

Smärta vid spiralinsättning hos kvinnor som inte har varit gravida

FÖRFATTARE Klara Martinsson
Johanna Sjöstrand

PROGRAM Barnmorskeprogrammet
Höstkursen 2008

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Tone Ahlborg

EXAMINATOR Lena Mårtensson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Smärta vid spiralinsättning hos kvinnor som inte har varit gravida
Titel (engelsk):	Pain during insertion of an intrauterine contraceptive device among women who have never been pregnant
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet, Reproduktiv och perinatal hälsa – examensarbete II, OM 1660
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	41 sidor
Författare:	Klara Martinsson Johanna Sjöstrand
Handledare:	Tone Ahlborg
Examinator:	Lena Mårtensson

SAMMANFATTNING

Spiralanvändning tycks öka i yngre åldersgrupper och hormonspiral föreslås allt oftare till kvinnor som inte har varit gravida (nollgravida). Den kliniska erfarenheten av spiralinsättning i denna grupp är begränsad och det saknas vetenskapligt underlag avseende behov av och vilken typ av premedicinering som är adekvat. **Syftet** med denna studie var att utvärdera smärtupplevelsen vid spiralinsättning hos nollgravida i förhållande till given premedicinering samt att utvärdera vilken premedicinering som gav bäst effekt vid spiralinsättning hos nollgravida kvinnor. **Metoden** var en kvantitativ och deskriptiv observations- och tvärsnittstudie. Denna utfördes som ett led i vårdutveckling inom primärvården i Södra Bohuslän. Studien innebar en kartläggning av premedicinering till nollgravida kvinnor som kom för spiralinsättning under perioden maj 2008-september 2009. 71 patienter inkluderades, medelåldern var 21,7 år och medelvärde för BMI (body mass index) var 23,3. **Resultatet** visade att 58 patienter (81,6 %) hade fått någon form av premedicinering så som NSAID eller paracetamol, dessa preparat gavs i ibland i kombination och i några fall även tillsammans med misoprostol (Cytotec®) som togs vaginalt. Drygt hälften hade fått hormonspiral insatt och resterande kopparspiral. Smärta vid ingreppet skattades i medel till VAS 5,0. Majoriteten av insättarna (86 %) bedömde svårighetsgraden vid insättningen som ”enkel och okomplicerad”. De patienter som fått misoprostol vaginalt i kombination med NSAID angav VAS under insättning till medel 5,7. De kvinnor som endast fått peroral smärtlindring skattade smärtan till VAS 5,1 och de som inte tog någon smärtlindring 4,2. Skillnaden var inte statistiskt signifikant. Vid korttidsuppföljning inom en vecka angav 55 % att de haft svår mensvärk eller krampartad smärta men av varierande duration. Vid uppföljning efter tre månader var 90,6 % av kvinnorna nöjda med sin spiral. **Slutsatsen** var att spiralinsättning hos nollgravida i de flesta fall skattas som ett enkelt och okomplicerat ingrepp. Det gick dock att se ett samband mellan svårighet att sätta in spiral med ett högt BMI. De kvinnor som inte tagit någon premedicinering hade lägst smärtskattning. Gruppen som fått misoprostol hade högst smärtskattning. Av det undersökta materialet går det ej att dra någon slutsats om vilken premedicinering som kvinnorna bör få. Men det är viktigt att den som ska sätta in spiralen poängterar vikten av att ta smärtlindring efter insättningen, då många kvinnor har kraftigt ont efter insättningen. Användandet av misoprostol behöver värderas ytterligare.

Nyckelord: spiral, spiralinsättning, nollgravida, nollpara, smärta, premedicinering, misoprostol

ABSTRACT

The use of intrauterine contraception appears to increase in younger age groups and the intrauterine system (IUS) is proposed increasingly among nulligravid women. The clinical experience with insertion of intrauterine contraception in this group is limited and there is no scientific basis in which premedication to use. **The purpose** of this study was to evaluate pain perception during the intrauterine contraception insertion of nulligravid women, compared to given premedication and to evaluate which premedication that gave the best pain relief during insertion in nulligravid women. **The method** was a quantitative and descriptive observation and cross-sectional study as part of the development of primary health care in Södra Bohuslän in Sweden. The study involved a survey of premedication given to nulligravida women who came for intrauterine contraception insertion in the period May 2008 to September 2009. 71 patients were enrolled, mean age was 21.7 years and average BMI (body mass index) was 23.3. **The results** showed that 58 women (81.6 %) had received some form of premedication such as NSAID or paracetamol, these drugs in combination and in some cases with vaginal misoprostol (Cytotec®). Just over half had had an IUS inserted and the remaining intrauterine device (IUD). Pain during the procedure was measured to average VAS 5,0. Most of the midwives and doctors (86 %) stated severity of insertion as *"simple and uncomplicated"*. Patients who received misoprostol vaginally in combination with NSAIDs and/or paracetamol evaluated the pain of VAS in mean to 5.7. Women who got oral premedication stated the pain during insertion to VAS 5.1 and those who did not take any premedication had VAS mean 4.2. At follow-up within a week 55% stated that they experienced severe menstrual pain or cramp-like pain but of varying duration. At follow-up after three months 90.6 % of women were satisfied with their intrauterine contraception. **The conclusion** was that insertion of an intrauterine contraception device in nulligravid women, in most cases was a simple and uncomplicated procedure. However, there was a correlation between the difficulties of inserting IUD/IUS and a high BMI. Those women who did not take any premedication expressed lower pain. The group who received misoprostol expressed higher pain. From the present data no conclusion about optimal premedication can be drawn. But it is important that the midwife or doctor stresses the importance of taking pain killer after insertion, since the pain after insertion was considered high in many cases. The use of misoprostol needs further evaluation.

Keyword: intrauterine device, nulliparous women, nulligravid, pain, insertion, premedication, misoprostol

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Teoretisk utgångspunkt	6
Livsvärld och subjektiv kropp	6
Reproduktiv hälsa	7
Sexuell hälsa	9
Antikonception	10
Spiraler	11
Användande av spiral	11
Infektioner och spiralanvändning	12
Riktlinjer för spiralanvändning	13
Smärta	14
Bedömning av smärta	14
Tidigare forskning	15
Smärta i samband med spiralinsättning	15
Smärtlindring i samband med spiralinsättning	16
Komplikationer/biverkningar vid användande av spiral hos nollgravida/nollpara	16
Svårighet att sätta in spiral hos nollpara/nollgravida	17
Användande av misoprostol vid insättning	18
Sammanfattning av tidigare forskning	18
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	19
METOD	19
DESIGN	19
DATAINSAMLING	20
DATAANALYS	20
REDOVISNING AV DATA	21
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	21
RESULTAT	24
DISKUSSION	31
RESULTATDISKUSSION	31
METODDISKUSSION	35
KONKLUSION	37
REFERENSER	38

BILAGOR

1. Översikt av artikelsökning
2. Enkät
3. Poster
4. Abstract till SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi)

TABELL- OCH FIGURFÖRTECKNING

TABELL 1. FÖRDELNING ÖVER MOTTAGNINGAR DÄR INSÄTTNING HAR SKETT SAMT VAS VID INSÄTTNING PÅ RESPEKTIVE MOTTAGNING.	26
TABELL 2. FÖRDELNING AV PREMEDICINERING TILL KVINNORNA INFÖR SPIRALINSÄTTNING (N=71).	27
TABELL 3. BARNMORSKORS OCH LÄKARES KOMMENTARER TILL SKATTNING AV SVÅRIGHETSGRAD, (N=14).	28
FIGUR 1. SONDMÅTT I CM PÅ KVINNORNA SOM FICK SPIRAL, (N=70)	24
FIGUR 2. SMÄRTA SKATTAD ENLIGT VISUELL ANALOG SKALA (VAS) VID INSÄTTNING, (N=71).	25
FIGUR 3. SKATTAD SMÄRTA ENLIGT VISUELL ANALOG SKALA (VAS) I FÖRHÅLLANDE TILL PREMEDICINERING (N=71).	27
FIGUR 4. KVINNORNAS KVARSTÅENDE VÄRK I TIMMAR EFTER INSÄTTNING AV SPIRAL, (N=64).	30

INLEDNING

Få barnmorskor och läkare i Sverige väljer att sätta in spiral hos kvinnor som inte har varit gravida (nollgravida), trots att förstahandsvalet av preventivmedel inte fungerar. Den kliniska erfarenheten av spiralinsättning i denna grupp är begränsad och i de fall där barnmorskor eller läkare väljer att sätta in spiral finns inga riktlinjer över vilken premedicinering kvinnorna ska få. I vissa fall finns det lokala PM över läkemedel annars är det upp till insättaren att själv bestämma viken premedicinering som ska ges. Om man börjar sätta in fler spiraler hos nollgravida så är det värdefullt att ta reda på hur kvinnorna upplever smärta vid spiralinsättning och vilken premedicinering som är bäst att ge kvinnan för att underlätta under och efter insättningen.

BAKGRUND

Teoretisk utgångspunkt

Då vi skriver om insättning av spiraler hos kvinnor som inte har varit gravida så är det viktigt att utgå från kvinnornas livsvärld. Vi vill även ta reda på vad barnmorskor kan göra/gör för att främja deras sexuella och reproduktiva hälsa.

Livsvärld och subjektiv kropp

Filosofen Husserl utvecklade livsvärldsteorin, detta begrepp har sedan utvecklats av bland annat filosoferna Heidegger och Merleau-Pontys. Livsvärlden är den värld som människor lever sina liv i och denna värld upplevs alltid i relation till något subjekt (Bengtsson, 2005). Livsvärlden utgår från det som erfars, människans naturliga förhållningssätt till livet där allt tas för givet. I livsvärlden älskar, hatar, arbetar, leker och tänker vi. Människan finns till i världen via sin livsvärld. Människan är unik och hennes erfarenhet är unik. Kroppen bör ses som ett subjekt och inget objekt då den inte är något som kan bytas ut eller flyttas runt på. Kroppen förkroppsligar subjektet på det viset att det är genom kroppen som människan lever sitt liv. Människan är sin kropp och det är genom kroppen som hon får ett levande förhållningssätt till tid och rum och blir sin identitet. En förändring i kroppen leder till en förändring av hur individen upplever sig själv och hur hon upplever världen (Dahlberg, 1997).

När människor möts sker en integration mellan individernas livsvärldar, detta möte bör, enligt Drew (refererad i Dahlberg, 1997) präglas av öppenhet, icke-reduktionism, omedelbarhet och mening och kan sammanfattas enligt följande (Dahlberg, 1997):

- Öppenhet: förmågan att vilja förstå en annan människas livssituation. Inom sjukvården bör vårdaren ha tålamod att vänta ut patienternas beskrivning av sina upplevelser istället för att tvinga på dem professionens uppfattning.
- Icke-reduktionism: patienten ska inte reduceras till att bli en diagnos eller ett symptom utan vårdaren ska ha en holistisk syn på patienten och se henne i sin kontext.
- Omedelbarhet: när vårdaren har möjlighet att skapa en direktkontakt med patienten och kan etablera ett förtroende som ger patienten tillit och hopp och möjlighet för patienten att öppna sig.
- Mening: sökande efter innehåll och meningsfullhet. Begreppet beskrivs som en möjlighet för människan att känna en förankring i livet.

Reproduktiv hälsa

Reproduktiv hälsa definierades 1994 vid FN:s befolkningskonferens i Kairo som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande i alla frågor som rör det reproduktiva systemet i alla skeden av livet. En god reproduktiv hälsa innebär att människor har rätt till ett tillfredställande och säkert sexliv och att de har förmågan och friheten att själva bestämma över sitt barnafödande och få möjlighet till friska barn. Detta förutsätter att kvinnor och män får information om och tillgång till födelsekontroll och smittskydd samt ges tillgång till säkra förhållanden under graviditet och förlossning (United Nations Population Fund [UNFPA], 1994).

Reproduktiv hälso- och sjukvård definieras i förhållande till reproduktiv hälsa och är en kombination av metoder, tekniker och tjänster som bidrar till reproduktiv hälsa och välbefinnande genom att förebygga och lösa reproduktiva hälsoproblem (Epidemiologiskt centrum, 2005; UNFPA, 1994).

På 60-talet deklarerade FN att det är en mänsklig rättighet att själv bestämma om man vill föda barn eller inte. Generalförsamlingen beslutade även att det är samhällets ansvar att möjliggöra denna reproduktiva rättighet för befolkningen (Epidemiologiskt centrum, 2005).

Vid befolkningskonferensen i Kairo (International Conference on Population and Development, ICPD) 1994 samlades representanter från 197 länder och enades om en handlingsplan för reproduktiv hälsa med ett brett hälsofrämjande och socialt perspektiv. Målet var att kvinnors hälsa skulle stärkas genom politiskt inflytande, tillgång till utbildning och god

sjukvård. Med god vård innefattades även rådgivning om och tillgång till preventivmedel, samt medicinsk vård vid aborter. Detta innebar en betydligt bredare syn på reproduktiv hälsovård än tidigare, då många regeringar hade haft ett uppifrånperspektiv med tal om överbefolkning och befolkningsexplosioner, och försökt att hålla nere födselotalen genom att belöna eller bestraffa föräldrar. Nu flyttades istället fokus till individens sexuella och reproduktiva rättigheter (Epidemiologiskt centrum, 2005; UNFPA, 1994).

