

# **BARNMORSKAN SOM STÖD FÖR KVINNAN VID VAL AV EPIDURALBEDÖVNING SOM SMÄRTLINDRING FÖR FÖRLOSSNING**

Heidi Blomberg

Heidi Blomberg

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Barnmorska
Identifikationsnummer:	
Författare:	Heidi Blomberg
Arbetets namn:	Barnmorskan som stöd för kvinnan vid val av epiduralbedövning som smärtlindring för förlossning
Handledare (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Uppdragsgivare:	Barnmorskeinstitutet
<p>Sammandrag:</p> <p>Den information om epiduralbedövning som finns tillgänglig för den gravida kvinnan är varierande och kan lämna frågor obesvarade. Detta examensarbete sammanställer aktuell information om riskerna vid epiduralbedövning under förlossningen samt diskuterar riskerna ur en yrkesetisk synvinkel. Syftet med detta examensarbete är att barnmorskan med hjälp av den sammanställda informationen skall ha lättare att besvara kvinnors frågor om epiduralbedövning samt kunna bilda en uppfattning om hur hon skall stödja kvinnan i beslutet inför epiduralbedövning. Examensarbetet är en kvalitativ litteraturöversikt baserad på 16 forskningsartiklar. Forskningarna jämfördes för likheter och skillnader och delades in i tre kategorier: foster, förlossningsförlopp samt amning. Alla artiklar var kvantitativa och inkluderade en kontrollgrupp. Som resultat identifierades 11 olika risker för epiduralbedövning under förlossning. De risker som enhetligt kunde påvisas var: Ändringar i pulsen på fostret, förlängt förlossningsförlopp, behov av Oxytocin under förlossningen, feber hos modern under förlossningen, instrumentellt ingrepp, försvårad första amning, behov av modersmjölksersättning, nedsatt sannolikhet för full amning vid utskrivning från förlossningssjukhuset samt tidigare avslutande av amning. Som teoretisk referensram användes Den internationella etiska koden för barnmorskor. Resultaten från litteraturöversikten tolkades med hjälp av den teoretiska referensramen för att skapa förståelse för hur barnmorskan skall stödja kvinnan i fråga om epiduralbedövning. Enligt den etiska koden fungerar barnmorskan som stöd i beslutet inför epiduralbedövning genom att respektera kvinnans informerade rätt till val. På så sätt kan kvinnan aktivt delta i sin egen vård. Genom stöd och information uppmuntrar barnmorskan kvinnan att ha realistiska förväntningar på förlossningen i fråga om epiduralbedövning. Barnmorskan stöder kvinnan både i informationsgivandet om epiduralbedövning och under vården samt potentiella ingrepp genom att vara lyhörd för kvinnans psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov. Detta leder till individuell vård där kvinnans behov och dåvarande situation tas till hänsyn så att hon kan få det stöd hon behöver.</p>	
Nyckelord:	Förlossning, Smärtlindring, Epiduralbedövning, Foster, Amning, Den internationella etiska koden för barnmorskor
Sidantal:	53 + 2 Bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	8.11.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Midwife
Identification number:	
Author:	Heidi Blomberg
Title:	The Midwife as Support for the Woman In Her Choice of Epidural Analgesia as Pain Relief for Labour
Supervisor (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Commissioned by:	Kättilöopisto
<p>Abstract:</p> <p>The information on epidural anesthesia available for the pregnant woman is varying and can leave questions unanswered. This thesis compiles current information on the risks of epidural anesthesia during labour as well as discusses the risks from a professional ethical standpoint. The purpose of this thesis is to compile information for the midwife so that she more easily can answer women's questions about the epidural and for her to be able to form an idea of how she should support the woman in the choice of epidural analgesia in accordance with the international code of ethics for midwives. The thesis is a qualitative literature review based on 16 research articles. The research articles were compared for similarities and differences and divided into three categories: fetus, course of labour and breastfeeding. All articles were quantitative, and included a control group. As a result 11 different risks were identified as an outcome of epidural anesthesia during labour. The risks that were uniformly detected were: Changes in heart rate of the fetus, prolonged labour, need for Oxytocin during labour, fever in the mother during labour, assisted vaginal labour, difficulties during first breastfeeding, need for artificial milk, reduced likelihood of full breastfeeding at discharge from maternity hospital and earlier termination of breastfeeding. The international code of ethics for midwives was used as a theoretical frame of reference. The results of the literature review were interpreted using the theoretical frame of reference in order to create an understanding of how the midwife should support women in the choice of epidural analgesia. According to the code of ethics the midwife supports the woman in her decision making for an epidural by respecting a woman's right to informed choice. In this way the woman can actively participate in her own care. Through support and information the midwife encourages the woman to have realistic expectations of labour in terms of pain relief. Midwives support women in the process of giving information about the epidural, during caregiving and potential interventions by being responsive to the woman's mental, physical, emotional and spiritual needs. This leads to individual care where the woman's needs and her current situation is taken into account so that she can get the support she needs.</p>	
Keywords:	Labour, Pain relief, Epidural Analgesia, Fetus, Breast Feeding, The International Code of Ethics for Midwives
Number of pages:	53 + 2 appendices
Language:	Swedish
Date of acceptance:	8.11.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kättilö
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Heidi Blomberg
Työn nimi:	Kättilö naisen tukena hänen tehdessä valintaa epiduraalipuudutuksesta synnytyksen kivunlievitykseksi
Työn ohjaaja (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Toimeksiantaja:	Kättilöopisto
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Raskaana olevalle naiselle saatavilla oleva tieto epiduraalipuudutuksesta on vaihtelevaa ja voi jättää kysymyksiä avoimiksi. Tämä opinnäytetyö kokoaa ajankohtaista tietoa epiduraalipuudutuksen riskeistä synnytyksen aikana sekä keskustelee riskeistä ammattieettisestä näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on että kättilön olisi kootun tutkimustiedon avulla helpompi vastata naisten kysymyksiin epiduraalipuudutuksista ja pystyisi muodostamaan käsityksen siitä, miten hän tukisi naista epiduraalipuudutuksen valinnassa. Opinnäytetyö on laadullinen kirjallisuuskatsaus joka perustuu 16 tieteelliseen tutkimusartikkeliin. Tutkimusten yhtäläisyyksiä ja eroja verrattiin ja ne jaettiin kolmeen kategoriaan: sikiö, synnytyksen kulku ja imetys. Kaikki artikkelit olivat määrällisiä, ja sisälsivät kontrolliryhmän. Tämän seurauksena löydettiin 11 eri riskiä epiduraalipuudutuksesta synnytyksen aikana. Riskit jotka yhtenäisesti havaittiin olivat: muutokset sikiön sydämen sykkeessä, pitkittynyt synnytys, Oksitosiinin tarve synnytyksen aikana, äidin kuume synnytyksen aikana, instrumentaalinen interventio, vaikeudet ensimmäisissä imetyksessä, tarve äidinmaidonkorvikkeelle, osittainen imetys synnytyssairaalasta kotiutuessa sekä imetyksen aikaisempi päättäminen. Teoreettisena viitekehystenä käytettiin kättilöiden kansainvälistä eettistä ohjeistoa. Kirjallisuuskatsauksen tulokset tulkittiin käyttäen teoreettista viitekehystä näin luoden ymmärrystä siitä, miten kättilön tulisi tukea naista epiduraalipuudutuksen valinnassa. Eettisen koodin mukaan kättilö tukee naista päätöksessä epiduraalipuudutuksesta kunnioittamalla naisen oikeutta tietoon. Tällä tavoin nainen voi aktiivisesti osallistua omaan hoitoonsa. Tuen ja tiedon avulla kättilö kannustaa naista realistisiin odotuksiin synnytyksen kivunlievityksen suhteen. Kättilö tukee naista niin tiedon antamisessa kuin hoidon sekä mahdollisten interventioiden aikana reagoimalla naisen psyykkisiin, fyysisiin sekä henkisiin tarpeisiin. Tämä johtaa yksilölliseen hoitoon jossa naisen tarpeet ja tilanne otetaan huomioon siten, että hän voi saada sitä tukea jota hän tarvitsee.</p>	
Avainsanat:	Synnytys, Kivunlievitys, Epiduraalipuudutus, Sikiö, Imetys, Kättilön kansainvälinen eettinen ohjeisto
Sivumäärä:	53 + 2 liitettä
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	8.11.2012

# INNEHÅLL

<b>1. INLEDNING</b>	<b>8</b>
<b>2. DESIGN</b>	<b>9</b>
<b>3. ETISKA REFLEKTIONER</b>	<b>10</b>
<b>4. BAKGRUND</b>	<b>11</b>
4.1. Historia	11
4.2. Epiduralbedövning vid förlossning	13
4.3. Hurudan information om epiduralbedövning finns tillgänglig för kvinnan?	14
4.3.1. I inhemska media	15
4.3.2. Information för den gravida kvinnan	16
<b>5. PROBLEMPRECISERING</b>	<b>18</b>
<b>6. SYFTE</b>	<b>18</b>
<b>7. FORSKNINGSPRÅG</b>	<b>19</b>
<b>8. LITTERATURÖVERSIKT</b>	<b>19</b>
<b>9. TEORETISK REFERENSRAM – ETIKEN I BARNMORSKANS ARBETE</b>	<b>26</b>
9.1. Grunden till etiken i barnmorskans arbete	26
9.2. Den internationella etiska koden för barnmorskor	27
<b>10. METOD</b>	<b>29</b>
10.1. Datainsamling	29
10.2. Dataanalys	32
<b>11. RESULTAT</b>	<b>33</b>
11.1. Risker vid epiduralbedövning under förlossning	33
11.1.1. Fostret	34
11.1.2. Förlossningsförloppet	35
11.1.3. Amning	38
11.1.4. Sammanfattning av resultaten för litteraturöversikten	40
11.2. I koppling till den teoretiska referensramen	41
<b>12. DISKUSSION</b>	<b>43</b>
12.1. Konklusioner	43
12.2. Om arbetsprocessen	44
12.3. Om teoretiska referensramen och barnmorskans stöd	45
<b>13. KRITISK GRANSKNING</b>	<b>47</b>
<b>KÄLLOR</b>	<b>50</b>
<b>Bilaga 1. HNS Infoblod om epiduralbedövning</b>	<b>54</b>
<b>Bilaga 2. Den internationella etiska koden för barnmorskor</b>	<b>55</b>

## **Figurer**

Figur 1. Examensarbetets uppbyggnad.	9
Figur 2. Ingrepp under förlossningen i Finland 1995–2009	13
Figur 3. Kategorier som steg upp ur källmaterialet	34
Figur 5. Diagram över hur referensramen användes	41

## **Tabeller**

Tabell 1. Forskningsartiklar som inkluderades i examensarbetet.	20
Tabell 2. Databaser och sökord som användes vid datainsamlingen	31
Tabell 3. Biverkningar av epiduralbedövning A	37
Tabell 4. Biverkningar av epiduralbedövning B	40

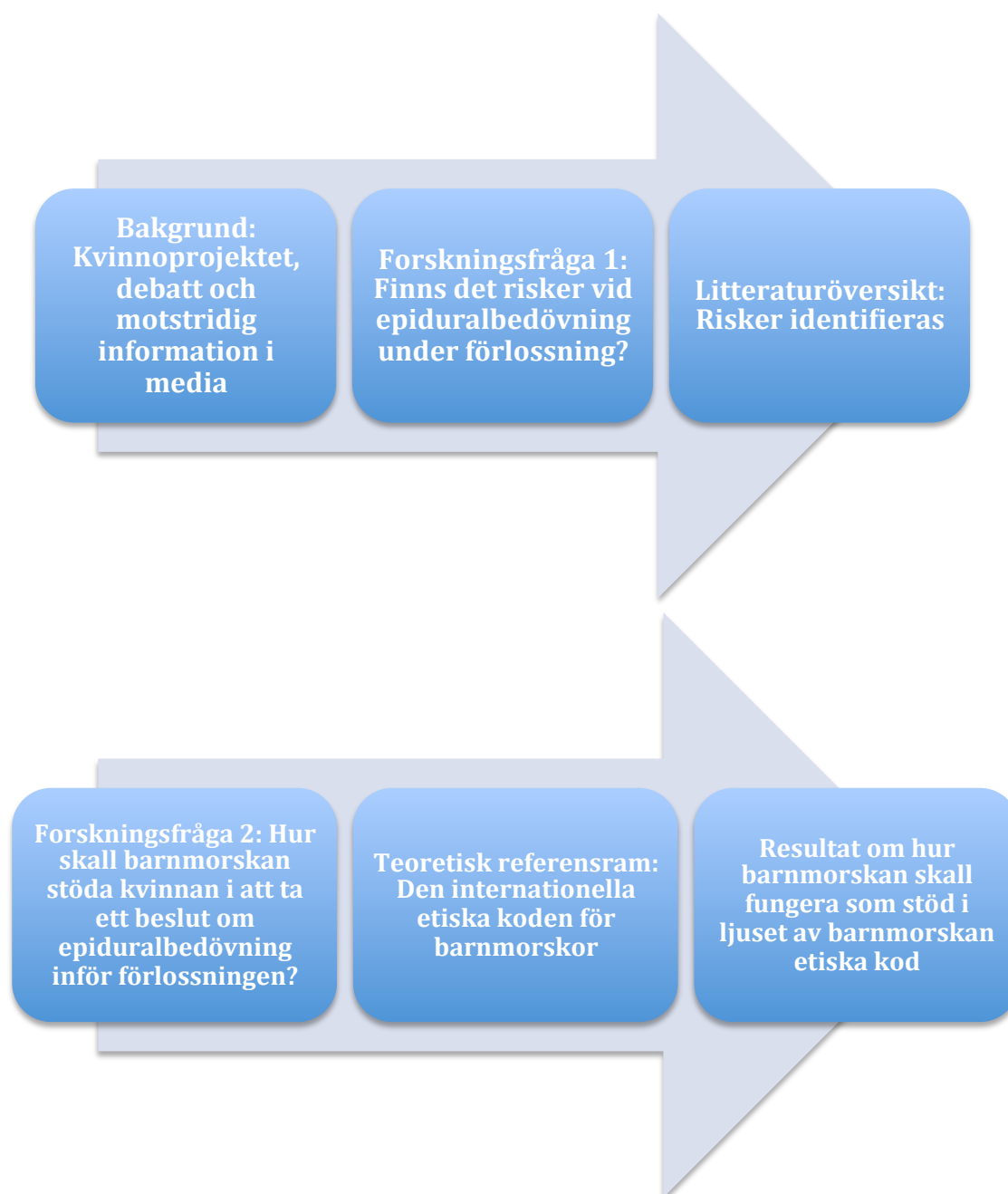
## 1. INLEDNING

Användningen av epiduralbedövning vid förlossning har i Finland ökat ständigt under de senaste åren (Vuori & Gissler 2010:2). På samma gång har både privatpersoner samt representanter för vårdsektorn fört en debatt i media angående användning av smärtlindring och speciellt epiduralbedövning under förlossning (bl.a. Luoma-Aho 2009). Då Kvinnoprojektet 2009 sökte examensarbeten om evidensbaserad smärtlindring kändes epiduralbedövningen som ett intressant ämne att studera. Detta examensarbete sammanställer aktuell forskningsinformation om epiduralbedövningens inverkan på förlossningen i form av de nyaste forskningsresultaten från år 2005 framåt samt diskuterar denna information ur en yrkesetisk synvinkel. Syftet är att barnmorskan med hjälp av informationen i detta examensarbete skall ha lättare att besvara kvinnors frågor om epiduralbedövning samt kunna bilda en uppfattning om hur hon skall stödja kvinnan i beslutet inför epiduralbedövning. Två forskningsfrågor besvaras: *”Finns det risker vid epiduralbedövning under förlossning?”* samt *”Hur skall barnmorskan stödja kvinnan i att ta ett beslut om epiduralbedövning inför förlossningen?”*

Som metod i examensarbetet används Fribergs (2006) modell för en litteraturöversikt. För att hitta den nyaste forskningsinformationen gjordes sökningar bl.a. på databaserna PubMed och Cochrane. Som resultat hittades 16 vetenskapliga artiklar. De inkluderade forskningarna analyserades genom att jämföra likheter och skillnader. Som teoretisk referensram valdes Den internationella etiska koden för barnmorskor. Den etiska koden valdes för att den definierar barnmorskans roll och kan på så sätt svara på forskningsfrågan om hur barnmorskan skall agera som stöd för kvinnan i fråga om epiduralbedövning vid förlossning. Resultaten av litteraturöversikten sammanfattades för att besvara den första forskningsfrågan och tolkades sedan med hjälp av den etiska koden för att besvara den andra forskningsfrågan. Detta examensarbete är ett teoretiskt arbete baserat på medicinsk kvantitativ forskningsinformation och tar en tvärvetenskaplig kvalitativ synvinkel i och med att det slutliga syftet är att skapa vårdvetenskaplig förståelse för hur barnmorskan skall agera i sin roll som stöd för kvinnan.



