorskor enligt tidigare ordning var i stort sett densamma som nuvarande utbildning.

Under år 1969 genomförde socialstyrelsen en undersökning, RUPRO 69, avseende sjukvårdshuvudmännens planer för utbyggnad av sjukvården tidsperioden 1968—1975. I vad avser tjänster för specialistkompetenta läkare i obstetrik och gynekologi samt anesthesiologi har antalet tjänster beräknats öka från 364 respektive 331 år 1968 till 481 respektive 493 år 1975. Antalet tjänster för sjuksköterskor, vidareutbildade i obstetrisk och gynekologisk vård, har beräknats öka från 898 till 1 048.

Bestämmelser om mödrahälsovården, m. m.

Enligt ett av socialstyrelsen år 1969 fastställt *normalreglemente för mödra- och barnhälsovården* (Medicinalväsendets författningssamling 1969: 39) skall varje landsting och stad utanför landsting inom sitt sjukvårdsområde tillhandahålla en organisation med huvudsaklig uppgift att genom hälsovårdande verksamhet i såväl fysiskt som psykiskt hänseende förebygga uppkomsten av sjukdomar och insufficiensstillstånd hos blivande och nyblivna mödrar (mödrahälsovård) samt hos barn intill skolåldern.

Mödrahälsovården meddelas vid lokala centraler, mödravårdscentraler, och omfattar dels *förvård* dvs. vården av kvinnan under havandeskapet, dels *eftervård* dvs. vården av den nyförlösta kvinnan under tiden närmast efter förlossningen (i allmänhet de tolv första veckorna) och dels *preventivmedelsrådgivning*.

Under förvården bör kvinnan, enligt normalreglementet, ges möjlighet att bereda sig för förlossningen genom att delta i särskilt anordnad mödraundervisning. Vid behov ges kvinnan råd och hjälp i personliga och sociala frågor samt eventuell anvisning om ytterligare samhällshjälp. Kvinnan skall även ges råd och anvisningar i fråga om lämplig kost och livsföring under och efter graviditeten. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas de unga och de ensamstående mödrarna.

Vid mödravårdscentral skall särskilda läkarmottagningar anordnas, och i förvården av varje kvinna bör normalt ingå minst tre läkarbesök.

Barnmorska vid mödravårdscentral skall inhämta anamnes (uppgifter om tidigare sjukdomar m. m.) hos de blivande mödrarna, varvid genetiska uppgifter bör uppmärksammas. Hon har att utföra rutinmässiga provtagningar, undersökningar och behandlingar samt även i övrigt medverka i vården. Det ankommer på barnmorskan att bedöma behovet av hembesök. I första hand bör förstföderskor och ensamstående blivande mödrar härvidlag komma i fråga. Finner barnmorska att avvikelser från det normala föreligger i havandeskapets förlopp eller att annat anmärkningsvärt förhållande är för handen, skall hon underrätta läkare

vid centralen härom och samråda med denne om patientens fortsatta vård.

Barnmorskan leder mödraundervisningen och lämnar i övrigt råd och anvisningar i frågor som rör graviditeten och förlossningen. Hon skall samarbeta med och vid behov hänvisa till vederbörliga samhällsorgan, som bedriver verksamhet av betydelse för den blivande eller nyblivna modern.

Mödra- och barnhälsovården bör i erforderlig utsträckning samordnas med andra grenar inom öppen och sluten vård. Ett utbyte av medicinska data och andra uppgifter av betydelse för vården av den enskilde patienten bör ske mellan mödravårdscentralen och det sjukhus, där förlossningen är avsedd att äga rum.

I cirkulär med *råd och anvisningar angående mödraundervisning* (Medicinalväsendets författningssamling 1969: 63) har socialstyrelsen år 1969 meddelat råd och anvisningar rörande utformningen av den mödraundervisning som anordnas jämlikt normalreglementet för mödra- och barnhälsovården.

Enligt cirkuläret syftar mödraundervisningen till att genom information om graviditeten, förlossningen och moderskapet från fysiologiska, psykologiska och sociala synpunkter samt genom lämplig träning förbereda och underlätta förlossningen. Avsikten skall vara att hjälpa kvinnan till lugn och tillförsikt då hon föder sitt barn samt att minska hennes smärtupplevelse, bl. a. genom att hon bättre skall kunna utnyttja tillförda analgesimedel. Det anges att för en på så sätt väl förberedd kvinna finns anledning anta att förlossningens längd och risken för komplikationer nedbringas.

På detta sätt — anges det vidare — kan en förlossningsupplevelse bli mindre påfrestande och gynnsamt påverka förhållandet mellan mor och barn och mellan föräldrarna inbördes och sålunda verka stärkande på familjelivets harmoniska utveckling.

Mödraundervisningen skall vara tillgänglig för alla gravida kvinnor och förutsatts vara speciellt betydelsefull för förstföderskor.

Den teoretiska undervisningen skall ge kunskap om:

- 1) graviditetens, förlossningens och barnsängstidens anatomi, fysiologi och psykologi (bl. a. smärtlindring),
- 2) hygieniska, mentalhygieniska och näringsfysiologiska åtgärder under denna tid,
- 3) samhällsresurser och sociala förmåner i anslutning till barnsbörd.

I den mödragymnastik som anordnas jämsides med den teoretiska undervisningen skall ingå konditionsbefrämjande övningar, rörelseträning för att minska belastningsbesvär samt övningar i andningsteknik och avslappning. Så kallad eftergymnastik bör även ingå.

För att den blivande modern skall få lära känna den omgivning där hon skall föda sitt barn bör studiebesök på förlossningsavdelning

anordnas med möjligheter till kontakt med barnmorskor och annan personal på avdelningen samt demonstration av lokaler och sådan apparatur för smärtlindring som barnaföderskan kan komma att använda på egen hand vid sin förlossning.

I cirkuläret anges vidare bl. a. att mödraundervisningen bör bedrivas i grupp och att det är av stor betydelse att kurserna får en avspänd och informell utformning med tillfällen till frågor och diskussioner.

Metoder och praxis beträffande smärtlindring vid förlossning

Förlossningen innebär att livmodern sammandrar sig och pressar ut fostret, moderkakan och fosterhinnorna. Under första delen av förlossningen åstadkommer livmodern sammandragningar så att livmoderhalsen öppnar sig (öppningsskiftet). Under den andra delen av förlossningen (utdrivningsskiftet) åstadkommer sammandragningarna tillsammans med kvinnans krystningar att fostret passerar genom livmoderöppningen och slidan samt föds fram genom slidmynningen. På grund av olika omständigheter, bl. a. tryck mot omgivande vävnader och förändringar i blodtillförseln till livmodermuskeln, är oftast sammandragningarna förenade med smärta och kallas därför värkar. Smärtan är vanligen mest uttalad i slutet av öppningsskiftet samt strax före och vid barnets framfödande. Därvid kan vävnadsbristningar uppstå eller också måste slidmynningen vidgas genom uppklippning. I bägge fallen måste vävnaderna sys ihop, vilket gör ont utan smärtlindring.

De s. k. naturliga metoderna

Systematisk förberedelse för förlossning för att minska fruktan och spänning och därigenom även smärta och allmän påfrestning är utformad i en metod som benämnts »naturlig förlossning». Förlossningen underlättas även genom en intränad avslappnings- och andningsteknik. Metoden används i modifierad form i Sverige och har sammankopplats med mödraundervisningen. Den lanserades under 1950-talet av den engelske läkaren Dick Read.

En annan systematisk förberedelse med mera omfattande avslappnings- och andningsövningar sker enligt den s. k. psykoprofylaktiska metoden, som börjat användas i viss utsträckning i Sverige.

Suggestionsmetoder som hypnos och s. k. autogen träning praktiseras endast på ett fåtal platser i landet. Även dessa metoder kräver undervisning under graviditeten. De passar inte för alla kvinnor.

Vid alla de nämnda metoderna kan undervisningen ges i grupp och det anges att de som en gemensam fördel har att kvinnan är vid medvetande under förlossningen.

Smärtlindring med smärtstillande medel

När det gäller smärtlindringsmetoder med analgetica (smärtstillande medel) kan man skilja mellan följande metoder.

1) Analgetica ges i tablettform eller som injektion för bl. a. en mera allmän avslappning.

Det analgeticum som mest används i Sverige är petidin – ett till sin verkan morfinliknande preparat. Det anses inte böra ges om man väntar sig förlossning inom de närmaste tre till fyra timmarna.

2) Kvinnan får inandas gaser av bedövande art (inhalationsnarkosmedel).

För att erhålla smärtlindring under förlossning genom inhalation av narkosmedel används i Sverige nästan uteslutande lustgas (i syrgasblandning), även om man i slutskedet ibland övergår till mer snabbverkande s. k. slutnarkos. Lustgasen inandas ur mask. Via lungorna och blodet förs gasen till hjärnan vars smärtcentrum påverkas.

Gemensamt för metoderna under punkterna 1) och 2) anges vara att de inte ogynnsamt påverkar ett normalt förlossningsarbete och att de i rätt dosering inte utsätter mor eller barn för några risker. Metoderna ger en god, i vissa fall fullt tillfredsställande smärtlindring. Metoderna kan i princip användas av barnmorska; dock ej slutnarkos. Slutnarkosen ger smärtfrihet under den tid medvetslösheten varar.

3) Vid slidöppningen ges lokalbedövning genom injektion eller spray av bedövningsmedel. Spray användes vid slemhinnebristningar. Injektion eller spray av bedövningsmedel kan ges av barnmorska. Smärtfriheten blir lokalt begränsad.

