

Smertelindring til fødende i norske sykehus

Sammendrag

Bakgrunn. Ved sykehuset Asker og Bærum har vi i løpet av de siste årene hatt en betydelig stigning i bruken av epidural smertelindring til fødende. Vi ønsket å undersøke om tilsvarende trend var gjeldende for resten av landet og hvilke former for obstetrisk analgesi de ulike avdelingene tilbyr.

Materiale og metode. Et spørreskjema om smertelindring til fødende og anestesimetoder brukt ved keisersnitt ble sendt til landets føde- og anesthesiavdelinger. Svarene ble sammenliknet med identisk spørreskjema utsendt i 1996. I tillegg ble data angjeldende smertelindring ved fødsler og keisersnitt i 2002 innhentet fra Medisinsk fødselsregister. 34 anesthesiavdelinger og 39 fødeavdelinger besvarte spørreskjemaet (henholdsvis 77 % og 88 % av utsendte skjemaer).

Resultater. Gjennomsnittlig fikk 20,6 % av fødende epidural smertelindring (spredning 0–40,5 %) Dette er en dobling sammenliknet med 1996. På spørsmål om mors ønske alene var god nok indikasjon for epidural smertelindring, svarte tre firedeler ja. Ved keisersnitt ble regional anestesi gitt til 84 % og de resterende 16 % fikk narkose, noe som representerer en signifikant reduksjon i bruken av generell anestesi. Akupunktur, en smertelindringsmetode som mange fødeavdelinger ønsket å tilby i 1996, var nå innført på 85 % av fødeinstitusjonene. Bruk av systemiske opioider er fortsatt utbredt, og petidin er det mest benyttede opioid til tross for at dette er et opioid med svært ugunstig bivirkningsprofil. Informasjon om smertelindringstilbudet til den fødende er blitt bedre siden 1996.

Fortolkning. Smertelindringstilbudet til fødende ved norske sykehus er betydelig bedre i 2002 sammenliknet med 1996.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Andreas Barratt-Due

barratt1@tiscali.no
Anesthesiavdelingen

Inger Hagen

Kvinneklinikken

Vegard Dahl

Anesthesiavdelingen

Sykehuset Asker og Bærum
Postboks 83
1309 Rud

Epidural smertelindring (analgesi) ble første gang introdusert for norske kvinner i 1966 (1). I 1980-årene ble metoden forbedret og man fikk såkalt lavdose kombinasjonsepidural, hvor man bruker en blanding av lavdose lokalanestesiemiddel og et fettløselig opioid (2). Fordelen med denne metoden er at den gir bedre analgesi med mindre motorisk blokkade. Epidural smertelindring er forbundet med en noe økt grad av instrumentell forløsning (vakuum og tang), men metoden er ikke assosiert med økt frekvens av keisersnitt (3). Epidural analgesi er overlegen annen fødselsanalgesi som petidin, lystgass og paracervikalblokkade (4). Til tross for dette har metoden vært forbeholdt et fåtall av de fødende i Norge. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at andelen kvinner som fikk epiduralbedøvelse i 1996 var den samme som i 1986, henholdsvis 10,7 % og 10,6 % (5).

I spørreundersøkelsen fra 1996 fremkommer det at jordmødre og anestesilegers holdninger og prioriteringer er avgjørende for bruken av epidural analgesi (6). Det var et mindretall som mente at mors ønske alene var indikasjon for epidural smertelindring. I 2004 er det grunn til å tro at kvinnene i større grad enn tidligere selv vil bestemme hva slags type smertelindring de skal ha. Dette underbygges av en spørreundersøkelse til Trovik og medarbeidere fra 1995, som fant at så mange som 74 % av kvinnene ønsket mulighet for epidural smertelindring (7).

Av ikke-farmakologiske analgesimetoder har særlig akupunktur fått stor oppmerksomhet den senere tid. I spørreundersøkelsen fra 1996 svarte over 90 % av jordmødrene at de kunne tenke seg å bruke akupunktur. Erfaringene fra vårt eget sykehus de siste årene har vist at det er langt flere kvinner som får epidural analgesi sammenliknet med tidligere, i tillegg til at det er flere som får akupunktur. Vi ønsket å gjenta spørreundersøkelsen fra 1996 blant annet for å se om tilsvarende er tilfellet for resten av landet.