## 2. DESIGN



Figur 1. Examensarbetets uppbyggnad.

I Figur 1 ovan beskrivs uppbyggnaden av detta examensarbete. Examensarbetet fick sin början i Kvinnoprojektet 2009 samt skribentens intresse för diskussion i media om epiduralbedövning. Ur bakgrunden steg den första forskningsfrågan ”*Finns det risker vid epiduralbedövning under förlossning?*” fram. Detta ledde till en litteraturöversikt där risker kunde identifieras som i sin tur ledde till den andra forskningsfrågan ”*Hur*

*skall barnmorskan stödja kvinnan i att ta ett beslut om epiduralbedövning inför förlossningen?”. Den andra forskningsfrågan besvarades med hjälp av den teoretiska referensramen.*

### **3. ETISKA REFLEKTIONER**

För att utveckla både samhälle och individ är forskning nödvändigt, därför finns det ett berättigat krav till att forskning utförs. Forskningen bör inrikta sig på väsentliga frågor samt vara av hög kvalitet. Med väsentliga frågor menar man att forskningens syfte bör besvara frågor som har betydelse för samhälle samt individ. (Nilstun 1994:28) Enligt ARCADA:s ställningstagande om god vetenskaplig praxis i studier ingår det att: iaktta ärlighet och allmän omsorgsfullhet samt noggrannhet i såväl undersökning som dokumentering och presentation av resultaten. Det är även viktigt att tillämpa etiskt hållbara forskningsmetoder och ta hänsyn till andra forskares resultat på ett korrekt sätt så att deras arbete respekteras. Man skall planera, genomföra och rapportera projektet i detalj och på ett sådant sätt som kraven på vetenskapliga fakta förutsätter. Att rapportera finansieringskällor och övrig bundenhet är av betydelse för arbetets genomförande då arbetet publiceras samt att ta hänsyn till etiken inom vårdsektorn. (ARCADA 2012.)

Examensarbetsprocessen dokumenterades noggrant från början till slut och god vetenskaplig praxis tillämpades. Syftet med forskningen var att behandla relevanta frågor inom vårdsektorn. ARCADA:s riktlinjer för god vetenskaplig praxis följdes. Källmaterialet behandlades och presenterades objektivt och de ursprungliga forskarna gavs meriten. Skribenten förhöll sig från att låta sina egna åsikter påverka arbetet och var inte bunden till någon finansierande källa.

## 4. BAKGRUND

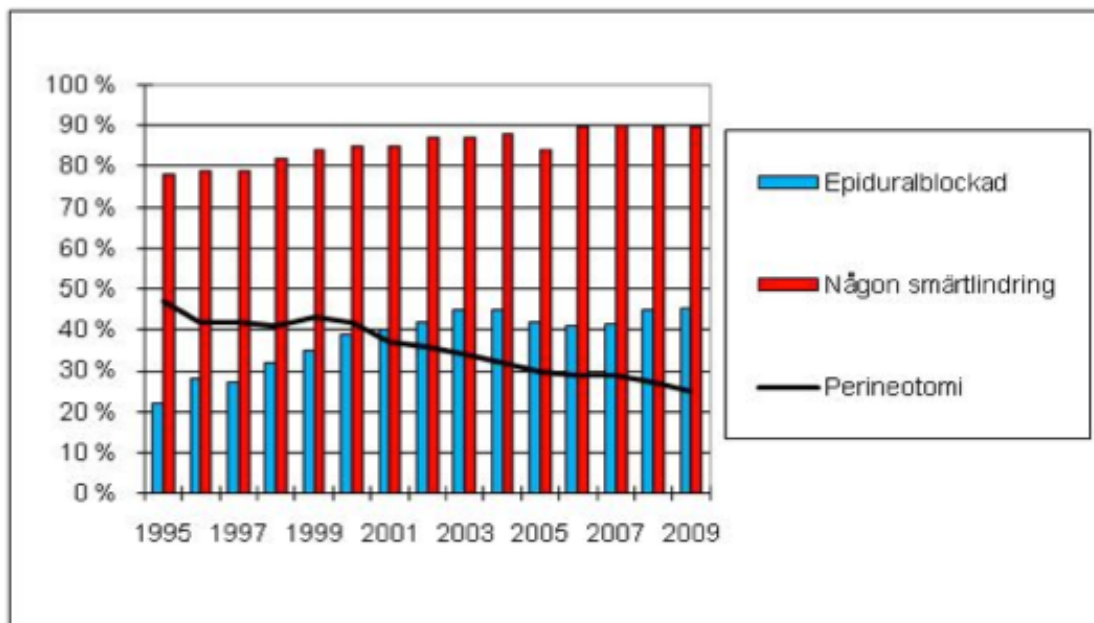
I detta kapitel beskrivs epiduralbedövning vid förlossning i detalj. Läsaren får information om epiduralens funktion och historia samt en inblick i vad som skrivs i media om epiduralbedövning. Ett stigande antal kvinnor väljer epiduralbedövning vid förlossningen. Samtidigt är epiduralbedövningen en väl debatterad fråga i media. Enligt Institutet för hälsa och välfärds statistik (Vuori & Gissler 2010:2.) stiger användningen av epiduralbedövning i Finland ständigt. Under åren 2008-2009 fick 90 % av alla föderskor och 96 % av förstföderskor åtminstone en form av smärtlindring, epiduralbedövning fick 45 % av alla föderskor och 71.2 % av förstföderskor.

Detta examensarbete baserar sig på Kvinnoprojektet samt skribentens intresse för konfrontationen mellan åsikter för och emot epiduralbedövning vid förlossning i media. Kvinnoprojektet görs i samarbete med Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt och Arcada. I Kvinnoprojektet har olika avdelningar vid HNS föreslagit ämnesområden för examensarbeten. Vid Barnmorskeinstitutet fanns det intresse för examensarbeten som behandlar evidensbaserad effektivitet och inverkan av smärtlindringsmetoder.

### 4.1. Historia

Anestesi har använts vid förlossning sedan 1847 då Kloroform introducerades som smärtlindring för föderskor. År 1942 användes epiduralbedövning första gången som smärtlindring vid förlossning. Sedan dess har det forskats och debatterats mycket om smärtlindring vid förlossning. När anestesi första gången introducerades i samband med förlossning möttes metoden av ett stort motstånd av läkare. Många ansåg förlossningen vara ett fysiologiskt fenomen som inte skulle störas med medicinska ingrepp. Motståndet mot användning av anestesi vid förlossning avtog mot slutet av 1800-talet, delvis från socialt tryck från tidiga feminister, de upplevde att de inte kunde uppnå sina politiska och ekonomiska mål om de inte var friska. Under de kommande 100 åren fanns det en tanke i samhället om att smärta inte var till fördel

för varken individen eller samhället. Många läkare ansåg att smärta orsakade permanent skada på kropp och själ. Liberala politiker samt filosofer identifierade smärta och lidande som en grundläggande orsak till många sociala problem. Med hjälp av vetenskap och teknik ville man övervinna all orsak till lidande och smärta. Under 1950-talet förändrades synen på smärta då den igen sågs som en mer naturlig företeelse. (Caton et al. 2002:25-28.) I samband med att levnadsstandarden ökat har även attityderna gentemot smärtlindring förändrats. Enligt Stakes utredning från år 2006 fick 86 % av alla föderskor i Finland under åren 2004-2005 åtminstone en form av smärtlindring. Under samma år fick 93 % av förstföderskor åtminstone en form av smärtlindring. Som jämförelse var år 1995 procenten av föderskor som fick smärtlindring 78. Epiduralbedövningarnas mängd har stigit hela tiden. År 1995 fick 22 % av alla föderskor epiduralbedövning medan år 2000-2001 mängden var 40 % och 2004-2005 43 %. För förstföderskor var epiduralprocenterna högre med 65 % under åren 2000-2001 och 69 % åren 2004-2005. Procenten är också högre vid universitetssjukhus där under åren 2004-2005 52 % av alla föderskor och 74 % av förstföderskor fick epiduralbedövning. Under 2005 minskade epiduralbedövningarna lite men man kunde inte fastställa om det var en verklig minskning eller en ändring beroende på ändringar i data- och statistiksystem vid sjukhusen som gjordes under år 2005. (Vuori & Gissler 2006:2.) Enligt den senaste utredningen av Institutet för hälsa och välfärd har siffrorna stigit ytterligare. Under åren 2008-2009 fick 90 % av alla föderskor och 96 % av förstföderskor åtminstone en form av smärtlindring. Åren 2008-2009 fick 45 % av alla föderskor och 71.2 % av förstföderskor epiduralbedövning. (Se Figur 2 på nästa sida) (Vuori & Gissler 2010:2.)



Figur 2. Ingrepp under förlossningen i Finland 1995-2009 (enkelbörd, exkl. kejsarsnitt) Vuori & Gissler 2010.

## 4.2. Epiduralbedövning vid förlossning

De flesta föderskor upplever stark smärta under förlossningen. Smärtupplevelsen är individuell och påverkas av både psykologiska såväl som fysiologiska, anatomiska faktorer, som t.ex. moderns vikt och ålder, barnets storlek relaterat till bäckenets storlek samt bjudning. Rädsla, dåligt eller osäkert förhållningssätt till partnern, graviditeten eller modersrollen kan vara faktorer som påverkar den egna smärtupplevelsen. (Sarvela & Nuutila 2012:1882.) Enligt Raussi-Lehto (2009:250) är epiduralen ett bra alternativ då andra smärtlindringsmetoder inte är tillräckliga vid förlossningen.

För att epidural skall kunna administreras säkert åt föderskan, kräver det yrkeskunnig och utbildad personal samt förutsättningar att kunna identifiera och vårda möjliga komplikationer. Detta betyder användning av teknologi och ständig monitorering av fosterhjärtljud. Epiduralsmärtlindring är en effektiv och snabb smärtlindringsmetod. Med hjälp av epidural som smärtlindring kan man sänka moderns stressnivå, samt balansera moderns andningsfrekvens då syretillförseln via placentan till fostret sker bättre. Epiduralen sänker högt blodtryck vilket kan ha en gynnsam effekt i

syretillförseln till fostret. (Duodecim 2012:1881-1883; Kukulic & Demirok 2008.) Epiduralbedövning används vanligen först när förlossningen kommit igång, cervix är ca tre cm öppet och sammandragningarna är regelbundna. Vid en epiduralbedövning sprutar anestesiläkaren in bedövningsmedlet i epiduralutrymmet som ligger utanför den hårda ryggmärgshinnan dura mater, och den underliggande aracnoidean. Epiduralutrymmet består av fettvävnad, bindväv, blod- och lymfkärl samt bindvävnad och hinnor. Eftersom nerverna är täckta med hinnor sker bedövningen långsamt. Nerverna ger känsla åt specifika segment, på så vis är det möjligt att producera en mycket precis lokal anestesi. (Raussi-Lehto 2009:250.) Medicineringen diffunderar genom dura mater, spindelvävshinnan och pia mater till ryggmärgen. Bedövningsmedlet badar ryggmärgen och nervrötterna och blockerar smärtimpulserna innan de når hjärnan. (Schwartz 2006:44.)

### **4.3. Hurudan information om epiduralbedövning finns tillgänglig för kvinnan?**

Ingår det risker vid epiduralbedövning under förlossningen? En sökning på Google gav över en miljon med träffar med tankar, åsikter och evidens i alla olika riktningar. Allt från att epidural är farligt för både mor och foster till att det är den bästa möjliga smärtlindringen med minsta biverkningar. Som exempel jämförde Cohain (2010:95) i tidskriften *Midwifery Today* epiduralbedövning med droger, förknippade epiduralbedövning med bl.a. permanent förlamning i nedre extremiteterna och nedsatt amningsförmåga samt förhöjd risk för instrumentell förlossning och kejsarsnitt. Buckley (1998) diskuterar i sin artikel *Epidurals: real risks for mother and baby* som också publicerats i *Midwifery Today* liknande teman men med en mer nertonad och evidensbaserad ton. Enligt Buckley kan epiduralen vara en bra upplevelse för många kvinnor t.ex. då den ger bra smärtlindring och modern kan återhämta sig ett tag och sedan föda normalt. Dock konstaterar Buckley att epiduralen också kan leda till en ”kaskad av ingrepp” där en annars vanlig förlossning blir mycket medikaliserad och modern upplever att hon förlorar kontrollen över situationen och sin autonomitet.

Enligt Buckley görs moderns beslut ofta utan tillräcklig information om de ovannämnda samt andra märkbara risker för både mor och foster.

Buckley har skrivit ovannämnda artikel år 1998 i Australien vilket betyder att situationen knappast är direkt jämförbar eller överförbar till andra länder och situationer, dock hittas liknande teman i en märkbart nyare artikel från England. I forskningen *Informed consent for epidural analgesia in labour: a survey of UK practice* (Middle & Wee 2009) undersöktes ifall föderskor frågades om tillåtelse före epiduralbedövning gavs och hur eller om riskerna för epiduralbedövning angavs. Syftet med forskningen var att standardisera processen för att be om lov och ange risker för epiduralbedövning. Forskningen uppgav följande risker för epiduralbedövning: klåda, svår huvudvärk, nedsatt blodtryck, partiell eller icke fungerade smärtlindring, ryggvärk, mist rörelseförmåga under förlossning, förlängd förlossning, nedsatt förmåga att krysta samt förhöjd risk för instrumentellt ingrepp, permanent nervskada, förlamning, epidural abscess eller hematoma, meningit, oavsiktlig full spinalbedövning, oavsiktlig intravenös injektion av bedövningsämnet. Som resultat kunde man sammanfatta att tillvägagångssätten varierade stort mellan olika sjukhus. Forskarna diskuterar resultaten med att nämna att man i samband med epiduralbedövningen lätt kan nämna sjukhusets egna riskprocenter för vanligare risker som t.ex. nedsatt blodtryck eller huvudvärk men att det är svårt att ge siffror för mer sällsynta men allvarliga risker. Forskarna konkluderar att kvinnor vill och har rätt att få veta alla risker och att en standardisering av systemet behövs. Som modell för standardisering anges ett skriftligt formulär med information och risker som t.ex. The Obstetric Anaesthetists' Associations "Epidural Information Card" som är ett tvåsidigt, lättläst informationsblad med information om både ingreppets förlopp och funktion samt risker med siffror. (Middle & Wee 2009.)

