

Nr 1266

av fru Lantz m. fl.
om smärtlindring vid förlossning, m. m.

Det finns olika typer och metoder för smärtlindring vid förlossning. För det första finns det smärtstillande medel som ges i tablettform eller som insprutning för en mer allmän avslappning. För det andra finns det metoder där inhalation av gaser, t. ex. lustgas, används. För det tredje finns det lokalbedövning av de nerver som leder smärtförmimmelsen till hjärnan. Dessutom finns det psykoprofylax, som innebär en speciell andningsteknik, muskelavslappning och ett aktivt förlossningsarbete med förlossningspersonalens hjälp. Dessutom kan hypnos användas vid förlossningar. De tre förstnämnda metoderna praktiseras allmänt på förlossningsavdelningarna. Dessa metoder ger ingen effektiv smärtlindring för de flesta barnaföderskor. Paracervikal- och pudendusblockad samt epiduralanestesi tillhör den fjärde kategorin av smärtlindringsmetoder. Av dessa kan epiduralanestesi ge smärtfrihet under hela förlossningen. Det finns ingen metod som generellt passar alla kvinnor, och ingen smärtlindringsmetod kan ges rutinmässigt.

”Smärtlindring vid förlossning är ett rimligt krav som varje kvinna som så önskar skall få uppfyllt”, står det i socialutskottets betänkande 1971:40. Riksdagens beslut i denna fråga blev också att varje kvinna skall ha rätt till smärtlindring vid förlossning. Tillgänglig statistik visar att riksdagens principbeslut från 1971 inte givit önskvärt resultat. Antalet förlossningar uppgick 1973 till ca 110 000 i landet. Endast 7 kvinnor på 1 000 fick 1973 effektiv smärtlindring i form av epiduralanestesi och bara 350 på 1 000 fick pudendusblockad.

Det finns ca 90 kvinnokliniker i landet; i dessa ingår 9 regionsjukhus med möjlighet att ge effektiv smärtlindring. Det finns ca 30 centrallasarett eller länssjukhus; som krav för benämningen länssjukhus ställs att sjukhuset skall ha full service för förlossning. Av dessa 30 kan bara drygt hälften uppfylla det kravet. Kvinnor kan få effektiv smärtlindring i form av epiduralanestesi vid ett tjugofemtal kliniker men bara på dagtid. Som exempel kan nämnas Huddinge sjukhus, som är ett av Europas nyaste och modernaste sjukhus, där avancerad smärtlindring i form av epiduralanestesi inte kan erbjudas eftersom sjukhusets anesthesiologiska service inte är tillräcklig. Det är fortfarande nästan omöjligt för en kvinna att få effektiv smärtlindring om hon skulle behöva eller vilja det, trots att det sägs i socialstyrelsens Råd och Anvisningar att ”barnaföderskans önskan beträffande smärtlindring vid förlossning skall tillgodoses i den utsträckning medicinska skäl medger”.

Olika undersökningar har försökt kartlägga kvinnors smärtupplevelser och

behov av smärtlindring. Resultaten från dessa undersökningar skiftar, men alla vittnar om kvinnors önskan till effektivare smärtlindring. Det har t. ex. uppgivits att en tredjedel av alla kvinnor upplever så stark förlossningssmärta att de har behov av effektivare smärtlindring. I en undersökning från Uppsala visas att man får betydligt högre siffror på upplevd outhärdlig smärta om registreringen görs omedelbart efter förlossningen. I denna undersökning upplevde inte mindre än 84 % av kvinnorna en outhärdlig smärta. I en nyligen publicerad undersökning redovisas att 83 % av kvinnor i Lund och 40 % av kvinnor i Umeå upplevt förlossningssmärterna som outhärdliga. Det finns också undersökningar som visar att 30–50 % av kvinnorna upplevt den smärtlindring som erbjudits dem som helt otillfredsställande. Andra undersökningar visar att var femte kvinna får psykiska eller fysiska besvär av graviditeten eller av förlossningen. I andra medicinska sammanhang betraktas det som en självklarhet att patienten inte skall behöva uppleva onödig smärta. Så är ofta inte fallet vid förlossningssmärta. Kvinnor med stark smärta vid förlossning måste få riktig smärtlindring; det är bättre för både barnet och modern än att modern skall utstå svåra smärtor. Bara kvinnan själv kan avgöra om hon har outhärdliga smärtor. En starkt smärtpåverkad moder påverkar negativt hela förlossningsförloppet, och detta kan få allvarliga konsekvenser.