4) Regional anestesi läggs, dvs. genom insprutning av ett bedövningsmedel blockeras de nerver vilka leder smärtkänsligheten från ett visst kroppsområde till hjärnan.

Regional anestesi, som ger god smärtlindring eller total smärtfrihet, kan åstadkommas på flera olika sätt. Valet av metod beror på i vilket stadium förlossningen befinner sig och på tillgång till obstetrisk och anesthesiologisk expertis.

I det följande anges metoderna paracervikalblockad (paracervix = området runt livmoderhalsen), epiduralanestesi (epidural = utanför hårda ryggmärgshinnan) och pudendusblockad (pudendus = nerv i bäckenbotten), vilka metoder omnämns i motionerna.

Paracervikalblockad (PCB) sker genom att bedövningsmedlet sprutas via slidan in på ömse sidor om livmoderhalsen. Smärtnerverna blockeras därvid i nedersta delen av livmodern och kring livmoderhalsen. PCB ger god smärtlindring eller smärtfrihet under öppningsstadiet, men måste kompletteras t. ex. med pudendusblockad, när barnet föds fram. Varaktigheten av bedövningen varierar med bedövningsmedel men behandlingen behöver ofta upprepas med en till två timmars intervall.

Rätt använd anses PCB medföra endast tämligen små risker för så-

väl mor som barn. Emellertid är det område, där bedövningsmedlet skall injiceras, mycket kärlikt och de stora kärl som för blod till och från moderkakan är belägna i nervernas omedelbara närhet. Ödesdigra effekter kan drabba barnet eller modern eller bäge, om medlet av misstag sprutas in i kärlnätet. En annan möjlighet till komplikation består i att barnets huvud kan ligga intill injektionsplatsen. Det har förekommit att det lokala bedövningsmedlet sprutats in i barnskallen och orsakat barnets död.

Risken för komplikation vid PCB gör att läkare med obstetrisk men helst också med viss anestesilogisk utbildning anses bära ansvaret för bedövningen. Hans bedömning underlättas av tillgång till apparatur för kontinuerlig övervakning av förlossningen. Dylik apparatur finns redan på de flesta obstetriska universitets- och regionkliniker men håller också på att anskaffas till andra obstetriska specialavdelningar. PCB-metoden har tillämpats i stor utsträckning vid Västerviks lasarett.

Epiduralanestesi (EDA) sker genom att bedövningsmedlet sprutas via en tunn plastkateter in i ryggradskanalen men utanför ryggmärgens hårda hinna, varvid smärtförmimmelserna blockeras på sin väg upp mot hjärnan. Katetern sitter kvar under hela förlossningen och kan fyllas på vartefter. Denna metod anses kräva såväl insats av anestesilog som exakt obstetrisk diagnostik. Med kontinuerlig teknik eller med långtidsverkande bedövningsmedel kan EDA ge smärtfrihet under hela förlossningen. Låter man smärtfriheten omfatta även framfödandet, ökar antalet obstetriska ingrepp — i form av vacuumextraktion eller extraktion med tång — eftersom kvinnans krystförmåga minskar ju större område bedövningen omfattar. I Sverige förekommer metoden vid bl. a. karolinska sjukhuset.

Pudendusblockad (PNB) sker genom bedövning av den s. k. pudendusnerven i bäckenbotten. PNB får läggas av barnmorska och anges ge smärtfrihet, när barnet föds fram, samt tillåta försörjning av mjukdelsår etc. PNB kan användas i praktiskt taget varje förekommande fall, vilket inte anses möjligt vid PCB och EDA beträffar. Riskerna anses vara mycket små.

Kejsarsnitt

Vid diskussion om smärtfri förlossning brukar nämnas kejsarsnitt som en tänkbar metod. Kejsarsnitt görs i Sverige bara på vissa indikationer, t. ex. sjukdomstillstånd hos mor eller barn, trång bäckenkanal eller akuta situationer. Metoden anses inte helt riskfri för fostret. Extrahering (uttagning) av barnet måste nämligen ske inom loppet av fem minuter efter det att modern fått narkos. Snabba tryckförändringar kan ibland påverka fostret.

Smärtlindring vid normalförlossning

Under de senaste årtiondena har smärtlindring under normalförlossning i stort sett följt följande linjer. Vid förlossningen har stor vikt lagts vid att barnaföderskan får hjälp och uppmuntran att genomföra den tidigare i samband med undervisningen inlärd andnings- och avslappningstekniken. Dessutom har man eftersträvat smärtlindring genom tillförande av främst lustgas-syrgas kombinerat med injektion av smärtstillande medel av typ petidin. Under utdrivningsskedet har vanligen lustgas-syrgas- eller trikloretylentillförsel skett kombinerat med utnyttjande av någon form av lokalbedövning (bl. a. pudendusblockad).

Föreskrifter om smärtlindring vid förlossning

Socialstyrelsen har i ett cirkulär år 1969 givit *råd och anvisningar rörande smärtlindring vid förlossning* (Medicinalväsendets författningssamling 1969: 69).

I cirkuläret anför styrelsen med vissa redaktionella förtydliganden bl. a. följande.

De smärtlindrande medlens verkningar på modern är förhållandevis väl kända, medan däremot erfarenheterna av sådana medels inverkan på barnet under och efter förlossningen är jämförelsevis små. Så gott som samtliga läkemedel, som ges till barnaföderskan under förlossningen för att framkalla sedativ (lugnande), analgetisk (smärtlindrande) eller narkotisk (sömngivande) effekt, har förmåga att snabbt passera såväl placenta (moderkakan) som blod-liquo-barriären (övergången mellan blod och ryggmärgsvätska). Övergången av farmaka från moder till foster varierar såväl från fall till fall som för samma individ under olika betingelser. Ännu saknas möjlighet att med analgesimedel enbart påverka modern. En måttlig läkemedelseffekt på barnet synes emellertid sällan i och för sig orsaka grava rubbningar. Däremot kan läkemedelseffekten försämra tillståndet hos ett redan hotat foster. Prematura (alltför tidigt födda) barn och barn med intrauterin hypoxi (syrebrist hos fostret) och åtföljande acidos (lågt pH-värde) är särskilt känsliga för de preparat, som används för moderns analgesi. Hos överburna foster minskas de intracellulära glykogenreserverna med ökad intrauterin ålder, vilket bl. a. leder till nedsett tolerans vid hypoxitillstånd.

Kvinnors upplevelse av förlossningssmärta är utomordentligt växlande beroende på känslighet och »smärtröskel». Smärtupplevelsen varierar under förlossningens olika skeden men kan även bero på sinnesintryck, stämningsläge eller trötthetsgrad.

Oro och ängslan förstärker smärtupplevelsen och kan förlänga förlossningen eller påverka dess förlopp i övrigt. Mödräförberedelse under graviditeten (mödraundervisning, andnings- och avslappningsövningar) liksom uppmärksam omhändertagande, stöd och uppmuntran under förlossningen har den största betydelse för att minska behovet och öka effekten av smärtlindrande medel och kan sålunda verka normaliserande på förlossningens förlopp.

Smärtan kan ha stor betydelse för upptäckt och behandling av rubb-

ningar i värkarbetet eller andra komplikationer under förlossningen. En för tidigt insatt smärtlindring kan — på grund av analgesimedlets smärttröskelhöjande effekt — dölja för diagnosen viktiga smärtreaktioner. Ett flertal smärtlindrande medel har dock samtidigt gynnsam inverkan på förlossningsförloppet, varför läkaren ofta har att välja mellan denna effekt och läkemedlets icke önskade biverkningar. Fosterskador åstadkomna av obehandlade rubbningar i förlossningsarbetet är emellertid oftast allvarligare än de skador, som förorsakas av analgesimedel. Med hänsyn till läkemedels biverkningar, smärtupplevelsens individuella karaktär samt förlossningsfysiologiska och fostercirkulatoriska förhållanden är det uppenbart, att någon enda metod eller något enda medel icke finnes, som i smärtlindrande syfte kan rekommenderas vid alla förlossningar. I detta sammanhang må nämnas att värdet av apparatur för värkregistrering och fosterövervakning är väldokumenterat.

Det är naturligt att läkaren i varje enskilt fall måste väga effekten av de metoder för smärtlindring som står till buds mot analgesimedlets icke önskade verkningar på moder och barn. Största möjliga hänsyn måste tas till moderns och barnets säkerhet. Smärtlindringseffekten löper i stort sett parallellt med riskerna vid användande av smärtlindrande medel. I det följande finns omnämnt sådana metoder, som i allmänhet ger tillfredsställande smärtlindring och har en så stor säkerhet, att de i huvudsak kan administreras av barnmorskor på egen hand. Härutöver finns metoder där det använda analgesimedlet ger större smärtlindring — men där användningen av detta medel medför ökade risker — varför större medverkan av läkare fordras för att leda förlossningsanalgesin. Hit hör den på senare tid i hög grad uppmärksammade paracervikala blockaden. Administrerad av läkare kan paracervikal blockad — eventuellt kombinerad med pudendusblockad — utgöra en god smärtlindringsmetod. På grund av de risker, särskilt för fostret, som är förbundna med rutinmässig användning av paracervikal blockad, kan metoden icke anses lämplig att överlåtas på barnmorskor.