Under Kairokonferensen var aborter den mest kontroversiella frågan. Diskussionerna handlade om att abort var en hälsorisk för kvinnan oavsett om de utfördes legalt eller illegalt. Slutsatsen blev att de bör förebyggas genom att kvinnan har tillgång till preventivmedel (Epidemiologiskt centrum, 2005). År 1975 blev abort lagligt i Sverige och mödrahälsovården fick en central roll i det preventiva arbetet för att förebygga oönskade graviditeter. Barnmorskorna fick utbildning i att sätta in spiraler och skriva ut preventivmedel. Samma år beslutades också att mödrahälsovården skulle vara kostnadsfri och att p-piller skulle innefattas av läkemedelsrabatten (Epidemiologiskt centrum, 2005).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för barnmorskor (Socialstyrelsen, 2006) beskrivs sexuell och reproduktiv hälsa som ett av barnmorskans tre huvudområden där forskning/utveckling/utbildning och ledning/organisation är de andra två. Området sexuell och reproduktiv hälsa delas in i flera kompetensområden som rör barnmorskans arbete. Barnmorskan ska ha fördjupade kunskaper inom sexuell och reproduktiv hälsa, genom sina kunskaper ska barnmorskan kunna informera, ge rådgivning och samtalsstöd. Barnmorskan ska ha förmåga att utföra undersökningar och ge behandlingar, arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa samt arbeta utifrån gällande säkerhet och kvalitetsföreskrifter (Socialstyrelsen, 2006).

Varje kompetensområde har även ett antal delkomponenter och inom sexuell och reproduktiv hälsa ska barnmorskan ha förmåga att tillämpa kunskaper om (Socialstyrelsen, 2006 s. 13)::

- *faktorer som påverkar hälsa i ett genus- och livscykelperspektiv*
- *sexualitet och samlevnad i ett genus- och livscykelperspektiv*
- *preventivmedel och dess användning*
- *STI-prevention (sexually transmitted infections)*
- *normal och komplicerad graviditet, förlossning och eftervård*
- *instrumentella och manuella förlossningsoperationer*

- *det friska och det sjuka nyfödda barnet*
- *amning och amningskomplikationer*
- *aborter och de komplikationer som kan uppstå i samband med abort*
- *gynekologiska sjukdomstillstånd*
- *infertilitet, infertilitetsutredning och behandling*
- *klimakteriet och de besvär som kan uppkomma i samband med detta*

Sexuell hälsa

I begreppet reproduktiv hälsa ligger även sexuell hälsa som rymmer mer än bara rådgivning och vård i samband med reproduktion och sexuellt överförbara infektioner och som även syftar till att höja livskvaliteten och stärka personliga relationer (UNFPA, 1994).

Sexuell hälsa kan också beskrivas som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet och inte enbart frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och behållas, måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas. De sexuella rättigheterna omfattar mänskliga rättigheter som redan erkänts i nationella lagar och internationella dokument. Alla människor ska vara fria från förtryck, diskriminering och våld samt har rätt till (World Health Organization, 2006):

- Högsta möjliga hälsa i relation till sexualitet, inkluderande tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård
- Att söka, erhålla och tillägna sig information i relation till sexualitet
- Sexualupplysning
- Respekt för kroppens integritet
- Fritt val av partner
- Att besluta att vara sexuellt aktiv eller inte
- Frivilliga sexuella relationer
- Frivilliga giftermål
- Att besluta om och när man önskar att få barn
- Att upprätthålla ett tillfredställande, säkert och njutbart sexualliv.

Antikonception

Preventivmedel och antikonception är en stor del av barnmorskans ansvarsområde. Tillgången till preventivmedel samt säkra aborter har betydelse för kvinnors reproduktiva hälsa (Department of Reproductive Health and Research, 2007). Varje år påbörjas över en miljon graviditeter i världen, cirka hälften av dem är planerade och en fjärdedel oönskade. Globalt sett slutar en av fem graviditeter i abort, varje dag utförs 15000 aborter runt om i världen och cirka 500 kvinnor dör varje dag på grund osäkra aborter. Av dessa kvinnor lever åttio procent i låginkomstländer (Weström, Åberg, Anderberg och Andersson, 2005).

I Sverige står barnmorskor för större delen av preventivmedelsrådgivningen och förskrivningen av preventivmedel. År 2004 skrev barnmorskor ut 150 miljoner daily devided doses (DDD) hormonella preventivmedel och läkargruppen skrev ut 50 miljoner DDD (Läkemedelsverket, 2005). Vid preventivmedelsrådgivning är det viktigt att barnmorskan är lyhörd för kvinnans egna behov och önskemål och detta ställer höga krav på professionalitet och kunskap om vilka förhållanden i samhället som påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa (Kaplan, 2009).

Människan har sedan länge velat kunna planera när och om hon ska skaffa barn. Några av de första preventiva metoder som användes var amning och avbrutet samlag (Kaplan 2009). I dagsläget finns det flera metoder som används i preventivt syfte; naturliga metoder, barriärmetoder, hormonella metoder, sterilisering och livmoderinnlägg även kallad intrauterina preventivmedel. Till de naturliga metoderna hör laktationsamenorrémetoden (LAM), avbrutet samlag och säkra perioder, till barriärmetoden hör kondom, pessar och spermiedödande medel, hormonella metoder innefattar p-piller, p-ringar, p-sprutor och p-stavar och både koppar- och hormonspiral räknas till intrauterina preventivmedel (Weström et al, 2005).

Unga kvinnor har hög fertilitet och det är viktigt att de får ett säkert preventivmedel för att undvika oönskade graviditeter. Kombinerade p-piller är ofta förstahandsalternativet för unga kvinnor som önskar ett preventivmedel då kombinerade p-piller har hög säkerhet och hög följsamhet (Odlind, Bygdeman och Milsom, 2008). Pearl index är ett begrepp som definierar antalet icke planerade graviditeter som inträffar per 100 kvinnor under 1 år. Vid uträkningen är både metodfel och användningsfel medräknade. Hormonspiral har ett pearl index på 0,2-0,6 medan kopparspiralen har ett värde på 0,7-1,0. Dessa värden går att jämföra med

kombinerade hormonmetoder (p-piller) som har ett pearl index på 0,5-1,0, subkutana implantat 0,1-1,0 och kondom 2,0-14,0 (Kaplan, 2009; Odland et al, 2008).

Spiraler

I början av 1920-talet utvecklade Gräfenberg en ring som sattes in i livmodern för att förhindra graviditet. Denna metod förbjöds i Sverige och många andra länder på grund av den höga infektionsrisken. Flera år senare började ett liknande spiralformat plastinlägg att utvecklas som gick under benämningen *spiral*. Idag finns det två olika typer av spiraler, kopparspiraler och hormonspiraler (Kaplan, 2009; Odland et al, 2008).

Kopparspiralen är egentligen en plastspiral som är omlindad av tunna koppartrådar (Kaplan, 2009). Kopparen orsakar en lokal steril inflammatorisk reaktion i endometriet och påverkar en rad enzymssystem, något som försvårar implantation av ett eventuellt befruktat ägg. Kopparen har även en toxisk effekt på spermerna. En kopparspiral går att använda i 3-10 år beroende på spiraltyp (Gottlieb och Schoultz, 2004; Odland et al, 2008). Kopparytan har betydelse för den antikonceptionella säkerheten, en kopparspiral bör ha minst 300 mm² kopparyta för att uppnå tillräcklig säkerhet (Odland et al, 2008).

Hormonspiralen är en plastspiral som frisätter en låg dos av gestagen. Gestagenet har en lokal effekt på endometriet som blir tunt och opåverkat av östrogenet. Även cervixsekretet påverkas så att det blir segt och svår genomträngligt. En hormonspiral går att använda i cirka 5 år (Gottlieb och Schoultz, 2004).

En spiral i uterus skyddar inte mot att infektioner i vagina eller cervix sprider sig uppåt. Det finns däremot en risk för att kroppen stöter ut spiralen. Hos nollgravida med kopparspiral är risken för utstötning 1/20, hos kvinnor med hormonspiral är risken betydligt lägre (Weström et. al. 2005). Spiralen ger ett bättre skydd mot interauterina graviditeter än mot ektopiska graviditeter. Därför är andelen ektopiska graviditeter högre hos kvinnor som använder spiral än kvinnor som ej använder spiral (Gottlieb och Schoultz, 2004). Kopparspiralen ger som regel en kraftigare och mer långdragen menstruation än tidigare (Gottlieb och Schoultz, 2004; Kaplan 2009).

Användande av spiral

Spiralanvändandet varierar stort över världen, i Kina använder 30-40 % av kvinnorna spiral. I USA är det endast 1 %. Användandet av spiral i USA sjönk hastigt under 70-talet efter

negativa rapporter och svåra komplikationer i samband med användandet av spiralen *Dalkon Shield*. Dalkon Shield ökade risken för septiska aborter, detta tros bero på att den till skillnad från andra spiraler hade tvinnade trådar som tros kan ha underlättat för uppåtstigande infektioner. Dalkon Shield fick liten användning i Sverige och togs bort från den globala marknaden 1975. Ryktet om farligheten i att använda spiral finns dock kvar och tros vara en orsak till att användandet av spiral är lågt i USA och i flera andra länder. I Norden använder fler kvinnor spiraler än i övriga Europa och det antas att 20-25 % av sexuellt aktiva fertila kvinnor i Sverige, Norge och Finland använder spiral (Läkemedelsverket, 2005).

Användandet av spiral tycks öka med åldern. I undersökningen *Sex i Sverige* från 1996 framkommer just detta. I åldersgruppen 18-24 år var det 3 % som använde spiral vid det senaste samlaget, i åldrarna 25-34 år var motsvarande siffra 13 % för att sedan öka till 23 % vid 35-49 års ålder (Lewin, 1998). Även en kohortundersökning gjord på en grupp kvinnor från Göteborg visade att spiralanvändandet ökade från 3 % vid 19 års ålder till 19 % vid 29 års ålder (Larsson, Blohm, Sundell, Andersch och Milsom, 1997). Kliniska studier har visat att den vanligaste anledningen till att en kvinna önskar ta ut sin spiral är riklig blödning, annan blödningsstörning och/eller smärta. Utstötningens frekvens tycks inte skilja sig mellan koppar- och hormonspiral (Läkemedelsverket, 2005).

Infektioner och spiralanvändning

Det har gjorts flera tidigare studier på orsaker kring varför kvinnor får sammanväxningar i ägglarna och bäckeninflammation (PID, *pelvic inflammatory disease*). Under 1970 och 1980-talet ansåg många forskare att användning av kopparspiral hos nollpara var en viktig orsak till problemet. Det gjordes studier som visade att kopparspiral ökade risken för uppåtstigande infektioner med 60 %. Under senare år har detta fått revideras. Det fanns bland annat felkällor i de tidigare studierna. Äldre studier har åter analyserats och en nyare studie från World Health Organisation [WHO] har inte kunnat visa på någon riskökning för PID hos spiralanvändare förutom under de 20 första dagarna efter insättning (Läkemedelsverket, 2005).

En studie gjord i Mexico (Hubacher, Lara-Ricalde, Taylor, Guerra-Infante och Guzmán-Rodríguez, 2001) visade att ungefär 2 av 1000 kvinnor får en uppåtstigande infektion oavsett om de använder kopparspiral eller inte. Studien visade att infertilitet på grund av sammanväxningar i ägglaren hos nollpara inte var relaterat till tidigare användning av

kopparspiral utan mer troligt berodde på en tidigare klamydiainfektion (Hubacher et al, 2001). Spiral ger inget skydd mot STI men ökar inte risken för PID hos kvinnor med låg risk för STI (Läkemedelsverket, 2005). Hubacher et al (2001) anser att kvinnor som är nollgravida och har en låg risk för STI borde ges en större möjlighet att få kopparspiral än vad de i dagsläget får. Kvinnor som lever i stabila monogama relationer har minskad risk för STI och enligt flera studier är sexvanor den viktigaste riskfaktorn för PID (Läkemedelsverket, 2005).

Riktlinjer för spiral användning

WHO klassar spiral användning hos tonåringar och kvinnor som inte fött barn (nollpara) som kategori 2. Kategori 1 innebär att metoden kan användas under alla förhållanden och kategori 2 innebär att metoden kan användas generellt men att det krävs noggrann uppföljning. Om en metod får kategori 3 ska metoden inte rekommenderas om andra mer lämpliga metoder är tillgängliga eller kan accepteras. Kategori 4 ska inte användas under några omständigheter (Department of Reproductive Health, 2009).

Enligt de svenska behandlingsrekommendationerna från Läkemedelsverket (2005) ska kopparspiral eller hormonspiral endast rekommenderas till de allra yngsta i undantagsfall. Vidare bör inte spiral rekommenderas till kvinnor som har hög risk för bakteriell STI och om kvinnan har en pågående genital infektion ska inte spiral sättas in. En tidigare salpingit är dock inget hinder för spiral användning. Eftersom risken för salpingit under pågående spiral användning är kopplad till sexuellt riskbeteende kan spiral rekommenderas till kvinnor som lever i en stabil monogam relation, oavsett om kvinnan har varit gravid eller inte (Läkemedelsverket, 2005).

