

legemidler var borte i oppfølgingsstudien, hadde 45 % som opprinnelig kun ble tildelt intensiv atferdsterapi, startet med systematisk legemiddelbehandling. Av dem som opprinnelig begynte behandling med legemidler, hadde nær 30 % sluttet med medisinene eller trappet ned. Mulige forklaringer på de endrede funnene kan derfor være at noen av de dårligste pasientene fra kontrollgruppen startet med legemidler og/eller at de pasienter med minst symptomer valgte å avslutte behandling.

Oppfølgingen gir grunn til optimisme vedrørende behandling av AD/HD. Men vi trenger mer kunnskap om effekten av legemidler brukt i kritiske faser og i forhold til symptomstyrke. Og det må forskes langt mer på effekten av andre behandlingsformer og hjelpetiltak i skolen.

Ikke alt aktivt er hyperaktivt. Men de som får diagnosen AD/HD har så stor grad av uro og impulsivitet at det ikke så lett lar seg styre av viljestyrken. Jo hardere man prøver – og mislykkes – jo større blir smerten. Min bekymring er at mange av guttene med AD/HD får for lite hjelp. For lenge siden måtte unge menn gå på glødende kull for å bevise noe. Ingen vil anbefale dette i dag.

Egil Midtlyng

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Lorentzen J. Gutter og oppvekst. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 416.
2. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 989–1002.

Blir man en bedre mor etter en smertefull fødsel?

I Tidsskriftet nr. 3/2008 skriver Hagtvedt & Eri om smertelindring til fødende og dens uheldige effekter (1). De hevder at helsevesenet primært ser den fødende kvinnen gjennom naturvitenskapelige briller, og at fødselsomsorgen generelt ikke tar inn over seg at det å føde er «en sosial hendelse av eksistensiell betydning i kvinnens liv». Dette fortjener et svar.

De peker på at det er «individuell hvilke ønsker og forventninger kvinnene har til det å føde», men det skinner klart igjennom at de mener at smertelindring generelt bør unngås. Ikke bare vil fravær av smertelindring gjøre selve fødselsopplevelsen mer fullkommen, det vil også bringe kvinnen til et dypere erkjennelsesnivå som kvinne og mor. Det er oppsiktsvekkende at de antyder at smertelindring kan gjøre kvinner til dårligere «emosjonelle veiledere» samt ha negativ «betydning for relasjonene i familiedanningen og for kvinnens og familiens fremtidige helse». Dette er patriarkalske utsagn som stigmatiserer en stor

gruppe kvinner som har tatt imot smertestilende ved fødsler. I tillegg tar de feil. En negativ fødselsopplevelse kan merke en for livet og smertelindring står helt sentralt i forebyggingen av dette (2).

Det er langt fra et mål at alle fødende skal ha epidural smertelindring. En smertetilstand er dog en individuell opplevelse, og selv om denne induseres av en «naturlig hendelse» (les: fødsel) er det faktisk den fødende som kjenner smerten og som må få legge føringer på hvordan denne smerten skal håndteres. I en tidligere spørreundersøkelse har kvinnene selv uttrykt ønske om epidural hvis de kunne velge selv (3). Dette er et fornuftig valg, fordi epidural smertelindring er overlegen annen fødselsanalgese. I motsetning til hva Hagtvedt & Eri hevder, er det også dokumentert at epidural ikke er assosiert med økt frekvens av operativ forløsning (4).

En av de viktigste forutsetningene for økningen i epidural smertelindring i perioden 1996–2002 var en holdningsendring blant jordmødre og anestesileger (5). I 2002 respekterte langt flere mors ønske om epidural smertelindring som god nok indikasjon for slik behandling. Dette imøtekommer den fødendes behov og følelse av å ha kontroll med egen fødsel. Og bra er det!