Barnaföderskans önskan beträffande smärtlindring vid förlossning skall tillgodoses i den utsträckning medicinska skäl medger. Smärtlindring vid förlossning ges i enlighet med den ansvarige läkarens intentioner. Det ankommer på denne att göra tjänstgörande barnmorskor förtrogna med de för dem nya smärtlindringsmetoder, som han önskar skall komma till användning. För förlossningsavdelning utfärdas skriftlig instruktion av den ansvarige läkaren beträffande den smärtlindringsmetodik, som får användas av barnmorska. I regel bör tjänstgörande läkare vid något tillfälle ha tagit ställning till det enskilda fallet och givit föreskrifter om lämplig analgesiform enligt för avdelningen fastställd instruktion. Där icke tillfredsställande smärtlindring erhålles eller där barnmorska kan förutse särskilt behov av smärtlindring, skall läkare tillkallas. Vid förlossningsoperationer och i övrigt vid komplicerade förlossningar skall läkaren i varje enskilt fall personligen ge direkt anvisning om lämplig analgesimetod.

Alla barnaföderskor bör under förlossningsarbetet få flytande, lämpligt sammansatt kost. För att minska riskerna, om narkos skulle behövas, skall sug jämte syrgasutrustning finnas i förlossningsrummet. Narkosutrustning och utrustning för omhändertagande av barnet skall vara lätt tillgänglig inom förlossningsavdelningen. Om narkos behöver ges, vare sig av psykologiska eller medicinska skäl, skall läkare närvara.

Nedan angivna smärtlindringsmetoder bör kunna anförtros barnmorska att användas i enlighet med för avdelningen fastställd instruktion.

1. Vid *smärtsamma förvärkar* eller då barnaföderskan före det egentliga förlossningsarbetet är uttröttad och i behov av vila kan lätta analgetica eller sedativa tillföras.

2. Under *öppningsskiftet* bör i första hand *lustgas-syrgas* intermittent ges under värk.

Trilen kan ges i de fall då *lustgas* visat sig vara otillräcklig eller olämplig, t. ex. vid illamående. För *trilengivning* bör endast tillåtas apparat, som icke kan ge narkotisk koncentration vid inhalation. Bruksanvisning skall åtfölja apparaten. *Trilen* bör icke ges intermittent under längre tid än 2 timmar.

Penthrane kan administreras på liknande sätt.

Smärtlindringen kan förstärkas med t. ex. *petidin*, *promethazin*, *klorpromazin* eller *diazepam*.

3. Under tidigare delen av *utdrivningsskiftet* kan *lustgas-syrgas* eller *trilen* användas på tidigare angivet sätt. I vissa fall behöver icke någon särskild smärtlindring ges under detta skede av förlossningen.

4. För *förlossningens slutskede* (slutanalgesi) rekommenderas *lustgas-syrgas* eller *trilen* (med användande av apparat enligt ovanstående anvisning) liksom även *infiltrationsanestesi* med därtill lämpligt lokalanestesi-medel) — — —. Vidare kan *ledningsanestesi* i form av *pudendusblockad* rekommenderas. — — —

5. Vid suturering av bristningar bör särskilt tillses att tillfredsställande smärtlindring förefinnes. Om effekten av tidigare analgesi icke kvarstår bör *lustgas-syrgas*, *trilen* eller *infiltrationsanestesi* användas. Vid slemhinnebristningar bör *ytanestesi* med spray — — — kunna ifrågakomma.

Yttranden

Yttranden över samtliga motioner har inhämtats från socialstyrelsen, universitetskanslersämbetet, Svenska landstingsförbundet, Svenska läkaresällskapet och Svenska barnmorskeförbundet. Härjämte har yttrande över motionerna 1971: 72 och 1971: 736 inhämtats från statens medicinska forskningsråd och över motionen 1971: 790 från skolöverstyrelsen. Vid universitetskanslersämbetets yttrande har fogats yttranden från rektorsämbetena vid universiteten i Uppsala, Lund, Göteborg och Umeå, karolinska institutet samt högskoleenheten i Linköping ävensom yttranden till rektorsämbetena från respektive medicinska fakultet.

Yttrandena av ovan angivna remissinstanser redovisas i sammandrag och med vissa redaktionella jämkningar i följande sammanställning.

Utskottet har vidare inhämtat yttrande över motionerna 1971: 72, 1971: 736 och 1971: 790 från riksdagens utbildningsutskott som vid avgivandet av yttrandet haft tillgång till remissyttrandena över motionerna från ovannämnda remissinstanser. Utbildningsutskottets yttrande fogas till detta betänkande som *bilaga*.

Allmänt

Socialstyrelsen anser att Sverige hävdar sig väl vid en internationell jämförelse när det gäller mödrahälsovårdens och förlossningsvårdens kvalitet. Detta gäller också smärtlindring vid förlossning, då så gott som alla förlossningar äger rum på sjukhus och därvid till övervägande del på förlossningsavdelningar med tillgång till specialistvård (kvinnekliniker). Vid dessa kliniker står vissa resurser för smärtlindring till buds. Vid flertalet kliniker är resurserna mera utvecklade. *Socialstyrelsen* vill dock framhålla att en förbättring är önskvärd och angelägen vad avser organisation, personal, utrustning och utbildning för obstetrisk anestesi.

Socialstyrelsen erinrar om det av styrelsen fastställda normalreglementet för mödra- och barnhälsovården samt styrelsens cirkulär med råd och anvisningar angående mödraundervisning och framhåller att ett av huvudsyftena med mödraundervisningen är att underlätta förlossningsupplevelsen.

Socialstyrelsen betonar att styrelsen i cirkuläret med råd och anvisningar rörande smärtlindring vid förlossning angivit att barnafödelskans önskan beträffande smärtlindring vid förlossning skall tillgodoses i den utsträckning medicinska skäl medger och att det åligger den för vården ansvarige läkaren att tillse att smärtlindringen ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Styrelsen framhåller att metoderna och läkemedlen som anges i *socialstyrelsens* nämnda cirkulär enligt vetenskap och beprövad erfarenhet på samma gång är relativt säkra och effektiva för smärtbekämpning vid olika stadier av förlossningen men inte sällan otillräckliga, varvid ytterligare insatser för smärtlindring bör göras. I allmänhet fordras i så fall bedömning av läkare. Det är dock ingenting som hindrar ansvarige läkaren att utvidga barnmorskornas befogenheter till att gälla även andra läkemedel och metoder än de som nämns i cirkuläret. Så t. ex. kan den ansvarige läkaren överlämna åt barnmorskorna att under läkares ledning på egen hand ge s. k. paracervikal blockad, om man har givit dem undervisning om den teknik som han anser att de skall använda när de ger bedövningen och de speciella försiktighetsmått som han anser erforderliga.

Socialstyrelsen anför att den inte – lika litet som beträffande all annan medicinsk verksamhet – kan föreskriva metodval vid förlossningsanestesi. Styrelsens råd och anvisningar får därför inte uppfattas som bindande för metodvalet i det individuella fallet vare sig så att alla de angivna metoderna måste användas eller så att inga metoder utöver de angivna får användas. Ansvar vid val av metod åvilar alltid ansvarig läkare, och han har därvid att enligt allmänna läkarinstruktionen (1963: 341) handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Styrelsen framhåller att under mycket lång tid har en av de starkast begränsade faktorerna när det gäller såväl kvantitativ som kvalitativ

utbyggnad av hälso- och sjukvårdens olika områden varit tillgången på adekvat utbildad personal. Under 1960-talet har emellertid en mycket omfattande utökning av utbildningskapaciteten beträffande bl. a. sjuksköterskor och läkare genomförts. Parallellt med denna kvantitativa expansion av antalet intagningsplatser vid sjuksköterskeskolorna och de medicinska fakulteterna har en betydande höjning av utbildningsnivån beslutats och delvis genomförts. Tillgången på grundutbildade sjuksköterskor har ökat i snabb takt. Någon markant bristsituation i detta avseende föreligger inte längre. Satsningen på vidareutbildning av sjuksköterskor har däremot ännu inte fått full genomslagseffekt. Även på denna nivå kan emellertid tillgången förväntas öka snabbt under de närmaste åren. Tillgången på läkare kan förväntas öka snabbt under 1970-talet, varför goda förutsättningar föreligger att vad gäller utbudet av utbildade läkare på sikt en väsentligt bättre täckning av behovssidan skall kunna uppnås inom alla sektorer av hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen framhåller, att då dimensioneringen av de skilda vidareutbildningslinjerna för läkare skall baseras på hälso- och sjukvårdens behov av kvalificerad läkararbetskraft det ytterst blir de för hälso- och sjukvården ansvariga huvudmännens beslut om dimensionering och fördelning av antalet tjänster för läkare under vidareutbildning, som styr den framtida tillgången på vidareutbildade läkare inom t. ex. anesthesiologi samt obstetrik och gynekologi.

Svenska landstingsförbundet menar att socialstyrelsens råd och anvisningar rörande smärtlindring vid förlossning är grundade på ett erfarenhetsmaterial som numera kan vara i mindre grad aktuellt. Med hänsyn härtill och den snabba utvecklingen bör en revidering av tillämpad praxis övervägas.

Universitetskanslersämbetet anför att ämbetet delar uppfattningen att smärtlindring vid förlossning är ett rimligt krav som varje kvinna som så önskar skall kunna få uppfyllt.

Medicinska fakulteten i Lund anför att för en utökad och intensifierad smärtlindring vid förlossning finns f. n. intet annat hinder än bristen på personella resurser.

Medicinska fakulteten i Linköping anför att förlossningsanestesi in- tog i Sverige tidigare en framskjuten plats. Sedan många år har emellertid förlossningsanestesi föga utvecklats i vårt land. I en del länder, främst i USA, används betydligt mer bedövningsmedel i samband med förlossning än i Sverige. Fakulteten framhåller att vid flertalet bedövningsmetoder bedövningsmedlet går över till barnet och kan öka dess dödsrisk och/eller minska moderns förmåga att spontant föda sitt barn.