Materiale og metode

Et spørreskjema ble sendt til landets anesthesiavdelinger og fødeavdelinger med registrert fødselsaktivitet. Spørsmålene var i stor grad identiske med spørsmålene i spørreskjemaet som ble brukt i 1996, slik at vi kunne sammenlikne en del av resultatene direkte. Avdelingsjordmor ble spurt om smertelindringstilbudet ved avdelingen, om det var tilfredsstillende, hvorvidt fødeavdelingen hadde ressurser til å ivareta de fødendes analgesibehov, hvilke smertelindringsmetoder de ønsket å benytte seg mer av i fremtiden, hvordan de informerte de fødende om avdelingens smertelindringstilbud pre partum og hvorvidt kvinnene ble informert om eventuelle begrensninger i smertelindringstilbudet. Både avdelingsoverlegen ved anesthesiavdelingen og avdelingsjordmor ble spurt om evaluering av epidural smertelindring som metode og om rutiner for fosterlydsovervåking ved bruk av epidural. De ble bedt om å angi hvor stor andel av de fødende som etter deres syn burde ha epidural smertelindring og hvorvidt mors ønske alene var indikasjon.

Fra Medisinsk fødselsregister har vi fått rapporter med data for 2002 om totalt antall fødsler ved hvert sykehus og fødestue, antall vaginale fødsler, antall keisersnitt og hvilken type anestesi som ble benyttet under inngrepet. Videre har vi i rapportene fått vite hvilken type analgesi som ble gitt til kvinnene som fødte vaginalt.

Resultater

Vi fikk svar fra 34 anesthesiavdelinger og 39 fødeavdelinger, noe som tilsvarer henholdsvis 77 % og 88 % av utsendte skjemaer. Fødselsantallet ved det enkelte sykehus varierte fra 54 til 5 502 per år. På fødestuene ble det totalt registrert 651 fødsler.



Hovedbudskap

- Bruken av epidural smertelindring er fordoblet i perioden 1996–2002
- De fleste fødeavdelingene tilbyr i dag akupunktur
- De fødende har i større grad fått medbestemmelsesrett
- Bruken av opioider til fødende er fortsatt oppsiktsvekkende høy

Tabell 1 Frekvens av ulike smertelindringsmetoder angitt i prosent, spredning i parentes

| | Lystgass | Systemiske opioider | Epidural | Spinal | Pudendal |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------|------------------|---------------|---------------|
| Fødestuer/fødsel utenfor institusjon | 30,6 (-) | 6,6 (-) | 0 (-) | 0 (-) | 0 (-) |
| Lokalsykehus | 42,9 (0,1–67,8) | 11,2 (0,5–38,6) | 21,7 (0–40,5) | 1,2 (0–5,6) | 1,5 (0–11,5) |
| Sentralsykehus | 38,4 (0–65,9) | 17,1 (1,2–50,4) | 22,4 (14,1–32,0) | 0,8 (0,1–1,5) | 1,9 (0,2–3,8) |
| Universitetssykehus | 38 (0–64) | 5,5 (2,5–8) | 29,9 (22,7–35,3) | 1 (0,2–1,6) | 5,5 (0,6–9,2) |

Epidural smertelindring

Hyppigheten av epidural smertelindring ved sykehusene var 0–40%. Totalt fikk 11 430 fødende slik behandling, noe som utgjorde 20,6% av dem som ble forløst vaginalt. Epidural smertelindring ble benyttet i et større omfang ved universitetssykehus i forhold til sentral- og lokalsykehus, men innad i gruppene var det stor spredning (tab 1). Lavdose kombinasjonsepidural var innført ved samtlige sykehus med unntak av fire lokalsykehus som ikke tilbød epidural smertelindring.

Samtlige fødeavdelinger overvåket fosteret med kardiokografi før epidural ble anlagt og deretter med regelmessige kontroller. To sykehus benyttet kontinuerlig overvåking av fosteret med telemetri.

Andre smertelindringsmetoder

Lystgass ble gitt ved alle sykehus bortsett fra tre. Samtlige sykehus benyttet seg av systemiske opioider, og totalt fikk 11,7% av de fødende dette. Det var stor variasjon mellom sykehusene i opioidbruken, fra under 1% til over 50%, og opioider var generelt mest brukt i sentralsykehusgruppen (tab 1). I tallene fra Medisinsk fødselsregister fremkommer det ikke hvilket opioid som ble brukt, morfin eller petidin, men gjennom spørreskjemaet vi sendte ut, svarte 80% at de brukte petidin. Samtidig svarte over halvparten bekreftende på hvorvidt de hadde redusert petidinbruken.