I riktlinjerna för barnmorskor inom primärvården i Göteborg och Södra Bohuslän (Ellis och Ellström, 2006 s. 16) beskrivs att:

”Hormonspiral är förstahandsvalet för kvinnor som vill ha spiral, saknar kontraindikationer och som:

- *har menorrhagier (stora mensblödningar) eller*
- *har anamneser på spiral graviditet eller*
- *närmar sig klimaterieåldern eller*
- *har anamnes på utomkvedshavandeskap”*

Även mycket unga kvinnor eller nollgravida kan rekommenderas hormonspiral vid kontraindikation mot östrogen och/eller om andra gestagena metoder inte fungerar (Ellis och Ellström, 2006).

Smärta

Smärta definieras enligt International association for the Study of Pain (IASF) som en obehaglig sinnesupplevelse, som starkt och specifikt känslomässigt engagerar oss och som är utlöst av en verklig eller hotande vävnadsskada eller som beskrivs som en sådan (Merskey och Bogduk, 1994). Smärta innehåller flera komponenter så som emotionella, psykologiska, sociala, kulturella och fysiologiska, dessa komponenter har betydelse för den subjektiva och unika smärtupplevelsen (Ericson och Ericson, 2002).

Fria nervändslut, så kallade nociceptorer, finns i alla vävnader. Den vanligaste anledningen till smärta är *nociceptiv smärta* som uppstår vid aktivering av smärtreceptorer i somatisk vävnad genom mekaniska stimuli, kemiska stimuli samt värme och kyla. Dessa kan ofta härledas till mjukdelsskada. *Visceral smärta* är smärta från inre organ som framförallt uppstår på grund av tånjning (distension). Vidare finns *neurogen smärta* till följd av skada på nervsystemet och *psykogen smärta* som kan vara orsakad av psykisk sjukdom (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad och Toverud 1998; Ericson och Ericson, 2002). Smärtan kan liknas vid ett sinne då det har en särställning över de andra sinnena, eftersom det till en högre grad upplevs som obehaglig och/eller skrämmande, smärtan kan även kopplas till tidigare subjektiva erfarenheter. Smärtsinnet är också speciellt då det i likhet med aggressivitet och rädsla aktiveras av det sympatiska nervsystemet (Bjålie et al.1998).

Bedömning av smärta

Bedömning av smärta är viktigt för planering och genomförande av en systematisk smärtbehandling. För att enkelt kunna bedöma patientens smärta kan smärtskalor användas. En smärtskala ska vara enkel för patienten att förstå och anpassad efter den situation som patienten befinner sig i. Det bästa är om smärtskalan förklaras för patienten innan smärtan uppstår, till exempel innan ett kirurgiskt ingrepp, då man får bäst resultat av hjälpmedlet om det används omedelbart när smärtan upplevs (Almås, 2001). Smärtskattning kan göras med hjälp av en *visuell analog skala* (VAS). VAS är en tio cm lång ograderad linje där ändpunkterna är markerade med *ingen smärta* och *värsta tänkbara smärta*. När patienten skattar sin smärta markerar hon på linjen det som bäst beskriver hennes smärta. Den som sedan läser av resultatet överför patientens markering till ett tal mellan noll och tio där noll är *ingen smärta* och tio är *värsta tänkbara smärta* (Almås, 2001; Ericson och Ericson, 2002; Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand, 2000). VAS har visat sig fungera bäst vid

återkommande mätningar när patienten blir mera van vid instrumentet och vårdpersonalen kan göra jämförelser (Ehnfors et al 2000).

Tidigare forskning

Få studier har gjorts på kvinnor som är nollgravida och har fått en spiral, det finns något fler studier som är gjorda på kvinnor som inte har fött barn men som kan ha varit gravida (nollpara). För att hitta tidigare forskning gjordes artikelsökningar i databaserna PubMed, Cinahl och Science Direct. (bilaga 1). Några artiklar kommer från referenslistor. Totalt inkluderades elva artiklar.

Smärta i samband med spiralinsättning

I Suhonen, Haukkamaa, Jakobsson och Rauramos (2004) studie har nollpara kvinnor fått ange smärta under insättning av spiral. Det var 13,8 % (n=13) av kvinnorna som inte angav någon smärta vid insättningen, 64,9 % uppgav mild till måttlig smärta och 21,3 % svår smärta (Suhonen et. al, 2004).

Brockmeyer, Kishen och Webb (2008) poängterar i sin studie bristen på forskning kring insättning av spiral hos kvinnor som är nollpara. Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av insättningen och erfarenheter av spiral. De 117 kvinnor som deltog i studien var mellan 16-30 år och hade antingen fått kopparspiral eller hormonspiral. I samband med insättningen fick kvinnorna fylla i ett formulär där de beskrev insättningen. Därefter skedde två uppföljningar, dels efter tre månader och dels efter ett år. Vid uppföljningarna fick kvinnorna svara på om de hade några problem med spiralen och så fick de ange hur nöjda de var med preventivmedlet. De fick också svara på frågor angående värk och eventuell blödning. På frågan om hur kvinnorna upplevde insättningen beskriver 62 % att de upplevde ”perioder av smärta”, 14 % upplevde ”buksmärta” och 15 % säger att de upplevde ”annan smärta” så som smärta över uterus eller stickande smärta (Brockmeyer et. al 2008).

Murty (2003) lät kvinnor, som skulle få spiral insatt, värdera den förväntade smärtan enligt VAS inför spiralinsättning. De fick även ange upplevd smärta enligt VAS under insättningen. Det visade sig att de kvinnor som hade tagit smärtlindring inför insättningen förväntade sig högre smärta, men VAS i denna grupp var inte signifikant högre än bland de kvinnor som inte hade tagit smärtlindring. Nollpara förväntade sig högre smärta och kvinnor som hade varit gravida skattade sin smärta lägst efter insättning. Även Hubacher, Reyes, Lillo, Zepeda, Chen

och Croxatto (2006) visar i sin studie att det var en skillnad avseende smärta mellan de kvinnor som hade fött barn och de som var nollpara. De kvinnor som hade minst ont vid insättningen av kopparspiral var de som hade fött barn inom tre månader innan insättningen.

Smärtlindring i samband med spiralinsättning

Mellan juni 2002 och augusti 2003 deltog 2018 chilenska kvinnor i ett forskningsprojekt där skillnaden i smärta vid insättning av kopparspiral studerades. Kvinnorna randomiserades i två grupper, en grupp fick ibumetin och en grupp fick placebo. Efter insättningen fick de skatta sin smärta med hjälp av VAS. Medelvärdet av VAS för de som hade fått placebo var 2,0 och för de som hade fått ibumetin 1,8. Det var ingen signifikant skillnad i smärta mellan gruppen som hade fått ibumetin och de som fått placebo (Hubacher et al, 2006).

Sääv, Aronsson, Marions, Stephansson och Gemzell–Danielsson (2007) genomförde under 2004-2006 en studie där de använde misoprostol vid insättning av kopparspiral hos nollpara. De inkluderade 80 kvinnor som skulle få spiral insatt, kvinnorna randomiserades i olika grupper beroende på vilken premedicinering de skulle få. En grupp fick misoprostol sublingualt i kombination med ett NSAID-preparat och en grupp fick enbart NSAID. I samband med insättningen mätte läkaren cervix dilatation med hjälp av Hegars stift och kvinnorna fick skatta sin smärta med hjälp av VAS. Kvinnorna fick också ange om de upplevde några biverkningar i samband med eller efter insättningen. Studien visar att smärtupplevelsen i samband med insättningen var likvärdig mellan de båda grupperna. De kvinnor som fick misoprostol hade ett medel-VAS på 7,0 medan kontrollgruppen som endast fick NSAID hade ett medel-VAS på 6,8, skillnaden mellan de båda grupperna var ej statistiskt signifikant. Läkarna kunde till viss del se att det var lättare att dilatera cervix med hjälp av Hegars stift, i den grupp som fått misoprostol än i kontrollgruppen. Det var dock svårt att kontrollera hur mycket det skilde sig i de båda grupperna då det inte var etiskt försvarbart att dilatera cervix mer än till fyra mm, något som i de flesta fallen gick bra även i kontrollgruppen (Sääv et al. 2007).

Komplikationer/biverkningar vid användande av spiral hos nollgravida/nollpara

Veldhuis och Lagro-Janssen presenterade 2004 resultatet av en kohortstudie där de studerade komplikationer bland kvinnor som använde interauterina preventivmedel (spiraler) under åren 1981 till år 2000 i Nederländerna. Studien gjordes på 461 kvinnor, av dessa var 129 nollpara. Resultatet visade att antalet infektioner, ektopiska graviditeter och utstötningar av spiralen var lika i båda grupperna. Hos de kvinnor som använde kopparspiral var problem med dysmenorre större hos nollpara än bland kvinnor som hade fött barn. Cirka en tredjedel av kvinnorna tog ut sin spiral inom ett år, de främsta orsakerna var blödningsproblem och

dysmenorre eller att kvinnan inte längre behövde använda något preventivmedel. Det var ingen signifikant skillnad på orsaken till uttag av spiralen i de båda grupperna (Veldhuis och Lagro-Janssen, 2004). Även Brockmeyer et. al (2008) visar att onormala blödningar och/eller smärta var den vanligaste orsaken till att kvinnorna valde att ta ut sin spiral, i denna studie tog 15 av 117 kvinnor ut sin spiral.

Farmer och Webb (2003) ville undersöka risker vid spiralinsättning och genomförde en retrospektiv journalgranskning på 545 kvinnor som fått spiral insatt i England, East Cheshire. Andelen kvinnor som var nollpara var 18,9 % (n=103). Studien visade att nollpara hade en statistiskt ökad risk att drabbas av bradykardi i samband med insättningen än kvinnor som fött barn. De hade också en ökad risk för cervikala problem så som cervixspasm.

I en pilotstudie från Chicago (Godfrey, Memmel, Neustadt, Shan, Nicosia, Moorthie och Gillim, 2009) har man jämfört hormonspiral med kopparspiral hos tonåringar (14-18 år). Sammanlagt deltog 23 kvinnor i studien, tolv stycken fick en hormonspiral och elva fick en kopparspiral. Tonåringarna visste inte vilken spiral de hade fått, det visste däremot den som satte in spiralen. Vid uppföljning efter sex månader hade 75 % (9 av 12) av de som fått hormonspiral kvar sin spiral, motsvarande siffra för kopparspiral var 45 % (5 av 11). Av de kvinnor som fullföljde studien skattade nästan alla sig som *nöjda* eller *mycket nöjda* med sitt preventivmedel. De vanligaste biverkningarna som rapporterades var kraftig blödning och smärta.

Harrison, Ashton och Coulter (2002) har i en 10-årig prospektiv observations-kohortstudie studerat över 16 000 Nya Zeeländska kvinnor som fått en kopparspiral (Multiload Cu375) insatt. Nio procent av insättningarna gjordes på nollpara. De kvinnor som var nollpara hade mer blödning under insättning än de kvinnor som hade fött barn.

Svårighet att sätta in spiral hos nollpara/nollgravida

Två studier (Harrison et al, 2002; Farmer och Webb, 2003) har bedömt svårigheten vid insättning hos nollpara jämfört med kvinnor som har fött barn. I Harrisons et al (2002) studie var det fler av insättningarna hos nollpara som misslyckades eller bedömdes som svåra. Detta bekräftas av Farmer och Webb (2003) som i sin studie visar på att insättaren upplevde det lättare att sätta in spiral på en kvinna som genomgått en vaginal förlossning jämfört med kvinnor som var nollpara. Harrison et al (2002) visar också att de läkare som satte in fler än 100 spiraler under perioden som studien genomfördes lyckades bättre med insättningarna än de läkare som satte in färre än tio spiraler.

Suhonen et al (2004) och Brockmeyer (2008) har enbart studerat nollpara/nollgravida och här har insättarna bedömt svårighetsgraden av spiralinsättningen som *så som de hade tänkt sig* eller *lätt* i majoriteten av fallen. I Suhonens studie (2004) användes PCB och/eller dilatation av cervix vid 12 av 94 insättningar.

Användande av misoprostol vid insättning

De kvinnor som fick misoprostol sublinguallt inför insättning av spiral hade i Sääv et al. (2007) studie fler biverkningar än kontrollgruppen. De vanligaste biverkningarna bland de kvinnor som fått misoprostol var darrning och/eller skakning. Vidare beskrivs att denna biverkan bör beaktas innan sjukvården börjar rutinbehandla med misoprostol, de tror även att eventuella biverkningar kan lindras om misoprostol ges vaginallt istället för sublinguallt.

Sammanfattning av tidigare forskning

Det finns i dagsläget lite forskning som berör insättandet av spiral hos nollpara/nollgravida. Till den forskning som finns hör Brockmeyer et al. (2008) som menar att spiral borde vara ett självklart alternativ som ska erbjudas till nollpara kvinnor i antikonceptivt syfte. I en artikel som publicerades i tidskriften *Obstetrics & Gynecology* sammanfattade The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) de vanligaste fördomarna om spiraler som finns i USA. Flera forskare anser att intrauterina preventivmedel utgör ett säkert skydd, ger nöjda användare och har en låg risk för biverkningar. ACOG rekommenderar idag amerikanska läkare att börja sätta in spiral på fler kvinnor, både nollpara och kvinnor som har fått barn. Trots att den nya forskningen är positiv till spiralinsättning hos nollgravida/nollpara är det få som följer de nya rönen (ACOG, 2007).