Rädslan att öka mödra- och barnadödligheten har sannolikt verkat återhållande på införandet av nya bedövningsmetoder i Sverige. Emellertid har andra faktorer sannolikt haft ännu större betydelse. Den viktigaaste torde vara den stora läkarbristen på kvinnoklinikerna. Den andra

faktorn är den bristande utbildningen av anesthesiologer, varigenom det råder en sådan brist på narkosläkare i Sverige, att knappast någon har tid att ägna sig åt förlossningsanestesi.

Medicinska fakulteten i Uppsala anser att smärtlindring vid förlossning bör vara ett krav som varje kvinna skall kunna få uppfyllt men att medicinska skäl och riskfrihet för fostret bör vara utslagsgivande för val av anestesiform.

Medicinska fakulteten i Umeå instämmer i att förlossningssmärtan ofta är onödigt svår och fakulteten anser att effektiv smärtlindring borde kunna ges åt alla kvinnor under förlossning. Fakulteten framhåller emellertid att förlossningssmärtans svårighetsgrad kan vara till hjälp vid diagnostik av abnormt värkarbete. Fakulteten anför vidare, att kunskapen på områden av betydelse för smärtlindring vid förlossning redan i dagens läge är tillräckligt stor för att man i de flesta fall borde kunna erbjuda alla kvinnor effektiv smärtlindring eller smärtfrihet. Förutsättningen är välutrustade förlossningsavdelningar med tillräckliga personella och apparativa resurser och ökad tillgång till anesthesiologisk expertis.

Svenska läkaresällskapet vill förorda en allmän översyn över möjligheterna att ge förbättrad smärtlindring eller smärtfrihet under förlossning.

Läkaresällskapet anför, att upplevandet av smärtan under förlossningen är svårbedömd, och jämförelse med t. ex. operativ smärta kan ej utan vidare göras. Sålunda är förlossningssmärta i hög grad påverkad av religiösa, etiska, kulturella, sociala m. fl. faktorer och färgas i påtaglig grad av bl. a. rädsla och av den psykologiska mödraförberedelsen. Huvuddelen av mödrarna har under förlossningen endast ringa eller måttliga smärtor, i vilka fall rimligen god förberedelse och ett effektivt utnyttjande av nu allmänt tillgängliga smärtlindringsmetoder bör kunna ge tillfredsställande resultat.

Avancerad smärtlindring eller skapandet av smärtfrihet under förlossning måste förutsätta en medverkan av anesthesiolog (läkare och narkossjuksköterska) liksom vid all annan anestesiverksamhet vid kirurgiska ingrepp etc.

En utökning av smärtlindringen under förlossningen eller skapandet av smärtfrihet torde i sig medföra att obstetrikern i större utsträckning än nu måste bli engagerad även i normalförlossningar för att på ett riktigt sätt kunna koordinera insatta anestesimedel och metoder i förlossningsarbetet. För att en utökad smärtlindring skall kunna införas utan att äventyra hittills vunna resultat – som innebär att vårt land för närvarande uppvisar den lägsta barnadödligheten i världen – fordras en ännu intensivare övervakning av förlossningsförloppet och dess effekter på moder och barn. Detta i sin tur förutsätter en ökad tillgång på läkare vid landets kvinnokliniker.

Svenska barnmorskeförbundet påpekar att vid diskussion om användning av olika bedövningsmetoder bör inte blott hänsyn tas till moderns känsloreaktioner utan även till fostrets överlevnad och framtida hälsa.

Barnmorskeförbundet anför vidare bl. a. att i diskussionen beträffande smärtlindring bör man inte bortse från den mödraförberedelse, som för närvarande är etablerad i Sverige och som bl. a. syftar till att psykiskt och fysiskt stärka den havande kvinnan inför förlossningen. Beklagligtvis underlåter alltför många mödrar av olika skäl att på ett effektivt sätt tillgodogöra sig denna mödraförberedelse.

Medicinska fakulteten i Göteborg kan inte biträda uppfattningen att paracervikalblockad införs som rutinmetod på förlossningsavdelningarna. Fakulteten anför, att åtminstone tio dödsfall i samband med paracervikalblockad finns angivna i litteraturen till år 1968 och att av en metod för obstetrisk analgesi bör man kräva, att den över huvud taget inte bör vara förenad med dödsrisk vare sig för moder eller barn.

Karakteristiskt för farmakologisk analgesi och anestesi i samband med förlossning är att tillförsel av analgetica och anestetica till modern inte endast påverkar henne utan även fostret. Komplet smärtlindring utan att grumla moderns medvetande, utan att störa förlossningsförloppet och utan vissa risker för såväl moder som barn kan i dag inte åstadkommas med något existerande medel eller metod.

Fakulteten framhåller, att väl dokumenterade undersökningar visar, att en korrekt genomförd förvård med psykologisk förberedelse av patienten för förlossning medför komplett smärtlindring i 10–20 % av fallen och en betydligt minskad efterfrågan på farmakologisk analgesi och anestesi i 30–50 % av fallen. Psykologisk analgesi är därför en realitet och en betydelsefull faktor i försöken att minska riskerna för såväl moder som barn i samband med förlossningen.

Fakulteten betonar, att den farmakologiska analgesin inte bör ersätta den psykologiska förberedelse av patienten för förlossning, som kan åstadkommas med en god förvård, samt anför att den vill med beklagande konstatera att de personella resurserna för genomförande av en adekvat förvård vid vissa mödravårdscentraler är otillfredsställande.

Klinisk och experimentell forskning

Svenska läkaresällskapet stöder förslagen om utökade resurser för forskning och kliniskt vidareutvecklingsarbete. Läkaresällskapet anser att det bör finnas möjlighet att på några större sjukhus bygga ut verksamheten så att förutsättningar skapas för avancerad smärtlindring eller smärtfrihet. Erfarenheterna skulle vara värdefulla för framtida planering. Verksamheten måste följas upp och forskning rörande olika metoders för- och nackdelar stödjas.

Socialstyrelsen anför att styrelsen inte har resurser att själv utföra

forskning eller medel att fördela härför. Socialstyrelsen understryker behovet av ytterligare undersökningar rörande olika smärtlindringsmetoders effektivitet och risker samt sådana speciella säkerhetsåtgärder som är erforderliga för att möta s. d. effekter av dem. Detta gäller särskilt sådana resurskrävande metoder som paracervikalblockad samt sakral- och epiduralanestesi. Det ankommer, framhåller styrelsen vidare, på statens medicinska forskningsråd att inom ramen för sina resurser beakta behovet av dylik forskning.

Statens medicinska forskningsråd påpekar att det är fråga om ett komplicerat medicinskt problem. En korrekt värdering av eventuella riskmoment för moder och foster vid olika former av analgesi under pågående förlossning förutsätter djupt gående kunskaper om de speciella fysiologiska förhållanden, som råder mellan moder och foster under olika skeden av förlossningsarbetet.

Medicinska forskningsrådet har stött och stöder f. n. forskningsprojekt inom området, t. ex. undersökningar vid vissa undervisningssjukhus av effekter på moder och barn av s. k. helt smärtfri förlossning med epidural ledningsanestesi, fysiologiska effekter av denna anestesiform samt den paracervikala bedövningsteknikens inverkan på moder och barn.

Forskningsrådet framhåller, att klinisk forskning över smärtlindring under förlossning således pågår vid våra undervisningssjukhus, samt framför, att i den mån ytterligare kostnadskrävande vetenskapliga frågeställningar uppkommer, så kommer forskningsrådet efter sedvanlig värdering av forskningsprojektens uppläggning och kompetens hos projektledare att stödja framställningar om ekonomiskt understöd.

Medicinska fakulteten i Uppsala anser att personella och ekonomiska resurser bör ställas till förfogande för en tvärvetenskaplig undersökning av de olika anestesiformernas effekt på fostret och att undervisning i övervakning och ledning av förlossningsanestesi snarast bör etableras för de berörda personalgrupperna.

Medicinska fakulteten i Göteborg å andra sidan uttalar sitt oreserverade stöd för de motionsyrkanden som går ut på intensifierad forskning kring smärtlindring vid förlossning.

Medicinska fakulteten i Umeå betonar att forskningen om smärtlindring vid förlossning är av tvärvetenskaplig natur. Den inbegriper i första hand ämnena anestesiologi samt obstetrik och pediatrik men behöver stöd av flera medicinskt teoretiska specialiteter och tillgång till laboratorieresurser. Huvudparten av forskningen bör därför äga rum vid universitets- och regionsjukhus. Anslag för dylik forskning bör i huvudsak ske genom att forskningsråden prövar projekten.

Medicinska fakulteten i Linköping anser att särskilda medel bör ställas till medicinska forskningsrådets förfogande för forskning om bedövningmetoder vid förlossning. Nya och ofarligare metoder måste komma fram.

Medicinska fakulteten i Stockholm stöder förslaget att åtgärder vidtas för att få till stånd utvidgning av forskning i ämnet förlossningsanestesiologi.

Universitetskanslersämbetet påpekar att de forskningsområden, som närmast är aktuella i detta sammanhang, är obstetrik, anestesiologi och pediatrik. Inom samtliga dessa discipliner finns en på universitetsstat etablerad forskningsorganisation, som rymmer bl. a. professurer. I den mån ytterligare forskningsinsatser bedöms nödvändiga finns sålunda en grundval för forskning även inom det här aktuella området. Vidare finns vid de sjukhus, som är aktuella i sammanhanget, normalt resurser för medicinskt utvecklingsarbete.