Andreas Barratt-Due
Oslo

Litteratur

1. Hagtvedt A, Eri T. Skal fødselssmerter «behandles»? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 338.
2. Nystedt A, Høgberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-reference study. J Clin Nurs 2005; 14: 579–86.
3. Trovik J, Salvesen H, Marøy M et al. Hvis de fødende selv kunne velge. Resultat fra en brukerundersøkelse i Bergens-regionen. Tidsskr Nor Legeforen 1995; 115: 838–41.
4. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005; 352: 655–65.
5. Barratt-Due A, Hagen I, Dahl V. Smertelindring til fødende i norske sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 18: 2504–6.

M.L. Hagtvedt & T.S. Eri svarer:

Det er grunn til å reflektere over økt bruk av medikamentell smertelindring i normale fødselsforløp. Indikasjonene ved bruk må være gode, og kunsten er å skille mellom normal og unormal fødselssmerte. Unormalt sterke smerter kan ha negativ effekt på kvinnen og barnet, mens normale fødselssmerter er ufarlige. Den hormonelle frigjøringen i et uforstyrret fødselsforløp er viktig for en god og rask tilknytningsprosess mellom mor og barn, i tillegg vil fødselssmerten kunne fremme mestring, selvfølelse og selvtilitt (1).

I første rekke er det kvinnen selv som må ta stilling til smertelindring, men kvinner tar sine valg i et medisinsk system som ikke

legger nok vekt på gevinsten ved å unngå intervensjoner. Hensikten med vår kommentarartikkel var ikke å stigmatisere kvinner som har hatt god hjelp av smertelindring, det er det heller ingen grunn til. Vårt anliggende er derimot å komme med et motsvar i den medisinske diskursen.

En normal fødsel må ikke utelukkende oppfattes som et medisinsk anliggende, det kan medføre overdreven bruk av smertelindrende tiltak også ved normale fødsler. Spørsmålet er om det er et gode når ca. 70 % av norske kvinner kan forvente normale fødselsforløp. Det utelukker ikke lindring av fødselssmerte, men krever en helhetlig vurdering. Studier viser at epidural smertelindring er assosiert med økt risiko for assosiert vaginal forløsning (2). WHO har demedikalisering av normale fødsler som ett av ti prinsipper for perinatal omsorg, som både Den Internasjonale gynekologforeningen (FIGO) og Det internasjonale jordmorforbundet (ICM) har gitt sin tilslutning til.

Opplevelse av kontroll er den faktoren som oftest knyttes til en positiv fødselsopplevelse (3). Tilgang til smertelindring kan for mange gi en form for kontroll, men å ha tro på egen fødekraft, og føle seg uavhengig av det medisinske systemet, vil bety reell kontroll over egen fødsel.

Som fødselshjelpere har vi alle et felles mål om at kvinner skal ha gode fødselsopplevelser. Det innebærer en helhetlig tilnærming som har respekt for ulike dimensjoner, og som anerkjenner den eksistensielle og sosiale betydningen en fødsel har i en kvinnes liv.

Mari Landsverk Hagtvedt
Tine Schauer Eri
Høgskolen i Vestfold

Litteratur

1. Niven CA, Murphy-Black T. Memory of labor pain: a review of the literature. Birth 2000; 27: 244–53.
2. Anim-Somuah M, Smiyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 4.
3. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth 2003; 30: 235–47.

Ta fødselssmerte på alvor

Hagtvedt & Eri hevder i Tidsskriftet nr. 3/2008 at det har helsemessige gevinster å føde med smerte (1). Rett nok står det i Bibelen: «Stor vil eg gjera di møte så tidt du er med barn; med verk og vande skal du føda.» Heldigvis har behandling av akutt smerte endra seg mykje sidan den tid.

Påstanden til forfatterane om at smertelindring (les: fødeepidural) fører til auka bruk av intervensjonar og operative inngrep er feil. Ein stor randomisert studie publisert i *New England Journal of Medicine* i 2005