Få författare har berört kvinnors smärta i samband med spiralinsättning och hur kvinnor bör premedicineras inför insättning. Sääv et al. (2007) och Hubacher et al. (2006) tar i sina studier upp nollpara kvinnors upplevelser av smärta vid insättning, i båda studierna mäts kvinnans smärta med hjälp av VAS. Även i USA har detta problem uppmärksamats och där har studier visat att upp till att 86 % av alla kvinnor som sätter in en kopparspiral har ont i samband med insättningen. Det varierar hur kvinnorna upplever sin smärta allt ifrån lätt till kraftig smärta i samband med insättning (ACOG, 2007).

Misoprostol kan ges före insättning av spiral hos nollpara för att mjuka upp cervix inför insättningen (ACOG, 2007). Men även här är få studier gjorda på ämnet och effekten av misoprostol och eventuella biverkningar av läkemedlet. Sääv et. al. (2007) tar upp problemformuleringarna kring misoprostol, de har även kartlagt vanliga biverkningar av läkemedlet. Vår studie vill belysa vikten av premedicinering vid insättning av spiral, om misoprostol är ett bra alternativ att ge till dessa kvinnor eller om det finns andra läkemedel som har bättre effekt. Vi vill också försöka kartlägga andra orsaker till att kvinnan kan ha ont

i samband med insättning och om det finns något läkemedel som i dagsläget ges men som rent av bör undvikas vid denna typ av ingrepp.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet är att utvärdera smärtupplevelsen vid spiralinsättning hos nollgravida i förhållande till given premedicinering samt att utvärdera vilken smärtlindringsmetod som ger bäst effekt vid spiralinsättning hos nollgravida kvinnor.

Vilken premedicinering har kvinnorna fått innan spiralinsättningen?

Påverkar premedicineringen kvinnans smärtupplevelse under insättningen?

Finns det andra faktorer som påverkar insättningen och därmed kvinnans smärtupplevelse?

METOD

DESIGN

Studien är en kvantitativ och deskriptiv observations- och tvärsnittstudie (cross-sectional survey) som ett led i vårdutveckling. Den innebär en kartläggning av vård och premedicinering i samband med spiralinsättning hos nollgravida.

Det material som bearbetas är insamlat i syfte att kartlägga verksamheten i primärvården i Södra Bohuslän. Enkäten, se bilaga 2, är utformad av docent Annika Strandell som arbetar inom mödravården i Södra Bohuslän. Enkäten har därefter lämnats ut till gynekolog-, preventivmedels- och ungdomsmottagningar i primärvården Södra Bohuslän. Det är de barnmorskor och läkare som har satt in spiralerna som har besvarat enkäterna. Författarna tog kontakt med Strandell under våren 2009 och fick ta del av materialet. Materialet var från början inte tänkt som ett forskningsunderlag men har efter hand bearbetats och analyserats utifrån en kvantitativ metod.

I studien ingår förutom VAS-bedömning och eventuell svårighet i samband med spiralinsättning en korttidsuppföljning som genomförts per telefon inom en vecka efter spiralinsättningen och en långtidsuppföljning som skett tre månader efter insättningen, även den via telefon. Vid korttidsuppföljningen har kvinnorna fått skatta sin smärta efter ingreppet och vid långtidsuppföljningen har de fått ange hur nöjda de är med spiralen. Alla tal i resultatet är avrundade till en decimal.

DATAINSAMLING

Studien är gjord på kvinnor som under perioden maj 2008 till september 2009 kom för att sätta in hormon- eller kopparspiral på någon gynekolog-, preventivmedels- eller ungdomsmottagning i primärvården Södra Bohuslän. För att inkluderas skulle kvinnorna vara nollgravida och uppfylla mottagningarnas riktlinjer för insättning av spiral. En kvinna fick exkluderas då man inför insättningen gjorde ett ultraljud och såg en stor cysta på ena adnexet. Totalt inkluderades 71 kvinnor.

Eventuell premedicinering är given enligt varje mottagnings rutin eller läkares ordination och den noterades i enkäten. Patienten skattade sin smärta upplevd under insättningen enligt VAS direkt efter ingreppet. Insättande barnmorska eller läkare skattade svårigheten att sätta in spiralen enligt en fyrgradig skala. Barnmorska gjorde en uppföljning per telefon efter två till fem dagar respektive efter tre månader.

Frågorna i samband med uppföljningarna var slutna men kvinnorna har även fått lämna egna kommentarer. Den första delen i datainsamlingen gjordes av den läkare eller barnmorska som satte in spiralen. Kvinnorna fick svara på frågor angående ålder, längd, vikt, menscykeldag, tidigare insättningsförsök, tidigare ingrepp i portio och eventuell smärta innan insättningen. I samband med insättningen fick kvinnorna skatta sin smärta enligt VAS och barnmorskan eller läkaren fick skatta svårighetsgraden av insättningen enligt en fyrgradig skala. Vid insättningen noterades även vilken spiraltyp som användes, kvinnans sondmått, eventuell komplementär smärtlindring så som vetekudde eller akupunktur och om spiralläget har kontrollerats med ultraljud.

Vid uppföljningen två till fem dagar efter insättningen fick kvinnorna beskriva sin smärta efter insättningen enligt en fyrgradig skala och efter tre månader fick de uppge om de var nöjda med spiralen.

DATAANALYS

Insamlad data har bearbetats och analyserats utifrån frågeställningar angående premedicinering vid spiralinsättning för att kunna värdera kvinnornas smärtupplevelse vid spiralinsättning i förhållande till given premedicinering. Detta har skett kvantitativt med hjälp av statistikprogrammet SPSS. För att signifikanstesta materialet har T-test gjorts, de variabler som har varit helt deskriptiva har inte signifikantstestats.

Kvinnorna har i samband med insättningen fått skatta sin smärta enligt VAS genom att markera på enkäten. Författarna har sedan mätt markeringen med linjal för att få fram VAS, värdet av VAS har angetts med en decimal.

REDOVISNING AV DATA

Data redovisas deskriptivt i resultatdelen i uppsatsen. Dessutom har ett preliminärt resultat presenterats vid SFOG-veckan (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) i Norrköping i augusti 2009. Vid det tillfället presenterades en analys som gjorts på 55 enkäter, därefter har ytterligare 17 enkäter tillkommit. Presentationen på SFOG-veckan skedde i form av en poster (se bilaga 3) och ett abstrakt (se bilaga 4) som delades ut till deltagarna.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det finns ett flertal regler, överenskommelser och konventioner som styr forskning på människa. Vid Nürnbergrättegångarna 1947 slog man för första gången fast en offentlig kod för medicinsk forskning. Då beslutades bland annat att informerat samtycke krävs och att forskningen ska ha goda konsekvenser för samhället samt att riskerna för forskningsdeltagarna skulle vara minimala. Efter Nürnbergkoden kom FNs allmänna förklaring om mänskliga rättigheter 1948 (Codex, 2009).

I Vetenskapsrådets etiska forskningsprinciper delas omvårdnadsforskning upp i fyra etiska principer. Dessa principer beskriver de etiska utgångspunkter som forskaren ska ha för att skydda den enskilda individen. Nedanför beskrivs de olika principerna (Vetenskapsrådet, 2008):

- *Principen om autonomi* talar om den enskilda personen som en självständig, självbestämmande individ och tar upp individens rätt till information. En person kan aldrig tvingas att delta i forskning mot dess vilja och den enskilda individen har alltid möjlighet att avbryta sitt deltagande i en pågående studie.
- *Principen om att göra gott* innebär att forskaren ska värdera vad resultatet kan ge för nytta för individen och samhälle. Det är viktigt att individens behov prioriteras högre än den allmänna samhällsnyttan.
- *Principen om att inte skada* innebär att forskarna aldrig får skada de deltagare som deltar i projektet och forskaren ska minimera de negativa effekterna av forskningen. För att minska de negativa effekterna är det viktigt med information till deltagarna och att möjligheten finns för forskaren att avbryta projektet om skadeverkan uppstår.
- *Principen om rättvisa* innebär att alltid försöka vara rättvis mot deltagarna och att som forskare ta hänsyn till de individer som av olika anledningar har nedsatt förmåga till autonomi.

Förutom de fyra etiska principerna antog humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet år 1990 forskningsetiska principer. Målet med dessa principer var att skydda den enskilda individen från att utsättas för fysisk eller psykisk skada och/eller förödmjukelse och kränkning. Detta är en utgångspunkt vid forskningsetiska överväganden och kallas för individskyddskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Det innebär att forskaren är skyldig att värna deltagarnas personliga integritet, deras liv, hälsa, privatliv och värdighet, något som alltid ska gå före forskningsintresset (Northern Nurses Federation [NNF], 2003).

Individskyddskravet kan konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav på forskning; informations-, samtyckes-, konfidentialitet- och nyttjandekrav (Vetenskapsrådet, 2002).

Informationskravet, här poängteras vikten av att ge deltagarna information om studien som de deltar i, de ska få reda på fakta om vem som är ansvarig, studiens syfte och resultatets syfte. Deltagarna bör också få information om eventuella biverkningar, att medverkandet är frivilligt och att materialet bara kommer att användas i forskningssyfte (Vetenskapsrådet, 2002).

Varken kvinnorna eller insättarna i vår studie har fått någon skriftlig information eftersom detta inte var tänkt som en klinisk studie i egentlig mening utan en kartläggning av rutiner. Barnmorskorna och läkarna fick muntlig information innan kartläggningen påbörjades om syftet och om vilken information de skulle ge till kvinnorna. Den muntliga informationen som gavs till kvinnorna var att en kartläggning skulle göras om hur de olika mottagningarna rekommenderade förbehandling inför spiralinsättning och hur kvinnorna skattade smärta under och efter ingreppet. Kvinnorna fick också information om att de skulle bli kontaktade under den kommande veckan samt efter tre månader.

Samtyckeskravet, uppgiftslämnaren ska lämna samtycke om medverkande i studien (Vetenskapsrådet, 2002). Då barn under 15 år deltar i studier ska om möjlighet finns även vårdnadshavaren informeras. Om deltagarna är barn som är äldre än 15 år men yngre än 18 år, behöver inte vårdnadshavaren kontaktas om barnen själva anses kunna förstå innebörden av studien. Deltagarna i studier ska alltid garanteras full konfidentialitet. Personen ska inte kunna identifieras och information och upplysningar om individer som deltar i forskningsprojektet ska förvaras oåtkomliga för obehöriga (NNF, 2003). Deltagarna har lämnat muntligt samtycke till att delta i kartläggningen. Det var inga kvinnor som var under 15 år.

Konfidentialitetskravet alla uppgifter som innehåller personuppgifter ska bevaras konfidentiellt (Vetenskapsrådet, 2002). Enkäterna har kodats och avidentifierats, de har därefter förvarats säkert utan åtkomst för obehöriga.

Nyttjandekravet, de uppgifter som samlas in får enbart användas för forskningsändamål. Om det är så att insamlad data utlånas till andra forskare har de förpliktelser mot de deltagare som har deltagit i studien. Det är viktigt att insamlade uppgifter ej används mot deltagarens vilja (Vetenskapsrådet, 2002). Materialet är från början avsett att vara en kartläggning av den ordinarie verksamheten. Kvinnorna har från början inte varit informerade om att materialet kan komma att användas i forskningssyfte, författarna har därför varit särskilt noggranna med att enskilda individer inte ska kunna identifieras.

Forskaren ska även ständigt söka ny kunskap under hela forskningsprojektet. Det är viktigt att det finns etiska tillstånd från regionala forskningskommittéer och från ledningen från den institution eller klinik var vid forskningen genomförs. Det är av yttersta vikt att forskaren ger deltagaren klar och tydlig information om syftet med studien, vilken metod som används, vad materialet kommer att användas till, vilka risker studien kan innebära, vem som är ansvarig för studien och att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas (NNF, 2003).

Studien är en kartläggning av den ordinarie verksamheten vid ungdoms-, preventiv- och gynekologmottagningar i Södra Bohuslän, därför har kartläggningen i sig inte påverkat den vanliga behandlingen kvinnorna får. Risken finns att kvinnorna känner sig besvärade av att bli uppringda vid två tillfällen för att svara på frågor angående sin spiral och om smärta. Det finns även möjlighet att kvinnorna upplever telefonsamtalen som positiva då de får en extra möjlighet att utvärdera sin spiral och ställa eventuella frågor.

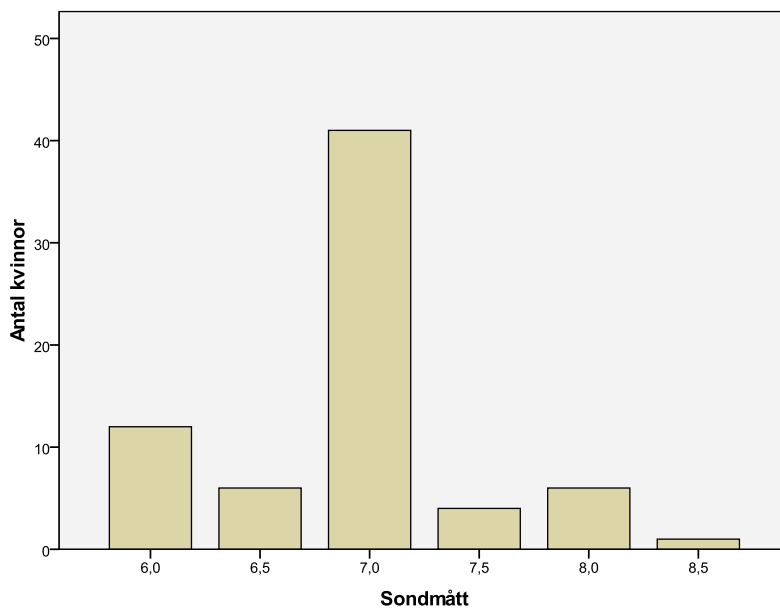
Då det finns dåligt med tidigare forskning gällande insättning av spiral hos nollgravida/nollpara (Sääv 2007) är det svårt att anta att någon premedicinering kan vara mer effektiv än de övriga. Det finns inte heller några konkreta riktlinjer för vilken premedicinering som bör ges utan alla mottagningar gör olika. Tanken med kartläggningen av mottagningarnas arbete är att arbeta fram gemensamma riktlinjer för att kunna kvalitetssäkra vården.