Samtlige sentralsykehus og universitetssykehus benyttet akupunktur, mens rundt 60% av lokalsykehusene hadde dette tilbudet. Totalt fikk 7% av de fødende akupunktur, men det var store variasjoner; fra rundt 1% ved

enkelte sykehus til 38% ved ett sykehus. Av dem som benyttet akupunktur, svarte 97% at denne smertelindringsmetoden hadde svart til forventningene, og like mange ønsket å bruke denne metoden mer i fremtiden. For øvrig ble det brukt sterilvannspapler, vann/basseng, transkutan nerverestimulering og massasje ved fødeavdelingene i et ukjent omfang. Av andre ikke-farmakologiske metoder ønsket 34% av avdelingsjordmødrene å bruke mer vann/basseng.

Keisersnitt

I 2002 ble det utført 8 373 keisersnitt (15% av samtlige forløsninger), hvorav 5 132 akutte og 3 241 elektive. Frekvensen av keisersnitt var 1,9–21,7%. Som i 1996 var spinalbedøvelse den mest brukte anestesimetoden. Frekvensen av generell anestesi var 3–50% og ble hyppigst brukt i gruppen som ble forløst med akutt keisersnitt (tab 2).

Sammenlikning mellom jordmor og anestesileger

Majoriteten av anestesilegene (97%) og jordmødrene (75%) mente at epidural smertelindring var en svært god metode. 75% av anestesilegene og avdelingsjordmødrene mente at mors ønske alene var god nok indikasjon for epidural smertelindring dersom det ikke forelå medisinske kontraindikasjoner (tab 3). Av dem som mente mors ønske alene ikke var god nok indikasjon, mente 90% at jordmor hadde størst innflytelse på om epidural smertelindring skulle benyttes eller ikke. På spørsmål om hvor mange som ideelt sett burde fått epidural smertelindring, mente både anestesilegene og jordmødrene at en

større gruppe av de fødende burde få dette sammenliknet med 1996 (tab 3).

25% av fødeavdelingene gav ut skriftlig informasjon om smertelindringstilbudet. 36% hadde slik informasjon på hjemmesider. For øvrig ble det gitt informasjon på preterm konsultasjon/omvisning og på svangerskapskontroller. En tredel av kvinnene fikk informasjon om eventuelle begrensninger i smertelindringstilbudet som for eksempel at epidural kun ble gitt på dagtid. 90% av jordmødrene mente at analgesitilbudet var blitt bedre i løpet av de siste årene, og 93% svarte at de syntes smertelindringstilbudet til den fødende var godt eller svært godt. På spørsmål om jordmor hadde tilstrekkelige ressurser til å ivareta den fødende, svarte 85% ja som regel, mens 15% svarte av og til, av og til ikke. Ingen svarte nei.

Diskusjon

Sammenliknet med 1996 har det generelt vært en økende frekvens av bruken av epidural smertelindring (fig 1). Det kan være flere årsaker til dette. Det har skjedd en holdningsendring blant jordmødre og anestesileger sammenliknet med 1996. Den gang mente kun 20% av anestesilegene og 28% av avdelingsjordmødrene at mors ønske alene var god nok indikasjon for epidural smertelindring, mens tilsvarende tall for vår undersøkelse er 75% i begge gruppene. Det at man har inntatt en mindre patriarkalsk holdning og i større grad innetekommer den fødendes selvbestemmelsesrett, kan være med på å forklare den økende frekvensen. Både jordmødre og anestesileger anslår dessuten behovet for epidural analgesi til å være større i 2003 enn i 1996, noe som og kan være med på å forklare den økte bruken (tab 3). For øvrig kan man tenke seg andre medvirkende forhold, som lettere tilgjengelighet – flere avdelinger med tilstedeværende anestesileger 24 timer i døgnet – og økt etterspørsel, uten at vi kan dokumentere dette.

Epidural anestesi benyttes i større grad ved keisersnitt i 2002 enn i 1996 (tab 2). Vi antar at dette gjenspeiler den økte frekvensen av epidural analgesi i og med at akutte keisersnitt på kvinner med etablert epidural smertelindring ofte foregår ved å aktivere den allerede etablerte epiduralen.