#### **4.3.1. I inhemsk media**

I Finland har det pågått en debatt i media om epiduralbedövning. Helsingin Sanomat behandlade ämnet 2.8.2009 i en helsidas artikel av Veera Luoma-Aho. Enligt Luoma-Aho gav barnmorskeförbundet under våren 2009 ett utlåtande där de i fråga om

smärtlindring uppmanade föderskor att *"lita på sig själv"*. Bakom uppmanandet låg en uppfattning om att onödigt många föderskor använder medicinsk smärtlindring och dessutom i ett för tidigt skede av förlossningen. Efter utlåtandet blossade diskussioner på diskussionsforum upp och behandlade ämnet närmast ur två olika synvinklar, onda barnmorskor pantar på smärtlindring, eller "alltgenaståtmej-mammor" tål inte ens normal smärta. Diskussionsparterna delades snabbt in i "prilliga natur-mammor" eller "egoistiska tekno-mammor". Luoma-Aho poängterar att det handlar om mycket mer än att se saken som svart eller vit. Det finns t.ex. stora skillnader mellan tillgänglighet av epiduralbedövningen mellan stora och små kommuner, universitetssjukhus och mindre enheter. Det är pengarna som talar, de små enheterna har inte råd med anestesiläkare. Enligt statistiken fick 60 % av föderskor epiduralbedövning vid Åbo universitetssjukhus medan procenten var under 25 i Vasa och Södra Österbotten. Dessutom nämns en konfrontation mellan barnmorskor och läkare som en orsak till diskussionen om smärtlindring. Barnmorskor anser att de i de mindre enheterna har mer tid för föderskorna. Barnmorskornas närvaro och stöd skapar på så sätt trygghet och minskar tillsammans med de icke-medicinska smärtlindringsmetoderna till att behovet för epiduralbedövning inte är lika stort. Barnmorskorna känner sitt yrke hotat och ser en medikalisering och läkarcentrering av förlossningen i de större enheterna, så som det skett i vissa länder som t.ex. USA. (Luoma-Aho 2009.)

#### **4.3.2. Information för den gravida kvinnan**

I Finland följer Institutet för hälsa och välfärd upp den aktuella situationen med statistik om användarantal för epiduralbedövning vid förlossning. Dock är det svårare att hitta klar information om risker som förknippas epiduralbedövning vid förlossning. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt har på sina nätsidor lagt upp en guide för väntande mödrar "På babyresa – Guide för blivande mammor". För att hitta guiden måste man först välja sjukhus och sedan klicka på guiden. I guiden uppmanas modern att fundera över "hur hon hoppas att förlossningssmärtan lindras". Det finns sedan en skild sektion för smärtlindring där det först presenteras smärtlindrings metoder som t.ex. att byta ställning, beröring, värmedyna och vattenkvaddlar. Epiduralbedövningen förklaras i korthet med kliniska termer utan att nämna några som helst biverkningar.



(Helsingfors och Nylands Sjukvårdsdistrikt/HUCS 2011.) Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt har en "Informationsbank" där man lätt kan välja bland olika ämnesområden. Under "Uppgifter om sjukdomar och behandlingar" hittar man "Kvinnosjukdomar och förlossningar" och därunder "Graviditet och förlossning". På informationsbladet berättas det först om beröring och värme och dyl. smärtlindningsmetoder, därefter berättas det om bedövning av livmodershalsen och pudendalblockad. Sedan nämns epiduralbedövningen (och spinalbedövningen) som de mest effektiva bedövningarna vid förlossningen, det berättas också att "bedövningarna är trygga men inte helt riskfria". Som biverkning nämns moderns nedsatta blodtryck, andra biverkningar uppges vara "sällsynta" och då nämns: övergående huvudvärk (1:100), övergående nervskada (1:5 000) och förlamningssymtom i lemmarna (1:150 000). Som jämförelse nämner informationsbladet att risken för att omkomma i en trafikolycka under ett år i Finland är ungefär 1:10 000. Dessutom nämns det att:

"När bedövningen gått över kan det hos modern förekomma ryggsmärtor, och ibland kan urineringen vara försvårad. Man kan i efterhand behandla ryggsmärtan med smärtstillande mediciner. Om urineringen inte lyckas, kan urinblåsan tömmas genom kateterisering. En efterhuvudvärk som eventuellt uppstår när man stiger upp kan också behandlas."

(Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt & ÅUCS 360. 2010.) På Barnmorskeinstitutet delas det ut ett informationsblad (Bilaga 1) i samband med besök till förlossningssjukhuset under graviditeten. Besöket skall själv bokas och information fås på den egna mödrarådgivningen. På informationsbladet berättas det om epiduralbedövningen. Bland annat att den, tillsammans med spinalbedövning, är den effektivaste smärtlindringen men att den bara är ett alternativ bland smärtlindningsmetoder. Det berättas dock inte hur epiduralbedövningen ges. Som biverkningar nämns icke-fungerande eller ensidig epiduralbedövning, temporärt nedsatt blodtryck, klåda, nedsatt förmåga att urinera som kan leda till katetrering, huvudvärk (1:2000), temporär ryggsmärta (1:3000), bestående ryggsmärta (1:13000). Dessutom nämns det att nervrotssymtom förorsakade av själva förlossningen, oavsett smärtlindningsmetod är mycket vanligare. (1:100 – 1:500). (HUS 2012.)

## **5. PROBLEMPRECISERING**

Detta examensarbete är ett beställningsarbete i Kvinnoprojektet 2009 från Barnmorskeinstitutet som önskade evidens om smärtlindringens effektivitet och inverkan. Eftersom frågeställningen var så allmän gav det frihet att precisera forskningsämnet. Det finns mycket forskning och debatt inom epiduralbedövning som smärtlindring för förlossning. En del av materialet i litteraturen samt media är motstridigt och kan konfundera läsaren. Den ursprungliga tanken med detta examensarbete var att fokusera på epiduralbedövningens inverkan på fostret och amningen. Dock hittades inte tillräckligt material inom ämnet och examensarbetet utvidgades att innehålla också epiduralbedövningens inverkan på förlossningsförloppet. Examensarbetet hämtar fram de nyaste forskningsresultaten från år 2005 och framåt om epiduralbedövningens inverkan samt diskuterar denna information ur en yrkesetisk synvinkel. Som metod för examensarbetet används Fribergs modell för en litteraturöversikt (2006:115). Som teoretisk referensram används Den internationella etiska koden för barnmorskor (ICM 1999). Forskningsinformationen som används som bas för detta examensarbete hämtas från kvantitativa medicinska forskningar. Examensarbetet är således tvärvetenskapligt och kvalitativt i och med att det strävar till att skapa vårdvetenskaplig förståelse om hur barnmorskan skall agera i fråga om epiduralbedövning som smärtlindring vid förlossning.

## **6. SYFTE**

Detta examensarbete sammanställer först aktuell forskningsinformation om epiduralbedövningens inverkan på förlossningen i form av de nyaste forskningsresultaten från år 2005 framåt samt diskuterar sedan denna information ur en yrkesetisk synvinkel. Informationen är riktad till barnmorskan som i sin tur måste ha bra bakgrundsinformation om alla de olika smärtlindringsmetoder som föderskor ställer frågor om.

Syftet är att barnmorskan med hjälp av informationen i detta examensarbete skall ha lättare att besvara kvinnors frågor om epiduralbedövning. Barnmorskan skall kunna bilda en uppfattning om hur hon skall göra en riskbedömning samt stödja kvinnan i beslutet inför epiduralbedövning.

## **7. FORSKNINGSPRÅGOR**

1. Finns det risker vid epiduralbedövning under förlossning?
2. Hur skall barnmorskan stödja kvinnan i att ta ett beslut om epiduralbedövning inför förlossningen?

## **8. LITTERATURÖVERSIKT**




























I detta examensarbete inkluderades 16 kvantitativa forskningsartiklar med sammanlagt 60 162 deltagare. Forskningarna gjordes i Australien, olika Europeiska länder, mellanöstern och USA. Ingen forskning från Finland hittades, dock inkluderades forskning från både Sverige och Danmark. Forskningsmetoden i de inkluderade artiklarna varierade men alla forskning innehöll en kontrollgrupp. Forskningsmetoderna för de inkluderade forskningarna, samt deltagarmängder och resultat är angivna i Tabell 1 på nästa sida. Den allmännaste typen av forskning var (randomiserad) kontrollerad studie (sju stycken) med den prospektiva kohortstudien på andra plats (fem stycken), dessutom inkluderades två patientfalls studier (case control study), en retrospektiv studie samt en Cochrane studie (Cochrane-studien inkluderade bara randomiserade kontrollerade studier, dessa var inte samma studier som de andra som inkluderades i detta examensarbete).





























*Tabell 1. Forskningsartiklar som inkluderades i examensarbetet (sida 20-25)*

Författare ☐ Årtal ☐ Tidskrift ☐ Databas ☐	Titel & Syfte ☐	Metod ☐	Deltagare ☐	Resultat ☐
<b>Anim-Soumah M, Smyth, R., Jones L.</b> ☐ 2011 ☐ <i>The Cochrane library</i> ☐ Cochrane, CINAHL, PubMed ☐	<b>Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour</b> ☐ Att utvärdera effekten och riskerna av epiduralbedövning på förlossningsförloppet och amning jämfört med kontrollgrupp ☐	Review (Cochrane) ☐	9658 föderskor från 38 olika studier. ☐	Epiduralbedövning förknippades med en förhöjd risk för instrumentellt ingrepp, moderns hypotension, nedsatt rörelseförmåga, feber, urinretention, förlängd förlossning samt behov av oxytocin. Man hittade också samband till kejsarsnitt p.g.a. fostrets nöd men epiduralbedövning höjde inte risken för kejsarsnitt i medeltal. Epiduralbedövning inverkar inte på Apgar-poäng. ☐
<b>Bell, A.F. White-Traut, R. Medoff-Cooper, B.</b> ☐ 2010 ☐ <i>Journal of Obstetric, Gynecologic, &amp; Neonatal Nursing</i> ☐ CINAHL, PubMed ☐	<b>Neonatal neurobehavioral organization after exposure to maternal epidural analgesia in labor</b> ☐ Att jämföra nyföddas funktion och amning efter förlossning med eller utan epiduralbedövning ☐	Controlled Trial ☐	52. 34 med epiduralbedövning och 18 helt utan smärtlindring. ☐	Inget samband mellan epiduralbedövning och amningsresultat kunde påvisas som ett medeltal men man kunde påvisa nedsatt amning förknippat med epidural då kön var en faktor. Nyfödda flickor hade försvagat sugförsök när modern hade fått epiduralbedövning. Detta samband kunde påvisas med två olika verkande bedövningsämnen i epiduralen. Liknande svårigheter kunde inte hittas hos pojkar. ☐
<b>Caruselli, M. et al.</b> ☐ 2011 ☐ <i>Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine</i> ☐ CINAHL, Pubmed ☐	<b>Epidural analgesia during labor and incidence of cesarian section: prospective study</b> ☐ Att jämföra kvinnor som fått epiduralbedövning med kontrollgrupp för risk till kejsarsnitt ☐	Prospective study ☐	239 först-föderskor. 119st som själv bad om att få epidural och 120 st som själv valde att vara utan smärtlindring. ☐	Ingen statistiskt signifikant skillnad för hela förlossningstiden kunde påvisas. Dock fanns det en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna med tiden för krystskedet som i medeltal var 100min i epiduralgruppen och 65min i kontrollgruppen. Behovet för oxytocin var också större i epiduralgrupper där 31 % behövde det (10 % i kontrollgruppen). Risken för kejsarsnitt var inte större hos epiduralgruppen och APGAR poängen var liknande i båda grupperna. Forskarna ansåg att epiduralbedövningen inte inverkar märkbart på förlossningen. ☐

<p><b>Chang, Zorina. Maureen, Heaman</b> 2005 </p> <p><i>Journal of Human Lactation</i> </p> <p>CINAHL, PubMed </p>	<p><b>Epidural Analgesia During Labor and Delivery: Effects on the Initiation and Continuation of Effective Breastfeeding</b> </p> <p>Att jämföra kvinnor som fått epidural med en kontrollgrupp för amningseffektivitet </p>	<p>Prospective Cohort Study </p>	<p>115. 52 som fick epiduralbedövning och 63 som inte fick någon smärtlindring. </p>	<p>Kontrollgruppen utan smärtlindring fick marginellt bättre amningspoäng men man kunde inte påvisa en statistiskt signifikant skillnad mellan de två grupperna (amningseffektivitet mättes vid 8 och 12 timmar samt 4 veckor). Ett samband mellan neurobehavioristiskt status och amningseffektivitet kunde påvisas. </p>
<p><b>Eriksen, Lena. Nohr, Ellen. Kjorgaard, Hanne</b> 2011 </p> <p><i>Birth</i> </p> <p>CINAHL, PubMed </p>	<p><b>Mode of Delivery after Epidural Analgesia in a Cohort of Low-Risk Nulliparas</b> </p> <p>Att jämföra kvinnor som fått epiduralbedövning med kontrollgrupp för förlossningsmetod </p>	<p>Prospective Cohort Study </p>	<p>2721 lågrisk förstfödorskor. 2133 utan epiduralbedövning och 588 som fick epiduralbedövning </p>	<p>Epiduralbedövning hade ett klart samband med förhöjd risk för sugklockeförlossning och nödkejsarsnitt. Endast 4.4 % av de föderskor som inte fick epidural behövde nödkejsarsnitt medan 24.5% av de som fick epidural behövde nödkejsarsnitt. Risken för sugklockeförlossning var 12.7% för icke epidural och 23 % för epidural. Ingen skillnad mellan grupperna hittades för APGAR poäng eller blödning efter förlossningen. Forskarna delade också in deltagarna så att man fick en grupp med föderskor med extra låg risk för kejsarsnitt/instrumentellt ingrepp men också i denna grupp kunde liknande förhöjda risker skådas. </p>
<p><b>Gerli, Sandro et al.</b> 2011 </p> <p><i>Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine</i> </p> <p>CINAHL, PubMed </p>	<p><b>Effect of epidural analgesia on labor and delivery: a retrospective study</b> </p> <p>Att jämföra kvinnor som fått epidural med en kontrollgrupp utan epidural för förlossningsförloppet </p>	<p>Case Control Study </p>	<p>1510. 155 som fick epiduralbedövning och 1355 som födde utan smärtlindring </p>	<p>Längden av förlossningen var längre bland dem som fått epiduralbedövning. Dock identifierades inte epiduralbedövning som den ända faktorn som påverkade längden av förlossningen. </p>