Medicinska fakulteten i Lund framhåller att orsaken till att en adekvat smärtlindring vid förlossning sällan erbjuds i vårt land knappast kan vara otillräcklig forskning eller otillräcklig erfarenhet av smärtlindrande metoder. Det finns för det första avsevärd internationell erfarenhet av bedövningsmetoder, som med hänsyn till risker för moder och barn är väl bedömbara. För det andra är de flesta av dessa metoder redan i allmänt bruk i Sverige: Lokalbedövning och epiduralanestesi inom kirurgin och paracervikal- och pudendusblockad inom gynekologin.

Även om klinisk och experimentell forskning är nödvändiga för förlossningsanestesins vidare utveckling, finns för närvarande intet annat hinder för en utökad och intensifierad smärtlindring vid förlossning än bristen på personella resurser.

Utbildning av anestesiologer

Svenska läkaresällskapet understryker att avancerad smärtlindring eller skapandet av smärtfrihet under förlossning måste förutsätta medverkan av anesthesiolog (läkare och narkossjuksköterska). Läkaresällskapet påpekar att tillgången på anestesiologer i Sverige är begränsad.

Medicinska fakulteten i Umeå framhåller att läkarbristen på kvinno-klinikerna och bristande utbildning av anestesiologer verkat återhållande på införandet av nya bedövningsmetoder i Sverige.

Socialstyrelsen anför – som närmare refererats under rubriken Allmänt – att tillgången på läkare och vidareutbildade sjuksköterskor kan förväntas öka snabbt under 1970-talet.

Barnmorskeutbildningen

Svenska barnmorskeförbundet framhåller, att även om Sverige i en internationell jämförelse kan hänvisa till den lägsta mödra- och barnmortaliteten är åtskilligt övrigt att önska i vad gäller forskning och utformande av förbättrade metoder för smärtlindring. Stöd bör lämnas åt forskning. Barnmorskeförbundet framhåller vidare att barnmorskekåren utgör den arbetsgrupp, som framför andra är ägnad att efter vederbörlig utbildning handha den smärtlindrande verksamheten.

Anm. Av Barnmorskeförbundets yttrande kan inställningen till yrkandet i motionen 1971: 790 ej utläsas. Barnmorskeförbundet synes mena att riskerna med PCB-metoden inte är så begränsade som hävdas i motionen.

Skolöverstyrelsen, som är tillsynsmyndighet beträffande barnmorskeutbildningen, menar att undervisning om smärtlindring vid förlossning enligt nu gällande läroplan ingår i en omfattning som motsvarar barnmorskans ansvars- och funktionsområde enligt socialstyrelsens anvisningar. Skolöverstyrelsen påpekar, att det beror på den lokala instruktionen för den klinik, där den praktiska utbildningen äger rum, vilka metoder för smärtlindring som används och i vilken utsträckning barnmorska medverkar samt att detta medför att utbildningen för barnmorskeleverna varierar beroende på vid vilken klinik de får sin praktiska utbildning.

Socialstyrelsen anför, att den avser att med skolöverstyrelsen ta upp frågan om utbildningens innehåll. Ett av syftena med socialstyrelsens råd och anvisningar anges ha varit att ange de metoder för förlossningsanestesi som blivande barnmorskor bör få en grundlig utbildning i att använda på egen hand. Den teoretiska undervisningen omfattar numera även sådan metodik som barnmorskorna visserligen inte som regel använder självständigt men där de ändå måste svara för huvuddelen av den särskilda övervakning och tillsyn som behövs, t. ex. paracervikalblockad. Den praktiskt-kliniska utbildningen kan dock variera något med hänsyn till de metoder som tillämpas vid sjukhuset i fråga.

Socialstyrelsen finner det angeläget att undervisning i obstetrisk anestesi och analgesi ges en så bred inriktning som möjligt och att den ej görs beroende av de variationer, som finns vid de olika utbildningssjukhusen. *Socialstyrelsen* avser att ta upp denna fråga till diskussion med skolöverstyrelsen. *Socialstyrelsen* anför bl. a.

Som framhållits i socialstyrelsens cirkulär måste det däremot uppfattas som olämpligt om barnmorskorna får tillåtelse att rutinmässigt använda paracervikal blockad utan att ha fått en sådan utbildning och instruktion om den anestesiteknik och de skärpta åtgärder för fosterövervakning som måste variera från förlossningsavdelning till förlossningsavdelning beroende på den tekniska utrustningen som står till buds och den ansvarige läkarens erfarenhet och bedömning. En annan liknande bedövningsmetod som i allmänhet ger smärtfrihet i förlossningens senare del då paracervikalblockaden inte är verksam, pudendusblockad, har socialstyrelsen däremot ansett vara så mycket riskfriare och enklare att den mera rutinmässigt borde kunna anförtros barnmorskorna.

Svenska läkaresällskapet anför att det inte kan stödja förslag om att barnmorskorna rutinmässigt och självständigt skall kunna använda PCB-metoden men framhåller att det i och för sig vore en fördel om ökad utbildning i denna metod finge ingå i barnmorskeutbildningen. *Läkaresällskapet* anför bl. a.

Emellertid skall det starkt understrykas att paracervikalblockaden hittills i stort endast använts av läkare, att den ger långt ifrån 100 % smärtlfrihet under öppningsskedet och att den som ensam smärtbehandlingsmetod är otillräcklig under utdrivningsskedet. Hittills vunna erfarenheter har emellertid visat att metoden ej är helt ofarlig för barnet. I detta sammanhang bör påpekas att i barnmorskeutbildningen saknas utbildning i anestesiarbete och blockadteknik, anestesimedels toxicitet, omhändertagandet av anestesikomplikationer etc.

Medicinska fakulteten i Stockholm ställer sig positiv till förslaget att paracervikalblockadens teknik skall ingå i barnmorskeutbildningen. I den tilltänkta undervisningen måste givetvis också ingå noggranna upplysningar om vilka risker paracervikalblockad kan medföra. Däremot anser fakulteten det inte lämpligt att barnmorskor anförtros administrandet av bedövningsmedel paracervikalt. Det påpekas, att metoden är förenad med vissa risker särskilt för fostret, vilket gör det olämpligt att rutinmässigt använda paracervikal bedövningsteknik.

Universitetskanslersämbetet påpekar att utbildning av barnmorskor i förlossningsanestesiologi tillstyrks i yttrandena från de medicinska fakulteterna i Uppsala och Lund samt vid karolinska institutet.

Medicinska fakulteten i Linköping betonar att på grund av riskerna måste paracervikalblockaden läggas av läkare. Tillgången på narkosläkare måste avsevärt ökas.

Medicinska fakulteten i Göteborg understryker med skärpa att PCB-metoden inte är så riskfri som motionärerna synes mena. Fakulteten kan därför inte biträda uppfattningen att PCB-metoden bör införas som rutinmetod. Tiden anses inte mogen för ett sådant steg.

Inrättande av minst en förlossningsavdelning i varje län för smärtlfri förlossning

Medicinska fakulteten i Umeå anser att det vore orimligt, när det gäller smärtlfri förlossning, att prioritera endast en förlossningsanstalt i varje län. Effektiv förlossningsanalogesi bör kunna ges vid alla förlossningsavdelningar, som är knutna till en kvinnoklinik. Vad behovet av personal beträffar, behöver läkarstaben öka vid de obstetriska specialavdelningarna. Om epiduralanestesi i Sverige liksom på flera håll utomlands skulle användas för obstetrisk analogesi måste också fler narkosläkartjänster inrättas. Man bör också ha i åtanke att större krav kommer att ställas på barnklinikernas läkare och nyföddhetsavdelningarna.

Medicinska fakulteten i Lund anför att för en fullgod förlossningsanestesi fordras tillgång till specialtränad personal 24 timmar om dygnet. Sådan finns för närvarande inte på någon förlossningsavdelning i vårt land.

För att avhjälpa den nuvarande bristsituationen i fråga om förlossningsanestesi fordras enligt fakulteten 1) anestesilogiskt utbildade läkare,

permanent knutna till kvinnoklinikernas förlossningsavdelningar med uppgift att med hjälp av obstetriker och barnmorskor organisera och leda arbetet samt deltaga i vidareutbildning och forskning inom detta område, 2) välutbildade barnmorskor, som under obstetrikers och anestesilogers ledning själva kan använda vissa anestesimetoder och därtill kan assistera vid, följa och kontrollera mer avancerade metoder, 3) vidareutbildning av kvinnoläkare i obstetrisk anestesi.

En sådan utbyggnad bör starta vid och ledas av universitetsklinikerna för att sedan spridas till regionskliniker och andra förlossningsavdelningar.

Svenska läkaresällskapet anför att tillgången på anesthesiologer i Sverige är begränsad. Emellertid torde det vara möjligt att på de större sjukhusen med en väl utbyggd anesthesiavdelning med relativt begränsade resursökningar skapa en adekvat anestesiservice på förlossningsavdelningen. Som exempel nämns att nyligen vid akademiska sjukhuset i Uppsala startats en försöksverksamhet, vilken innebär att en anesthesiläkare och en anesthesisjuksköterska under dagtid ständigt finns tillgängliga för arbete på förlossningsavdelningen. Förslaget att inrätta en specialavdelning i varje län synes dubiöst, då detta rimligen kommer att innebära att utvecklingen vid övriga avdelningar riskerar att stagnera. Urvalet av kvinnor som skall få förmånen att förlösas vid specialavdelning blir dessutom mycket svårt att göra.

Medicinska fakulteten i Stockholm anför att fakulteten ställer sig tveksam till tanken att man i varje län inrättar specialavdelningar för förlossningsanestesi men lämnar flertalet kvinnokliniker utan möjligheter att tillhandahålla mer tids- och personalkrävande förlossningsbedövning, då urvalet av kvinnor vilka skall sändas till specialavdelningen blir svårt att genomföra.