Tilbudet av ulike smertelindringsmetoder er for øvrig nokså uendret sammenliknet med 1996 (tab 4). Det er noen flere som bruker morfin istedenfor petidin, men det er først og fremst den dramatiske økningen i

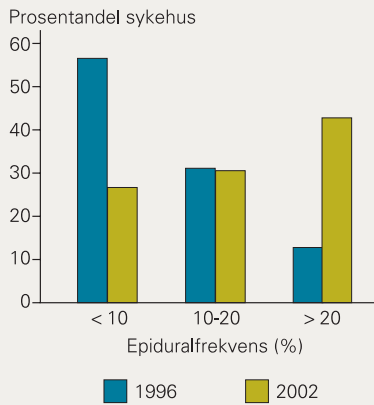
Tabell 2 Prosentvis fordeling av ulike anestesimetoder under keisersnitt

| | Akutte | Elektive | Totalt 2002 | Totalt 1996 |
|----------|--------|----------|-------------|-------------|
| Spinal | 43,8 | 84,7 | 58,6 | 55 |
| Epidural | 33,7 | 10,3 | 25,2 | 17 |
| Narkose | 22,5 | 5,0 | 16,2 | 28 |

Tabell 3 Anestesi-overlegens og avdelingsjordmors synspunkter på epidural smertelindring, prosent og spredning

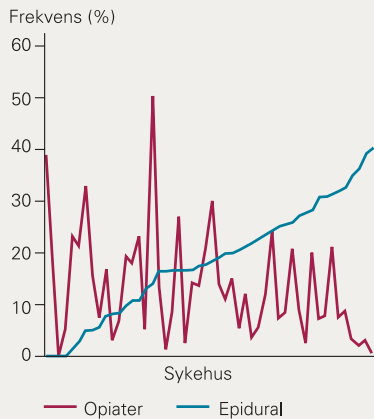
| | Jordmødre | | Anestesileger | |
|---|------------|-----------|---------------|-----------|
| | 2003 | 1996 | 2003 | 1996 |
| Hvor mange burde ideelt fått epidural smertelindring? | 20 (10–30) | 11 (2–30) | 31 (10–80) | 19 (2–40) |
| Mors ønske er alene nok for epidural smertelindring | 75 | 28 | 75 | 20 |

Figur 1



Prosentandel sykehus med ulike epidural-frekvens. Sammenlikning mellom 1996 og 2002

Figur 2



Frekvens av epidural og systemisk opioid smertelindring ved fødeavdelingene. X-aksen: Hvert sykehus sortert etter stigende bruk av epidural. Y-aksen: Frekvens av epidural smertelindring og systemiske opioider

tilbudet om akupunktur som er iøynefallende. I 1996 var det kun 13 % av fødeavdelingene som tilbød dette, mens det nå altså er 85%. Det er mangelfull dokumentasjon av den analgetiske effekten av akupunktur ved fødsler. Enkelte studier har dokumentert en analgetisk virkning hos den fødende (8, 9), samtidig som man i andre studier ikke har klart å vise dette (10). Til tross for manglende analgetisk effekt av akupunktur har man i studier sett en redusert bruk av epidural (10). Dette kan innebære at kvinner som får akupunktur og som opplever utilstrekkelig analgetisk effekt, får tilbud om epidural analgesi for sent i fødselsforløpet eller ikke får tilbud om det i det hele tatt.

Det er stor variasjon mellom sykehusgruppene både i bruken av ulike former for analgesi og hvor ofte man anvender en metode. Dette er spesielt uttalt i sentralsykehusgruppen og lokalsykehusgruppen, som begge er

grupper av sykehus med stor indre variasjon hva størrelse angår. Det er 50 sykehus i landet som har fødeenheter, og man må forvente at det er noe variasjon mellom dem. Noe av variasjonen kan forklares med at det ved små sykehus ikke er tilstedeværende anestesilege 24 timer i døgnet og dermed redusert tilgjengelighet på epidural analgesi. Man kan ut fra samme forhold tenke seg at disse sykehusene i større grad enn andre sykehus bruker mer opioider. Ved å inndele fødeenhetene etter antall fødsler, mindre enn 1 000 fødsler og mer enn 1 000 fødsler per år, skulle man forvente at tallene innad i gruppene ble mer homogene og sammenliknbare (tab 5).

Som vi ser av tabellen, er det imidlertid fortsatt store variasjoner mellom antatt sammenliknbare fødeenheter, noe som ikke kan forklares ut fra praktiske og logistiske omstendigheter, men som vi mener må forstås ut fra lokale skikker og rutiner. Selv blant de større fødeenhetene (> 1 000 fødsler/år) er opioidbruken stor. Dog har sykehusene med den største frekvensen av epidural analgesi lavt forbruk av opioider, men det er flere sykehus som bruker mye epidural smertelindring og som også har høyt forbruk av opioider. Det foreligger med andre ord ingen umiddelbar invers lineær sammenheng mellom disse to analgesiformene (fig 2). Vi mener det er oppsiktsvekkende at opioidene fortsatt har en så sentral plass som analgetikum til den fødende når det er dokumentert at slik behandling ikke gir god analgesi og har negative effekter på den nyfødte (11, 12). Videre mener vi det er uheldig at så mange som 80 % fortsatt bruker petidin når man vet at alternativet, morfin, har mindre negative effekter på barnet (13, 14). I Sverige har det vært en dramatisk nedgang i bruken av systemiske opioider fra 50 % i 1983 til 5 % i 1999 (15). Det er ingen grunn til at vi skal ha et forbruk som er over dobbelt så stort som vårt naboland.