<p><b>Gizzo S. et al.</b> <a href="#">↗</a> 2011 <a href="#">↗</a> <i>Breastfeeding Medicine</i> <a href="#">↗</a> PubMed <a href="#">↗</a></p>	<p><b>Epidural Analgesia During Labor: Impact on Delivery Outcome, Neonatal Well-Being, and Early Breastfeeding</b> <a href="#">↗</a> Att jämföra kvinnor som fått epidural mot en kontrollgrupp för förlossningsförlopp, den nyföddes hälsa samt amning <a href="#">↗</a></p>	<p>Rando- mized Controlled Trial <a href="#">↗</a></p>	<p>128. 64 som fick epidural och 64 som inte fick någon smärtlindring. <a href="#">↗</a></p>	<p>Inget samband mellan epiduralbedövning och förlossningsätt, vikt &amp; längd eller APGAR poäng kunde påvisas. Epiduralgruppens totala längd av förlossning var i medeltal längre, 363.58min medan medeltalet i gruppen utan smärtlindring var 292.30min. Inom amning kunde man påvisa en liten skillnad mellan grupperna då längden på första amningen varade mindre än 30min hos 62.2% i epiduralgruppen medan i kontrollgruppen amningen varade mindre än 30min hos endast 29.3 %. <a href="#">↗</a></p>
<p><b>Kukulu, Kamile. Demirok, Hafize</b> <a href="#">↗</a> 2008 <a href="#">↗</a> <i>Pain Management Nursing</i> <a href="#">↗</a> CINAHL. PubMed <a href="#">↗</a></p>	<p><b>Effects of Epidural Anesthesia on Labor Progress</b> <a href="#">↗</a> Att jämföra kvinnor som fått epiduralbedövning med en kontrollgrupp för risker och effektivitet i smärtlindringen <a href="#">↗</a></p>	<p>Rando- mized Controlled Trial <a href="#">↗</a></p>	<p>102. 51 föderskor fick epidural medan 51 inte fick någon form av smärtlindring. <a href="#">↗</a></p>	<p>Epiduralbedövning förlängde förlossningen, första stadiet var i medeltal 212.74min för epiduralgruppen medan medeltalet i kontrollgruppen var 136.03min, andra stadiet räckte i medeltal 46.86min i epiduralgruppen och 24.86min i kontrollgruppen. Behovet för syre och oxytocin var förhöjt i epiduralgruppen med 94.1% som behövde oxytocin jämfört med 68.6% i kontrollgruppen. 19.6 % i epiduralgruppen behövde syre i första stadiet medan ingen i kontrollgruppen behövde det, i andra stadiet behövde 35.3% av epiduralgruppen och 17.6% av kontrollgruppen syre. Epiduralbedövningen höjde inte risken för kejsarsnitt eller instrumentellt ingrepp och inverkade inte på APGAR poäng. <a href="#">↗</a></p>
<p><b>Nguyen, Uyen-Sa et al.</b> <a href="#">↗</a> 2010 <a href="#">↗</a> <i>Maternal and Child Health Journal</i> <a href="#">↗</a> CINAHL, PubMed <a href="#">↗</a></p>	<p><b>Epidural Analgesia and Risks of Cesarean and Operative Vaginal Deliveries in Nulliparous and Multiparous Women</b> <a href="#">↗</a> Att jämföra kvinnor som fått epiduralbedövning med kontrollgrupp för kejsarsnitt och instrumentellt ingrepp <a href="#">↗</a></p>	<p>Prospective cohort study <a href="#">↗</a></p>	<p>2052. 754 som fick epiduralbedövning i första stadiet av förlossningen och 1298 stycken som inte fick epidural. <a href="#">↗</a></p>	<p>Epiduralbedövning förhöjde risken för både kejsarsnitt och instrumentellt ingrepp. Risken för instrumentellt ingrepp vid förlossning för förstföderskor var 33.5 % i epiduralgruppen och 8.4 % i kontrollgruppen. För multiparor var risken för instrumentellt ingrepp 18.2 % i epiduralgruppen och 1.6% i kontrollgruppen. Risken för kejsarsnitt var 17.6 % för förstföderskor med epidural och 4.6% utan epidural. För multiparor var risken för kejsarsnitt 2.8% i epiduralgruppen medan den var 0.8 % i kontrollgruppen. <a href="#">↗</a></p>

<p><b>O'Hana, H.P. et al.</b>  2008   <i>Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine</i>   CINAHL, PubMed </p>	<p><b>The effect of epidural analgesia on labor progress and outcome in nulliparous women</b>   Att jämföra kvinnor som fått epiduralbedövning med kontrollgrupp för inverkan på förlossningsförloppet </p>	<p>Case Control Study </p>	<p>39498 förstföderskor. 9960 fick epiduralbedövning och 29538 utan epidural. </p>	<p>Epiduralbedövning kunde påvisas vara en riskfaktor för försvårad förlossning samt sugklockeförlossning. Risken för sugklockeförlossning var 9.0 % i epiduralgruppen medan den var 6.1 % i kontrollgruppen. Epiduralbedövning var inte en riskfaktor för kejsarsnitt, tvärtom var risken för kejsarsnitt mindre i epiduralgruppen. </p>
<p><b>Riley L.E. et al.</b>  2011   <i>Obstetrics &amp; Gynecology</i>   CINAHL, PubMed </p>	<p><b>Association of epidural-related fever and noninfectious inflammation in term labor</b>   Att jämföra kvinnor som fått epidural med en kontrollgrupp för inflammatorisk eller ickeinflammatorisk feber under förlossningen </p>	<p>Randomized Controlled Trial </p>	<p>200 lågrisk förstföderskor. 150 som fick epidural och 50 som inte fick epidural. </p>	<p>Forskningen gjordes med hjälp av både blodprov och placentaprov. Föderskor som fick epiduralbedövning var i högre risk att få feber (22.7 % med epidural, 6 % utan). Febern hos de som fick epiduralbedövning berodde på en infektionsfri inflammatorisk process. </p>
<p><b>Torvaldsen, Siranda et al.</b>  2006   <i>International Breastfeeding Journal</i>   PubMed </p>	<p><b>Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding a prospective cohort study</b>   Att jämföra kvinnor som fått epidural med eller utan fentanyl med en kontrollgrupp för amningspåbörjan och längd </p>	<p>Prospective Cohort Study </p>	<p>1260. 416 som fick epiduralbedövning, 312 som inte fick smärtlindring alls och 532 som fick annan typ av smärtlindring. </p>	<p>Smärtlindring och förlossningsmetod var förknippat med partiell amning med behov för tillägg av modersmjölksersättning samt svårigheter med amning under den första veckan. Smärtlindring, moderns ålder och utbildning var förknippat med avslutande av amning före vecka 24, bland dessa slutade fler av de som hade fått epiduralbedövning än de som inte fått någon smärtlindring. </p>

<p><b>Weigl, W. et al.</b>  2010  <i>Ginekologia Polska</i>  PubMed </p>	<p><b>The influence of epidural analgesia on the course of labor</b>  Att jämföra kvinnor som fått epidural med en kontrollgrupp för inverkan på förlossningsförloppet </p>	<p>Rando- mized Controlled Trial </p>	<p>400. 191 med epidural- bedövning och 209 utan. </p>	<p>Epiduralbedövning var förknippat med längre förlossningstid och kejsarsnitt på basen av syrebrist hos fostret. Risken för kejsarsnitt oberoende av orsak var inte förhöjd. Man fann ingen inverkan på det nyfödda barnet.  </p>
<p><b>Wiklund, Ingela et al.</b>  2009  <i>Midwifery</i>  CINAHL, PubMed </p>	<p><b>Epidural analgesia: Breast-feeding success and related factors</b>  Att jämföra amnings- effektivitet hos kvinnor som fått epidural- bedövning jämfört med kvinnor som inte fått epiduralbedövning. </p>	<p>Retro- spective compara- tive study </p>	<p>702. 351 som fick epidural och 351 som inte fick epidural. </p>	<p>Epiduralbedövning visade sig vara förknippat med sen första amning. Barn till mödrarna i epiduralgruppen gjorde märkbart färre sugförsök under de fyra första timmarna, oddskvot 3.79. Dessa barn hade också en högre sannolikhet för att få modersmjölksersättning, oddskvot 2.19, samt nedsatt sannolikhet för full amning vid utskrivning från förlossningssjukhuset, oddskvot 1.79. Sen påbörjan av amning var också förknippat med förlängt första och andra stadiet av förlossningen samt administration av oxytocin. Multiparor hade bättre sannolikhet för full amning vid utskrivning och mindre behov för tillägg av modersmjölksersättning. </p>
<p><b>Wilson, M. J. A. et al.</b>  2010  <i>Anesthesia</i>  CINAHL, PubMed. </p>	<p><b>Epidural analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group</b>  Att jämföra amnings- påbörjande och längd hos kvinnor som fått epidural med eller utan fentanyl med en kontrollgrupp utan epiduralbedövning. </p>	<p>Rando- mized controlled trial </p>	<p>1405. 353 som fick epidural, 351 som fick kombination av spinal- och epiduralbedövning, 350 lågdos epidural och 351 utan epidural, av dessa fick 151 (43 %) petidin. </p>	<p>Mängden av föderskor som börjat amma 24-48 timmar efter förlossningen var liknande i alla grupper (ca 66 %) förutom de som fått petidin som hade en amningsprocent på 55.6 %. Icke epidural icke petidin gruppen ammade längst i medeltal (18 veckor) men skillnaden var inte statistiskt signifikant mellan grupperna (kortaste amningsperioden var i epiduralgruppen och i petidin gruppen där amningen i medeltal varade i 13 veckor). De mödrar som ännu ammade vid tolv månader var flest i epidural-spinal gruppen (7.9%) sedan icke epiduralgruppen (6.7%) och epiduralgruppen (6.5 %) med petidin (4 %) lågdos epiduralgruppen (3.8 %) sist, dessa procenter visade sig inte vara statistiskt signifikanta. Ett rakt samband mellan epidural och nedsatt amningsförmåga kunde inte fastställas, högre ålder hos modern samt icke vitt etniskt ursprung hade större positiv inverkan på amning än skillnaderna mellan de olika grupperna. </p>



<p><b>Wolfer, A. et al.</b> <a href="#">↗</a>  2010 <a href="#">↗</a>  <i>Minerva Anestsiologica</i> <a href="#">↗</a>  PubMed <a href="#">↗</a></p>	<p><b>Epidural analgesia with ropivacaine and sufentanil is associated with transient fetal heart rate changes</b> <a href="#">↗</a>  Att jämföra fostrets puls före och efter epiduralbedövning <a href="#">↗</a></p>	<p>Rando- mized controlled trial <a href="#">↗</a></p>	<p>Totalt 120 foster vars puls mättes 90min före och efter epiduralbedövning <a href="#">↗</a></p>	<p>Epiduralbedövning är förknippat med ändring i pulsen på fostret, med den största sänkningen i pulsen vid 30min efter epiduralbedövning. Resultaten lyfts främst fram för användning i samband med beslut för kejsarsnitt på basen av fostrets nöd. Enligt forskarna är ändringar i pulsen en följd av användningen av epiduralbedövningen och temporära. <a href="#">↗</a></p>
<p><b>TOTALT:</b> <a href="#">↗</a>  <b>16 forskningar (15 forskningsartiklar och en Cochrane litteraturstudie)</b> <a href="#">↗</a></p>			<p><b>TOTALT:</b> <a href="#">↗</a>  <b>60162 deltagare</b> <a href="#">↗</a></p>	

## 9. TEORETISK REFERENSRAM – ETIKEN I BARNMORSKANS ARBETE

I detta kapitel beskrivs den teoretiska referensramen som används för att tolka hur litteraturöversiktens resultat kan förstås och tillämpas i barnmorskans praktiska arbete. Den internationella etiska koden för barnmorskor användes som den teoretiska referensramen. Den etiska koden valdes för att den definierar barnmorskans roll och uppgifter samt berättar hur hon skall agera i olika situationer. Som grund för den etiska koden ligger lagstiftning samt hälsovårdsorganisationers riktlinjer och ställningstaganden. Dessa beskrivs som grund varefter den etiska koden förklaras.

### 9.1. Grunden till etiken i barnmorskans arbete

Etik enligt Svenska Akademiens ordlista är: *Vetenskapen om sedligt gott och ont m.m., sedelära* (Svenska Akademien 2011). ETENE (2011) definierar etiken som följande:

”Etiken beskriver och anger motiven för vad som är ett gott och riktigt sätt att leva och handla i vår värld. Människan delar dessa etiska regler med sina medmänniskor. Etik kan sägas bestå av värderingar, ideal och principer om gott och ont, om rätt och fel. Etiken skall hjälpa människan att träffa val, styra henne, få henne att reflektera över sitt eget och andras handlande och att försöka komma underfund med sina egna bevekelsegrunder. Den serverar inga färdiga lösningar, utan ger verktygen för att människan skall kunna reflektera kring de etiska frågorna. Många föreställningar om vad som är gott och ont, rätt och fel är universella. Men nyanserna, avvägningarna och tolkningarna varierar mellan olika kulturer och beroende på den givna politiska situationen.”

Lagen beskriver på basen av de i samhället rådande värdena och etiska uppfattningarna vad som är straffbart att göra eller lämna ogjort, ett slags etiskt minimikrav. Barnmorskan styrs i sitt arbete av social- och hälsovårdslagstiftningen, bland annat Finlands grundlag (731/1999), lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994). Etik i allmänhet bygger vidare på de minimikrav som lagen stadgat. ETENE, den Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården har

2001 givit ut *Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården* som skall fungera som grunden för yrkesetiken inom hälso- och sjukvården. ETENE nämner respekt för människovärdet och individens självbestämmanderätt samt skydd för människolivet och hälsofrämjande insatser som grunden för sitt ställningstagande men talar också om att vården skall grunda sig på vetenskaplig dokumentation eller beprövad klinisk erfarenhet. (ETENE 2001.)

Yrkesetiken är beroende av yrkesutövandets samhällseliga roll och de krav som ställs på basen av den rollen. Med hjälp av de etiska reglerna följer arbetskåren en gemensam modell för ett etiskt yrkesutövande. De etiska yrkesreglerna följs såväl av hela arbetssamfundet som individerna. Vårdpersonalen fungerar således inte bara på basen av sin egen övertygelse utan styrs av de etiska reglerna. De etiska reglerna stöder individen i sitt arbete men styr också vårdpersonalens umgänge sinsemellan. Varje individ förbinder sig till de etiska reglerna, dock är de etiska reglerna också problematiska emedan de är ett slags ideal som inte alltid fullt kan uppnås. Fast det kan ha sina konsekvenser att inte följa de etiska reglerna så kan det närmast ses som ett oprofessionellt handlingsätt eller ett misslyckande i arbetet. De olika yrkesgrupperna inom vårdsektorn har förutom de allmänna etiska reglerna sina egna etiska regler befattade av yrkesförbundet, i barnmorskans fall Barnmorskeförbundet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009:165)

## **9.2. Den internationella etiska koden för barnmorskor**

På en världsomfattande nivå påverkas etiken i barnmorskans arbete, arbetets kvalitet och praxis av internationella överenskommelser och rekommendationer. International Confederation of Midwives, ICM har utarbetat *International Code of Ethics for Midwives*. Medlemsländerna tillämpar sedan egna direktiv passande för sitt eget samhälle. Som teoretisk referensram för detta examensarbete valdes Den internationella etiska koden för barnmorskor. ICM definierar i koden kvinnan som barnmorskearbetets, forskningens samt barnmorskeutbildningens utgångspunkt. Målet

är att befrämja kvinnans välbefinnande genom att trygga hennes mänskliga rättigheter världsomfattande, samt att lagstiftning tillämpas jämlikt för kvinnan. (ICM 1999.)

Svenska Barnmorskeförbundet har givit ut en översatt version av ICM:s *International Code of Ethics for Midwives*, d.v.s *Den internationella etiska koden för barnmorskor* (Bilaga 2) (Svenska Barnmorskeförbundet 1999). I detta examensarbete används Svenska barnmorskeförbundets översättning av den etiska koden. Också Kätilöliitto har givit ut sin egen finska översättning av barnmorskans etiska kod. Den är utgiven 2004 som en del av en rapport som också gör ett eget ställningstagande och definierar barnmorskans uppgifter och ansvar i det finska hälsovårdssystemet (Kätilöliitto 2004). Den etiska koden är uppdelad i fyra delar med flera punkter. De fyra delarna är: Barnmorskors professionella relation, barnmorskors verksamhetsområde, barnmorskors professionella ansvar, samt utveckling av barnmorskors kunskaps- och arbetsområde. (ICM 1999.)