Förlossningsupplevelsen är inte bara en fråga om smärtstillande medel. Många andra faktorer spelar in, t. ex. rädslan för det oundvikliga och förändringen av livssituationen. Kravet på förbättrad smärtlindring vid förlossning innebär också ökade krav på förbättring av hela mödrhälsovården. Dagens mödrabälsovård är ensidigt kroppsligt inriktad och ger bara en tillfredsställande kroppslig vård. På grund av personalbrist och därmed sammanhängande tidsbrist och en kroppsligt inriktad utbildning finns det mycket små möjligheter att hjälpa gravida kvinnor med psykiska och sociala problem som kan uppstå i samband med en graviditet. Gravida kvinnor måste få en bättre psykisk förberedelse inför förlossningen. Undersökningar visar att en femtedel av blivande mödrar har problem av sådan art att avancerad psykiatrisk behandling är nödvändig. Kvinnor som drabbas av störningar är i regel sådana som lever under psykologiskt och socialt svåra förhållanden. Undersökningar visar att dessa kvinnors egen barndom ofta varit otillfredsställande med störda relationer till sina egna föräldrar. Dessa kvinnor har således ofta negativa förebilder att utforma sitt eget blivande föräldraskap på. Man kan tala om ett psykologiskt arv eller säga: "Dagens neurotiska moder föder morgondagens neurotiska moder." För att kunna få stöd i denna kritiska livsperiod måste de gravida kvinnorna och de nyblivna mödrarna själva vara aktiva och söka hjälp, eftersom samhällets institutioner inte bedriver uppsökande verksamhet.

Mödrasförberedelse måste starta redan före graviditeten, och den nuvarande mödraundervisningen bör kompletteras med en allmän föräldraundervisning. De kurser som i dag erbjuds blivande föräldrar (barnavårdskurs,

psykoprofylax, förlossningsträning) besöks mest av de resursstarka kvinnorna (som har god utbildning, god ekonomi). Som exempel kan nämnas att år 1971 deltog bara en tredjedel av alla blivande mödrar i mödravårdserisningen.

I mödravårberedelsen bör också ingå individuell rådgivning. Det skulle vara värdefullt om psykologisk expertis kunde knytas till mödravårdsvården och förlossningsvården. Psykologen skulle t. ex. ha möjlighet att spåra de s. k. riskfallen under graviditeten, ge undervisning till personal vid mödravårdsvården och förlossningsvården, utföra intervjuer av förlösta patienter samt ha hand om och hjälpa de patienter som efter förlossningen har psykiska problem, vilket ofta förekommer. Mödravårdsvården måste förändras så att den rent kroppsliga vården kompletteras med en psykisk och social vård. Det är därför bl. a. nödvändigt med följande åtgärder:

att mödravårdsvården ges ökad beredskap för att ge behövande kvinnor psykisk och social hjälp.

att personaltäteten inom mödravårdsvården ses över, så att reell möjlighet skapas för samtal mellan läkare och patient och mellan barnmorska och patient.

att psykologtjänster inrättas på varje mödravårdscentral och BB för att möjliggöra för mödravårdsvården att bedriva en aktivt uppspårande verksamhet.