Når det gjelder informasjon til den fødende om smertelindringstilbudet, er dette blitt bedre sammenliknet med 1996. Da var det kun fem fødeavdelinger som hadde noe skriftlig informasjon til den fødende. Til tross for et betydelig bedre smertelindrings-tilbud siden forrige undersøkelse, er det interessant å merke seg at over 90 % av jordmødrene også i 1996 mente smertelindrings-tilbudet var svært godt eller godt.

Konklusjon

Det er stor variasjon i smertelindringstilbudet mellom sammenliknbare fødeenheter. Sammenliknet med 1996 har bruken av epidural smertelindring til den fødende i gjennomsnitt blitt fordoblet på landsbasis. I samme periode har det vært en vesentlig stigning i bruken av akupunktur, en trend vi tror vil fortsette blant annet på grunn av jordmødrenes entusiasme. Forbruket av systemiske opioider er fremdeles høyt og bør reduseres.

Manuskriptet ble godkjent 9.2. 2005.

Tabell 4 Oversikt over hvilke smertelindringstilbud utover epidural som finnes ved fødeavdelingene, oppgitt i prosent

| | 1996 | 2003 |
|-----------------------------|------|------|
| Petidin | 97 | 82 |
| Morfin | 2 | 15 |
| Steriltvannspapler | 92 | 82 |
| Akupunktur | 13 | 85 |
| Vann/basseng | 76 | 92 |
| Transkutan nervestimulering | 8 | 7 |
| Paracervical blokade | 8 | 10 |
| Pudendalblokade | 50 | 43 |
| Annet | 13 | 23 |

Tabell 5 Frekvens av epidural og systemisk opioid smertelindring ved fødeenheter med mer enn 1 000 og mindre enn 1 000 fødsler per år, oppgitt i prosent

| | Fødeenheter med < 1 000 fødsler/år n = 33 | Fødeenheter med > 1 000 fødsler/år n = 17 |
|----------|--|--|
| Epidural | 19,3 (0–36) | 26,8 (14–40) |
| Opioider | 13,3 (0–38) | 11,1 (0,2–50) |

Litteratur

1. Strømskag KE. Et fag på søyler. Oslo: Tano-Aschehoug, 1999.
2. Westmore MD. Epidural opioids in obstetrics – a review. *Anaesth Intensive Care* 1990; 18: 292–300.
3. Sharma SK, McIntire DD, Wiley J et al. Labour analgesia and caesarean delivery. An individual patient meta-analysis of nulliparous women. *Anesthesiology* 2004; 100: 142–8.
4. Bonica JJ, McDonald JS. Principles and practice of obstetric analgesia and anaesthesia. Baltimore: William & Wilkins, 1995.
5. Fødsler i Norge gjennom 30 år. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1998.
6. Dahl V, Hagen IE, Ræder JC. Smertelindring ved fødsler i norske sykehus: Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1693–6.
7. Trovik J, Salvesen H, Marøy M et al. Hvis de fødende selv kunne velge. Resultat fra en brukerundersøkelse i Bergens-regionen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 838–41.
8. Nesheim BI, Kinge R, Berg B et al. Acupuncture during labour can reduce the use of mepiridine: a controlled clinical study. *Clin J Pain* 2003; 19: 187–91.
9. Skilnand E, Fossen D, Heiberg E. Acupuncture in the management of pain in labour. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 943–8.
10. Ramnro A, Hanson U, Kihlgren M. Acupuncture treatment during labour – a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynecol* 2002; 109: 637–44.
11. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Orderberg G et al. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103: 10968–72.
12. Matheson I, Nylander G. Skal vi fortsatt gi petidin til fødende? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 234–6.
13. Gerdin E, Salmonson T, Linberg B et al. Maternal kinetics of morphine during labour. *J Perinat Med* 1990; 18: 479–87.
14. Gerdin E, Rane A, Lindberg B. Transplacental transfer of morphine in man. *J Perinat Med* 1990; 18: 305–12.
15. Olofsson N, red. *Förlossningssmärta – och dess behandling*. Lund: Studentlitteratur, 2003.