Svenska barnmorskeförbundet anför att det inte kan biträda yrkandet om åtgärder att utrusta minst en förlossningsavdelning i varje län med personal och utrustning för smärtfri förlossning. Anordningar i den riktningen skulle kunna befaras komma att medföra en allvarlig snedbelastning just till dylika kliniker och samtidigt medföra att förmånen av smärtlindring vid förlossning endast blir tillgänglig för ett privilegierat antal kvinnor.

Inrättande av specialavdelningar för förlossningsanestesi

Medicinska fakulteten i Uppsala anser att ett intimt samarbete bör etableras mellan obstetriker, anesthesiolog och pediatriker för att utveckla och värdera olika anestesiformer. Detta samarbete bör kunna ske på varje större förlossningsavdelning, och några speciella avdelningar för förlossningsanestesi bör ej vara nödvändiga.

Medicinska fakulteten i Göteborg anför att vid undervisningssjukhus-

ens kvinnokliniker torde med fördel kunna förverkligas dels förslag om en intensifiering av forskningsaktiviteten, dels förslag att utrusta specialavdelningar med personal och övriga resurser för obstetrisk analgesi och anestesi. En utvidgning av regional obstetrisk smärtlindring kräver inrättandet av regelrätta intensivvårdsavdelningar för förlossning, om målsättningen med avseende på förlossningsvårdens kvalitet i termer av mortalitet och morbiditet hos moder och barn skall hållas på en oförändrad ambitionsnivå. Detta kräver i första hand en utökad obstetrisk och anesthesiologisk övervakning på förlossningsavdelningarna.

Svenska barnmorskeförbundet anser att särskilda specialavdelningar för förlossningsanestesi endast är motiverade i anslutning till undervisningssjukhus för bedrivande av forskning om smärtlindring vid förlossning.

Utskottet

I betänkandet behandlas fyra motioner, som tar upp olika frågor om smärtlindring vid förlossning.

För att underlätta förlossningsarbetet och minska smärtan för kvinnan anordnas – delvis som en psykologisk förberedelse för förlossningen – teoretisk undervisning om förlossningens anatomi m. m. samt mödragymnastik med rörelseträning och övningar i andningsteknik och avslappning. I samma syfte används under själva förlossningen ett flertal metoder, där smärtstillande medel kommer till användning. Man kan härvidlag skilja mellan metoder (1) där de smärtstillande medlen ges i tablettform eller som insprutning för bl. a. en mera allmän avslappning, (2) där kvinnan får inandas bedövande gaser t. ex. lustgas i kombination med syrgas, (3) där lokalbedövning ges vid slidöppningen, samt (4) där de nerver som leder smärtekänsligheten till hjärnan bedövas.

De tre förstnämnda metoderna praktiseras allmänt på förlossningsavdelningarna. De anses inte utsätta moder eller barn för några risker. Metoderna uppges ge viss smärtlindring. Genom s. k. slutnarkos kan smärtfrihet erhållas.

Metoder, som innebär bedövning av nerver som leder smärtekänsligheten till hjärnan och som nämns i motionerna, är paracervikalblockaden, pudendusblockaden och epiduralanestesi. *Paracervikalblockaden* (PCB) sker genom att bedövningsmedlet sprutas in på ömse sidor om livmoderhalsen och blockerar smärtnerverna i detta område. Denna metod kan ge god smärtlindring under det s. k. öppningsskiftet men behöver kompletteras med en annan metod – pudendusblockaden – under det s. k. utdrivningsskiftet. *Pudendusblockaden* sker genom bedövning av den s. k. pudendusnerven i bäckenbotten. Den kan ge smärtfrihet vid täjningar och vävnadsbristningar m. m. då barnet föds fram. *Epiduralanestesi* sker genom bedövning i ryggmärgskanalen. Denna metod kan ge smärtfrihet under hela förlossningen.

Mer än 99 procent av alla förlossningar i Sverige sker på sjukhus – lasarett eller förlossningshem. Av det totala antalet förlossningsplatser, ca 3 450, finns ca 2 600 vid kvinnokliniker med läkare specialutbildade i kvinnosjukdomar och förlossningar (gynekologi och obstetrik). Vid den normala förlossningen ges förlossningshjälpen – inklusive åtgärder för smärtlindring – av barnmorskor. Läkare medverkar vid förlossningar då komplikationer uppstår och har i övrigt överinseende över verksamheten.

I cirkulär år 1969 gav socialstyrelsen råd och anvisningar om smärtlindring vid förlossning. I cirkuläret framhålls att de smärtlindrande medlens verkningar på modern är förhållandevis väl kända, medan däremot erfarenheterna av sådana medels inverkan på barnet under och efter förlossningen är jämförelsevis små. Vidare framhålls att möjlighet ännu saknas att med smärtlindrande medel påverka enbart modern. Det finns inte medel, som i smärtlindrande syfte kan rekommenderas vid alla förlossningar, sägs det vidare. Läkaren måste i varje enskilt fall väga effekten av de metoder för smärtlindring som står till buds mot de smärtlindrande medlens inte önskade verkningar på moder och barn. Största möjliga hänsyn måste tas till moderns och barnets säkerhet. Smärtlindringseffekten anges löpa i stort sett parallellt med riskerna vid användande av smärtlindrande medel.

Vissa metoder, som i allmänhet anses ge tillfredsställande smärtlindring och ha en så stor säkerhet att de i huvudsak kan administreras av barnmorskor på egen hand, nämns i cirkuläret. Dessa metoder är dels sådana, där bedövningsmedlet ges i tablettform eller som insprutning för bl. a. mera allmän bedövning, dels narkos med lustgas-syrgas, dels pudendusblockad m. m. Härutöver finns det, uttalar vidare socialstyrelsen, metoder där det använda smärtlindringsmedlet ger större smärtlindring, men där användningen av medlet medför ökade risker. Större medverkan av läkare fordras därför för att leda åtgärderna för att åstadkomma smärtlindring vid förlossningen. I anslutning härtill anförs att paracervikalblockaden – på grund av de risker, särskilt för fostret, som är förbundna med rutinmässig användning av metoden – inte kan anses lämplig att överlåtas på barnmorskor.

I socialstyrelsens cirkulär anförs vidare att barnaföderskans önskan beträffande smärtlindring vid förlossning skall tillgodoses i den utsträckning medicinska skäl medger. Smärtlindring vid förlossning skall ges i enlighet med den ansvarige läkarens intentioner, och det ankommer på denne att göra tjänstgörande barnmorskor förtrogna med de för dem nya smärtlindringsmetoder, som han önskar skall komma till användning. För förlossningsavdelning skall utfärdas skriftlig instruktion av den ansvarige läkaren beträffande den smärtlindringsmetodik, som får användas av barnmorska. I regel bör tjänstgörande läkare vid något tillfälle ha tagit ställning till det enskilda fallet och givit föreskrifter om

lämplig smärtlindringsform enligt för avdelningen fastställd instruktion. Om inte tillfredsställande smärtlindring erhålles eller om barnmorska kan förutse särskilt behov av smärtlindring, skall läkare tillkallas. Vid förlossningsoperationer och i övrigt vid komplicerade förlossningar skall läkaren i varje enskilt fall personligen ge direkt anvisning om lämplig smärtlindringsmetod.

I motionerna karakteriseras genomgående smärtan under förlossning i de flesta fall som svår till outhärdlig. Det påpekas, att endast ett litet antal kvinnor för närvarande kan få effektiv hjälp mot förlossnings-smärtorna genom s. k. smärtfri förlossning. Samtliga motioner syftar till en ökad användning i förlossningsvården av smärtlindringsmetoder så att alla kvinnor som så önskar skall ges effektiv smärtlindring eller smärtfrihet under förlossning. De metoder för smärtlindring eller smärtfrihet som särskilt framhålls i motionerna eller som syns ligga till grund för motionsyrkandena är paracervikalblockaden och epiduralanestesi. Motionärerna är införstådda med att dessa metoder ställer ökade krav på förlossningsvården, särskilt beträffande anestesiservice.

Motionerna 1971: 790 och 1971: 362 syftar till ett mera omedelbart införande av metoder för smärtfri förlossning i rutinverksamheten inom förlossningsvården.

I motionen 1971: 790 anförs att risken för skador med paracervikalblockaden bedöms som ringa. Enligt motionärerna bör barnmorskor kunna utbildas och anförtros ansvaret för normala förlossningar med hjälp av paracervikalblockaden. Motionärerna yrkar mot denna bakgrund att utbildning i paracervikal bedövningsteknik skall ingå i den reguljära barnmorskeutbildningen.

I motionen 1971: 362 yrkas att förlossningsavdelningar skall inrättas med personal och utrustning för smärtfri förlossning. Med hänsyn till kostnaderna anser motionärerna det inte rationellt att utrusta varje kvinneklinik med dessa resurser utan yrkar att minst en förlossningsavdelning i varje län skall erhålla sådana resurser.

I motionerna 1971: 72 och 1971: 736 framhålls att kunskaperna om de risker som kan vara förenade med olika smärtlindringsmetoder fortfarande är otillräckliga och att det är angeläget med forskning på området. Båda motionerna utmynnar i yrkanden om åtgärder för forskning om smärtlindring vid förlossning. I motionen 1971: 736 yrkas härjämte att specialavdelningar för förlossningsanestesi (anestesi = känslolöshet) inrättas och att åtgärder för utbildning av anestesiloger vidtas.

Motionerna har varit föremål för en omfattande remissbehandling.