Då materialet inte ses som forskning utan mer en kartläggning av vårdrutiner har ingen etisk prövning gjorts.

RESULTAT

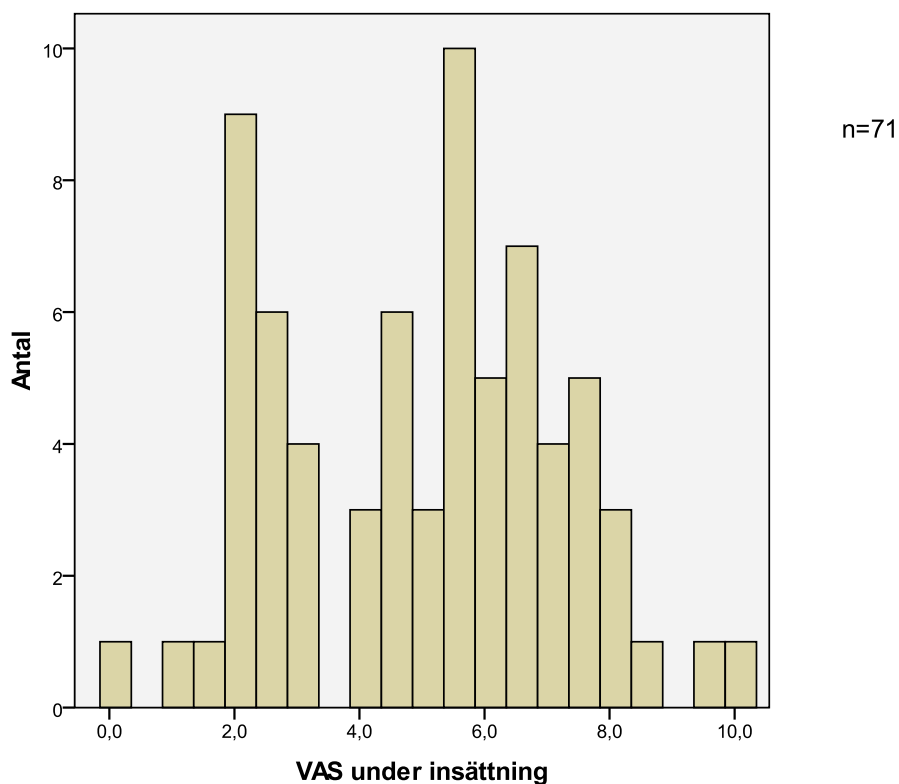
I den slutliga analysen ingår 71 kvinnor. Medelåldern var 21,7 år (SD 4,7), median 20,2 år. Sju kvinnor var under 18 år, den yngsta var 15 år och den äldsta kvinnan 42 år. Medelvärde för body mass index (BMI) var 23,3 (SD 5,0), median 22,0 (n=64).

Med hjälp av uterussond mätte insättaren livmoderns djup på alla kvinnor inför spiralinsättningen (figur 1), medelvärdet låg på 6,9 cm (SD 0,6), median 7,0 cm. Normalt sondmått är 6,9-9,0 cm (Kaplan, 2009).



Figur 1. Sondmått i cm på kvinnorna som fick spiral, (n=70)

När kvinnorna fick skatta sin smärta under insättning angav de i medel smärtan till VAS 5,0 (SD 2,2), median 5,4, se figur 2. Drygt hälften av kvinnorna (n=37) hade fått hormonspiral (Mirena®) insatt och övriga kopparspiral (n=34). Det gick inte att se någon skillnad i smärta under insättning beroende på vilken spiraltyp kvinnorna hade fått.



Figur 2. Smärta skattad enligt visuell analog skala (VAS) vid insättning, (n=71).

Det var nästan lika många läkare (n=35) som barnmorskor (n=36) som satte in spiraler. I de fall där det var en barnmorska som utförde insättningen skattade kvinnorna smärtan under insättning i medeltal till VAS 4,7 (SD 2,3). När en läkare utförde insättningen var medel-VAS 5,4 (SD 2,1). Skillnaden var inte statistiskt signifikant.

För 91,5 % (n=65) av kvinnorna var det första gången som de fick en spiral insatt. Fyra av kvinnorna (5,6 %) hade tidigare haft eller försökt sätta in en spiral. Två av dessa kvinnor har tidigare haft en spiral och en hade gjort ett insättningsförsök. I en av enkäterna framkommer det inte om kvinnan har haft en spiral eller om det bara har gjorts ett insättningsförsök. Det finns ett internt bortfall på 2,8 % (n=2) på frågan om tidigare insättningsförsök. Tre av kvinnorna (4,2 %) har tidigare gjort någon form av ingrepp i portio såsom laserbehandling, cervix-abrasio eller konisering.

De kvinnor (n=4) som tidigare gjort ett insättningsförsök skattade sin smärta till medel-VAS 3,0 (SD 1,4), medan de kvinnor (n=3) som tidigare gjort ett ingrepp i portio skattade sin smärta till VAS 5,6 (SD 0,8). En kvinna har både gjort ett tidigare insättningsförsök och ett

ingrepp i portio. Hon är inkluderad i båda grupperna, något som leder till att medel för VAS i gruppen som tidigare gjort ett insättningsförsök blir något högre. Om hon exkluderas skulle VAS i denna grupp bli 2,3 (SD 0,9) och om hon exkluderas i gruppen som tidigare gjort ingrepp på portio skulle den gruppens medelvärde för VAS vara 5,9 (SD 0,9).

Tabell 1. Fördelning över mottagningar där insättning har skett samt VAS vid insättning på respektive mottagning.

Mottagning	Antal insättningar	Insättning av barnmorska	VAS (medel och SD)	VAS (median)
A	29	28	4,6 (2,2)	4,7
B	21	2	5,6 (2,3)	5,8
C	8	0	5,6 (2,1)	5,7
D	1	0	2,4 (-)	-
E	2	1	6,7 (1,2)	-
F	3	0	5,6 (1,0)	-
saknas	7	5		
Totalt	71	36		

Fördelningen över vilken mottagning insättningen har skett varierar (tabell 1). De två mottagningar där personalen under perioden har satt in flest spiraler är mottagning A (n=29) och B (n=21). På mottagning A har nästan alla spiraler (n=28) satts in av barnmorskor, på övriga mottagningar är läkarna i majoritet.

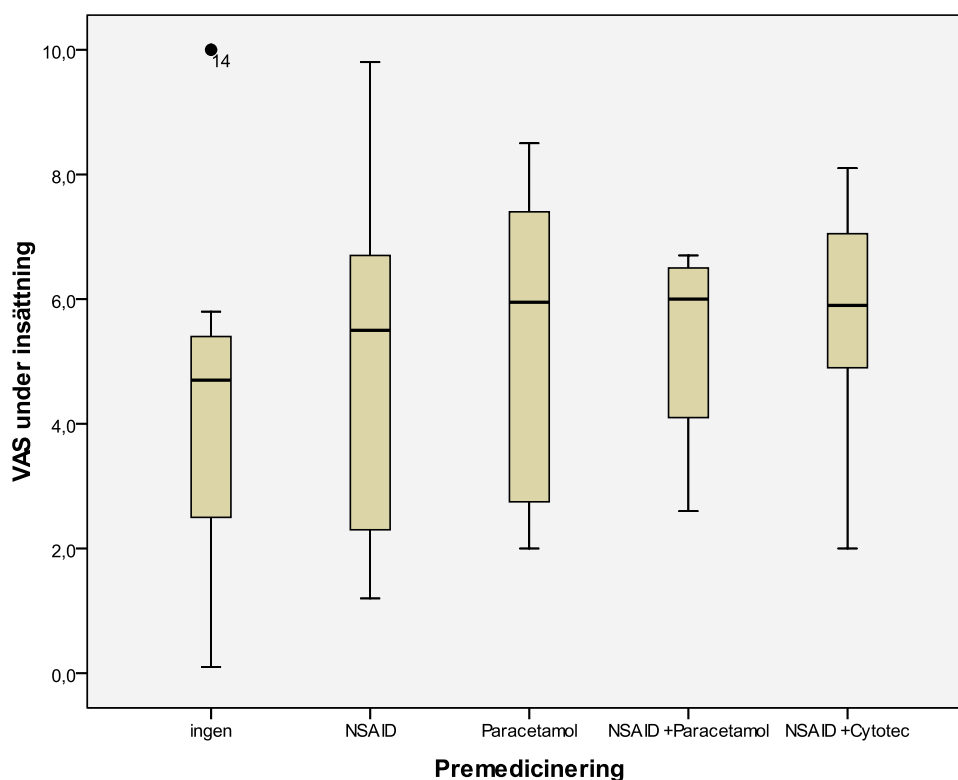
Kvinnorna har i efterhand delats in i fem olika grupper beroende på vilken premedicinering de har fått (tabell 2). I en av de fem grupperna ingår de kvinnor (n=13) som inte har velat ha, eller tagit, någon premedicinering inför ingreppet. Majoriteten av kvinnorna (81,6 %, n=58) har fått någon form av premedicinering. Av de kvinnor som tog premedicinering har mer än hälften fått NSAID-preparat såsom ibuprofen, diklofenak, ketoprofen och naproxen.

Peroral smärtlindring med NSAID och/eller paracetamol var vanligast, av de kvinnor som tog smärtlindring hade 81 % (n=47) fått något av, eller båda, dessa preparat. Övriga kvinnor (n=11) fick misoprostol (Cytotec®) vaginalt i kombination med NSAID och/eller paracetamol. Nästan alla kvinnor (n=8) som fick misoprostol kom från samma mottagning och hade tagit misoprostol 80-180 minuter innan insättning av spiralen. De kvinnor som tidigare hade satt in spiral eller gjort ingrepp på portio hade alla tagit någon form av premedicinering.

Tabell 2. Fördelning av premedicinering till kvinnorna inför spiralinsättning (n=71).

Premedicinering	Antal	Procent
Ingen	13	18,3
NSAID	29	40,8
Paracetamol	8	11,2
NSAID + paracetamol	10	14,0
misoprostol + NSAID och/eller paracetamol	11	15,5
Totalt	71	100,0

Vid jämförelse mellan premedicinering och VAS vid insättning ses olika resultat för de olika grupperna, se figur 3. Lägst smärta enligt VAS angav de kvinnor som inte hade tagit någon premedicinering, medel 4,2 (SD 2,5), och de kvinnor som angav högst smärta hade fått misoprostol i kombination med NSAID och/eller paracetamol, medel 5,7 (SD 1,9). T-test genomfördes men skillnaden i VAS mellan de olika grupperna var inte statistiskt signifikant.



Figur 3. Skattad smärta enligt visuell analog skala (VAS) i förhållande till premedicinering (n=71).

På fråga elva i enkäten har insättaren kunnat fylla i om det användes någon komplementär smärtlindring. En tredjedel av kvinnorna (n=24) fick vetekudde att lägga över magen i samband med insättningen. Två av dessa kvinnor fick även akupunktur inför eller i samband

med insättningen. Nästan alla kvinnor (n=21) som hade fått använda vetekudde kom från samma mottagning. I en enkät har insättaren skrivit att patienten är *livrädd* inför insättningen, kvinnan får *akupunktur, vila, dämpad belysning* och insättaren skattar sedan insättningen som enkel och okomplicerad och tillägger: *avslappnad patient*. Patienten skattar därefter sin smärta till VAS 8,2, men lämnade en kommentar vid kortidsuppföljningen då hon sa att hon var: ”*Jättenöjd. Bra med akupunktur, vetekudde ”helt suveränt” kändes tryggt, är helt säker på att det var det som gjorde att insättningen gick att genomföra*”.

De kvinnor (n=24) som fått vetekudde som komplementär smärtlindring skattade i medel smärtan under insättning till VAS 5,7 (SD 2,1) jämfört med de som inte använde sig av det och skattade sin smärta till VAS 4,7 (SD 2,2). När detta testades med T-test var skillnaden inte statistiskt signifikant.

Tre kvinnor fick av olika anledningar paracervikal blockad (PCB) eller lokalbedövning inför insättning, dessa kvinnor angav i medel VAS under insättning till 4,4 (SD 2,6). En kvinna fick PCB på grund av cervixspasm och i ett fall var insättningen så svår att genomföra att insättaren fick ge lokalbedövning och dilatera cervix till Hegar 6 mm. Av barnmorskornas och läkarnas kommentarer kan det utläsas att fem kvinnor fått smärtlindring, så som pronaxen och ibumetin, på mottagningen efter insättning. Orsaken till detta var enligt insättarna otillräcklig premedicinering.