Speciellt fyra punkter i Den internationella etiska koden för barnmorskor samt paragraf 5 i Lagen om patientens ställning och rättigheter tar fram ämnen som är viktiga för frågan om stöd vid epiduralbedövning. Dessa punkter är:

- I.A. Barnmorskor respekterar kvinnans informerade rätt till val och stödjer kvinnans acceptering av ansvar för resultatet av sitt val. (ICM 1999, i översättning av Svenska Barnmorskeförbundet 1999.)
- I.B. Barnmorskor arbetar med kvinnor, stödjer deras rätt att delta aktivt i beslutsfattande om sin vård, och uppmuntrar kvinnor att föra sin egen talan om ämnen rörande sin egen och familjens hälsa i sin kultur och sociala miljö. (ICM 1999, i översättning av Svenska Barnmorskeförbundet 1999.)
- II.B. Barnmorskor uppmuntrar kvinnor inom deras eget sociokulturella sammanhang att ha realistiska förväntningar på barnafödande, med minimumstandard att ingen kvinna skall skadas genom konception och barnafödande. (ICM 1999, i översättning av Svenska Barnmorskeförbundet 1999.)
- II.D. Barnmorskor är lyhörda för de psykiska, fysiska, emotionella och andliga behoven hos kvinnor, som söker hälsovård, oberoende av deras omständigheter. (ICM 1999, i översättning av Svenska Barnmorskeförbundet 1999.)
- §5 Patientens rätt till information  
En patient har rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar samt om andra omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen och som har betydelse då beslut fattas om hur patienten skall vårdas. Upplysningar skall dock inte ges mot patientens vilja eller om det är uppenbart att de skulle medföra allvarlig fara för patientens liv eller hälsa.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall ge upplysningar på ett sådant sätt att patienten i tillräcklig utsträckning förstår innebörden av dem. Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte behärskar det språk som patienten använder eller om patienten på grund av hörsel-, syn- eller talskada inte kan göra sig förstådd, skall tolk anlitas i mån av möjlighet.

(Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785, §5)

## **10. METOD**

I Detta kapitel förklaras forskningsmetoden samt hur den tillämpades för att sammanställa och analysera litteraturen i detta examensarbete. Detta examensarbete är en litteraturöversikt enligt Fribergs (2006:115) modell baserad på medicinska kvantitativa forskningar. De inkluderade forskningarna presenteras och redogörs för samt en dataanalys görs, resultaten diskuteras sedan ur en yrkesetisk synvinkel. Som teoretisk referensram användes Den internationella etiska koden för barnmorskor. Detta examensarbete är ett teoretiskt arbete baserat på medicinsk kvantitativ forskningsinformation och tar en tvärvetenskaplig kvalitativ synvinkel i och med att det slutliga syftet är att skapa vårdvetenskaplig förståelse för hur barnmorskan skall agera i sin roll som stöd för kvinnan.

### **10.1. Datainsamling**

För att besvara den första forskningsfrågan i detta examensarbete: *”Finns det risker vid epiduralbedövning under förlossning?”* valdes litteraturöversikten. Enligt Fribergs (2006:115-120) modell handlar litteraturbaserade examensarbeten om att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett visst vårdvetenskapligt område eller ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde. Litteraturöversikten kan användas som ett strukturerat arbetssätt för att skapa en bild över ett valt område. Översikten baseras på ett systematiskt val av texter (forskningsartiklar, rapporter m.m.) inom ett avgränsat område inom vårdvetenskap och vårdarbete. Den valda litteraturen kvalitetsgranskas och analyseras. Som resultat fås en beskrivande översikt av området eller forskningsproblemet. Analyseringen av materialet i en litteraturöversikt sker

strukturerat. Metoden skiljer sig dock från analysen av rådata som t.ex. i kvantitativa forskningar eftersom forskningsmaterialet i litteraturstudier redan är färdigt analyserat. I litteraturstudien granskas det utvalda materialet kritiskt och jämförs sinsemellan för att få en bättre uppfattning av den i dagsläge tillgängliga informationen. (Friberg 2006:115-120.)

Friberg kallar det första steget i litteraturstudien för att ta ett helikopterperspektiv. Då gäller det att bilda ett helhetsgrepp av forskningsområdet, man fokuserar på det mest utmärkande för det studerande området. Efter den första överblicken görs sedan en avgränsning till ett urval av studier. Avgränsningen bör göras med omsorg, varje exkludering av artiklar skall kunna motiveras. Tillslut när ett antal lämpliga studier godkänts är det dags att granska kvaliteten. Kvaliteten kan granskas genom att granska syftet, bakgrunden, problemformuleringen och metodbeskrivningen i varje inkluderad forskningsartikel. En bra forskningsartikel kan redogöra för dessa. Efter genomläsning av forskningsartiklarna söks skillnader och likheter. Det kan gälla likheter eller skillnader i metod, resultat eller analys. Materialet sorteras enligt skillnaderna och likheterna för att få en bättre uppfattning om resultaten. Resultaten presenteras klart och tydligt med egen analys och en vårdvetenskaplig synvinkel med koppling till praktiskt arbete. (Friberg 2006:115-125.)

Forskningsinformationen i detta examensarbete samlas från forskningar som är gjorda fr.o.m. år 2005. Fribergs (2006:115) forskningsmetod tillämpades genom att söka på databaserna Cochrane, Cinahl och PubMed. I dessa databaser användes sökorden: "*Epidural*" tillsammans med "*Labour*", "*Labor*", "*Delivery*", "*Childbirth*", "*Fetus*", "*Breastfeeding*" och "*Newborn*" i rubriken eller i sammandraget (Se Tabell 2 på nästa sida). Dessutom gjordes en sökning på databasen Medic med sökordet Epidural. Sökningarna gjordes i oktober 2011. Sökningarna gav som resultat flera hundra olika artiklar, alla sökresultaten granskades manuellt för att hitta artiklar som behandlade epiduralens inverkan. Artiklar som behandlade epiduralbedövningens inverkan godtogs för genomläsning. Artiklar som jämförde olika smärtlindringsmetoder, dosering av epiduralbedövning, arbetsmetoder vid epiduralbedövning eller åsikter om epiduralbedövning godtogs inte.

<b>Databaser</b>	<b>Sökord 1</b>	<b>Sökord som kombinerades med sökord 1</b>
Cochrane Cinahl PubMed Medic	Epidural	Breastfeeding Childbirth Delivery Fetus Labor Labour Newborn

Tabell 2. Databaser och sökord som användes vid datainsamlingen

Det hittades flest forskningsartiklar som behandlade epiduralbedövningens inverkan på förlossningsförloppet. För att få den nyaste informationen samt för att minska mängden artiklar användes artiklar från år 2008 och nyare för inverkan på förlossningsförloppet samt artiklar från år 2005 och nyare för inverkan på amningen och fostret. Tekniken för epiduralbedövningen eller det verkande läkemedlet beaktades inte som ett kriterium för inkludering/exkludering. Som resultat hittades 15 artiklar samt en Cochrane litteraturstudie. Cochrane-studien publicerades ursprungligen år 2005 medan en uppdaterad version gavs ut i december 2011. Fast den ursprungliga sökningen gjorts tidigare inkluderades den uppdaterade versionen. Cochrane litteraturstudien behandlade dock främst äldre forskningsmaterial vilket ger detta examensarbete en inblick på forskningsämnet ända från år 1971 till de nyaste forskningarna kring ämnet från år 2011. Cochrane-studien godtog endast randomiserade kontrollerade studier medan denna litteraturöversikt också godtar andra typer av forskning. Alla utom en (Gerli et al 2011, endast abstrakt) av de inkluderade artiklarna anskaffades som fulltext versioner med hjälp av ARCADAs bibliotek, Helsingfors universitetsbibliotek Terkko samt skribentens privata medel.

Alla artiklar var engelskspråkiga utom artikeln *The influence of epidural analgesia on the course of labor* (Weigl et al. 2010) som hade abstrakt på engelska medan artikeln var polska. Vid analyseringen av denna artikel användes abstraktet samt Google translate. Som kriterium för godtagande måste forskningsartikeln vara kvantitativ, innehålla en kontrollgrupp, förklara metoden samt beskriva deltagarna och deras inkluderings- samt exkluderingsvillkor. Endast en artikel som på basen av sammandraget hade godtagits för genomläsning måste senare under närmare granskning exkluderas. Litteraturstudien *Breastfeeding and epidural analgesia during labour* (Devroe, Coster och Van de Velde i tidskriften *Current Opinion in*

Anesthesiology 2009:22) beskrev inte metoden och berättade inte vilka artiklar som var inkluderade och vilka exkluderade samt av vilka orsaker.

## 10.2. Dataanalys

Fribergs (2006:115) forskningsmetod för litteraturoversikt tillämpades genom noggrann genomläsning av alla artiklar som valts att inkluderas. Vid närmare genomläsning trädde tre stycken områden för epiduralens inverkan fram. Artiklarna delades på så sätt in under tre olika kategorier enligt epiduralbedövningens inverkan på förlossningens förlopp, fostret eller amningen. Alla inkluderade artiklar lästes flera gånger igenom och sammanställdes i Tabell 1 (sida 20) som redogör för metod, syfte, deltagarantal och resultat. Resultaten sammanställdes och jämfördes för likheter och skillnader inom varje kategori; foster, förlossningsförlopp samt amning. Inom varje kategori kunde flera olika risker identifieras. Riskerna varierade från att vissa kunde fastställas enhetligt i flera eller alla forskningarna till att vissa risker påvisades motstridigt i olika forskningarna.

Den andra forskningsfrågan i detta examensarbete: *Hur skall barnmorskan stödja kvinnan i att ta ett beslut om epiduralbedövning inför förlossningen?* problematiserar en allmän fråga. Som teoretisk referensram valdes på så sätt Den internationella etiska koden för barnmorskor (ICM 1999) tillsammans med underliggande allmän yrkesetik och lagstiftning. Den internationella etiska koden för barnmorskor valdes för att den definierar barnmorskans roll samt beskriver hur hon skall agera i olika sammanhang. Den etiska koden tar upp alla områden inom barnmorskans yrkesuppgifter från vård till utbildning. Den förklarar hur barnmorskan skall agera för att uppnå ett etiskt arbetssätt. Den etiska koden användes för att analysera den andra forskningsfrågan genom att först läsa igenom den helt och identifiera vilka punkter som kunde tänkas behandla ämnen som rör barnmorskans roll som stöd i valet av epiduralbedövning. Punkter som behandlade t.ex. utbildning eller relationer till andra yrkesutövare ansågs inte relatera till problemet kring epiduralbedövning. Som resultat hittades fyra punkter som behandlade frågor som självbestämmanderätt och barnmorskans relation till kvinnan. Dessa tillämpades sedan till situationen där barnmorskan fungerar som



informationsgivare och stöd för kvinnan i valet av epiduralbedövning för att skapa förståelse för hur barnmorskan skall agera.

Resultaten i detta examensarbete delades upp i två huvudrubriker för att besvara de två forskningsfrågorna. Resultaten för den första forskningsfrågan *”Finns det risker vid epiduralbedövning under förlossning?”* delades sedan in i tre kategorier för epiduralbedövningens inverkan på foster, förlossningsförlopp samt amning under vilka de olika riskerna identifierades och presenterades. För att besvara den andra forskningsfrågan *”Hur skall barnmorskan stödja kvinnan i att ta ett beslut om epiduralbedövning inför förlossningen?”* sågs resultaten från den första forskningsfrågan genom den teoretiska referensramen. På så sätt kunde det skapas en förståelse för hur barnmorskan skall stödja kvinnan i enlighet med den etiska koden.

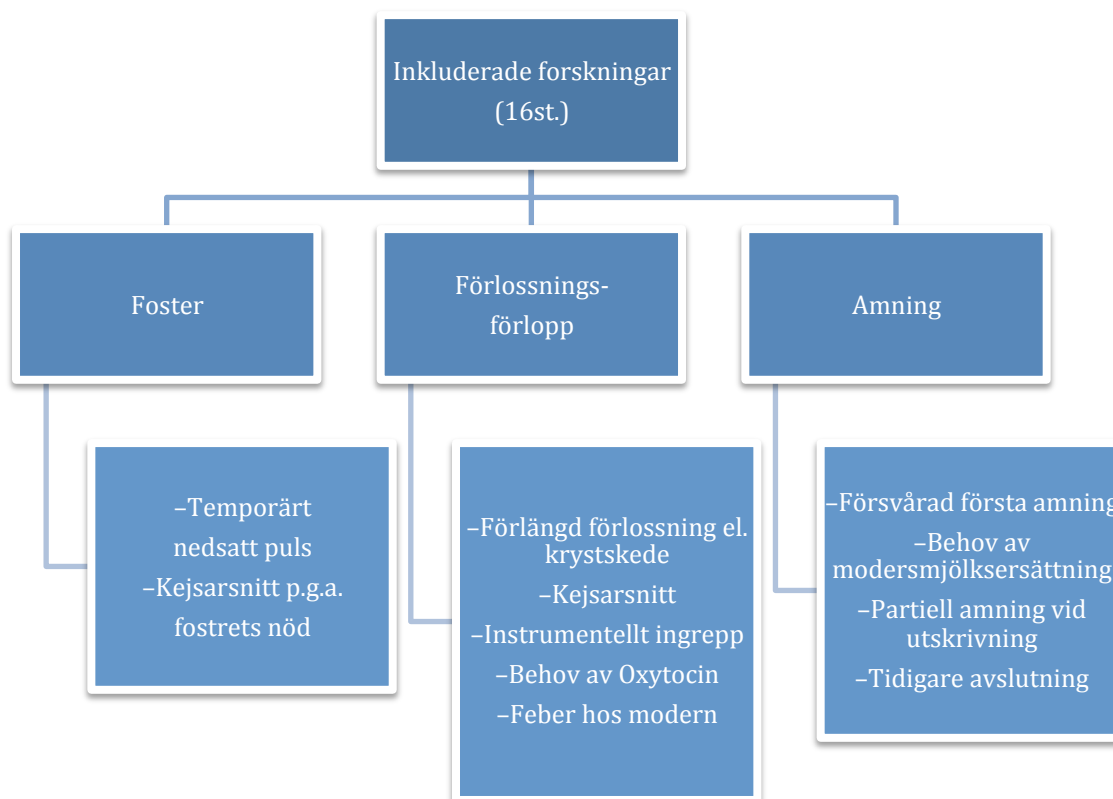
## **11. RESULTAT**

I detta kapitel dras resultaten från de 16 inkluderade forskningarna samman i tre huvudkategorier. Under huvudkategorierna identifierades elva olika risker. Barnmorskans roll som stöd för kvinnan i beslutet inför epiduralbedövning tolkas utgående från Den internationella etiska koden för barnmorskor. Forskningsfrågorna *”Finns det risker vid epiduralbedövning under förlossning?”* och *”Hur skall barnmorskan stödja kvinnan i att ta ett beslut om epiduralbedövning inför förlossningen?”* besvaras.

### **11.1. Risker vid epiduralbedövning under förlossning**

Vid granskning av de inkluderade 16 forskningsartiklarna kunde tre olika huvudkategorier identifieras. Kategorierna var Fostret, Förlossningsförloppet samt Amning. Inom dessa kategorier kunde forskningarna jämföras för likheter och skillnader för att besvara forskningsfrågan *Finns det risker vid epiduralbedövning*

under förlossning? Som underkategorier hittades sammanlagt elva stycken risker. Indelningen i kategorierna kan ses i figur 3 nedan.



Figur 3. Kategorier som steg upp ur källmaterialet för litteraturöversikten samt de risker som kunde identifieras.

### 11.1.1. Fostret

Åtta forskningar beaktade fostret, de flesta dock i form av att undersöka risken för kejsarsnitt p.g.a. fostrets nöd och APGAR-poäng. Endast Wolfer et al. 2010 forskade enbart inverknings på fostret. Två risker som resultat av epiduralbedövning kunde identifieras, temporärt nedsatt puls hos fostret och kejsarsnitt p.g.a. fostrets nöd. Dessutom konkluderades att epiduralen inte verkade på APGAR-poäng. (Anim-Soumah et al 2011 s.1-2; Eriksen et al. 2011 s. 320-322; Weigl et al. 2010 s.42; Wolfer A. et al 2010). Enligt Wolfer et al. (2010:341-343) är epiduralbedövning förknippat med ändringar i pulsen på fostret, med den största sänkningen i pulsen vid

30min efter epiduralbedövning. Forskningsresultaten lyfts främst fram för användning i samband med beslut för kejsarsnitt på basen av fostrets nöd. Enligt forskarna är ändringar i pulsen en följd till användningen av epiduralbedövningen och temporära och skall inte misstolkas som tecken på behov för kejsarsnitt. Resultaten för kejsarsnitt p.g.a. fostrets nöd var motstridiga, tre forskningar påvisade denna biverkning (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Eriksen et al. 2011 s. 320-322; Weigl et al. 2010 s.42) medan tre stycken forskningar inte hittade bevis för denna biverkning (Caruselli et al 2011 s.2; Kukulu & Demirok 2008 s.12; O'Hana et al 2008 s.518-519). Nedsatta APGAR poäng kunde inte påvisas som en biverkning till epiduralbedövning (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Caruselli et al. 2011 s.2; Eriksen et al. 2011 s. 320-322; Gizzo et al. 2011 s.3; Kukulu & Demirok 2008 s.12;).