Över motionsförslagen om forskning och utbildning har yttrande avgivits av utbildningsutskottet.

Socialutskottet delar den allmänna uppfattning, som kommer till uttryck i motionerna, att smärtlindring vid förlossning är ett rimligt krav, som varje kvinna som så önskar skall få uppfyllt. Det finns nämligen

inte några skäl varför inte alla möjligheter skall tillvaratas för att underlätta för kvinnan att föda sitt barn. Vad som bör diskuteras är de problem som lägger hinder i vägen för att nå det uppställda målet och de åtgärder som från samhällets sida bör vidtas härvidlag. Vid diskussionen måste man vara medveten om att med nuvarande metoder för smärtlindring medicinska skäl kan utgöra hinder för en del kvinnor att få smärtfri förlossning eller ens mera väsentlig smärtlindring.

I motionerna har pekats på flertalet av de faktorer som är väsentliga i sammanhanget, nämligen frågan om riskerna vid olika smärtlindringsmetoder, frågan om tillgången på personal med lämplig utbildning för verksamheten, frågan om att förse förlossningsavdelningar med resurser som möjliggör smärtfri förlossning samt frågan om forskning för utvärdering av förbättrade metoder.

I flertalet av remissyttrandena över motionerna anförs att orsaken till att smärtlindring vid förlossning i dag inte kan erbjudas i önskvärd utsträckning är att tillräckliga resurser i form av kvalificerad personal inte finns vid förlossningsavdelningarna. Medicinska fakulteten i Lund anför sålunda, att orsaken till att en adekvat smärtlindring vid förlossning sällan erbjuds i vårt land kan knappast vara otillräcklig forskning eller otillräcklig erfarenhet av smärtlindrande metoder. Även om klinisk och experimentell forskning är nödvändiga för förlossningsanestesiens vidare utveckling, finns, sägs det i fakultetens yttrande, för närvarande intet annat hinder för en utökad och intensifierad smärtlindring vid förlossning än bristen på personella resurser. Fakulteten hävdar att det finns avsevärd internationell erfarenhet av bedövningsmetoder, som med hänsyn till risker för moder och barn är väl bedömbara, och att de flesta av dessa metoder redan är i allmänt bruk i Sverige, nämligen lokalbedövning och epiduralanestesi inom kirurgin och paracervikalblockad och pudendusblockad inom gynekologin.

Medicinska fakulteten i Göteborg representerar en annan ståndpunkt. Fakulteten anför att den med hänsyn till risken för fosterskador inte kan biträda uppfattningen att paracervikalblockaden i dag införs som rutinmetod på förlossningsavdelningarna. I stället förordas en intensifiering av forskningen kring smärtlindring vid förlossning. Fakulteten vill även betona att smärtlindring med smärtstillande medel inte bör ersätta den psykologiska förberedelse för förlossning, som kan åstadkommas med en god förvård.

Forskning rörande smärtlindring vid förlossning bör vara av tvärvetenskaplig natur och inbegripa i första hand ämnena anestesiologi, obstetrik och pediatrik. Inom samtliga dessa discipliner finns redan en vid universiteten etablerad forskningsorganisation, som rymmer bl. a. professurer. Även klinisk forskning om smärtlindring under förlossning pågår inom landet. Som framgår av remissyttrandet från statens medicinska forskningsråd har rådet stött och stöder även för närvarande

forskningsprojekt avseende smärtlindring under förlossning. Rådet har i sitt yttrande särskilt framhållit att rådet i den mån ytterligare kostnadskrävande vetenskapliga frågeställningar uppkommer givetvis kommer efter sedvanlig värdering av forskningsprojektens uppläggning och kompetens hos projektledare att stödja framställningar om ekonomiskt understöd.

Även om remissvaren inte ger belägg för att bristande kunskap om smärtlindrande metoder vid förlossning i dagens läge utgör den mest väsentliga orsaken till att effektiv smärtlindring erbjuds kvinnorna i så förhållandevis ringa grad som uppenbarligen är fallet, visar den samlade bilden av remissmyndigheternas inställning ett ökat behov av både klinisk och experimentell forskning.

Socialutskottet vill i likhet med vad socialstyrelsen sagt i sitt remissvar starkt understryka behovet av ytterligare undersökningar rörande olika smärtlindringsmetoders effektivitet och risker för moder och barn samt sådana speciella säkerhetsåtgärder som är erforderliga för att möta sidoeffekter av metoderna.

Remissyttrandena visar, att det för närvarande inte finns tillräcklig tillgång på kvalificerad personal vid förlossningsavdelningarna, som kan medverka till att kvinnorna får smärtlindring vid förlossningen.

Med anledning av motionsyrkandet om åtgärder för utbildande av anestesiloger – läkare som är specialister beträffande bedövningsmetoderna – erinrar utbildningsutskottet om att redan beslutade ökningsbeslut för utbildningskapaciteten för läkare kommer att få till resultat att totalantalet läkare i landet kommer att i stort sett fördubblas under perioden 1970–1980. Statsmakternas beslut år 1969 om den nya organisationen av läkares vidareutbildning innebär att antalet läkare med specialistkompetens i anesthesiologi respektive gynekologi och obstetrik kan förväntas komma att avsevärt öka. Utbildningsutskottet påpekar vidare att specialistutbildning i gynekologi och obstetrik innefattar även viss utbildning i anesthesiologi.

Socialutskottet ansluter sig till den bedömning som utbildningsutskottet mot denna bakgrund ger uttryck åt i utbildningsfrågan, nämligen att särskilda åtgärder från statsmakternas sida i syfte att uppnå en ytterligare ökad utbildning av anestesiloger inte är motiverade.

Utbildning av barnmorskor sker sedan år 1969 inom en av linjerna för vidareutbildning av sjuksköterskor/sjukskötare, benämnd vidareutbildning inom obstetrisk och gynekologisk vård. Utbildningen omfattar 50 veckor, varav 10 veckor teori och 40 veckor klinisk och socialmedicinsk praktik. Enligt läroplanen för denna utbildningslinje ingår undervisning om smärtlindring vid förlossning i såväl den teoretiska som den praktiska utbildningen och enligt skolöverstyrelsens bedömning i en omfattning som motsvarar barnmorskans ansvars- och funktionsområde enligt socialstyrelsens nyssnämnda anvisningar. Skolöverstyrelsen erinrar

om att enligt anvisningarna vissa angivna smärtlindringsmetoder bör kunna anförtros barnmorska att användas i enlighet med för avdelningen fastställd instruktion. Det beror alltså på den lokala instruktionen för vederbörande klinik vilka metoder som används och i vilken utsträckning barnmorska medverkar. Överstyrelsen påpekar att detta förhållande medför att utbildningen varierar beroende på vid vilken klinik barnmorskeeleven får sin praktiska utbildning.

Socialstyrelsen har i sitt remissyttrande förklarat sig ha för avsikt att med skolöverstyrelsen ta upp till överläggning frågan om en breddning av undervisningen i obstetrisk anestesi och analgesi (smärtlindring).

Utbildningsutskottet anför – efter att ha lämnat den här redovisade redogörelsen för barnmorskeutbildningen – att även om barnmorskeutbildningen bedrivs efter en och samma läroplan synes den reellt kunna inte obetydligt variera mellan de olika utbildningsorterna. Utskottet anser att utbildningen bör vara likvärdig över hela landet och inte avhängig av lokala initiativ eller lokalt intresse. Även denna fråga påfordrar enligt utbildningsutskottets bedömning särskild uppmärksamhet vid överläggningarna mellan socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Utbildningsutskottet anser det angeläget att motionen 1971: 790 överlämnas till skolöverstyrelsen för övervägande vid de båda myndigheternas överläggningar.

Socialutskottet ansluter sig till utbildningsutskottets ställningstagande även då det gäller barnmorskeutbildningen. För egen del får socialutskottet härutöver anförda följande.

Flertalet av de instanser som yttrat sig i frågan om en vidgning av barnmorskeutbildningen, såvitt avser användningen av paracervikal bedövningsteknik, har ställt sig positiva till förslaget härom. Däremot finns en uttalad tveksamhet i frågan om barnmorskor bör få självständigt använda denna smärtlindringsmetod rutinmässigt. Flera medicinska fakulteter menar att metoden helt bör förbehållas läkare. Som ovan angivits har medicinska fakulteten i Göteborg uttalat att metoden över huvud taget inte bör användas rutinmässigt.

Enligt utskottets mening måste remissinstansernas uppfattning i utbildningsfrågan tillmätas den betydelsen, att metoden med paracervikalblockad bör ingå som en av de metoder beträffande vilka undervisning meddelas i all barnmorskeutbildning. Det bör vara en strävan att utbildningen i denna metod – såväl som i andra smärtlindringsmetoder – kan ske inte bara i det teoretiska utan även i det praktiska-kliniska skedet av utbildningen.

En annan fråga är om och i vilken utsträckning en barnmorska som tjänstgör vid förlossningsavdelning bör kunna få mer eller mindre självständigt vidtaga åtgärder för smärtlindring enligt olika metoder. Särskilt mot bakgrunden av socialstyrelsens yttrande anser utskottet att det finns starka skäl närmare överväga om barnmorskor i större utsträckning än vad som för närvarande sker kan anförtros uppgifter när det gäller att

administrera smärtlindrande medel. Utskottet tar därmed inte ställning i frågan om vilka smärtlindringsmetoder som bör anförtros barnmorskor. Denna fråga har självfallet starkt samband med omfattningen av barnmorskornas utbildning.