När barnmorskorna och läkarna fick skatta svårigheten vid insättning uppgav 85,9 % (n=61) att insättningen var *enkel och okomplicerad* medan 12,7 % (n=9) av spiralerna sattes *in med viss svårighet* och i ett fall (1,4 %) ansågs insättningen vara *svår*. Några insättare (n=14) har lämnat kommentarer angående insättningen, se tabell 3. Få kommentarer rör insättarens egen uppfattning utan de flesta talar istället om kvinnans reaktion och upplevelse. En kvinna svimmade efter insättning och två kvinnor kände sig svimfärdiga och/eller illamående.

I de fall där insättaren har skattat insättningen som *enkel och okomplicerad* har kvinnorna skattat sin smärta till medel-VAS 5,0 (SD 2,2), dessa kvinnor har ett BMI i medeltal på 22,6 (SD 4,1). I de fall där barnmorskan eller läkaren har angett att insättningen skett med *viss svårighet* upplevde kvinnorna en genomsnittlig smärta på VAS 5,8 (SD 2,5) och BMI var 26,9 (SD 8,5). I ett fall skattades insättningen som *svår*, kvinnan fick lokalbedövning och angav därefter VAS 2,5, hennes BMI var 27,7. Det gick att se en statistiskt signifikant

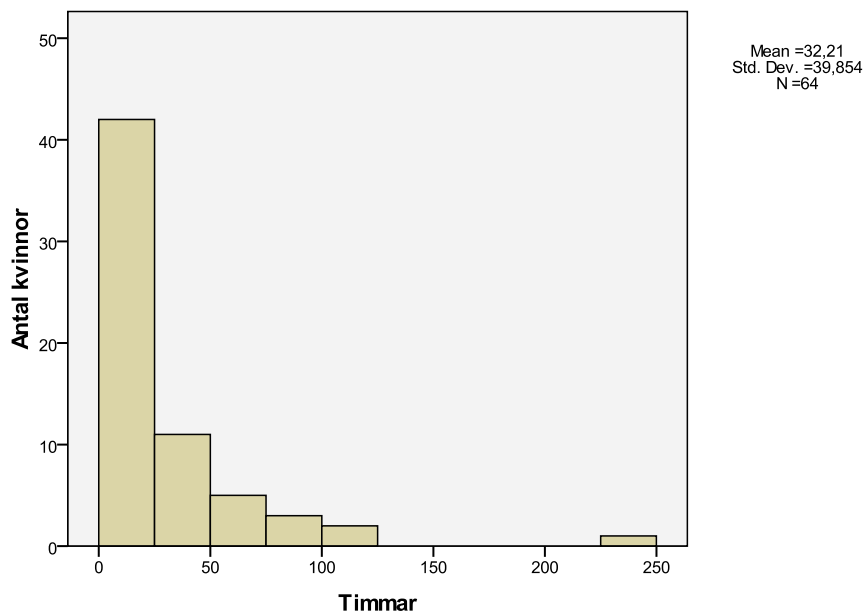
skillnad ($p=0,028$) mellan medelvärde för BMI hos de kvinnor där det var *enkelt och okomplicerat* att sätta in spiral (BMI 22,6) jämfört med gruppen där det var *viss svårighet* eller *svårt* att sätta in spiral (BMI 27,0).

Tabell 3. Barnmorskors och läkares kommentarer till skattning av svårighetsgrad, (n=14).

Insättarens skattning av svårighetsgrad	Kommentar
Enkelt och okomplicerat	mycket lätt Kort stund vid mätning uppe i fundus + när spiralen når fundus Ont av klotång Pat blir efteråt svimfärdig vilar på mott. 20 min svimmade efteråt gjorde jätte ont avslappnad patient fick pronaxen efter insättningen pga lite otillräcklig premed svimfärdig efter insättning, kraftlig illamående
Viss svårighet	pat upplever obehag vid sondning men f.ö inga problem att sätta Spiralen CX spasm, okompl efter PCB övervikt, spiralen in ut första ggn Pga adipositas
Svårt	fick lägga lokalbedövning och dilatera cervix till hegar 6

Vid korttidsuppföljningen fick kvinnorna (n=68) ange hur ont de hade eller haft enligt en fyrgradig skala, de fick även svara på hur länge smärtan höll i sig efter insättning (figur 4). Det var 11,8 % (n=8) som inte upplevde någon smärta efter ingreppet, 32,4 % (n=22) upplevde *lätt mensvärk* och 39,7 % (n=27) uppgav att de upplevde *svår mensvärk* efter spiralinsättningen. Det högsta värdet på skalan var *krampartad smärta* och 16,2% (n=11) angav att de hade eller hade haft detta.

Det var stor skillnad på hur lång tid efter spiralinsättningen kvinnorna hade ont. Smärtan varade i genomsnitt 32,2 timmar (SD 39,8). Efter 72 timmar var 82,8 % (n=53) av kvinnorna smärtfria. Nio kvinnor (12,7 %) upplevde ingen smärta efter ingreppet.



Figur 4. Kvinnornas kvarstående värk i timmar efter insättning av spiral, (n=64).

Vid långtidsuppföljningen efter tre månader var 90,6 % (n=58) av kvinnorna nöjda med sin spiral, de hade vid insättningen ett medel-VAS på 5,6 (SD 2,1). Kvinnorna angav olika anledningar till varför de var nöjda, en orsak var minskad eller ingen mensblödning. En kvinna uppger ”Behöver inte komma ihåg något. Oregelb blödn första månaderna. Nu i princip ingen blödning alls, endast lite spotting”. Några av de kvinnor som har fått kopparspiral uppger sig vara nöjda med att inte behöva ta hormonpreparat. ”Lite rikligare menstruation + flytningar + värk. Tycker att det är värt dessa besvär att ha Cu-spiral”.

De kvinnor, 9,3 % (n=6), som var missnöjda med sin spiral vid långtidsuppföljningen hade medel-VAS vid insättning på 4,7 (SD 2,9). Fyra av dessa kvinnor hade hormonspiral medan två hade kopparspiral. Anledningar till att kvinnorna var missnöjda var bland annat smärta, blödning och viktuppgång. Det framgår att 9,8 % (n=7) av kvinnorna har tagit ut sin spiral inom de första tre månaderna efter insättning, fyra av dem hade kopparspiral. Anledningarna till uttag var främst riklig mens och smärta. En kvinna bytte sin kopparspiral mot en hormonspiral. En kvinna fick endometrit och tog ut sin spiral på sjukhus. Två kvinnor gick inte att nå vid långtidsuppföljningen och fem kvinnor har inte kunnat ange om de var nöjda eller inte. Dessa sju kvinnor har registrerats som internt bortfall.

DISKUSSION

RESULTATDISKUSSION

Kvinnorna som deltog i kartläggningen var relativt unga, de flesta var under 25 år och normalviktiga och även deras sondmått låg inom normalintervallet (Kaplan, 2009). Kvinnorna skattar i medeltal sin smärta till VAS 5,0. Detta resultat kan jämföras med studien av Sääv et al (2007) där kvinnorna i de olika grupperna skattade sin smärta till VAS 7,0 och 6,5. I studien (Sääv et al, 2007) är alla insättningar utförda av läkare och om det var nödvändigt dilaterades cervix upp till 4 mm med Hegars stift. När det var en barnmorska som utförde insättningen skattade kvinnorna sin smärta något lägre än om insättningen utfördes av en läkare, skillnaden är inte statistiskt säkerställd men ändå intressant. Smärta är kopplat till fler faktorer än fysisk skada, en hypotes är att kvinnorna blir mer nervösa när de går till en läkare för att sätta in en spiral jämfört med när de går till en barnmorska och att detta i sin tur kan påverka smärtupplevelsen (Ericson och Ericson, 2002). Det kan också vara så att barnmorskorna som satte in spiraler i föreliggande studie var mer försiktiga och/eller hade mer erfarenhet av insättning av spiraler på nollgravida kvinnor. I Harrison et al (2002) studie framkommer det att mycket erfarenhet hos den som sätter in spiralen ger mindre komplikationer vid insättning, detta bekräftas i studien av Farmer och Webb (2003). Vi anser att om barnmorskan eller läkaren känner sig trygg vid spiralinsättningen så kommer även kvinnan att känna sig trygg och om hon känner sig trygg och är avslappnad så kan hon uppleva mindre smärta.

Fördelningen över vilken spiral som kvinnorna har fått är relativt jämn, 37 kvinnor har fått hormonspiral och 34 har fått kopparspiral. Hormonspiral har något större införingshylsa och skulle rent hypotetiskt kunna göra mer ont att föra in men det gick inte att se någon skillnad i smärta vid insättning mellan de olika spiralsorterna. Det kan bero på att materialet är allt för litet eller att det är andra faktorer än insättningsinstrumenten som påverkar kvinnornas smärta.

Sex kvinnor hade tidigare gjort en spiralinsättning, insättningsförsök eller gjort ett ingrepp på portio. De kvinnor som tidigare gjort ett insättningsförsök skattade sin smärta lägre än medel-VAS och lägre än de kvinnor som gjort ett ingrepp på portio. Kan det vara så att de kvinnor som tidigare försökt att sätta in eller har satt in en spiral är mindre spända då de har varit med om insättning tidigare eller kan det vara så att det gör mindre ont ju fler spiralinsättningar kvinnorna gör? De kvinnor som tidigare gjort ett ingrepp på portio kan ha ärrvävnad och

sammanväxningar på portio och detta skulle kunna vara en orsak till att de får mer ont. Det kan också vara så att dessa kvinnor är mer oroliga inför ingreppet då tidigare gynekologiska undersökningar och behandlingar kan ha varit förknippade med smärta och rädsla för cancer, dessa psykologiska komponenter blir en del av smärtan (Ericson och Ericson, 2002).

Kvinnorna bär med sig sina tidigare erfarenheter och i deras livsvärld blir gynekologisk undersökning synonymt med de tidigare upplevelserna (Dahlberg, 1997).

Antalet insättningar varierade stort mellan mottagningarna. En orsak till att antalet insättningar varierar kan bero på externt bortfall, vi vet inte exakt hur många spiraler som har satts in under perioden och inte heller om det är många enkäter som aldrig lämnades in. En annan orsak till skillnaden kan vara att mottagningarna samarbetar och skickar patienter till den mottagning där personalen är mest van vid att sätta in spiraler. Personalen kan också påverka antalet insättningar om det är så att de känner sig osäkra på att rekommendera spiral till nollgravida kvinnor och därmed undviker detta alternativ. Om det är så att personalen undviker att rekommendera spiral i de fall där kvinnorna uppfyller de kriterier som finns för att få en, är det värt att beklaga, då det i dagsläget finns både riktlinjer och rekommendationer för att sätta in spiral på nollgravida kvinnor (Department of Reproductive Health, 2009; Ellis och Edström, 2006; ACOG, 2007).

Den premedicinering kvinnorna har fått varierar. Vissa kvinnor har inte fått någon premedicinering alls medan andra har fått både peroral- och vaginal medicinering. Materialet som presenterats i resultatet är allt för litet för att man ska kunna se några skillnader, men det går att se ett mönster både i primäranalysen och i det slutgiltiga resultatet.

Den grupp som vid insättning skattar sin smärta lägst är de kvinnor som inte tagit någon premedicinering. Ett antagande kan vara att de kvinnor som skattar sin smärta lägre kan ha högre smärtröskel och/eller är mer inställda på att ingreppet inte ska göra ont, men utifrån vårt material går det inte att dra några sådana slutsatser. Vi vet heller ingenting om kvinnornas livshistoria eller förmåga att hantera smärta. Murty (2003) visar i sin studie att kvinnor som hade tagit premedicinering inför spiralinsättning förväntade sig högre smärta vid insättningen. Då det inte framkommer varför kvinnorna inte har tagit någon premedicinering är det svårt att dra slutsatser av resultatet. Troliga orsaker kan vara glömska eller att kvinnorna själva inte ansåg sig behöva smärtlindring eller så har de inte fått information om att de ska ta någon premedicinering.

Den grupp som skattar sin smärta högst är de kvinnor som fått misoprostol i kombination med paracetamol och /eller NSAID. Detta kan bero på att kvinnorna var inställda på att de skulle uppleva mindre smärta än vad de gjorde, premedicineringen kan upplevas som en ”falsk” trygghet. Det kan också vara så att de biverkningar som man kan få av misoprostol i form av till exempel darrningar och skakningar (Sääv et al 2007) bidrog till att kvinnorna fick en ökad obehagskänsla i samband med insättningen och därmed upplevde insättningen som värre. Det är dock inga kvinnor eller insättare som deltar i studien som har angett dessa biverkningar, å andra sidan har det inte heller frågats efter biverkningar.

En tredjedel av kvinnorna fick lägga vetekudde över magen vid insättningen som komplimenterande smärtlindring. Vi har inte hittat någon relevant forskning till varför det är bra att använda varm vetekudde i samband med spiralinsättning. Det finns dock forskning som visar på att värme är en vanlig metod för att lindra mensvärk hos tonåringar (Eryilmaz och Ozdemir 2009) och en annan studie visar att värme över livmodern kan ge lika bra smärtlindring som ibuprofen vid mensvärk (Akin, Weingand, Hengehold, Goodale, Hinkle och Smith, 2001). Även Sjukvårdsupplysningen rekommenderar värme i samband med mensvärk (Egenvårdsguiden, 2007). Majoriteten av de kvinnor som fick använda vetekudde kom från samma mottagning och de som använt vetekudde skattade i medel sin smärta högre än de kvinnor som inte gjorde det. Eftersom skillnaden inte är statistiskt signifikant går inte att dra någon slutsats om metoden. Dessutom kan det finnas andra orsaker som vi inte känner till som gör att dessa kvinnor skattade sin smärta något högre.