Som sammanfattning kunde epiduralbedövningens inverkan på fostret enhetlig förknippas med temporärt nedsatt puls hos fostret (Wolfer et al. 2010:341-343) samt att den inte inverkade på APGAR-poäng (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Caruselli et al. 2011 s.2; Eriksen et al. 2011 s. 320-322; Gizzo et al. 2011 s.3; Kukulu & Demirok 2008 s.12).

### **11.1.2. Förlossningsförloppet**

Nio forskningsartiklar och en Cochrane litteraturstudie som behandlade epiduralbedövningens inverknings på förlossningsförloppet hittades (Anim-Soumah et al. 2011, Caruselli et al. 2011, Eriksen et al. 2011, Gerli et al. 2011, Gizzo et al. 2011, Kukulu & Demirok 2008, Nguyen et al. 2010, O'Hana et al. 2008, Riley et al. 2011, Weigl et al. 2010). Vid närmare granskning av forskningsartiklarna hittades fem stycken biverkningar som nämndes i mer än en forskningsartikel. Dessa var förlängd förlossning, kejsarsnitt, instrumentellt ingrepp, behov av oxytocin och feber hos modern (Se Tabell 3, s. 36, eller Tabell 4 s. 39). Alla forskningar forskade inte alla biverkningar. Endast Cochrane litteraturstudien berörde alla dessa fem

biverkningar, studien kunde påvisa alla biverkningar utom kejsarsnitt. Cochrane-studien har i resultatsynthesen behandlats som en forskning.

Tre olika biverkningar kunde påvisas i alla de forskningar som berörde biverkningen i fråga. Dessa biverkningar var förlängd förlossning el. förlängt krystskede (sex st. forskningar)(Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Caruselli et al. 2011 s.2; Gerli et al. 2011; Gizzo et al. 2011 s.3; Kukulü & Demirok 2008 s.12; Weigl et al. 2010 s.42), behov av oxytocin (tre st. forskningar)(Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Caruselli et al. 2011 s.2; Kukulü & Demirok 2008 s.12) samt feber hos modern (två st. forskningar)(Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Riley et al 2011 s.590-592). Dessutom kunde förhöjd risk för instrumentellt ingrepp påvisas i fyra av de fem forskningar som berörde den biverkningen (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Eriksen et al. 2011 s. 320-322; Gizzo et al. 2011 s.3; Nguyen et al. 2010 s.3-5; O'Hana et al. 2008 s.518-519).

Förhöjd risk för kejsarsnitt kunde påvisas i bara två forskningar (Eriksen et al. 2011 s. 320-322; Nguyen et al. 2010 s.3-5;), med sex stycken emot (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Caruselli et al. 2011 s.2; Gizzo et al. 2011 s.3; Kukulü & Demirok 2008 s.12; O'Hana et al 2008 s.518-519; Weigl et al. 2010 s.42).

Som sammanfattning hittades i de inkluderade forskningarna bevis för att epiduralbedövning förorsakar förlängd förlossning eller förlängt krystskede, feber hos modern och behov för Oxytocin samt förhöjd risk för instrumentellt ingrepp. Resultaten för epiduralens inverkning på kejsarsnitt var motstridiga med resultat både för och emot. (Anim-Somuah et al. 2011, Caruselli et al. 2011, Eriksen et al. 2011, Gerli et al. 2011, Gizzo et al. 2011, Kukulü & Demirok 2008, Nguyen et al. 2010, O'Hana et al. 2008, Riley et al. 2011, Weigl et al. 2010).

Tabell 3. Biverkningarna av epiduralbedövning A. (De gröna fälten står för att bevis hittats, de röda fälten står för att inget bevis hittats, de vita fälten står för att biverkningen inte forskats).

Ledde epiduralbedövning till förhöjd risk för...? grön=ja/röd=nej:	Anim-Som. 2011	Bell 2010	Caruselli 2011	Chang 2005	Eriksen 2011	Gerli 2011	Gizzo 2011	Kukulu 2008	Nguyen 2010	O'Hana 2008	Riley 2011	Torvaldsen 2006	Weigl 2010	Wiklund 2009	Wilson 2010	Wolfer 2010	
Temporärt nedsatt puls hos fostret																	
Kejsarsnitt p.g.a. fostrets nöd																	
Förlängd förlossning el. krystske																	
Kejsarsnitt																	
Instrumentellt ingrepp																	
Behov av Oxytocin																	
Nedsatt APGAR-poäng																	
Feber hos modern																	
Försvårad första amning																	
Behov av modersmjölks ersättning																	
Partiell amning vid utskrivning																	
Tidigare avslutning av amning																	

### 11.1.3. Amning

Sex artiklar behandlade epiduralbedövningens inverkan på amning (Bell A.F. 2010, Chang Z. M. & Heaman M. I. 2005, Gizzo S. et al. 2011, Torvaldsen S. et al. 2006, Wiklund et al. 2009, Wilson A. et al. 2010). Både Bell et al. (2010:182-185) och Wiklund et al. (2009:35) samt Gizzo et al. (2011;3-4) påvisade i sina forskningar att försvårad första amning var förknippat med epiduralbedövning. Wiklund et al. (2009) fick resultat där nyfödda i epiduralgruppen gjorde färre sugförsök under första amningen. I Bell et al.s (2010:182-185) forskning var resultaten bundna till könet, nyfödda flickor hade försvagat sugförsök när modern hade fått epiduralbedövning. Gizzo et al. (2011:3-4) såg en skillnad mellan grupperna då längden på första amningen varade mindre än 30min hos 62.2 % i epiduralgruppen medan amningen hos kontrollgruppen varade mindre än 30min endast hos 29.3 %. I Torvaldsens et al. forskning (2006:3-4) fann man att de som fått epiduralbedövning lättare slutade amma före vecka 24 än de som inte fått epiduralbedövning. Enligt Wiklund et al. (2009:35) hade barn i epiduralgruppen också en högre sannolikhet för att få modersmjölksersättning, samt nedsatt sannolikhet för full amning vid utskrivning från förlossningssjukhuset. Varken Wilson et al. (2010:147-149) eller Chang & Heaman (2005:309) kunde påvisa en statistiskt signifikant skillnad mellan epidural- och kontrollgruppen. Enligt Chang & Heaman (2005:309) fick kontrollgruppen utan smärtlindring dock marginellt bättre amningspoäng. (De olika riskerna åskådliggörs både i Tabell 3 på s. 36 och i Tabell 4 på s. 39)

Som sammanfattning kunde epiduralbedövning förknippas med försvårad första amning (Wiklund et al. 2009:35; Bell et al. 2010: 182-185; Gizzo et al. 2011:3-4), förhöjd risk för behov av modersmjölksersättning och nedsatt sannolikhet för full amning vid utskrivning från förlossningssjukhuset (Wiklund et al. 2009:35) samt tidigare avslutande av amning (Torvaldsen et al. 2006:3-4). Anmärkningsvärt är dock att två av sex forskningar inte kunde påvisa någon statistisk signifikant skillnad mellan grupperna samt att fast tre av de resterande forskningarna kunde påvisa försvårad första amning var resultaten varierande. Enligt Gizzo et al. (2011:5) är amningen dock den svåraste delen av epiduralbedövningens påverkningar att forska

eftersom det är så många både medicinska och sociala faktorer som påverkar påbörjandet och avslutandet av amningen.

Forskarna hittade flera andra faktorer som påverkade amningen än epiduralbedövning, så som t.ex. att multiparor hade bättre sannolikhet för full amning vid utskrivning och mindre behov för tillägg av modersmjölksersättning (Wiklund et al. 2009:35). Chang & Heaman (2005:3009) påvisade ett samband mellan neurobehavioristiskt status och amningseffektivitet. Wilson et al. (2010:65) påvisade att högre ålder hos modern samt icke vitt-etniskt ursprung hade större positiv inverkan på amning än skillnaderna mellan de olika forskningsgrupperna med och utan epiduralbedövning. Enligt Torvaldsen et al. (2006:4) var smärtlindring och förlossningsmetod förknippat med partiell amning med behov för tillägg av modersmjölksersättning samt svårigheter med amning under den första veckan. Smärtlindring, moderns ålder och utbildning var förknippat med avslutande av amning före vecka 24. Enligt Wiklund et al. (2009:35) var sent påbörjad amning förknippat med förlängt första och andra stadie av förlossningen samt administration av oxytocin.

Biverkning	Antal forskningar som fann biverkning / Antal forskningar som berörde ämnet	Forskningar som fann förhöjd risk för biverkning
Försvårad första amning	3/3	Bell 2010, Gizzo 2011, Wiklund 2009
Behov av modersmjölksersättning	1/1	Wiklund 2009
Partiell amning vid utskrivning från förlossningsjukhuset	1/1	Wiklund 2009
Tidigare avslutning av amning	1/1	Torvaldsen 2006
Ändringar i fostrets puls	1/1	Wolfer 2010
Förlängd förlossning eller krystskede	6/6	Anim-Somuah 2011, Caruselli 2011, Eriksen 2011, Gerli 2011, Gizzo 2011, Kuku 2008, Nguyen 2010, O'Hana 2008, Riley 2011, Weigl 2010
Kejsarsnitt	2/8	Eriksen 2011, Nguyen 2010
Kejsarsnitt p.g.a. fostrets nöd	3/6	Anim-Somuah 2011, Eriksen 2011, Weigl 2010
Instrumentellt ingrepp	4/5	Anim-Somuah 2011, Eriksen 2011, Nguyen 2010, O'Hana 2008
Behov av Oxytocin	3/3	Anim-Somuah 2011, Caruselli 2011, Kuku 2008
Feber hos modern	2/2	Anim-Somuah 2011, Riley 2011

Tabell 4. Biverkningar av epiduralbedövning B. (Alla biverkningar som kunde påvisas i de inkluderade forskningarna inom amning och inverkan på fostret samt alla biverkningar som kunde påvisas i mer än en forskning i de inkluderade forskningarna inom förlossningsförloppet)

#### 11.1.4. Sammanfattning av resultaten för litteraturoversikten

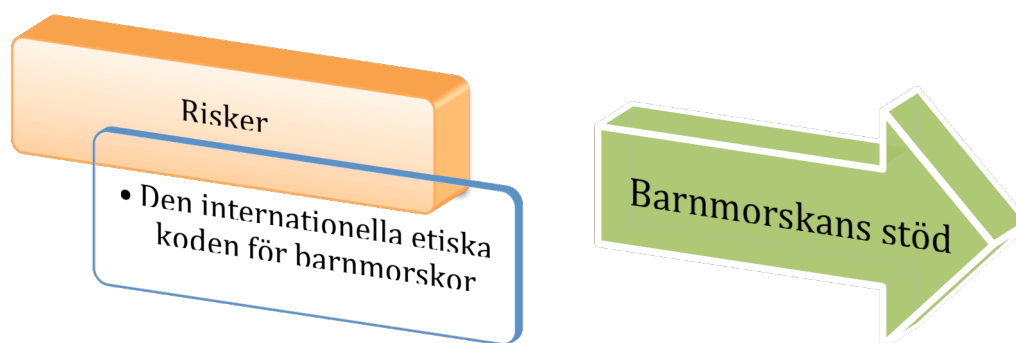
I de inkluderade forskningarna kunde elva olika biverkningar påvisas. Eftersom det fanns färre forskningar om epiduralens inverkan på amning och fostret godtog alla de biverkningar som kunde påvisas, inom förlossningsförloppet godtog de biverkningar som nämdes i mer än en forskning (se Tabell 3 s. 36 och Tabell 4 s. 39). De biverkningar som kunde påvisas i alla forskningar som berörde ämnet var försvårad första amning, förlängd förlossning eller krystskede, behov av Oxytocin samt feber hos modern. Dessutom kunde behov av modersmjölksersättning, partiell amning vid utskrivning från förlossningsjukhuset, tidigare avslutning av amning och ändringar i fostrets puls också påvisas enhetligt men bara i en forskning var. Epiduralbedövning höjde risken för instrumentellt ingrepp vid förlossningen i fyra av fem forskningar. Motstridiga resultat hittades för kejsarsnitt, både i allmänhet samt på basen av fostrets



nöd. Epiduralbedövning påverkade inte APGAR poäng. (Anim-Somuah et al. 2011; Bell et al. 2010; Caruselli et al. 2011; Eriksen et al. 2011; Gerli et al. 2011; Gizzo et al. 2011; Kukulcu 2008; Nguyen et al. 2010; O'Hana et al. 2008; Riley et al. 2011; Torvaldsen et al. 2006; Weigl et al. 2010.; Wiklund et al. 2009; Wolfer et al. 2010.)

## 11.2. I koppling till den teoretiska referensramen

I detta kapitel analyseras litteraturöversiktens resultat inom den teoretiska referensramen Den internationella etiska koden för barnmorskor. Den etiska koden vägleder det praktiska arbetet. Speciellt fyra punkter inom koden är av central betydelse i frågor om smärtlindring; I.A., I.B., II.B. samt II.D. Den internationella etiska koden för barnmorskor förklaras i kapitel 9 och kan ses i sin helhet som bilaga (se Bilaga 2). (ICM 1999). Forskningsfrågan: *"Hur skall barnmorskan stödja kvinnan i att ta ett beslut om epiduralbedövning inför förlossningen?"* besvaras. (se Figur 5.)



Figur 5. Diagram över hur den internationella etiska koden för barnmorskor användes. Riskerna sågs genom referensramen för att förstå hur barnmorskan skall stödja kvinnan.

Resultaten för litteraturoversikten påvisar att risker vid epiduralbedövning finns.

Epiduralbedövning kan förorsaka:

- Ändringar i pulsen på fostret (Wolfer et al. 2010:341-343)
- Förlängt förlossningsförlopp (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Caruselli et al 2011 s.2; Gerli et al. 2011; Gizzo et al. 2011 s.3; Kukul & Demirok 2008 s.12; Weigl et al. 2010 s.42)
- Behov av oxytocin under förlossningen (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Caruselli et al. 2011 s.2; Kukul & Demirok 2008 s.12)
- Feber hos modern under förlossningen (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Riley et al. 2011 s.590-592)
- Instrumentellt ingrepp (Anim-Soumah et al. 2011 s.1-2; Eriksen et al. 2011 s. 320-322; Gizzo et al. 2011 s.3; Nguyen et al. 2010 s.3-5; O'Hana et al. 2008 s.518-519)
- Försvårad första amning (Wiklund et al. 2009:35; Bell et al. 2010: 182-185; Gizzo et al. 2011:3-4)
- Behov av modersmjölksersättning (Wiklund et al. 2009:35)
- Nedsatt sannolikhet för full amning vid utskrivning från förlossningssjukhuset (Wiklund et al. 2009:35)
- Tidigare avslutande av amning (Torvaldsen et al. 2006:3-4)

Eftersom risker identifierades bör barnmorskan i enlighet med den etiska koden och lagen ta upp både fördelarna och riskerna som epiduralbedövning medför. Barnmorskan fungerar som stöd i beslutet inför epiduralbedövning genom att respektera kvinnans informerade rätt till val, detta sker i form av information om epiduralbedövningens inverkan och risker. (I.A.) Barnmorskan stöder på så sätt kvinnans rätt att aktivt delta i beslutsfattandet om sin egen vård (I.B.). I och med ett aktivt deltagande kan kvinnan acceptera ansvaret för resultatet av sitt val av smärtlindring (I.A.). Genom ovannämnda åtgärder uppmuntrar barnmorskan kvinnan att ha realistiska förväntningar på förlossningen i fråga om epiduralbedövning (II.B). Barnmorskan stöder kvinnan både i informationsgivandet om epiduralbedövning och under vård samt potentiella ingrepp genom att vara lyhörd för kvinnans psyksiska, fysiska, emotionella och andliga behov. Detta leder till individuell vård där kvinnans behov och dåvarande situation tas hänsyn till så att hon kan få det stöd hon behöver (II.D.). (ICM 1999; Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785, § 5.)