I sina yttranden över motionsyrkandet om inrättande av minst en förlossningsavdelning i varje län med personal och utrustning för smärtfri förlossning har flera remissinstanser framhållit, att effektiv smärtlindring bör kunna ges vid alla förlossningsavdelningar och inte begränsas till enbart vissa avdelningar. Det har i en del yttranden påpekats, att den bristande tillgången på för verksamheten kvalificerad personal gör, att utbyggnaden av smärtfri förlossning bör börja vid de större sjukhusen för att efter hand som resurserna ökar spridas ut på övriga förlossningsavdelningar.

Mot bakgrund av utskottets principiella inställning till frågan om smärtlindring vid förlossning, vill utskottet betona angelägenheten av att de resurser som har betydelse för att kunna ge smärtlindring vid förlossning förstärks vid förlossningsavdelningarna.

Med hänsyn till forskningens och undervisningens behov kan det enligt utskottets mening vara både lämpligt och önskvärt att specialavdelningar för förlossningsanestesi inrättas. Utskottet kan däremot inte biträda förslaget i motionen 1971: 736 om inrättande av dylika avdelningar i den mån förslaget avser inrättande av sådana avdelningar i övrigt, eftersom det enligt motionen inte synes vara avsett att alla kvinnor skulle ha möjlighet att få förlossningsvård vid sådan avdelning.

Vad utskottet anfört om ökade möjligheter till smärtlindring vid förlossning bör ges Kungl. Maj:t till känna.

Utskottet hemställer

att riksdagen i anledning av motionerna 1971: 72, 1971: 362, 1971: 736 och 1971: 790 som sin mening ger Kungl. Maj:t till känna vad utskottet anfört om ökade möjligheter till smärtlindring vid förlossning.

Stockholm den 16 november 1971

På socialutskottets vägnar

GÖRAN KARLSSON

Närvarande: herrar Karlsson i Huskvarna (s), Dahlberg (s), Carlshamre (m), fru Skantz (s), herrar Larsson i Öskevik (c), Persson i Stockholm (s), Hyltander (fp), fru Sigurdsen (s), herrar Johnsson i Blentarp (s), Andreasson (c), fru Marklund (vpk), herrar Bengtsson i Göteborg (c), Nisser (m)*, Romanus (fp) och Nilsson i Växjö (s).

* Ej närvarande vid betänkandets justering.

Utbildningsutskottets yttrande till socialutskottet över motionerna 1971:72, 1971:736 och 1971:790.**Till Socialutskottet**

Socialutskottet har anhängit om yttrande av utbildningsutskottet över följande motioner, nämligen 1971: 72 av herrar Nilsson i Tvärålund (c) och Larsson i Öskevik (c), 1971: 736 av herr Björk i Gävle (c) och fru Jonäng (c) samt 1971: 790 av fru Theorin m. fl. (s).

I motionen 1971: 72 har hemställts att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t anholder om åtgärder för att få till stånd forskning om smärtlindring vid förlossning.

I motionen 1971: 736 har, såvitt nu är i fråga, hemställts att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t anholder om åtgärder dels för att få till stånd klinisk och experimentell forskning om smärtlindring vid förlossning samt dels för utbildande av anestesiloger.

I motionen 1971: 790 har hemställts att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t som sin mening uttalar att i den reguljära barnmorskeutbildningen jämväl skall ingå utbildning i paracervical bedövningsteknik samt i övrigt hänvisar till vad som i motionen anförts.

Socialutskottet har remitterat nämnda motioner till socialstyrelsen, universitetskanslersämbetet, Svenska landstingsförbundet, Svenska läkarsällskapet och Svenska barnmorskeförbundet. Härjämte har utskottet remitterat motionerna 1971: 72 och 1971: 736 till statens medicinska forskningsråd samt motionen 1971: 790 till skolöverstyrelsen. Utbildningsutskottet har tagit del av remissyttrandena.

Motionärerna karakteriserar genomgående smärtan under förlossning i de flesta fall som svår till outhärdlig. Samtliga motioner syftar till en ökad användning i förlossningsvården av smärtlindringsmetoder så att alla kvinnor som så önskar skall kunna ges effektiv smärtlindring eller smärtfrihet under förlossning. Motionärerna synes vara ense om att frågan om metoder för smärtlindring vid förlossning är ett komplicerat medicinskt problem. Å ena sidan måste metoden uppfylla kravet på effektivitet utan att negativt påverka förlossningens förlopp, men å andra sidan hänsyn tas till att modern och fostret/barnet ej åsamkas skada. I motionen 1971: 790 bedöms risken för skador på fostret vid paracervicalblockad, PCB, vara ringa och motionärerna yrkar att paracervical bedövningsteknik skall ingå i barnmorskeutbildningen. I motionen 1971: 72 uttalas att kunskaperna om de eventuella risker som kan vara förenade med olika smärtlindringsmetoder är otillräckliga. Riks-

dagen bör därför anhålla om åtgärder för att få till stånd forskning om smärtlindring vid förlossning. Yrkande om klinisk och experimentell forskning framförs vidare i motionen 1971: 736, i vilken också tas upp frågan om utbildning av anesthesiologer.

Klinisk och experimentell forskning om smärtlindring vid förlossning är av tvärvetenskaplig natur. Den inbegriper i första hand ämnena anesthesiologi, obstetrik och pediatrik. Inom samtliga dessa discipliner finns redan en på universitetsstat etablerad forskningsorganisation, som rymmer bl. a. professurer. Även klinisk forskning över smärtlindring under förlossning pågår inom landet. Socialstyrelsen har i sitt remissyttrande strukit under behovet av ytterligare undersökningar rörande olika smärtlindringsmetoders effektivitet och risker samt sådana speciella säkerhetsåtgärder som är erforderliga för att möta sidoeffekter av dem.

Som framgår av remissyttrandet från statens medicinska forskningsråd har rådet stött och stöder även för närvarande forskningsprojekt avseende smärtlindring under förlossning. Rådet har i sitt yttrande särskilt framhållit att rådet i den mån ytterligare kostnadskrävande vetenskapliga frågeställningar uppkommer givetvis kommer efter sedvanlig värdering av forskningsprojektens uppläggning och kompetens hos projektledare att stödja framställningar om ekonomiskt understöd.

Med anledning av motionsyrkandet om åtgärder för utbildande av anesthesiologer vill utbildningsutskottet först erinra om att redan beslutade öknings av utbildningskapaciteten för läkare kommer att få till resultat att totalantalet läkare i landet kommer att i stort sett fördubblas under perioden 1970–1980. Statsmakternas beslut år 1969 om den nya organisationen av läkares vidareutbildning innebär vidare att antalet läkare med specialistkompetens i anesthesiologi samt gynekologi och obstetrik kan förväntas komma att avsevärt öka. Därtill bör påpekas att specialistutbildning i gynekologi och obstetrik innefattar även viss utbildning i anesthesiologi (1½ års tjänstgöring vid anesthesiologisk avdelning). Särskilda åtgärder från statsmakternas sida i syfte att uppnå en ytterligare ökad utbildning av anesthesiologer anser utbildningsutskottet för sin del inte motiverade.

I cirkulär med råd och anvisningar rörande smärtlindring vid förlossning den 2 oktober 1969 har socialstyrelsen angett de metoder för förlossningsanestesi som blivande barnmorskor bör få utbildning i för att kunna använda på egen hand.

Utbildning av barnmorskor sker sedan år 1969 inom en av linjerna för vidareutbildning av sjuksköterskor/sjukskötare, benämnd vidareutbildning inom obstetrisk och gynekologisk vård. Utbildningen omfattar 50 veckor, varav 10 veckor teori och 40 veckor klinisk och socialmedicinsk praktik. Enligt läroplanen för denna utbildningslinje ingår undervisning om smärtlindring vid förlossning i såväl den teoretiska som den praktiska utbildningen och enligt skolöverstyrelsens bedömning i en

omfattning som motsvarar barnmorskans ansvars- och funktionsområde enligt socialstyrelsens nyssnämnda anvisningar. Skolöverstyrelsen erinrar om att enligt anvisningarna vissa angivna smärtlindningsmetoder bör kunna anförtros barnmorska att användas i enlighet med för avdelningen fastställd instruktion. Det beror alltså på den lokala instruktionen för vederbörande klinik vilka metoder som används och i vilken utsträckning barnmorska medverkar. Överstyrelsen påpekar att detta förhållande medför att utbildningen varierar beroende på vid vilken klinik barnmorskeeleven får sin praktiska utbildning.

Socialstyrelsen har i sitt remissyttrande förklarat sig ha för avsikt att med skolöverstyrelsen ta upp frågan om en breddning av undervisningen i obstetrisk anestesi och analgesi.

Även om barnmorskeutbildningen bedrivs efter en och samma läroplan synes den reellt kunna inte obetydligt variera mellan de olika utbildningsorterna. Utskottet anser att utbildningen bör vara likvärdig över hela landet och inte avhängig av lokala initiativ eller lokalt intresse. Även denna fråga påfordrar enligt utskottets bedömning särskild uppmärksamhet vid överläggningarna mellan socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. Utbildningsutskottet anser det angeläget att motionen 1971: 790 överlämnas till skolöverstyrelsen för övervägande vid de båda myndigheternas överläggningar.

Stockholm den 28 oktober 1971

På utbildningsutskottets vägnar
STIG ALEMYR

Närvarande: herrar Alemyr (s), Wikström (fp), Mårtensson (s), Richardson (fp), Jönsson i Arlöv (s), Nordstrandh (m), Gustafsson i Barkarby (s), fru Gradin (s), fru Sundberg (m), fru Dahl (s), herr Johansson i Skärstad (c), fru Söder (c), fru Laag (s) och fröken Andersson i Stockholm (c).