Tre kvinnor kände sig svimfärdiga eller svimmade efter ingreppet. Det var även en kvinna som fick väldigt ont när klotången sattes fast och en som hade ont av mätning av fundusmått och beröring av fundus vid spiralinsättningen. Enligt forskning upplever många kvinnor yrsel och värk i samband med insättning av sin spiral (Farmer och Webb, 2007; Suhonen et. al., 2004; Brockmeyer et. al., 2008). Orsaken till den tillfälliga värken kan även vara brist på information och/eller att kvinnan på förhand inte var beredd på den tillfälliga värken (Kaplan, 2009). Det kan självklart även bero på att de kvinnorna satte ord på sin smärta och/eller att de hade mer ont än de övriga kvinnor som undersöktes i kartläggningen.

Då varje människa är unik är även hennes smärtupplevelse unik. Beroende på den enskilda individens erfarenhet varierar varje människas upplevelse. Smärta är en subjektiv upplevelse och det är flera olika faktorer som påverkar smärtupplevelsen. Det finns en risk att kvinnor

som är oroliga inför ingreppet får mer ont än de som inte är det. Dahlberg (1997) skriver att en förändring i kroppen leder till en förändring av hur individen upplever sig själv och världen. Men detta som grund kan kvinnans upplevelse av spiralinsättningen lättare förstås.

De kvinnor som fått peroral premedicinering (NSAID och/eller paracetamol) skattar sin smärta något högre än de kvinnor som inte fått någon smärtlindring. Det är svårt att förstå varför de kvinnor som inte har tagit någon premedicinering skattar sin smärta lägre.

Psykologiska, sociala och kulturella faktorer kan påverka kvinnornas upplevelse av smärta (Ericson och Ericson, 2002). Det skulle vara etiskt svårt att genomföra en studie på kvinnor där en grupp får placebo och en grupp får smärtlindring då sjukvården så långt som möjligt ska förebygga obehag. Även tidigare forskning (Hubacher et al 2006; Sääv et al 2007) visar på att kvinnorna inte upplevde någon skillnad i smärta oavsett premedicinering.

Spiralinsättning hos nollgravida ansågs av de flesta barnmorskor och läkare vara ett enkelt och okomplicerat ingrepp. Den tidigare forskningen som gjorts på själva insättningen av spiralen hos nollgravida visar på att i de flesta fallen går det lätt (Suhonen et al., 2004; Brockmayer 2008). Andra studier (Harrison et al, 2002; Farmer och Webb, 2003) har visat att nollpara får fler komplikationer vid spiralinsättning och att insättningarna misslyckas oftare i denna grupp än bland kvinnor som har fött barn. Vi har ingen kontrollgrupp och kan inte jämföra vårt resultat med kvinnor som har varit gravida eller fött barn. Men det var inga av insättningarna som misslyckades och andelen komplikationer var låg.

I de fall där insättaren ansåg att insättningen var svår eller skedde med viss svårighet hade kvinnorna i genomsnitt ett högre BMI än de kvinnor som det var lätt att sätta in en spiral på. Denna skillnad är statistiskt säkerställd. Det går att anta att det är svårare att utföra gynekologisk undersökning på de kvinnor som har ett högre BMI.

Vid korttidsuppföljningen, som i de flesta fall skedde inom en vecka efter insättningen, fick kvinnorna på nytt skatta sin smärta. Det skulle vara intressant att ta reda på om dessa kvinnor tagit någon annan typ av smärtlindring under den tiden då de hade ont. Inför insättning av spiral brukar barnmorskan eller läkaren informera om att det är bra att ta någon form av smärtlindring men av resultatet att döma borde kvinnorna kanske också informeras om att de bör ta smärtlindring efter insättningen.

Vid långtidsuppföljningen som skedde efter tre månader var en majoritet av kvinnorna nöjda med sin spiral. De kvinnor som hade tagit ut spiralen hade gjort det på grund av ökad blödning, smärta eller livmoderinflammation. Dessa orsaker är mycket vanliga, något som förstärks av både Veldhuis och Lagro-Jansson (2004) och Brockmeyer et al (2008).

METODDISKUSSION

Eftersom det insamlade materialet är relativt litet för att kunna göra en kvantitativ och deskriptiv observationsstudie och tvärsnittsstudie går det inte att dra signifikanta slutsatser, något som leder till att det inte går att dra några generaliserbara slutsatser av resultatet. Enkäten är dessutom mer utformad för att kartlägga verksamheten än att dra slutsatser från.

Att mäta smärta med VAS har både för- och nackdelar. Fördelarna är att det är en global vedertagen skala som används både kliniskt och inom teorin (Ehnfors et al 2000, Hubacher et.al., 2006 och Sääv et.al., 2007). Det breda användningsfältet gör att det blir lättare att dra jämförelser mellan olika studier och även applicera teori i praktiken.

Nackdelarna med VAS är bland annat att den är subjektiv och att det är svårt att utifrån en siffra mäta patientens upplevelse av, i detta fall, spiralinsättningen. Om man som i denna kartläggning bara mäter kvinnornas VAS ges en trubbig bild av kvinnans totala upplevelse, av hur hon upplever insättningen. Mätningen svarar på den tillfälliga smärtan men inte på hur länge den värsta smärtan sitter i och om smärtan till exempel beror på rädsla eller att ingreppet gör ondare än vad kvinnorna var beredda på. Att det skiljer i vad som påverkar kvinnornas smärta går att se bland de relativt få kommentarer som skrivits ner efter insättningen. Kommentarererna skiljer sig kraftigt åt, vissa kvinnor tycker att fastsättning av klotången gjorde mest ont medan andra kvinnor svimmade efter ingreppet. Man skulle kunna anta att de kvinnor som svimmade, i efterhand upplever hela insättningen som mycket obehaglig medan de kvinnor som hade ont av klotången blev mer spända tidigt under insättningen och upplevde den tillfälliga smärtan som värst.

Det finns styrkor och svagheter i enkäten. Till styrkorna hör att barnmorskan eller läkaren gör en bra anamnes på kvinnan, något som gör det lätt att analysera den undersökta gruppen. Enkäten innehåller till största delen kryssfrågor, så vi antar att den var lätt att fylla i, och den fångar på ett bra sätt syftet med vår studie.

De brister vi uppfattar finns i enkäten framkom när vi arbetade med analysen av materialet. Bland annat saknas varför kvinnorna väljer att sätta in en spiral och om de tidigare har använt något annat preventivmedel. Det skulle även ha varit bra att fått reda på varför de fått den premedicinering de fått; var det en läkarordination, var det de enda smärtlindrande tabletter som kvinnan hade hemma eller hade hon själv valt att avstå från smärtlindring? Vi vet inte heller om klotång användes under insättningen.

Vid korttidsuppföljningen fick kvinnorna uppge hur ont de hade efter insättningen efter enkätens fyra olika alternativ; ingen smärta, lätt mensvärk, svår mensvärk eller krampartad smärta. Problemet med dessa fyra alternativ är att kvinnorna enbart kan uppge ett av alternativen. Ett exempel är en enkät där barnmorskan har skrivit en kommentar efter den skattade smärtan, i kommentaren står att kvinnan hade krampartad smärta de första timmarna som sen övergår till lätt mensvärk. Problemet blir att ändringen av karaktären på smärta försvinner och kvinnan blir enbart registrerad till gruppen som har krampartad smärta. När man frågade kvinnorna om hur de skattade sin smärta i samband med ingreppet skulle det varit intressant att be dem beskriva vilken typ av smärta de upplevde, till exempel, molande-, krampartad och/eller stickande.

Validiteten i studien är god och syftet överensstämmer med resultatet. Men då materialet är relativt litet går det inte att dra några signifikanta slutsatser om vilken premedicinering som fungerar bäst vid insättning av spiral hos kvinnor som inte har varit gravida. Därav går det inte att dra en slutsats om att det inte finns en skillnad i materialet, för detta krävs ett större material.

Vi anser att det skulle vara intressant att vidareutveckla kunskapen om hur nollgravida kvinnor upplever sin smärta vid spiralinsättning, både genom att vidareutveckla den kvantitativa metod som vi har använt och eventuellt göra en kvalitativ studie om smärtupplevelsen. Om kvinnorna fick möjlighet att vidareutveckla sin upplevelse av smärta vid insättningen kan barnmorskor och läkare få större förståelse och kunskap om hur kvinnor ska behandlas vid spiralinsättning. Är smärtan värst eller kan det finnas andra faktorer som spelar större roll för kvinnans upplevelse vid spiralinsättning?

Vid fortsatt forskning skulle samma metod, där kvinnorna får skatta sin smärta enligt VAS vid insättning och sedan göra två uppföljningar per telefon, kunna användas. En utveckling av

metoden skulle kunna vara att kvinnorna får med sig ett formulär hem där de får fylla i smärtan enligt VAS för varje dag samt även ange smärtans karaktär. Eftersom VAS har visat sig fungera bäst vid återkommande mätningar när patienten blir mera van vid instrumentet och forskaren kan göra jämförelser vore det intressant att se hur kvinnorna skattar sin smärta enligt VAS vid korttidsuppföljningen (Ehnfors et al 2000).

Korttidsuppföljningen har gjorts per telefon och detta samtal har legat utanför barnmorskornas ordinarie arbetsuppgifter. I enkäten står det att den första uppföljningen ska göras inom två till fem dagar, i själva verket låg medeltiden på 6,34 dagar, median 4,0. Det kan vara så att det inte har gått att få tag på kvinnorna inom den utsatta tiden eller att barnmorskorna inte har haft möjlighet att ringa upp kvinnorna inom tidsintervallet. I vår studie kan vi se att kvinnorna i genomsnitt har haft ont i 31,7 timmar efter ingreppet och att 16,9% av kvinnorna fortfarande hade ont efter tre dygn. Om uppföljningen har skett för snart efter insättningen finns det risk att kvinnorna har ont ytterligare tid och denna smärta missas att registrera

KONKLUSION

De flesta kvinnor i vår studie upplevde smärta av varierande grad i samband med spiralinsättningen men spiralinsättning på nollgravida kvinnor var i de flesta fall ett enkelt och okomplicerat ingrepp. Rädsla för att misslyckas med spiralinsättningen borde inte hindra barnmorskor och läkare från att erbjuda och sätta in spiraler på nollgravida kvinnor i de fall där andra preventivmedel inte är lämpliga. Då det inte skiljde mycket mellan effekten av de olika premedicinerna som kvinnorna fick är det svårt att komma fram till vilken som är mest effektiv. Kvinnor som får spiral insatt bör informeras om att insättningen kan göra ont men att smärtan går över och att kvinnan kan ta smärtlindrande tabletter efter ingreppet. Det går inte att se någon skillnad i svårighet vid insättning av spiral, oavsett om kvinnan fått misoprostol eller inte. Därav kan konkluderas att det krävs mer forskning på effekten av misoprostol innan det ges rutinmässigt vid insättning av spiral hos nollgravida. Det finns inget stöd i dessa data att ge misoprostol rutinmässigt. Det gick inte heller att se någon skillnad i svårighetsgrad eller smärta vid insättning beroende på om kvinnorna hade fått hormon- eller kopparspiral. Vid uppföljning efter tre månader var majoriteten av kvinnorna var nöjda med sin spiral.

REFERENSER

ACOG Committee Opinion. (2007). Intrauterine device and adolescents. *Obstetrics & Gynecology* 110(6), 1493-1495.

Akin D. M., Weingand W. K., Hengehold. A. D., Goodale. M-B., Hinkle T. R. & Smith P. R. (2001) Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology* 97(3), 343-349.

Almås H. (Red). (2001). *Klinisk omvårdnad Del I*, Stockholm: Liber.

Bengtsson J. (2005). *Med livsvärlden som grund*. (2. uppl). Lund: Studentlitteratur.

Bjålie J. G., Haug E., Sand O., Sjaastad O, & Toverud K C. (1998),. *Människokroppen - Fysiologi och anatomi*,. Stockholm: Liber.

Brockmayer A., Kishen M. & Webb A. (2008). Experience of IUD/IUS insertions and clinical performance in nulliparous women –a pilot study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 13(3), 248-254.

Codex, regler och riktlinjer för forskning. (2009) *Forskning som involverar människa*.

Hämtad 2009-05-28 från

<http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2. uppl). Lund: Studentlitteratur.

Department of Reproductive Health, World Health Organization. (2009). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. (4. uppl.).

Hämtad 20 november 2009 från

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf

Egenvårdsguiden. (2007). *Mensvärk – Vad kan man göra själv?*

Hämtad 28 december 2009 från

<http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=28101>

Ehnfors M., Ehrenberg A. & Thorell-Ekstrand I. (2000). VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet.

Ellis. J. & Ellström A. (2006). Riktlinjer för barnmorskor: Preventivmedelsrådgivning vid MVC i Göteborg 061117. Göteborg: Västra Götalands Regionen.