Det finns många samverkande orsaker till att riksdagens beslut från 1971 inte gett önskat resultat. I socialstyrelsens rapport från 1973, Förlossningsvårdens organisation, kan man läsa följande:

Fullständig smärtfrihet under hela förlossningsförloppet med nuvarande metoder och resurser – och sannolikt inom de närmaste decennierna – kan endast uppnås vid full narkos vid på förhand planerade kejsarsnitt. Å andra sidan kan redan i dagens läge utan större resursökning *acceptabel smärtlindring* ges på region-, läns- och vissa länsdelssjukhus, dvs. alla vårdnivåer som har en ständig beredskap inom operation och anestesi. (Vår kursiv.)

Det är betydelsefullt att riksdagen med hänvisning till ovan citerade utdrag ger socialstyrelsen direktiv om hur riksdagens principbeslut från 1971 skall följas upp så att intentionerna i beslutet skall kunna förverkligas. Det råder också brist på personella resurser inom förlossningsvården, i första hand på läkare. För en fullgod förlossningsanestesi fordras tillgång till specialtränad personal 24 timmar om dygnet. Sådan torde f. n. inte finnas på någon förlossningsavdelning i landet. Förutom att det behövs läkare med adekvat utbildning på alla kvinnokliniker behövs det tillgång på läkare dygnet runt. Barnmorskornas utbildning borde kompletteras så att de kan tillämpa metoder som ger effektiv smärtlindring. En omfattande upplysningsverksamhet måste bedrivas på mödravårdscentralerna för att informera kvinnorna om de möjligheter och de rättigheter till smärtlindring som varje kvinna, åtminstone i teorin, har.

Stora resurser måste anslås till forskning för att utveckla metoder med

minimala risker för moder och barn. I de remissyttranden som inkom på 1974 års vpk-motion i denna fråga heter det bl. a. från statens medicinska forskningsråd och Uppsala universitets medicinska fakultet:

En av anledningarna till att riksdagens beslut om rätt till smärtlindring vid förlossning inte lett till önskat resultat är utan tvivel bristande kunskaper om olika smärtlindringsmetoders inverkan på modern och barnet. Många läkare i ansvarig ställning anser sig sakna tillräckligt vetenskapligt underlag för en säker bedömning av riskerna i samband med kvalificerade former av smärtlindring. De saknar därigenom också underlag för en bedömning av vilka resurser som skall krävas av sjukvårdshuvudmännen för att reformen praktiskt skall kunna genomföras.

Sådan tveksamhet bör inte få innebära att riksdagen avstår från att mera positivt uttala sig för en uppföljning av 1971 års principbeslut. Det antagna utskottsbetänkandet vid 1974 års riksdag om att avväga forskning om smärtlindring vid förlossning "mot resurserna för andra angelägna forskningsområden" uttrycker i och för sig en självklarhet, som emellertid inte bör tillåtas få tjäna som anledning till att riksdagen för sin del avstår från att understryka denna frågas största betydelse. Det bör därför uttalas att en samlad översyn av nu erforderliga initiativ bör företas för en uppföljning av 1971 års principbeslut.

Med stöd av det anförda hemställs¹

att riksdagen uttalar

1. att läkare med adekvat utbildning skall finnas tillgänglig på förlossningsklinikerna dygnet runt,
2. att planläggning skall ske för paracervikal- och pudendusblockadernas samt epiduralanestesins införande vid kvinnoklinikerna,
3. att mödrabälsovården skall förbättras enligt riktlinjer som anförts i motionen,
4. att psykoprofylaxmetoden märmare skall utredas samt att förutsättningar för dennas användande skall säkerställas på förlossningsavdelningarna,
5. att en samlad översyn skall företas över erforderliga initiativ för att riksdagens principbeslut från 1971 skall förverkligas.

Stockholm den 27 januari 1975

INGA LANTZ (vpk)

TORE CLAESON (vpk)

EIVOR MARKLUND (vpk)

SUNE OLSSON (vpk)

i Stockholm

KARIN NORDLANDER (vpk)

BERTIL MÅBRINK (vpk)

¹Se även motion 1975:1384)