## **12. DISKUSSION**

I detta kapitel görs konklusioner av resultaten dessutom diskuteras arbetsprocessen och den teoretiska referensramen samt barnmorskans uppgift som stöd för kvinnan.

### **12.1. Konklusioner**

Fast epiduralbedövning är den mest effektiva smärtlindringen med minsta biverkningarna finns det risker. Barnmorskans uppgift så som den definieras i Den internationella etiska koden för barnmorskor samt som i Lagen om patientsäkerhet stadgas skall kvinnan ha rätt till information om epiduralbedövningens inverkan. För att kvinnan skall kunna reflektera över sina val bör informationen ges i ett tillräckligt tidigt skede. Dock skall barnmorskan kunna beakta kvinnans individuella behov och kultur så att informationen varken skrämmer eller styr kvinnan i någon specifik riktning. Både kvinnor som vill föda så naturligt som möjligt samt kvinnor som vill ha största möjliga smärtlindring skall få sina frågor besvarade. Till detta hör även att kunna erbjuda alternativ för epiduralbedövning så att kvinnans informerade rätt till val uppfylls. Barnmorskan fungerar som stöd för kvinnan i alla situationer. Eftersom epiduralbedövning är förknippat med försvårad första amning är handledning samt stöd i amning en prioritet.

I dagens läge varierar både tillgången till epiduralbedövning samt informationen om epiduralbedövningens inverkan mellan sjukhus samt mellan olika sjukvårdsdistrikt. För att alla kvinnor skall vara jämställda inför valet av smärtlindring borde ett officiellt ställningstagande göras i fråga om informering inför epiduralbedövning.

Risker som kunde påvisas som resultat av forskning var bl.a. förlängd förlossning, behov av Oxytocin, instrumentellt ingrepp, feber hos modern samt försvårad första amning. Epiduralbedövning leder till större användning av teknisk utrustning med monitorering av fosterhjärtljud samt Oxytocindropp som till en del hämmar kvinnans rörelsefrihet under förlossningen. Ovannämnda risker bör lyftas fram i samband med

den information som ges om epiduralbedövning. Mer forskning om epiduralens inverkan på både foster och amning behövs. Dessutom behövs det inhemska forskningen om kvinnors åsikter om epiduralbedövning vid förlossning.

Genom att informera och stödja kvinnan som ovan nämnts agerar barnmorskan enligt Den internationella etiska koden för barnmorskor och Lagen medan hon stöder sig på forskningsresultat med stark beviskraft.

Barnmorskan ligger i en krånglig situation då hon fungerar som informationsgivare och närmaste kontakt för kvinnan i fråga om epiduralbedövning som i sin tur är en smärtlindringsmetod som kräver läkare för både beslut och administration. Samarbete mellan barnmorska och läkare samt en gemensam uppfattning om smärtlindringsfunktion och betydelse är viktig.

## **12.2. Om arbetsprocessen**

Arbetsprocessen i detta examensarbete har varit lång och inkluderat extensivt tankearbete. Processen påbörjades hösten 2011 med litteratursökning och med att skapa bekantskap med diskussion i media kring epiduralbedövning. Vid påbörjandet av examensarbetsprocessen hade barnmorskestudierna inte ännu börjat och på så vis var den egna kunskapen inom ämnet ännu begränsad. Som bas fanns dock de egna upplevelserna av förlossning både med och utan epiduralbedövning. Tanken var från början att söka information om epiduralbedövningens inverkan på fostret och amningen. Det hittades dock inte tillräckligt mycket information om ämnet för att dra några slutsatser. På så vis bestämdes det att utvidga perspektivet och göra bredare sökningar inom ämnet epiduralbedövning. Upptäckten väcker tanken om att det inte funnits stort intresse för att forska inom inverkan på fostret och amning. Fostret ses ofta som en del av modern medan amning är starkt bundet till kulturella faktorer och också därför svårt att forska i.

Diskussionen i media kring epiduralbedövning har tidvis varit rätt vild med starka ställningstaganden. Det har varit intressant att följa diskussionen. De tankar som väcks är vad som ligger bakom det ökande antalet epiduralbedövningar samt om diskussionen agiteras av för mycket information eller av bristen på information? Har förhållningsättet till smärta förändrats, är människan för bekvämlig och van vid medicinsk hjälp i alla situationer? Det känns som om att det finns ett behov för enhetlig information i form av ett ställningstagande. Den teoretiska delen av arbetsprocessen får mer djup i nästa kapitel, Kritisk granskning.

### **12.3. Om teoretiska referensramen och barnmorskans stöd**

Den internationella etiska koden för barnmorskor ger klara riktlinjer för hur barnmorskan skall agera, i det här fallet i förhållande till epiduralbedövning. Arbetsprocessen väckte tankar om tolkning av den etiska koden som inte i helhet kunde tas upp inom resultaten eftersom det skulle hamnat utanför frågeställningen.

Medan barnmorskan stöder kvinnans självbestämmanderätt och låter henne ta del i beslut som gäller hennes egen vård arbetar hon dessutom för att befrämja jämställdhet. Hon jobbar för att alla skall ha rätt till hälsovård av hög kvalitet inom ramarna för de resurser som finns tillgängliga. Både tillgången till information och den själva smärtlindringen d.v.s. epiduralbedövningen bör vara lika för alla.

Dessutom uppdaterar barnmorskan sina kunskaper och ansvarar på så sätt för att hon förmedlar aktuell information samt ansvarar för konsekvenserna av sitt agerande. Kvinnan skall kunna känna sig trygg för att förlossningen skall kunna bli en positiv upplevelse. Förståelse för hur epiduralbedövning fungerar med både fördelar samt vilka risker som medföljer ger kvinnan en möjlighet att ha en realistisk bild av den kommande förlossningen. Med att förmedla rätt information och stödja modern i sina

val skapar barnmorskan trygghet för kvinnan. Med kunskap ökar också tryggheten hos de kvinnor som väljer epiduralbedövning emedan de på så sätt kan vara förberedda för eventuella ingrepp.

De olika biverkningarna av epiduralbedövning beror på många olika faktorer. För att kunna besvara kvinnors frågor är det viktigt att barnmorskan förstår de olika biverkningarnas mekanismer. Forskarna i de olika inkluderade forskningarna hade olika tankar om inverkningarna. I media kan man finna många olika biverkningar för epiduralbedövning vid förlossning. De allvarligare biverkningarna som t.ex. förlamning är mycket sällsynta och därför svåra att påvisa även i en större forskningsgrupp (Middle & Wee 2009:162-163). Vanligare biverkningar som t.ex. förlängd förlossning är lättare att påvisa och är relativt oberoende av sociala faktorer. Problemet är dock de områden av förlossning och amning som påverkas av sociala faktorer eller lokala arbetsätt som t.ex. amning eller behov av kejsarsnitt (Gizzo et al. 2011:5). Amningskultur och stöd för amning varierar mellan olika förlossningssjukhus och länder medan besluten för när kejsarsnitt är indicerat också kan variera. Enligt Wolfer et al. (2010:344) kan beslut för kejsarsnitt på basen av fostrets nöd göras vid nedsatt puls hos fostret fast detta är en typisk och ofarlig inverkning av epiduralbedövningen. Moderns feber kan enligt Riley et al. (2011) bero på olika faktorer som t.ex. att epiduralen skulle ändra värmereglerande funktioner i kroppen p.g.a. blockad i sympatiska nervsystemet samt nedsatt flämtning. Som andra orsaker för febern nämner Riley et al. både inflammatoriska och icke-inflammatoriska processer bl.a. Chorioamnionit. Wiklund et al. (2007) resonerar att den försvårade amningen kan bero på att epiduralbedövningen hämmar den naturliga utsöndringen av oxytocin medan just den naturliga oxytocinutsöndringen är förknippad med lyckad amning under postpartum perioden. Den nedsatta naturliga utsöndringen av oxytocin hämmar också sammandragningarna under krystskedet. Detta leder i regel till att oxytocin administreras intravenöst med hjälp av dropp efter att epiduralbedövning givits. Administreringen av oxytocin binder i sin tur föderskan till att ha kanyl och vara kopplad till dropp (Anim-Somuah et al. 2011).

Längden på förlossningen och behovet av Oxytocin är biverkningar som främst påverkar modern. Dessa biverkningar är ganska lätta att argumentera i förhållande till nyttan som epiduralens smärtlindring ger. Dock är inverknings på t.ex. amning svårare att greppa. Amning har enligt Kramer & Kakuma (2011:7-11) inverknings på barnets hälsa och om epiduralen, via nedsatt amningsförmåga, inverkar negativt på den så är det inte mer ett beslut på kort sikt utan något som inverkar på barnets hälsa överhuvudtaget. Därför är det förvånande att det inte hittades mer än sex stycken forskningar som behandlade epiduralens inverknings på amningen.

### **13. KRITISK GRANSKNING**

Enligt Ejvegård (1996) måste ämnesvalet göras med stor omsorg. Saker att beakta är problemformuleringen och frågeställningen samt begränsning av området och disposition. Problemformulering är inte alltid helt klar från början utan växer fram under forskningsprocessen. I ett gott vetenskapligt arbete kan forskaren precisera problemformuleringen för att uttala sig förståeligt för läsaren. Begränsningen är viktig att ta hänsyn till i förhållande till den utsatta tiden för arbetet. Forskningen får inte bli för omfattande utan bör vara praktisk och förståelig. Begränsningen kan gälla både tidsintervall för forskningsmaterialet eller geografisk begränsning samt antal och omfattning av forskningsmaterialet. (Ejvegård 1996:19-26)

Detta examensarbete är ett beställningsarbete och försöker hitta relevant och användbar information för vårdsektorn. Bakgrunden är utförlig med både historia, administration samt åsikter och debatt ur media både internationellt och inhemskt. Bakgrunden ger en bra förståelse för läsaren av den kommande avhandlingen med bl.a. citat och informationsblad om hur det informeras om epiduralbedövningen. Syftet är logiskt och väl formulerat samt har en direkt koppling till barnmorskans praktiska arbete. De två forskningsfrågorna besvaras så att avhandlingen framskrider logiskt. Problemformuleringen ändrades litet under datainsamlingsprocessen eftersom tillräckligt material inte hittades. Forskningsmaterialet begränsades inte geografiskt

men godtogs endast inom tidsintervallen år 2005 och nyare för att få den nyaste forskningsinformationen.

Enligt Friberg (2006) är aktuell litteratur för litteraturöversikten främst aktuella artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter och rapporter utgivna av universitet och högskolor. Vissa fenomen kan vara grundligt studerade medan andra fenomen är mindre forskade. Enligt Friberg är detta ett viktigt fynd i sig, eftersom det berättar var forskarnas intresse funnits respektive inte funnits. Litteratursökningar kan således resultera i en både en mångfald av, eller bara i några studier. Om sökningarna resulterar i för många artiklar måste begränsning göras. (Friberg 2006: 117)

Datainsamlingsmetoden är väl dokumenterad och genom att följa det sättet som är beskrivet för datainsamling går det att få samma resultat. De 16 inkluderade forskningarna ger en bra inblick på forskningsområdet både i och med att så många forskning inkluderades samt att de är de nyaste forskningarna inom området.

Tolkningen av resultaten baserar sig på objektivitet och noggrann genomläsning enligt Fribergs (2006:121-122) modell där kvantitativa artiklar jämföres för likheter och skillnader. Artiklarna jämfördes för likheter och skillnader i resultaten. Alla resultat plockades fram och åskådliggjordes i tabeller för att läsaren lättare skulle kunna uppfatta vilka risker som enhetligt funnits i materialet.

Den stora variationen mellan de forskningsartiklar som inkluderats i litteraturstudien kan ses som både en styrka och svaghet. Styrkan är den stora variationen av var forskningarna gjorts, den ger en så gott som världsomfattande insyn på problematiken kring epiduralbedövning. Fast variationen i materialet var stor kunde vissa fenomen som t.ex. höjd risk för instrumentellt ingrepp eller ingen inverkan på APGAR-poäng bevisas i många olika forskning ur många olika kulturer.

Svagheten är att forskningarna gjorts i olika länder med olika kulturella miljöer och uppfattningar och riktlinjer för t.ex. när instrumentellt ingrepp eller kejsarsnitt är



indicerat kan variera. Ingen Finsk forskning hittades inom kriterierna för datainsamling. En annan svaghet i litteraturstudien är att det verkande ämnet i epiduralbedövningen inte kunde beaktas som en faktor i resultaten. Det hittades inte tillräckligt många forskningar med samma verkande ämne. Valet av verkande ämne skulle också varit ett problem eftersom det i Finland på olika sjukhus används olika verkande ämnen i epiduralbedövningen. Den inkluderade Cochrane-studien (Anim-Somuah et al. 2011) gavs ursprungligen ut år 2005 och uppdaterades i december 2011 efter att detta examensarbete påbörjats och litteratursökningarna gjorts. Den uppdaterade Cochrane-studien skulle i sig själv räckt som bas för detta examensarbete men de andra artiklarna hade redan inkluderats och analyserats vid hittandet av den uppdaterade versionen. Dock var det en intressant process att själv studera de många forskningarna.

Resultatsanalysen för den andra forskningsfrågan är en mer subjektiv del av detta examensarbete då den kräver tolkning av den etiska koden. Den etiska koden försökte tolkas så objektivt som möjligt med noggrann genomläsning och reflektion till forskningsfrågorna.

## KÄLLOR

Anim-Somuah, M; Smyth, RMD; Jones, L. 2011. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review). I: The Cochrane Library 2011. 12.

ARCADA. 2012. God vetenskaplig praxis i studier vid arcada. [www] Hämtat 28.8.2012. [http://studieguide.arcada.fi/webfm\\_send/510](http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510)

Bell, Alecca F.; White-Traut, Rosemary; Medoff-Cooper, Barbara. 2010. Neonatal Neurobehavioral Organization After Exposure to Maternal Epidural Analgesia in Labor. I: Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. 2010. 39. s. 178-190.

Buckley, Sarah. 1998. Epidurals: real risks for mother and baby. I: Midwifery Today 2000. 2. 7.

Caruselli, M.; Camilletti, G.; Torino, G.; Pizzi, S.; Amici, M.; Piattellini, G.; Pagni R. 2011. Epidural analgesia during labor and incidence of cesarian section. I: The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2011. 24. 2. s.250-252.

Caton, Donald; Frölich, Michael A. & Eualino, Tammy. 2002. Anesthesia for childbirth: Controversy and change. I: American Journal of Obstetric Gynecology 2002. 186. s. 25-30

Chang, Zorina Marzan; Heaman, Maureen I. 2005. Epidural Analgesia During Labor and Delivery: Effects on the Initiation and Continuation of Effective Breastfeeding. I: Journal of Human Lactation. 2005. 21. s. 305-314.

Cohain, Judy Slome . 2010. The Epidural Trip Why are so many women taking dangerous drugs during labor? I: Midwifery Today. 2010. 95.

Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. ÅUCS 360. 2010. Smärtlindring vid förlossningen. [www]. Hämtat 19.1.2012. <http://ohjepankki.vsshp.fi/se/fxd/48959/>

Ejvegård, Rolf. 1996. Vetenskaplig metod. Lund: Studentlitteratur. 160s. ISBN 91-44-36612-4

Eriksen, Lena Mariann; Nohr, Ellen A.; Kjærgaard, Hanne. 2011. Mode of Delivery after Epidural Analgesia in a Cohort of Low-Risk Nulliparas. I: Birth 2011. 38. 4. s. 317-326.

ETENE – Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården. 2011. Den etiska grunden för social- och hälsovården. ETENE-publikationer 33. Social och hälsovårdsministeriet. ISBN 978-952-00-3197-8.

ETENE – Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården. 2001. Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och

sjukvården. ETENE-publikationer 2. Social och hälsovårdsministeriet. ISBN 952-00-1078-5.

Friberg, Febe. 2006. Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur. 154s. ISBN: 9789144043159.

Gerli, Sandro; Favilli, Alessandro; Acanfora, Marta M.; Bini, Vittorio; Giorgini, Carla; Di Renzo, Gian Carlo. 2011. Effect of epidural analgesia on labor and delivery: a retrospective study. I: The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2011. 24. 3. s.458-460.

Gizzo, Salvatore; Di Gangi, Stefania; Saccardi, Carlo; Patrelli, Tito Silvio; Paccagnella, Gianluca; Sansone, Laura; Barbara, Favaron; D'Antona, Donato; Nardelli, Giovanni Battista. 2011. Epidural Analgesia During Labor: Impact on Delivery Outcome, Neonatal Well-Being, and Early Breastfeeding: I Breastfeeding Medicine. Utgiven elektroniskt före publicering i tidskriften 13 december 2011. [www]. <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2011.0099>

Helsingfors och Nylands Sjukvårdsdistrikt. Helsingfors Universitets Centralsjukhus 2011. På babyresa – Guide för blivande mammor. [www]. Hämtat 19.1.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=58,374,2124,4059,4629,32111>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Tiedote Epiduraali- ja spinaalipuudutuksista synnytyskivun hoidossa.

International Confederation of Midwives 1999. International Code Of Ethics For Midwives. [www] Hämtat 11.12.2011. <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf>  
I översättning av: Svenska Barnmorskeförbundet 1999. Den internationella etiska koden för barnmorskor. [www]. Hämtat 3.2.2012. [http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska\\_kod\\_en.doc](http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska_kod_en.doc)

Kukulu, Kamile; Demirok, Hafize. 2008. Effects of Epidural Anesthesia on Labor Progress. I: Pain Management Nursing. 2008. 9. 1. s.10-16.

Kramer, M.S.; Kakuma, R. 2007. Optimal duration of exclusive breastfeeding. I: The Cochrane Library. 2007. 4. s1-88.

Kättilöliitto. 2004. Laatua kättilötyöhön - kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Suomen Kättilöliitto.

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785. Finlex. [www] <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leino-Kilpi, Helena; Välimäki, Maritta. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Opppimateriaalit. 422s. ISBN 978-951-0-34665-5.

Luoma-Aho, Veera. 2009. Kilpailua kivulla. *Helsingin Sanomat*. 2.8.2009.

Middle, J. V.; Wee, M. Y. K. 2009. Informed consent for epidural analgesia in labour: a survey of UK practice. I: *Anaesthesia*. 2009. 64. s.161–164.

Nguyen, Uyen-Sa D. T.; Rothman, Kenneth J.; Demissie, Serkalem; Jackson, Debra J.; Lang, Janet M.; Ecker, Jeffrey L. 2010. Epidural Analgesia and Risks of Cesarean and Operative Vaginal Deliveries in Nulliparous and Multiparous Women. I: *Maternal and Child Health Journal*. 2010. 14. 5. s.705-712.

O'hana, Hanny Pal; Levy, Amalia; Rozen, Amit; Greemberg, Lev; Shapira, Yoram; Sheiner, Eyal. 2008. The effect of epidural analgesia on labor progress and outcome in nulliparous women. I: *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2008. 21. 8. s.517–521.

Raussi-Lehto, Eija. 2009. Syntymän hoidon toteutus. I: Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen, Äimälä 2009. *Kättilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 674s. ISBN 97895137-5097-8

Riley, Laura E.; Celi, Ann C.; Onderdonk, Andrew B.; Roberts, Drucilla J.; Johnson, Lise C.; Tsen, Lawrence C.; Leffert, Lisa; Pian-Smith, May C. M.; Heffner, Linda J.; Haas, Susan T.; Lieberman, Ellice S. 2011. Association of Epidural-Related Fever and Noninfectious Inflammation in Term Labor. I: *Obstetrics & Gynecology*. 2011. 117. 3. s.588-595.

Sarvela, Johanna; Nuutila, Mika. 2009. Synnytyskipu. I: *Duodecim Lääketieteellinen aikakauskirja*. 2009. 17.

Schwartz, Allan J. 2006. Learning the essential of epidural Analgesia. I: *Nursing*. 2006. 1. s. 44-49.

Svenska Akademien. 2011. Svenska Akademiens ordlista. [www]. Hämtat 9.6.2012. [http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_pa\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista)

Torvaldsen, Siranda; Roberts, Christine L; Simpson, Judy M; Thompson, Jane F; Ellwood, David A. 2006: Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. I: *International Breastfeeding Journal*. 2006. 1:24.

Vuori, Eija & Gissler Mika. 2010. Föderskor och förlossningsingrepp per sjukhus 2008–2009. Institutet för hälsa och välfärd. [www]. Hämtat 12.12.2011. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30_10.pdf)

Vuori, Eija & Gissler Mika. 2006. Smärtlindring och andra ingrepp vid förlossning per sjukhus 2004–2005. STAKES- [www]. Hämtat 12.12.2011. [http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/105D344E-25C9-4C65-9101-AAC73640372F/0/Tt27\\_06x.pdf](http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/105D344E-25C9-4C65-9101-AAC73640372F/0/Tt27_06x.pdf)

Weigl, Wojciech; Szymusik, Iwona; Borowska-Solonynko, Aleksandra; Kosińska-Kaczyńska, Katarzyna; Mayzner-Zawadzka, Ewa; Bomba-Opoń, Dorota; Matusiak,

Robert. 2010. Wpływ znieczulenia zewnątrzoponowego na poród (The influence of epidural analgesia on the course of labor). I: *Ginekologia Polska*. 2010. 81. s.41-45.

Wiklund, Ingela; Norman, Margareta; Uvnäs-Moberg, Kerstin; Ransjö-Arvidson, Anna-Berit; Andolf, Ellika. 2009. Epidural analgesia: Breast-feeding success and related factors. I: *Midwifery* 2009. 25. s. 31–38.

Wilson, M. J. A.; MacArthur, C; Cooper, G. M.; Bick, D.; Moore, P. A. S.; Shennan A. 2010. Epidural analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. I: *Anaesthesia*. 2010. 65. s. 145–153.

Wolfler A.; Salvo, I.; Sortino, G.; Bonati F.; Izzo, F. 2010. Epidural analgesia with ropivacaine and sufentanil is associated with transient fetal heart rate changes. I: *Minerva Anestesiologica*. 76. 5. s. 340-345.

## Bilaga 1. HNS Infoblad om epiduralbedövning



### Naistentautien ja synnytysten toimiala Kätilöopiston sairaala **TIEDOTE EPIDURAALI- JA SPINAALI- PUUDUTUKSISTA SYNNYTYSKIVUN HOIDOSSA**

- selkäpuudutukset (epiduraali- ja spinaalipuudutus) ovat yksi vaihtoehto synnytyskivun hoidossa
- ne ovat tehokkain yksittäinen synnytyskivun hoitomenetelmä
- yhdistämällä lääkeliuoksessa puudute ja kipulääke päästään tehokkaaseen kivunlievitykseen ilman merkittävää jalkojen puutumista
- epiduraalipuudutuksen vaikutus alkaa vähitellen 10-15 minuutissa ja kestää n. 2 tuntia (katettrin kautta annoksia voidaan antaa lisää)
- spinaalipuudutus alkaa vaikuttaa muutamassa minuutissa ja vaikutus kestää reilun tunnin - 1½ tuntia (yleensä tällöin asetetaan myös epiduraalikatetri mahdollisia lisäannoksia varten)
- spinaalipuudutuksessa jalkojen puutumisen tunne on voimakkaampaa ensimmäisen ½ tunnin ajan
- 30-45 min vuodelevon jälkeen on mahdollista olla jalkeilla, mutta alkuun toisen tukemana
- toimivaa puudutusta voidaan tarvittaessa laajentaa mahdollista keisarileikkausta varten
- vain harvoin epiduraali- tai spinaalipuudutusta ei voida lainkaan pistää (veren hyytymishäiriöt, verihiutaleiden vähyys, keskeytymätön verenohennuslääkitys, pistoalueen ihotulehdus)

#### **Mahdolliset haittavaikutukset**

- joskus harvoin epiduraali on toispuoleinen tai ei lainkaan toimi, jolloin katetria vedetään ulospäin tai se pistetään uudelleen
- puudutus laajentaa verisuonia ja aiheuttaa ohimenevää **verenpaineen laskua**, mitä estetään tiputuksella (ja joskus hoidetaan lääkkeillä)
- puudutus saattaa aiheuttaa **kutinaa** tai **tärinää** (mikä on vaaratonta)
- puudutus saattaa **ohimenevästi vaikeuttaa virtsaamista** ja joskus virtsarakko joudutaan tyhjentämään katetrilla
- epiduraalineula saattaa vahingossa lävistää spinaalitilaa ympäröivän kalvon, jolloin jälkeinpäin voi ilmaantua pystyasennossa paheneva päänsärky (riski on n. 1:200 puudutusta) - päänsärkyä voidaan hoitaa lääkkeillä ja tarvittaessa asettaa ns. veripaikka
- selkäkipu on tavallista synnytyksen jälkeen eivätkä selkäpuudutukset vaikuta sen esiintyvyyteen (joskus pistokohta voi aristaa muutaman päivän)
- puudutusneulan aiheuttamat ohimenevät tai pitkäaikaiset hermovauriot (kipu/puutuminen) ovat harvinaisia (ohimenevät riski n. 1:3000 ja pitkäaikaiset riski n. 1:13000 puudutusta)
- synnytykseen liittyvät (puudutuksista riippumattomat) yleensä ohimenevät hermojuurioireet ovat tavallisempia (n. 1:100 - 1:500 synnytystä)
- anestesialääkäri vastaa mahdollisiin kysymyksiin

100907 / JA SS AS

## Bilaga 2. Den internationella etiska koden för barnmorskor

# Den internationella etiska koden för barnmorskor

Syftet med den internationella sammanslutningen av barnmorskor, International Confederation of Midwives (ICM), är att förbättra den vårdkvalitet som erbjuds kvinnor, spädbarn och familjer i hela världen genom utveckling, utbildning och rätt utnyttjande av den professionella barnmorskans kompetens. I linje med ICM:s mål med kvinnors hälsa och fokuserat på barnmorskan, framhålls följande kod för att vägleda utbildningen, den praktiska verksamheten och forskningen för barnmorskan.

**Denna kod tar hänsyn till kvinnor som personer med fullständiga mänskliga rättigheter, söker rättvisa för alla människor och jämlikhet när det gäller tillgång till hälsovård, baseras på ömsesidig respekt och tillit, samt tar hänsyn till varje människas egna värde.**

## DEN ETISKA KODEN

### I. Barnmorskors professionella relation

- A. Barnmorskor respekterar kvinnans informerade rätt till val och stödjer kvinnans acceptering av ansvar för resultatet av sitt val.
- B. Barnmorskor arbetar med kvinnor, stödjer deras rätt att delta aktivt i beslutsfattande om sin vård, och uppmuntrar kvinnor att föra sin egen talan om ämnen rörande sin egen och familjens hälsa i sin kultur och sociala miljö.
- C. Barnmorskor, tillsammans med kvinnor, arbetar med beslutsfattare, både på ett organisatoriskt och ekonomiskt plan, för att definiera kvinnans behov av hälsovård och försäkra att tillgångarna fördelas rättvist med hänsyn till prioritering och tillgänglighet.
- D. Barnmorskor stödjer och stärker varandra i sin professionella verksamhet och när aktivt sin egen och andras självkänsla.
- E. Barnmorskor arbetar tillsammans med andra hälsoprofessioner, konsulterar och remitterar när kvinnans behov av vård överskrider barnmorskans kompetens.
- F. Barnmorskor erkänner, inom sitt arbetsområde, individers behov av varandra och försöker aktivt medla i inneboende konflikter.
- G. Barnmorskan har, som en person med moraliskt värde, ansvar som inkluderar plikter av moralisk självrespekt och bevarandet av integritet.

## **II. Barnmorskors verksamhetsområde**

- A. Barnmorskor erbjuder vård till kvinnor och barnalstrande familjer med hänsyn till kulturella olikheter samtidigt som de arbetar för att eliminera skadliga åtgärder inom respektive kultur.
- B. Barnmorskor uppmuntrar kvinnor inom deras eget sociokulturella sammanhang att ha realistiska förväntningar på barnafödande, med minimumstandard att ingen kvinna skall skadas genom konception och barnafödande.
- C. Barnmorskor använder sina professionella kunskaper för att stärka en säker förlossningshandläggning i alla miljöer och kulturer.
- D. Barnmorskor är lyhörda för de psykiska, fysiska, emotionella och andliga behoven hos kvinnor, som söker hälsovård, oberoende av deras omständigheter.
- E. Barnmorskor agerar som goda förebilder i hälsoupplýsning och friskvård för kvinnor under hela deras livscykel, liksom för familjer och andra hälsoprofessioner.
- F. Barnmorskor söker aktivt personlig, intellektuell och professionell tillväxt genom hela sitt aktiva yrkesliv och integrerar denna tillväxt i sin yrkesverksamhet.

## **III. Barnmorskors professionella ansvar**

- A. Barnmorskor bevarar i förtroende information från individen för att bevaka rätten till integritet, och använder sitt eget omdöme och varsamhet när information delges andra.
- B. Barnmorskor är ansvariga för sina beslut och handlingar och skall kunna stå till svars för konsekvenserna av dessa i sin vård av kvinnor.
- C. Barnmorskor kan avböja att delta i aktiviteter för vilka de hyser djupt moraliskt motstånd; men avseende barnmorskans individuella samvetsbetänkligheter så skall inte dessa avgörande påverka kvinnans rätt till hälsovård.
- D. Barnmorskor förstår de skadande konsekvenser som våld emot etiska och mänskliga rättigheter har på kvinnor och barns hälsa, och arbetar för att eliminera sådant våld.
- E. Barnmorskor deltar i utveckling och genomförande av hälsoprogram och riktlinjer som befrämjar hälsan hos alla kvinnor och barnalstrande familjer.



## IV Utveckling av barnmorskans kunskaps- och arbetsområde

- A. Barnmorskor försäkrar att utveckling av barnmorskans kunskapsområde baseras p aktiviteter i avsikt att skydda kvinnors rättigheter som individer.
- B. Barnmorskor utvecklar och delar med sig av sin specifika ämneskunskap genom olika processer, så som peer review (kvalitetsgranskning barnmorska av barnmorska) och forskning.
- C. Barnmorskor deltar i formell utbildning av barnmorskestuderande samt andra barnmorskor.

Reviderad vid ICM:s Council, maj 1999

### **Kansli:**

Svenska Barnmorskeförbundet Baldersgatan 1 114 27 Stockholm Tel: 08 – 10 70 88 Fax: 08 – 24 49 46 e-post: [kansli@barnmorskeforbundet.se](mailto:kansli@barnmorskeforbundet.se) hemsida: [www.barnmorskeforbundet.se](http://www.barnmorskeforbundet.se)