Epidemiologiskt centrum. Socialstyrelsen. (2005). *Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Hämtad 28 maj 2009 från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9974/2005-112-5_20051125.pdf

Ericson E. & Ericson T (2002). *Medicinska sjukdomar : specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi* (2. rev uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eryilmaz G. & Ozdemir F. (2009). Evaluation of menstrual pain management approaches by Northeastern Anatolian adolescents. *Pain Management Nursing*. 10(1), 40-47

Farmer M. & Webb A. (2003). Intrauterine device insertion- related complication: can they be predicted? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 29(4), 227-231.

Fiala C., Gemzell-Danielsson K., Tang O.S & von Hertzen H. (2007). Cervical priming with misoprostol prior to transcervical procedures. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 99, 168-171.

Godfrey E. M., Memmel M. L., Neustadt A., Shah M., Nicosia A., Moorthie M. & Gilliam M. (2009). Intrauterine contraception for adolescents aged 14-18 years: a multicenter randomized pilot study of Levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A. *Contraception* (published online: 091009) Article in press

Gottlieb C. & von Schoultz B., (Red). (2004) *Öppenvårdsgynekologi*. (2. rev. uppl.) Stockholm: Liber.

Harrison-Woolrysh M., Ashton J. & Coulter D. (2002), Insertion of the Multiload Cu375 intrauterine device; experience in over 16,000 New Zealand women. *Contraception*, 68(7), 387-391.

Hubacher D., Lara-Ricalde R., Taylor D. J., Guerra-Infante F. & Guzmán-Rodríguez R. (2001), Use of copper intrauterine devices and risk of tubal infertility among nulligravid women. *The New England Journal of Medicine*, 345(8), 561-567.

Hubacher D., Reyes V., Lillo S., Zepeda A., Chen PL. & Croxatto H. (2006), Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 1272-1277.

Kaplan A. (Red). (2009). *Lärobok för barnmorskor* (3. rev uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Larsson G., Blohm F., Sundell G., Andersch B. & Milsom I. (1997). A longitudinal study of birth control and pregnancy outcome among women in a Swedish population. *Contraception* 56(1), 9-16.

Lewin B. (Red) (1998). *Sex i Sverige, om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Läkemedelsverket. (2005). *Antikonception 2005:(16)7*. Information från Läkemedelsverket 7:2005

Hämtad 22 november 2009 från http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/Info_fr_LV_2005-7.pdf

Merskey H. & Bogduk N., (1994). *Classification of chronic pain, - Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.

Murty J., (2003). Use and effectiveness of oral analgesia when fitting an intrauterine device. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 29(3): 150–151.

Odlind V., Bygdeman M. & Milsom I., (2008). *Familjeplanering - Preventivmetoder, aborter och rådgivning*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Hämtad 26 maj 2009 från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf

Suhonen S., Haukkamaa M., Jakobsson T. & Rauramo I. (2004). Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: comparative study. *Contraception* 69(5), 407-412.

Sääv I., Aronsson A., Marions O., Stephansson O. & Gemzell-Danielsson K. (2007). Cervical priming with sublingual misoprostol prior to insertion of an intrauterine device in nulliparous women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction* 22, 2647-2652.

United Nations Population Fund. (1994). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*.

Hämtad 28 maj 2009 från <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7>

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Veldhuis HM., Vos AG. & Lagro-Janssen ALM. (2004). Complications of the intrauterine device in nulliparous and parous. *European Journal of General Practice*, 10, 82-87.

Weström L., Åberg A., Anderberg E. & Andersson U-B. (2005). *Obstetrik och gynekologi: klink och vård* (3. rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*. Genève: World Health Organization.

Hämtad 28 maj 2009 från

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

ÖVERSIKT AV ARTIKELSÖKNING

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Valda artiklar
Cinahl	090523	intrauterine device* nullipar*		15	Farmer och Webb, 2003 Hubacher, Lara-Ricalde, Taylor, Guerra-Infante och Guzmán-Rodríguez, 2001 Hubacher, Reyes, Lillo, Zepeda, Chen och Croxatto, 2006
PubMed	091118	iud AND nulliparous	Humans, Female, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Review	51	Hubacher, Lara-Ricalde, Taylor, Guerra-Infante och Guzmán-Rodríguez, 2001 Hubacher, Reyes, Lillo, Zepeda, Chen och Croxatto, 2006 Sääv, Aronsson, Marions, Stephansson och Gemzell-Danielsson, 2007 Brockmayer, Kishen och Webb, 2008 Veldhuis, Vos och Lagro-Janssen, 2004
Academic Search Elite	091118	intrauterine AND nullipar*		19	Brockmayer, Kishen och Webb, 2008
CINAHL	091118	intrauterine AND nullipar*		27	Hubacher, Lara-Ricalde, Taylor, Guerra-Infante och Guzmán-Rodríguez, 2001 Hubacher, Reyes, Lillo, Zepeda, Chen och Croxatto, 2006 Farmer och Webb, 2003

UPPFÖLJNING AV SPIRALINSÄTTNING HOS 0-GRAVIDA

- 1.) Födelsedatum (ååmmdd) _____
- 2.) Initialer _____
- 3.) a.) Längd _____ (cm) b.) Vikt _____ (kg) c.) BMI _____, _____
- 4.) Sista mens (ååmmdd) _____ Cykeldag _____
- 5.) Datum för insättning (ååmmdd) _____
- 6.) Insättare Dr Bm
- 7.) Mottagning
- 8.) Tidigare insättningsförsök Nej Ja När? _____
Var?
- 9.) Tidigare ingrepp på portio? Nej Ja
Konisering Cervixabrasio Annat
- 10.) Premedicinering

Läkemedel	Dos	Adm-sätt	Tid innan insättn (min)

Särskild motivering till ordination?

- 11.) Komplementär smärtlindring:

Vetekudde Akupunktur Annat

- 12.) Sondmått _____ (cm)

- 13.) Spiraltyp: Kopparspiral Hormonspiral

- 14.) Smärta innan insättningen? Ingen smärta
Lätt mensvärk
Svår mensvärk
Krampartad smärta

- 15.) Patientens skattning av smärta under insättning, skattad direkt efter ingreppet.
(VAS) _____, _____ (Patient markera med streck på nästa sida)

SPIRALINSÄTTNING HOS 0-GRAVIDA

Annika Strandell, Enheten för Gyn/MVC/UM, Primärvården Södra Bohuslän. Avd. för gynekologi och obstetrik, Institutionen för kliniska vetenskaper, Göteborgs Universitet, **Johanna Björklund Sjöstrand**, barnmorskestuderande*, **Klara Martinsson**, barnmorskestuderande*, **Tone Ahlborg**, barnmorska, lektor*, *Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet

INTRODUKTION

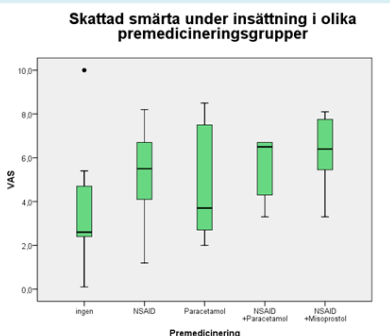
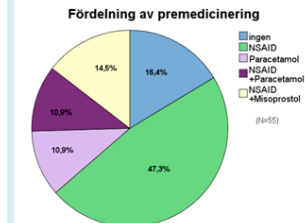
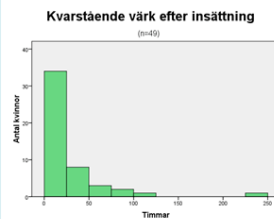
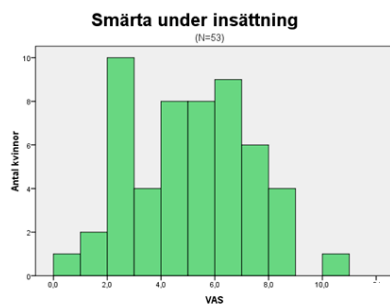
Spiral användning tycks öka i yngre åldersgrupper och hormonspiral föreslås allt oftare till 0-gravida. Den kliniska erfarenheten av spiralinsättning i denna grupp är begränsad och det saknas vetenskapligt underlag avseende behov av och vilken typ av premedicinering som är adekvat.

Syftet med studien var att värdera smärtupplevelsen vid spiralinsättning hos 0-gravida i förhållande till given premedicinering.

METOD OCH MATERIAL

Studien genomfördes på ungdoms-, preventiv- och gynekologmottagningar i Södra Bohuslän från september 2008 till juni 2009. 0-gravida som kom för att sätta in spiral blev tillfrågade om de ville delta. 54 kvinnor inkluderades i studien. Kvinnorna fick premedicinering enligt varje mottagnings rutin. En mottagning gav rutinmässigt misoprostol (Cytotec®) vaginalt som förbehandling av cervix. Direkt efter ingreppet skattade patienten upplevd smärta under insättningen enligt VAS och insättaren skattade ingreppets svårighet i en 4-gradig skala. Barnmorska följde upp patienten via telefon inom en vecka och efter tre månader.

RESULTAT



Ålder: medel 22,1 år (SD 5,1)

BMI: medel 23,0 (SD 4,4)

Hormonspiral 52 %

Kopparspiral 48 %

VAS hormonspiral: medel 4,9 (SD 2,1)

VAS kopparspiral: medel 5,2 (SD 2,5)

Tidigare ingrepp portio 3,7% (n=2)

Insättaren bedömde ingreppet som enkelt och okomplicerat i 84% av fallen, 13% gjordes med viss svårighet, 2% upplevdes svårt och i ett fall avbröts insättningen.

Vid telefonuppföljning efter tre månader var 91% av patienterna nöjda med spiralen. Tre patienter hade tagit ut den, två på grund av riklig mens och en på grund av endometrit.

SLUTSATS

Upplevelsen av smärtan och smärtdurationen vid spiralinsättning varierar stort mellan kvinnor. De patienter som inte hade fått någon smärtlindring angav lägst smärta i samband med insättning, en trolig orsak kan vara att de har högre smärtröskel.

Smärta efter insättning var kortvarig och i regel borta efter ett till två dygn.

Spiralinsättningen hos 0-gravida kvinnor upplevdes av insättaren i de flesta fall som ett enkelt och okomplicerat ingrepp och kvinnorna var nöjda med preventivmetoden.

Rutinmässig användning av misoprostol kan ifrågasättas men behöver värderas ytterligare.



Kontaktperson

Annika Strandell

annika.strandell@vgregion.se

GP14

Spiralinsättning hos 0-gravida

Annika Strandell, Johanna Björklund Sjöstrand, Klara Martinsson, Tone Ahlborg
Göteborgs Universitet, Institutionen för kliniska vetenskaper, Avd, för obstetrik och gynekologi

Introduktion

Spiralanvändning tycks öka i yngre åldersgrupper och hormonspiral föreslås allt oftare till 0-gravida. Den kliniska erfarenheten av spiralinsättning i denna grupp är begränsad och det saknas vetenskapligt underlag avseende behov av och vilken typ av premedicinering som är adekvat. Syftet med den aktuella studien var att värdera smärtupplevelsen vid spiralinsättning i förhållande till given premedicinering.

Metod

Ungdoms-, preventiv- och gynekologmottagningar i Södra Bohuslän tillfrågade 0-gravida som kom för spiralinsättning om medverkan under perioden september 2008-juni 2009. Eventuell premedicinering enligt varje mottagnings rutin eller läkares ordination noterades. Patienten skattade sin smärta upplevd under insättningen enligt VAS direkt efter ingreppet. Insättande barnmorska eller läkare skattade svårigheten att sätta in spiralen enligt en 4-gradig skala. Barnmorska gjorde en uppföljning per telefon efter 2-5 dagar respektive efter 3 månader.

Resultat

Femtiofem patienter ingår i den preliminära analysen. Medelåldern var 22.1 år (SD 5.1) och medel BMI var 23.0 (SD 4.4). Fyrtiosex (84 %) hade fått någon form av premedicinering och metoderna fördelade sig enligt följande: NSAID (n=26), paracetamol (n=6), NSAID i kombination med paracetamol (n=6) och misoprostol (Cytotecâ) vaginalt i kombination med NSAID (n=8). Drygt hälften hade fått kopparspiral insatt och resterande hormonspiral. Smärta vid ingreppet skattades i medel till VAS 5.0 (SD 2.3). Insättningens svårighetsgrad bedömdes som "enkel och okomplicerad" i 82 % (n=45), "viss svårighet" i sju fall, "svårt" i ett fall och i två fall avbröts ingreppet. Vid en jämförelse mellan patienter som fått misoprostol vaginalt i kombination med NSAID, endast peroral eller ingen premedicinering skattades smärtan i VAS i medel till 6.3, 5.1 och 3.6 för respektive grupp. Vid korttidsuppföljning efter två-fem dagar angav 73 % att de haft svår mensvärk eller krampartad smärta men av varierande duration. Vid 3-månaders uppföljning var 91 % av patienterna nöjda med spiralen.

Slutsats

Spiralinsättning hos 0-gravida skattas i de flesta fall som ett enkelt och okomplicerat ingrepp. De utan någon premedicinering hade lägst smärtskattning, troligen pga att denna grupp hade högre smärttröskel. Gruppen som fått misoprostol hade högst smärtskattning. Av detta begränsade material kan konkluderas att peroral premedicinering med paracetamol eller NSAID kan användas i praxis vid spiralinsättning hos 0-gravida. Användandet av misoprostol behöver värderas ytterligare.